

# I. Einführungsreferate

---

## Frauenrolle und Abhängigkeit - gesellschaftliche Aspekte

Dr. Sibylle Plogstedt

---

Gesellschaftliche Aspekte, die Frauen in die Sucht treiben, gibt es zahllose. Da ist - ganz allgemein - das gesellschaftliche Trinken. Frauen trinken mit, geraten in etwas hinein, das eine eigene Dynamik entfaltet. Sie trinken, weil ihnen etwas leichter von der Hand gehen soll, Kontakte sich leichter gestalten sollen im beruflichen wie im privaten Leben. Oder sie nehmen Tabletten, die ihnen verschrieben wurden - damit sie keine Schmerzen haben, damit sie weniger depressiv auf ihre Umgebung reagieren, gesünder werden, damit sie schlanker, sprich: schöner werden.

Wie bei anderen Süchten, etwa Eßsucht, kann bei der Alkohol- und Tablettenabhängigkeit ein gemeinsames Motiv herausgefiltert werden: das Wohlergehen und das Schönheitsideal. Wie bei der Eßsucht schlägt das anfangs vorhandene Einstiegsmotiv im Augenblick der Abhängigkeit ins Extrem um: Essen wird verweigert, die Wahrnehmung von Rollen wie Menstruation, Fruchtbarkeit, die Anziehung des Körpers wird außer Kraft gesetzt. Die Betrunkene fällt immer wieder aus der Rolle und weiß im Grunde, ohne es aber wirklich wahrhaben zu wollen, daß sie das tut. Und doch hat Sucht mit Emanzipation wenig gemein. Zwar liegt ein wesentlicher Grund, warum Frauen zu Suchtmitteln greifen, in den Vorurteilen, die sich ihnen in dieser Gesellschaft entgegenstellen. Doch ist auch deutlich, daß Frauen mit diesen Problemen nicht fertig werden: Anfangs gesuchte Erleichterung erschwert das Lösen der Probleme.

Die Suchtforschung hat sich diesem Thema bislang nur unzureichend gestellt. Die Gesundheitskonzepte orientieren sich klar und deutlich an den Bedürfnissen des Mannes. Hinsichtlich der Frau werden bestenfalls Analogieschlüsse gezogen. D. h., die Suchttherapie und -forschung beantwortet primär die Fragen nach dem wann und warum der Erkrankung von Männern und wie sie wohl gesunden mögen. Hilfsangebote sind wenig darauf ausgerichtet was Frauen brauchen, warum sie erkrankten und wie sie wieder zu Kräften kommen können.

In der Suchtforschung haben solche männlichen Medizinkonzepte tragische Folgen. Sie sind aufgrund der ihnen innewohnenden Vorurteile nicht in der Lage, die Ursachen und den besonderen Verlauf der Suchterkrankung von Frauen auch nur halbwegs vollständig zu beschreiben, sondern verquicken - höchst konventionell - ihr eigenes männliches gesellschaftliches Frauenbild mit dem der Suchtkrankheit. Eine Tageszeitung erschien vor längerer Zeit mit der Überschrift: „Abhängige Frauen bän-

deln leichter an". Das alte Vorurteil ist, glaube ich, leicht erkennbar. Es geht um das Anbändeln und nicht etwa darum, daß die Frauen suchtabhängig sind. Nicht die Krankheit soll damit bekämpft werden, sondern die Untreue und der Normenverstoß der Frauen.

So konservativ wie viele der Suchtforscher und Journalisten sind Frauen heute aber ja nicht mehr. Deshalb kommt bei den Frauen die Message an: Wer Schwierigkeiten hat, soll zum Glas greifen, zur Zigarette, zur Tablette, dann können Schwierigkeiten behoben werden. Frauen werden dann das können, was ihnen zum Beispiel beim Anbändeln mit dem anderen Geschlecht schon immer schwerfiel: nämlich die Initiative ergreifen. Das bedeutet: Dieser Denkansatz hat zur Folge, daß Frauen sogar ermutigt werden, zu Suchtmitteln zu greifen.

Wenn Suchtforscher 1980 auf dem 1. Kongreß, der sich mit Frauen und Sucht beschäftigte, in Saarbrücken, ex post facto aus dem damals steigenden Suchtverhalten von Frauen und der auch damals parallel dazu wachsenden Frauenbewegung den Schluß zogen, „seht ihr, das liegt daran, daß Frauen nicht mehr ihre traditionellen Rollen wahrnehmen“, dann haben diese Forscher nicht nur eine Scheinkorrelation hergestellt, sondern sie müssen sich auch den Vorwurf gefallen lassen, daß sie die Frauen in ihrer Abhängigkeit bestärken. Indem sie die Emanzipationsbereitschaft, die für Frauen positiv besetzt ist, mit Suchtmitteln in Verbindung bringen, werten konservative Analytiker nicht die Emanzipation ab, sondern die Sucht auf, nach dem Motto: Wer sich unabhängig machen will, kann und soll saufen.

Berliner Therapeutinnen, wie Anne Kurth und Ulrike Kreyssig protestierten damals gegen das Übergewicht männlicher Vorurteilshaftigkeit auf dieser Tagung, auf der sowieso fast nur Männer referierten. Ich freue mich, daß das heute anders ist. Kreyssig und Kurth schrieben damals: „Annahmen über die Wesenszüge der Frau, die wir schon auf dem Müllplatz der patriarchalischen Geschichtsschreibung wähten, feierten ebenso ihr comeback wie totgeglaubte Spekulationen über die krankmachenden Emanzipationsbestrebungen der Frauen.“

Ein falsches Emanzipationsverständnis in der Suchtforschung hat eine ganze Reihe weiterer suchtvorstärkender Folgen. Es führt z. B. dazu, daß Feministinnen und viele andere Frauen überhaupt nicht glauben wollen, daß Frauen weniger Alkohol vertragen als Männer. Daß es nur 20 bis 30 g reinen Alkohol pro Tag braucht, damit eine Frau abhängig wird und etwa 60 g bei Männern. Da

wir aber keine frauenspezifische medizinische Suchtforschung haben, fehlen auch den Therapeutinnen, die das Wissen darum haben könnten, gute Argumente, um Frauen zu überzeugen, die sich heute nichts mehr verbieten lassen wollen, was Männer dürfen. Wo es allgemein in dieser Gesellschaft angezeigt ist, sich nichts verbieten zu lassen, da erreichen die Suchtforscherinnen die Frauen nur schlecht und das hat schlimme Folgen.

Unglaublich für abhängige Frauen sind auch Therapieansätze, die die Gründe der Sucht falsch erklären und männliche Abhängigkeitsmuster den Frauen überstülpen wollen. So wird auch von der Frauensuchtforschung Alkohol als Kraftdroge angesehen – Marijke Mantek hat das zumindest 1979 in ihrem Buch beschrieben. Das ist meines Erachtens aber nur ein Teil der Wahrheit. Denn das Verhalten von Frauen unter Alkohol unterscheidet sich von dem von Männern. Der amerikanische Psychologe David McClelland hat Männer auf ihre Reaktionen unter Alkohol geprüft. Bei Versuchen auf Parties hat er festgestellt, daß Männer, wenn sie getrunken haben, sich zunehmend damit beschäftigen, wie groß ihr persönlicher Machtspielraum ist und wie sie den ausweiten können. Je mehr sie tranken, desto mehr strotzten ihre Geschichten von Omnipotenzphantasien und drehten sich nur noch um dieses eine Thema.

In einer parallel angelegten Untersuchung der amerikanischen Psychologin Sharon C. Wilsnack zeigten Frauen jedoch ganz andere Reaktionsformen. Die Geschichten, die Frauen erzählten, verloren an Aggressivität. Wilsnack stellte eine für sie unerwartete Übereinstimmung – diese Erkenntnis kann einem selber auch unbequem sein – mit einem traditionellen weiblichen Rollenverhalten von Frauen fest. Ihr eigenes Befinden unter Alkohol beschrieben die getesteten Frauen als warm, liebevoll, rücksichtsvoll, mitteilend, offen, hübsch, sexy, weiblich. Wilsnack interpretierte das so: Wenn es so ist, daß durch das Trinken das Weiblichkeitsgefühl in Frauen bestärkt wird, dann muß angenommen werden, daß Frauen, die trinken, einen größeren Mangel an solchen Gefühlen haben als Frauen, die nur gelegentlich ein paar Gläschen trinken.

Ich selber finde den Versuch sehr interessant, zweifle allerdings etwas an der Interpretation. Denn meines Erachtens ist Alkohol nicht in der Lage, kreativ zu sein, sondern kann nur etwas zeigen und schaffen, was auch da ist. Deshalb möchte ich Wilsnacks Versuch etwas uminterpretieren: Das soziale Umfeld von Frauen läßt Wärme und Liebe nur beschränkt zu. Gefühle dieser Qualität haben, obgleich sie von der Gesellschaft in der Familie stets ideologisch überhöht werden, dort wo es sie zu leben gilt, nur wenig Platz. Raum verschaffen können sie sich nur, wenn die Kontrollen fallen, d. h. auch unter Tabletten und Alkohol. Der tendenzielle Kontrollverlust der Suchtmittel läßt Ambivalenzen den Raum, der ihnen sonst nicht mehr gegeben ist.

Dasselbe geschieht auch mit Machtstreben der Männer. Auch dieses ist in den Hierarchien nur sehr begrenzt auslebbbar. Es gibt keine kometenhafte Aufstiege in Hierarchien, sondern nur sehr langsame. In Gesellschaften, in denen männliche Macht primär darin besteht, zu Steigbügelhaltern für andere zu werden, um sich ein Umfeld von Einfluß zu sichern, sind archaisch männliche Er-

oberungsgelüste domestiziert. Die strukturelle Gewalt, die in dieser indirekten gesellschaftlichen Kontrolle steckt, macht diese Strukturen allerdings für Frauen um so undurchdringlicher, da sie sich leicht hinter sogenannten objektiven Argumenten verstecken können.

Nun gibt es natürlich Frauen, die unter Alkohol mehr Machtphantasien haben als ohne. Wilsnack charakterisiert diese Frauen als diejenigen, die mehr trinken als andere. Hier läßt sich meines Erachtens eine Flucht aufzeigen. Gerade in einer Situation, in der Frauen im Beruf um ihren Aufstieg ringen, stoßen sie heute leichter auf Widerstand als früher. Der Alkohol entwickelt dann den ihm eigenen Selbstzerstörungsmechanismus, daß Frauen nicht nur die ihnen gesetzten Grenzen nicht mehr überwinden können, sondern durch ihre Abhängigkeit ganz aus der beruflichen Konkurrenz herausfallen. Was Alkohol ursprünglich erleichtern sollte, ein offenes Zugehen, kehrt sich genau in das Gegenteil. In diesem Sinne heißt es auch im Buch von Christa Merfert-Diete und Roswitha Soltau richtig: „Das was Frauen zu Frauen werden läßt, läßt sie auch zu suchtmittelabhängigen Frauen werden.“

Nicht die Emanzipation also treibt Frauen in die Abhängigkeit, sondern die Klebrigkeit und Haftfähigkeit sozialer Normen. Frauen werden häufiger in den Bereichen suchtgefährdet sein, in denen diese Norm von ihnen besondere Anpassungsopfer und Leiden verlangt. Nicht umsonst hatte das Hausfrauensyndrom, das Betty Frieden vor Jahren entdeckte, als Phänomen ohne Namen, zu einem größeren Krankenstand von Frauen beigetragen. Nicht umsonst konnte Phyllis Chesler ihr Buch: „Das verrückte Geschlecht“, als ein Ausdruck des Leidens von Frauen an der Gesellschaft beschreiben. Betrachtet man nun Suchtmittelabhängige: Hier waren etwa 33% der Patientinnen voll berufstätig, 31% Hausfrauen und 25% erwerbslos. Gruppierungen also, in den Frauen besonders an dieser Gesellschaft leiden, sind relativ deutlich vertreten. Man kann es an den Arbeitslosen sehen, wobei die Frauen natürlich, wenn sie vorher erwerbstätig waren, alkoholabhängig aus den Berufen herausfallen. Hier gibt es wenig Daten. Angestellte z. B. betrug 1975 - 1978 etwa 62%, dieser Anteil sank 1982 auf 53% und bei Beamtinnen merkwürdigerweise stieg der Anteil der Behandelten von 8 auf 19,8%. Hier wäre es also im Sinne einer sozialen Klärung von Suchtabhängigkeit von Frauen geboten, einmal in den jeweiligen Berufsalltag zu gucken. Was passiert da eigentlich mit den Frauen, wenn es dort Steigerungen und dort ein Absinken gibt. 1979 kam Marijke Mantek noch zu dem Ergebnis, daß Frauen in Anlern- oder Hilfstätigkeiten wesentlich häufiger tranken, als andere Berufsgruppen. Hier ist Frauenforschung angesagt. Mit der Krankheitsentwicklung der Sucht sinken die Chancen, im Beruf weiterzukommen und schließlich überhaupt dort zu bleiben. Irmgard Vogt beschreibt in ihrem Buch „Alkoholikerinnen“, wie Frauen, die sich bis an die Grenzen der Belastbarkeit in ihren Beruf hineingekniet haben, sich irgendwann überfordert fühlen. Ihre Chefs schraubten die Erwartungen immer höher, ohne daß das selber zu einem Fortkommen der Frauen führte. In diesen erhöhten Erwartungen kann man eine der Familiensituation von Frauen vergleichbare Situation wiedererkennen, denn sowohl die grenzenlose Ausbeutung der Ehefrau und Hausfrau ist darin enthalten, als auch

der Undank und die Verachtung von Familienangehörigen. Eine der Interviewten zu Irmgard Vogt: „Und ansonsten wurde mir so sehr das Gefühl vermittelt, gebraucht zu werden“. Eine andere: „Mir fehlt etwas – dieses Trennenkönnen zwischen Dienst und Privat“. Irmgard Vogt hat aufgrund ihrer Intensivinterviews in einer Suchtstation die Bilanz aufgemacht, daß von den 14 bei ihrer Einlieferung berufstätigen Frauen nur 7 auch nach dem Klinikaufenthalt wieder in ihren Beruf unterkommen konnten. Sucht gefährdet die Chance einer eigenständigen Lebensplanung von Frauen. Abhängigkeit gefährdet nicht nur den Führerschein – wovor erstmals viele am Anfang Angst haben – sondern auch die Arbeitsstelle und es gefährdet auch und vor allem die Lebens- und Liebesbeziehungen zu Partnern oder Partnerinnen, die zu den Kindern und zu sich selbst. Nicht wenige der suchtmittelabhängigen Frauen haben schon einen oder mehrere Selbsttötungsversuche aufgrund der Verzweiflung über ihre Lage hinter sich.

Bei der Zerstörung des Selbstbewußtseins suchtmittelabhängiger Frauen hat auch physische Gewalt gegen Frauen einen beträchtlichen Anteil. Obwohl von der Frauenbewegung noch längst nicht ausreichend analysiert, gibt es seit der ersten wissenschaftlichen Begleituntersuchung zum ersten Frauenhaus in Berlin Indizien dafür, welche Rolle die Gewalt im Zusammenhang mit Alkohol spielt. In 41% aller Mißhandlungen war schon damals Alkohol im Spiel. Frauen fliehen vor der Gewalt in die Alkohol- und Tablettenabhängigkeit. In der Untersuchung damals sagten Frauen: „Selbst eine Vergewaltigung oder erzwungene sexuelle Praktiken wie Analverkehr usw. verlieren – jedenfalls zum Teil – ihren Schrecken unter Tabletteneinfluß“. Oder: „Wenn ich keine Tabletten genommen hätte, hätte ich ihn umgebracht.“

Sucht verringert die Widerstandsmöglichkeiten von Frauen. Auch die Öffentlichkeit erkennt den Opfern von Vergewaltigungen, wenn sie während des Gewalterlebnisses betrunken waren, nur vermindert ihr Recht auf Widerstand zu. Das trifft selbst für den Zeitpunkt nach der Tat zu. Kurt Weis hat in seinem Buch „Die Vergewaltigung und ihre Opfer“ eine Umfrage gemacht. Danach sind 47,7% der Bevölkerung der Ansicht, daß eine Frau keine Anzeige machen sollte, wenn sie oder beide zur Tatzeit betrunken waren. Dieser Ansicht waren sogar mehr Frauen als Männer.

Es ist das unumstrittene Verdienst von Irmgard Vogt, daß sie in ihrer Untersuchung den Anteil herausgearbeitet hat, in dem erst die Sucht die Frauen zu Opfern von Gewalt in der Familie werden läßt. Von den 37 befragten Abhängigen wurden 27 Frauen von ihrem Ehemann, den Eltern, Geschwistern oder den eigenen Kindern, wenn sie über 10 Jahre alt waren, geschlagen. Und zwar erst nachdem sie alkoholabhängig geworden waren! Suchtmittelabhängige Frauen erleben mehr Gewalt als andere, ohne sich gleichermaßen gegen diese Gewaltausübung zur Wehr setzen zu können. Weil sie trinken oder tablettenabhängig sind, wird ihnen von Dritten auch noch die Verantwortung für die erlittene Gewalt zugeschrieben.

Gewalt durch Männer ist schon häufiger mit einer Sucht verglichen worden. Die Besinnungslosigkeit des Immerweilerschlagens dieser Männer, bis die Frau krankenhaushausreif ist, – das für eine ganze Anzahl von Vertretern

dieses Geschlechts typische: einmal Schlagen, immer Schlagen – zeigt ganz deutlich, daß sich diese Art von Männern nicht aus der Gewaltspirale lösen können. Sie brauchen wie alle betroffenen Familienmitglieder und Angehörigen von Suchtmittelabhängigen eine eigene Behandlung. Bislang sind die Alanons ja weitgehend dominiert von Frauen. Nur wenige Ehemänner sind therapiebereit, wenn ihre Frauen abhängig geworden sind. Insofern ist die Gewalt-Sucht von Ehemännern als Reaktion auf die Alkohol- oder Tabletten sucht der Partnerin nur unzulänglich analysiert. Vielleicht sind die Selbsthilfegruppen schlagender Männer, die sich in einigen, wenigen Städten gebildet haben, ein Schritt dahin. Eines aber muß deutlich sein, Schlagen ist keine Schwäche. Schlagen von abhängigen Frauen ist eine Krankheit der Angehörigen. Anders die Situation von Frauen als Angehörigen: In dem Buch von Robin Norwood über die Sucht der Frauen, zu sehr gebraucht zu werden, zu sehr zu lieben, wird davon ausgegangen, daß Frauen, die zu sehr lieben, als Co-Alkoholikerinnen oder Co-Abhängige die Partner in Hilflosigkeit halten wollen. Hier müßte eine Analyse Männern gegenüber andere Fragen stellen: die, nach der Sucht dominieren zu wollen, auf Macht nicht verzichten können. Eine Macht, die in einigen Fällen oder nicht wenigen Fällen so weit gehen soll, daß die Frauen zu physischen und geprügelten Sklavinnen werden sollen, die ihr Leben dem Allmachtswahn dieser Männer opfern. Irmgard Vogt hat die Lust der Männer an physischer Züchtigung gerade am Beispiel von tablettenabhängigen Frauen deutlich gemacht: Die Schwäche der Frauen reizt die Männer, die Gewalt auszuleben, die ihnen die Gesellschaft sonst nicht gestattet.

Gerade die Gewalt, die suchtmittelabhängige Frauen in ihren Familien erleben, macht deutlich, wie wenig Sucht und Emanzipation für Frauen miteinander vereinbar sind, wie wenig sie miteinander zu tun haben.

Sucht ist das absolute Gegenteil von Emanzipationen. Und jede und jeder, der oder die glaubt, diesen Zusammenhang herstellen zu können, beteiligt sich ungewollt an der Gewaltsamkeit, die suchtmittelabhängige Frauen erfahren. Potentielle Helfer und Helferinnen können hier zu Co-Tätern oder Co-Täterinnen werden. Dies sowohl hinsichtlich der Gewalt als auch der andauernden Flucht in die Drogenabhängigkeit. Die Art der Gewalt, die suchtmittelabhängige Frauen erleben, zeigt meines Erachtens, daß eine gemeinsame Therapie von Männern und Frauen nur sehr schwer ist. Es hat sich in Therapiegruppen immer wieder gezeigt, daß Frauen, die von den Männern erwarteten Hilfs- und Dienstleistungen erbringen, aber nicht mehr über ihre eigenen Probleme sprechen. Genau das muß aber eine Therapie leisten können. Denn wenn Männer, wie anfangs gezeigt, unter Alkohol mehr Machtwillen entwickeln und dies auch im trockenen Rausch noch tun, Frauen dagegen zunehmend zu Opfern werden, muß das in getrennten Gruppen bearbeitet werden. Und Gewalt dagegen, der unterschiedliche Anteil beider Geschlechter an der Gewalt, muß in beiden Gruppen thematisiert werden. Über die erlittene Gewalt, die Frauen erfahren haben, ist es sowieso schon sehr schwierig, in Frauengruppen zu sprechen. Will man keine spezifische Suchttherapie für Frauen und Männer, heißt das, daß man den Mantel des Schweigens über dem Verhältnis von Sucht und Gewalt belassen will.

### Teilnehmerin:

Für mich ist ein Punkt in der Diskussion besonders schwierig, nämlich die Frage, wie gehen Sozialarbeiterinnen oder Helferinnen mit diesem Gewaltaspekt um und welche Auswirkungen hat das. Wenn ich also einer suchtkranken Frau, die geschlagen und mißhandelt wird, wirklich helfen will, dann muß ich diese Frau ja darin bestärken, etwas gegen ihre Situation zu tun, etwas zu verändern, beispielsweise zur Polizei zu gehen. Damit wird aber eine riesige Welle in Gang gesetzt, die zu weiterer folgender Gewalt führt und vielleicht zur Eskalation. Ich glaube, bei den Helferinnen ist da auch eine unglaubliche Angst. Mich würden Erfahrungen interessieren, die in diesem Bereich gemacht wurden. Ich weiß von Berlin, daß die Hilfeversuche und die Befreiungsversuche der mißhandelten Frauen wahnsinnig zurückhaltend laufen, weil die in ihrer Angst so sehr gesperrt sind, daß sie kaum Wege finden, etwas zu verändern. Mich würden vor allem Möglichkeiten von Selbsthilfe- und anderer Gruppen, die diese Frauen stärken, etwas zu verändern, interessieren.

### Sibylle Plogstedt:

Am meisten Konkretes können wir aus dem hier anwesenden Kreis erfahren. Ich will nur auf einen Aspekt - die Erfahrung der Frauenhäuser - zu sprechen kommen. Nicht umsonst thematisieren ja Frauenhäuser nur sehr ungern das Verhältnis von Alkohol und Gewalt. Ihnen muß man mal sagen, in den Frauenhäusern kann man das doch gar nicht anders sehen, als sonst auch. Da sitzen die, was zumindest die Gewalt betrifft, bestausgebildeten Spezialistinnen. Und auch die betroffenen Frauen haben immer wieder die Erfahrung gemacht, daß abhängige Frauen wieder in die Beziehung zurückgehen. Hier meine ich, muß man zu einer Kooperation kommen zwischen den Therapiegruppen, die mit süchtigen Frauen zusammenarbeiten und den Frauenhäusern, die diese Art von Gegenwehr gegen Gewalt fördern, einschließlich Gängen zur Polizei und Anwälten usw.

### Teilnehmerin:

Das hieße ja letztlich, daß sich die betroffenen Frauen immer an Frauenhäuser wenden müssen - ich halte das für diskriminierend.

### Sibylle Plogstedt:

Mein Appell geht dahin, daß die Frauen-Sucht-Gruppen das Problem mit den Frauenhaus-Frauen bearbeiten, so daß jede praktisch von zwei Seiten her eine Möglichkeit des Zugangs gewinnt. Das, was den Therapeutinnen in den Suchtgruppen an Erfahrung fehlt, wie man mit Gewalt umgeht, fehlt möglicherweise ja umgekehrt den Frauenhaus-Frauen in der Behandlung von Sucht. Da sitzt eine ganz alte Angst, daß die Gewalt verharmlost würde, wenn man sie mit der Sucht zusammen nennt.

### Teilnehmerin:

Meine Erfahrung in der Arbeit mit suchtkranken Frauen ist, daß diese Frauen, solange sie in ihrer Abhängigkeit verbleiben und nicht abstinent werden, kaum in der Lage sind, sich gegen Gewaltmißhandlungen zu wehren. Diese Frauen leider einerseits unter sehr starken Schuldgefühlen, wegen ihrer Sucht, zum anderen müssen sie ihre Schmerzen und psychischen Verletzungen, die diese Gewalterfahrungen letztlich für sie darstellen, betäuben. Die Frauen können sich erst wehren, wenn sie abstinent leben und ganz allmählich in der Lage sind, über ihre Gewalterfahrungen überhaupt erst offen zu sprechen. Oft werden diese Erfahrungen, Demütigungen und Verletzungen sehr lange verschwiegen, aus Scham- und Schuldgefühl heraus.

### Teilnehmerin:

Mein Name ist Christa Merfert-Diete, ich arbeite bei der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren und habe dort auch Seminare mit Mitarbeiterinnen aus Frauenhäusern durchgeführt. Dabei habe ich die Feststellung gemacht, daß das größte Problem im Zusammenbringen zweier Tabuthemen besteht, nämlich einmal Gewalt und zum anderen Sucht. Die Frauen, die in diesem Bereich arbeiten, kommen aus der Frauenbewegung, haben ein starkes Gefühl von Solidarität für Frauen, ein Gefühl von „Wir müssen uns doch helfen!“. Ich bin bei vielen dieser Frauen darauf gestoßen, daß sie selber Schwierigkeiten haben, für sich Inhalte von Sucht zu akzeptieren, konsequent zu sein und sich mit sich selber auseinanderzusetzen in der Frage, wie konsequent sie anderen Frauen gegenüber treten können. Die Frauen in den Frauenhäusern sind oft zweifach abhängig, nämlich von Suchtmitteln und auch von ihren Männern. Das hat bei vielen Frauen dazu geführt, daß sie ihr Suchtproblem nicht als so schwerwiegend ansehen, sondern ihre Schwierigkeiten vor allem im Zusammenhang mit Gewalterfahrung durch den Ehemann angesiedelt haben. Es ist ganz schwierig, bei diesen Frauen auch den Bogen zum eigenen Verhalten zu ziehen. Da liegt für mich die entscheidende Schwierigkeit und ich hoffe, daß wir in den Arbeitsgruppen noch eingehender darüber diskutieren können, wie diese beiden Tabuthemen in Einklang zu bringen sind und wie wir das Thema Sucht herüberbekommen zu den Frauen, die im Bereich der Frauenarbeit tätig sind.

### Teilnehmerin:

Mein Name ist Gretel Rieber, ich bin Redakteurin beim Westdeutschen Rundfunk und habe eine Anmerkung zu dem ausgezeichneten Referat von Frau Plogstedt. Sie haben die mangelnde Liebesfähigkeit der abhängigen Frauen erwähnt, ich habe dabei einen wichtigen Aspekt etwas vermißt. Bei süchtigen Männern wird immer sehr betont, welche erheblichen Probleme diese Männer haben, wenn sie unter Potenzstörungen oder auch Imppo-

tenz leiden. Daß Frauen dasselbe Problem haben - nur daß es da nicht so auffällt, weil die weibliche Sexualität anders ist, das wird meist gar nicht beachtet. Offenbar ist die weibliche Sexualität nicht so wichtig, wie die männliche. Ich hoffe, daß dies hier noch deutlicher angesprochen wird, welche Probleme Frauen mit der fehlenden Libido haben. Die Promiskuität einer kleinen Anzahl von Alkoholikerinnen, die tatsächlich besteht, ist ja nichts anderes als der verzweifelte Versuch, über diese fehlende Libido hinweg zu kommen. Für mich ist dies auch ein weiteres Argument für die getrennte Entwöhnungstherapie, denn Frauen werden kaum in der Lage sein, über dieses enorme Problem zu sprechen, solange Männer anwesend sind.

**Sibylle Plogstedt:**

Ja, das stimmt. Das war ein Lapsus, das hätte ich unbedingt da reinarbeiten müssen. Ich denke auch, daß Sexualität ein sehr, sehr wichtiger Punkt ist und auch einer, der letztendlich auch mit dem Entzug nicht sofort gelöst ist. Da braucht es ganz lange, um eine Liebesfähigkeit und Liebeslust wieder herzustellen. Auch ist in dieser Gesellschaft, die ja nach wie vor am Konzept des vaginalen Orgasmus festhält, ich sage das jetzt mal so salopp, in der viele Frauen ja bekanntermaßen nicht zu einem Orgasmus gelangen, da fällt es nicht auf, wenn eine Gruppe von Frauen gar nicht mehr zum Orgasmus kommt und zwar aufgrund von Krankheitssymptomen, also aufgrund von Suchtmitteln. Insofern ist das ein Punkt, der in den Arbeitsgruppen mit angesprochen werden könnte, um zu erfahren, was da in den Therapien für Erfahrungen gemacht werden.

**TeilnehmerIn:**

Ich komme aus einer ambulanten Beratungsstelle für Suchtkranke und arbeite eigentlich täglich mit geschlagenen Frauen, die suchtkrank sind oder mit geschlagenen Frauen, deren Partner suchtkrank sind. Wir haben ein Konzept entwickelt, wonach wir am Anfang des Hilfeprozesses Einzeltherapie anbieten und später dann nur noch Paartherapie bzw. Paargruppen durchführen. Dabei macht der Angehörige genauso seinen Therapiekon-

trakt, wie der Betroffene selbst. Und dabei ist es auch schon zu Trennungen und Scheidungen gekommen, diese mußten aber in der Gruppe erarbeitet werden und Ergebnis eines längeren Prozesses sein. Wir machen mit dieser Konzeption sehr gute Erfahrungen.

**TeilnehmerIn:**

Mich hat an Ihrer Ausführung sehr beeindruckt, wie Sie das nicht vorhandene Konzept einer frauenorientierten Medizin herausgestellt haben. Ich bin Mitarbeiterin in einem Mütterkurheim und dort stellt sich dieses Problem auch sehr deutlich. Ich wünsche mir für meine Arbeit auch Hilfestellungen, wie diese Arbeit dem Anspruch der Frauen gerechter werden kann, damit diese Frauen für sich selbst gesund werden möchten und nicht um nur danach wieder ihre alten Rollen erfüllen zu können.

**Sibylle Plogstedt:**

Man muß dieses Konzept einer Paartherapie überprüfen: Was ist der Vorteil der Stabilisierung dieser Beziehung, gibt es ein Erarbeiten der Trennung gegenüber Trennungslösungen, die aufgrund von Gruppendruck entstehen, die aber möglicherweise auch einen berechtigten Egoismus von betroffenen Angehörigen nach vielen Jahren wieder in den Vordergrund rücken? Sagen wir mal so: Was mir daran einleuchtet, ist die erarbeitete Trennung, nicht unbedingt, daß es keine geben darf. Ich kann mir zwar eine Diskussion in einer Paartherapie kaum vorstellen, es sei denn, ich anerkenne die Übermacht der Therapeutin als Regulativ darin. Bei bestimmten Erfahrungen kann man ja als Korrektiv auch andere Frauen haben. Man muß selber erfahren können, daß man zurecht an etwas leidet und daß es nicht eine individuelle Niederlage ist, die man als Frau erfährt und denkt, das ist ein Einzelschicksal, dem man da ausgeliefert ist. Von daher könnte ich mir - ich sage das jetzt ins Blaue hinein, ich kenne ihre Situation dort nicht gut genug - erst mal nur vorstellen, daß man das ergänzen könnte durch Frauengesprächsgruppen, in die möglicherweise dann wieder Paartherapie hineingeholt wird. Ansonsten glaube ich, werden wir auf der Tagung noch häufiger auf dieses Thema zurückkommen.

# Frau / Sucht / Krankheit

Ute Schönherr

Wieder einmal so ein offener Titel, bei dem sich alles denken läßt. Ich mag mich ungern frühzeitig auf ein detailliertes Thema festlegen lassen; die Doppeldeutigkeit des Wortes Sucht = sucht („sucht Frau Krankheit?“) regt mich aber auch gedanklich an.

Ich will versuchen, einigen Zusammenhängen nachzuspüren, die zwischen Frausein, Suchtverhalten und Krankheit bestehen, den subjektiven Bedürfnissen und Wunscherfüllungen, die im Kranksein stecken können.

Dies ist *kein* wissenschaftliches Referat mit Zitaten und Literaturhinweisen, sondern Ergebnis meiner persönlichen Auseinandersetzung mit Gesehenem, Erlebtem und Gelesenem. Streckenweise wird es wie eine Kampfansage an die Ärzteschaft klingen. Das soll es auch. Ärzte sollen wissen, daß es unser Ziel ist, Frauen auch von ihnen zu emanzipieren.

Es bestürzt mich immer wieder, wie fraglos rundherum alles akzeptiert wird, was „ärztlich verordnet“ ist.

Da ich in einer Gesundheitsverwaltung arbeite, kenne ich auch beruflich eine Menge Ärzte, mit einigen bin ich gut befreundet. Ich achte und respektiere ihre besonderen Kenntnisse und Fähigkeiten, wie ich eine zuverlässige Verwaltungsbeamtin, engagierte Sozialarbeiter und einen guten Tischler zu schätzen weiß.

Wir tun Ärzten keinen Gefallen, wenn wir sie zu Halbgöttern in Weiß stilisieren, deren Entscheidungen unfehlbar sind. Vor allem tun wir uns selbst damit keinen Gefallen, denn um uns geht es ja.

Ich muß mich des medizinischen Handwerks und Wissens immer dann vertrauensvoll bedienen können, wo ich Rat und Hilfe gerade dieses Experten brauche. Es kann lebensentscheidend sein, eine ärztliche Meinung einzuholen!

Es macht mich aber immer wieder wütend, zu sehen, wie sehr dieses Angewiesensein mißbraucht werden kann. Der herrschende Krankheitsbegriff ist ein scheinbar objektiver, naturwissenschaftlich belegbarer Begriff. Die etablierte Schulmedizin definiert was krank ist zumeist als einen Defekt, eine Abweichung von etwas, das als Gesundheit normiert ist.

Im Alltagswissen und -verhalten der Menschen sind jedoch Gesundheit wie Krankheit eher subjektive Empfindungen, die erst durch die Diagnose, die Benennung durch den Arzt scheinbar objektiv faßbar werden. (Wir alle kennen Beispiele von Menschen, die sich bis zur eher zufälligen Diagnostizierung einer Krankheit völlig wohlfühlt haben; schon das Wissen um einen krankhaften Prozeß im eigenen Körper kann krank machen.)

Krank machend kann vor allem die Dynamik sein, die dann einsetzt: einmal als krank definiert, verliert der somit zum „Patienten“ gestempelte Mensch seine übrige Identität. Der Medizinbetrieb bemächtigt sich seiner, alles Verhalten wird unter den Oberbegriff der Krankheit subsumiert, die Krankheit wird zum Fremden, zur Störung, die um jeden Preis behandelt, behoben, repariert werden muß.

Die Professionalisierung der Heilkunde und die Normen unserer „modernen Leistungsgesellschaft“ haben dazu geführt, daß Schmerzen und Krankheit nicht mehr als zum Leben dazugehörig empfunden werden; sie gehören uns nicht, zu uns nicht, sondern in die Hand des Experten, der sie „wegmacht“.

Wir wissen ja heute, daß die weisen und heilkundigen Frauen als „Hexen“ verfolgt und verbrannt wurden, weil sie um körperliche Vorgänge wußten, Kenntnisse über heilende und schädliche Wirkungen von pflanzlichen Drogen hatten. Die damit real gegebene Macht über Leben und Tod stellte eine Bedrohung für die Herrschafts- und Machtverhältnisse der damaligen (wirklich nur der damaligen?) Gesellschaft dar. Ähnliche Mechanismen blitzen immer wieder einmal auf, wenn im Gespräch mit Ärzten die Rede auf natürliche Heilweisen, die Frauengesundheitsbewegung oder psychosomatische Zusammenhänge kommt: die Vorstellung, daß sich auf diese Weise jemand bewußt den Segnungen der modernen Medizin entziehen könnte, birgt offensichtlich revolutionären Zündstoff.

Die Verbissenheit, mit der Ärzte - von Staat und Politikern unterstützt - ihr Behandlungsmonopol verteidigen, zeigt, daß ihnen bewußt ist, wieviel Macht sie haben. Die ständig und immer wieder beteuerte „politische Abstinenz“ der Medizin, ihre angebliche Unabhängigkeit vom jeweiligen Gesellschaftssystem zeigt, daß sie ihre wahre Funktion bei der Erhaltung von Machtstrukturen nicht wahrhaben will. Die Ausrottung der heilkundigen Frauen und ihres von Generation zu Generation weitergegebenen Wissens war offensichtlich total - und erfolgreich. Die Medizin ist eine von männlichen Werten geprägte Wissenschaft geworden. Frauen kommen in ihr im wesentlichen als unselbständige Hilfskräfte vor, die ärztliche Anordnungen auszuführen haben.

Für die gesundheitliche Versorgung ihrer Familien wird auf Frauen gezählt, sie sind für Arztbesuche, Pflege, Überwachung der Medikamenteneinnahme zuständig. Sie sind als „Zuarbeiterinnen“ wesentliche Schaltstellen für die Inanspruchnahme des professionellen Medizinsystems. In ihrer Mehrheit trauen sich Frauen offenbar Entscheidungen über ihre eigene körperliche Befindlichkeit nur bis zu einem gewissen Grade zu - von der dünnen Schicht derer, die im Rahmen der Frauengesundheitsbewegung versuchen, verschüttete weibliche heilkundliche Fähigkeiten wiederzugewinnen, einmal abgesehen. Frauen haben die Selbstverständlichkeit im Kontakt zu ihrem Körper verloren; selbst für die ihnen eigenen biologischen Prozesse - Zyklus, Fruchtbarkeit, Schwangerschaft, Klimakterium - wird ihnen die Kompetenz streitig gemacht; bei diesen sehr individuell geprägten Abläufen zeigt sich das Unvermögen eines statistisch ermittelten Normbegriffes, der jede Abweichung zum krankhaften Geschehen umdeutet, besonders deutlich: die je subjektive Befindlichkeit hat bei der gesellschaftlichen Normierung der Erwartungen und Forderungen an Frauen in ihrer biologisch bestimmten und festgelegten Rolle keinerlei Bedeutung mehr.

Zwei Beispiele, die verdeutlichen, wie schnell die Zuweisung der Krankenrolle aufgrund der biologischen Funktionen der Frau erfolgt:

- Wir wissen aus Untersuchungen über das Diagnose- und Verschreibungsverhalten der Ärzte, daß der geschlechtsspezifische Unterschied mit Beginn der Pubertät gemacht wird. Von diesem Zeitpunkt ab werden den hormonellen Veränderungen folgend - bei Frauen wesentlich häufiger eine psychische/psychosomatische Krankheit diagnostiziert, ihnen werden häufiger und mehr Medikamente, vorwiegend Psychopharmaka, verschrieben.
- Das „prämenstruelle Spannungssyndrom“ soll in das Handbuch der psychischen Störungen aufgenommen werden; dies bedeutet, daß im Grunde künftig potentiell bei jeder Frau eine solche psychiatrische Diagnose - mit den entsprechenden Folgen - gestellt werden könnte.

Die Zusammenhänge zwischen Menstruationsbeschwerden und der jahrhundertealten Tabuisierung und Abwertung des weiblichen Zyklus, mit der persönlichen Lebenssituation der Frau, ihrer Einstellung zu ihrer eigenen Sexualität und ihren Körperfunktionen, Kinderwunsch, Partnererfahrungen usw. werden durch solche Zuschreibungen und die Medikamentierung erfolgreich zuge deckt - auch im Bewußtsein der Frauen.

Mit einem solchen Krankheitsbegriff untrennbar verbunden (und deshalb macht uns ja der Begriff „suchtkrank“ solche Schwierigkeiten) ist die Definition des „Patienten“ - des Leidenden, Erduldenden - als zumindest zeitweise schuldunfähig, als entscheidungs- und steuerungs unfähig, als nicht mehr eigenverantwortlich handelnd. Als Individuum ist „der Patient“ nicht mehr ernstzunehmen, (deshalb ist er wohl in der Regel auch ohne Geschlecht!), wichtig ist das „befallene Organ“, der dazugehörige Mensch nur noch im Rahmen seiner Krankenrolle und der damit verbundenen Verpflichtung, an seiner Heilung mitzuwirken.

Die Bedrohlichkeit dieses Krankheitsverständnisses für die Identität wird am deutlichsten im Bereich der psychischen Veränderungen, die eben nicht sichtbar und schwer nachweisbar sind, die nicht etwa durch einfache äußerliche Einwirkung behandelbar sind. Die Macht des Arztes/Therapeuten geht hier noch weit über die Verfügungsgewalt über den Körper hinaus; erwartet wird im Grunde eine völlige Entäußerung des eigenen Selbst. Die Freiwilligkeit der „Patienten“, ihre Bereitschaft, sich zu öffnen, sich darauf einzulassen, wird vorausgesetzt, eben weil Krankheit als etwas definiert wird, was der Hilfe und Abhilfe bedarf, für dessen Beseitigung wir dankbar sein müssen.

Wie wir alle wissen, gewinnt der herrschende Krankheitsbegriff für die Betroffenen zum Teil existentielle Bedeutung vor allem im Sozial- und Strafrecht; nur die Krankheitszuschreibung sichert den Anspruch auf Hilfe und Behandlung, dient zur Verständlichmachung von strafbarem Verhalten, gibt noch einmal eine „Chance“.

Den Betroffenen wird quasi die Wahl zwischen zwei Übeln, zwei Stigmata zugemutet; ich bin im Einzelfall nicht in der Lage, zu entscheiden, was schlimmer ist, krank oder kriminell, krank oder selbst schuld.

Denn in diesen Alternativen stecken immer auch moralische, von soziokulturellen Wertdefinitionen abhängige Kategorien. Für mich verständlich und nachvollziehbar identifizieren sich die Betroffenen oft lieber mit der Alternative, die sie selbst exkulpiert und nehmen die Konsequenzen billigend in Kauf.

Die Konsequenz für die Suchtarbeit liegt auf der Hand: die gesellschaftliche Normierung von krank oder kriminell verstellt in beiden Fällen den Blick auf die eigenen Anteile, die Eigenverantwortlichkeit für das Selbst und das Verhalten, verhindert den Ausbruch aus den Abhängigkeitsstrukturen.

Die Kategorie Krankheit wirkt außerdem in jedem Falle individualisierend - aber unpersönlich -; die Mehrzahl der Repräsentanten des herrschenden Krankheitsverständnisses erkennt krankmachende Lebensbedingungen, die Untrennbarkeit von Krankheitsgeschehen und Lebenssituation nur selten oder widerwillig an.

Daher ist für mich das Etikett „suchtkrank“ auch so problematisch. So sehr das Krankheitskonzept als Fortschritt in Bezug auf Hilfs- und Behandlungsmöglichkeiten sowie Durchsetzungsstrategien zu betrachten war, so hinderlich kann es dabei sein, die Ursachen und Funktionen süchtigen Verhaltens wahrzunehmen und seine Bedingungen zu verändern.

Als Alternative zu diesem medizinisch geprägten Krankheitsbegriff sollten wir deshalb unser eigenes Krankheits-/Gesundheitsverständnis entwickeln, respektive wiederentdecken.

Dafür scheint es mir wichtig, daß jede von uns für sich und im Gespräch mit den Frauen versucht, nach den die eigene Einstellung zu Krankheit und Gesundheit prägenden Erfahrungen und Bildern in der Kindheit zu suchen.

Wir können dem etablierten generalisierten Krankheitsbegriff nur dann einen eigenständigen, persönlichen entgegensetzen, wenn wir wahrnehmen lernen, was Kranksein für uns bedeutet, welche Bedürfnisse wir erfüllt bekommen wollen, um sie dann verbalisieren und durchsetzen lernen zu können.

Mir selbst sind beim Assoziieren auch erstaunlich viele positive Aspekte von Kranksein eingefallen:

- Decke über den Kopf ziehen, mich ausruhen, ausschlafen können
- nichts tun zu müssen, schwach sein dürfen
- gepflegt, bemitleidet, geschont zu werden
- nicht gut aussehen müssen, mich gehenlassen dürfen
- Atemschöpfen, Nachdenken, mich fühlen und wahrnehmen, in mich hineinlauschen.

Ich bin sicher, daß das an meiner Sozialisation und persönlichen Erfahrung liegt. Körperliche Krankheiten wurden in meiner Familie sehr ernstgenommen; es gab damit einen stark ritualisierten Umgang, auf den wir Kinder uns verlassen konnten. Die positiven Aspekte wie besondere Zuwendung, Aufmerksamkeit und Schonung, nicht zur Schule müssen, im Mittelpunkt des Familienhaushaltes stehen, überwogen bei meinen üblichen Kinderkrankheiten, Erkältungen u. ä. bei weitem die damit verbundenen Mißempfindungen oder Schmerzen. Die Diskrepanz zwischen dem familiären und dem professionellen Umgang mit einem kranken Kind habe ich bei

zwei Krankenhausaufenthalten dann auch besonders schmerzlich empfunden; so unglücklich wie dort habe ich mich sonst in meiner ganzen Kindheit nicht gefühlt.

Eine weitere Diskrepanz fällt mir in der Rückschau auf: der ganz andere Bewertungsmaßstab für Kinder und Erwachsene. Uns Kindern war gestattet, jede Krankheit auszukurieren, auch auf leichtere Symptome wurde sofort eingegangen. Meine Großmutter z. B. wurde als wehleidig und hypochondrisch betrachtet, meine Mutter übergang „selbstverständlich“ alle Krankheitszeichen bei sich selbst oder versuchte, sie durch Selbstmedikation wegzudrücken - eine Mutter darf eben nicht krank sein!

Und noch eins: psychosomatische Reaktionen gelten bis heute in meiner Familie als suspekt, als wahrscheinlich bewusst eingesetzt, wenn nicht gar simuliert. Eine Krankheit ist entweder organisch verursacht oder es gibt sie nicht!

Daß mir so viel Positives zu Kranksein eingefallen ist, hat aber auch mit meiner konkreten Lebenssituation zu tun: als alleinstehende, berufstätige Frau habe ich überhaupt die Möglichkeit, die nach innen gewandten regressiven Seiten von Krankheit zu leben, wenn mir danach ist. Ich brauche diesen Ausweg nicht oft, weil ich mir solche Wünsche auch erfüllen kann, ohne Krankheit als Legitimierung heranzuziehen. Ich kann mir Zeit für mich nehmen und in begrenztem Umfang sogar „verwahrlosen“, wenn ich das will.

Die überwiegende Mehrzahl der Frauen befindet sich jedoch in der mütterlichen, pflegenden, versorgenden, helfenden Rolle. Sie können sich nicht einfach ausklinken aus den Versorgungsansprüchen ihrer Familie, ihren eigenen Ansprüchen an sich selbst: ordentlicher Haushalt und pünktliches Essen!

Ihre eigenen Wünsche an das Kranksein werden von niemandem erfüllt, sie selbst haben dazu weder Zeit noch Muße noch die reale Möglichkeit.

Ich habe immer gedacht, daß die hohe Inanspruchnahme des Medizinsystems durch Frauen (fast doppelt so häufig wie Männer!) dort eine Wurzel haben könnte; daß sie vielleicht immer wieder versuchen, an solche kindlichen Erfahrungen anzuknüpfen, sich woanders holen wollen, was sie in ihrer Familie nicht bekommen, einmal aus der Mutterrolle heraustreten dürfen.

Das Image des Arztes ist ja landläufig auch ein väterliches, in den Klischeevorstellungen von Arztromanen und Zeitschriften wird diese Seite jedenfalls besonders betont, der „Onkel Doktor“ hilft in jeder Lebenslage.

Diese Eigenschaft spricht wohl die Frauen an, sie suchen das Gespräch, die „Droge Arzt“. Sie wollen endlich einmal auch ernst genommen werden mit ihren Schmerzen, mit ihrem Wunsch nach Ruhe, Erholung und Versorgtwerden. Was sie erhalten, ist offensichtlich immer eine „Droge“ und der gute Rat, sich zusammenzureißen.

Häufig ist nichts Organisches zu finden, es erfolgen verschleiernde Diagnosen - vegetative Dystonie z. B. -, sie erhalten Medikamente, die scheinbar ihre Bedürfnisse befriedigen.

Es wird eine Störung ihrer Befindlichkeit diagnostiziert (das, was heute unter dem Begriff Frauen-Syndrom zu-

sammengefaßt wird), ohne daß beide Seiten daraus Schlüsse ziehen könnten. Das Signal, das der Körper aussendet, wird nicht gehört, verhallt, wird überdeckt.

Mit dem Betreten der Arztpraxis wird zugleich auch die Chance aufgegeben, in sich hineinzuhören, herauszufinden, wofür die körperliche Reaktion steht; die Geräuschentwicklung der Medizintechnik ist einfach zu groß, die Organdiagnostik zu übermächtig. Durch den Gang zum „Experten“ geben sie die Verfügungsgewalt und Verantwortung für den eigenen Körper auf.

Auch aus psychosomatischen Erkrankungen können sie so keinen Krankheitsgewinn ziehen: weder wird die Somatisierung wirklich ernstgenommen, noch wird sie als Ausdruck von Konflikten und Krisen verstanden, noch ist ein Rückzug ins Versorgtwerden gestattet oder möglich.

Sie könnten Krankheitssymptome ja auch nur dann als „gesunde“ Reaktion auf krankmachende Lebensumstände und Beziehungen sehen, wenn sie dadurch einmal eine konstruktive Veränderung erleben würden.

Der einzige Gewinn, der aus solcher Art Kranksein dann höchstens noch zu ziehen ist, ist eine Art passiver Widerstand. Wir kennen aus den Untersuchungen und Erzählungen gerade von suchtkranken Frauen das Bild der ewig kränkelnden Mutter, die dadurch eine subtile Macht über die Familie ausübt. Das Krankwerden aus Erschöpfung, Nicht-Mehr-Können, als Suche nach Versorgung hat sich in solchen Fällen verselbständigt, wird zum einzigen Ausweg, sich Forderungen zu entziehen, Rücksichtnahme einzuklagen, sich nicht streiten, auseinanderzusetzen zu müssen.

In einem solchen Familienklima, in dem alles sich der Schwäche, Ohnmacht und Resignation unterzuordnen hat, werden lebendige Reaktionen, wird Aufbegehren im Keim erstickt, wird das Frauenbild der Tochter, ihr Zutrauen zu weiblicher Stärke, entscheidend geprägt.

Was können wir also tun, um solche Kreisläufe aus körperlicher Reaktion, Arztbesuch, Medikamenteneinnahme bis hin zur Abhängigkeit, Entwicklung weiterer Krankheitssymptome zu unterbrechen? Denn wir müssen uns ja klarmachen, daß die Frauen, die uns als Alkohol- oder Drogenabhängige, als Magersüchtige, als Psychiatrie-Patientinnen begegnen, deutlich sichtbare Symptome präsentieren, daß sie aber nur die Spitze des Eisbergs darstellen; die sind „auffällig“, sie verweigern sich, sie sind aus der Rolle gefallen, oft sind sie schon zum Objekt verschiedenster Behandlungsversuche geworden.

Der größere Teil des Eisbergs schlummert unter der Oberfläche, es sind Frauen, die uns allen in der täglichen sozialen Arbeit, in unserem alltäglichen Umgang begegnen. Die leiseren, unauffälligeren, system- und rollenkonformen Suchtentwicklungen sind der Medikamentenkonsum, die Freß- und Kotzsucht, die heimlich, unter der glatten Fassade einer scheinbar perfekt funktionierenden Frau ablaufen.

Die weit über 40 Millionen Packungen von Psychopharmaka, die Frauen jährlich verschrieben werden, verschwinden ja nicht alle im Klo, sie werden eingenommen - ganz abgesehen von den rezeptfreien Schmerzmitteln, Abführmitteln und anderen Substanzen, die die Organ-



funktionen beeinträchtigen und psychisch abhängig machen.

Wenn wir uns jetzt gedanklich noch den vielen verschiedenen Verhaltensweisen öffnen, die ein Abhängigkeitspotential haben - putzen, arbeiten, fernsehen, kaufen, spielen, nach Robin Norwood vor allem auch lieben - und und und, wird vielleicht deutlicher, daß wir mit dem üblichen Krankheitsbegriff von der professionell behandelungsbedürftigen Normabweichung gar nicht weiterkommen können.

Süchtiges Verhalten zur Linderung unerträglicher Spannungen, zur kurzfristigen Erleichterung, zum Aushalten von Konflikten gehört zu unserem Alltag. Jede von uns praktiziert es in der einen oder anderen Form, in unterschiedlichem Ausmaß, auf gesellschaftlich verschieden bewerteten Wegen (Arbeits- und Kaufsüchtige etwa sind wichtig für die Konjunktur!).

Abhängigkeiten, emotionale, ökonomische, geistige Abhängigkeiten gehören zu unserem Leben, die wenigsten Frauen entscheiden jedoch selbstbestimmt, ob sie sich in eine solche Abhängigkeit begeben wollen.

Meine These lautet daher: Frauen sind durch ihre verinnerlichte Rolle, ihre Lebenssituation und ihre mehrfache Abhängigkeit in Ehe und Beziehung stark gefährdet, Ursachen für Konflikte ausschließlich bei sich selbst zu suchen; sie versuchen sie auszuhalten und zuzudecken, um weiter zu funktionieren, wie man(n) es von ihnen erwartet.

Zur Konfliktbewältigung und Reduzierung ihrer Stressfaktoren stehen ihnen hauptsächlich selbstschädigende Mittel und Methoden zur Verfügung, da sie nach außen gerichtete, aggressivere Lösungsstrategien nicht erlernt haben oder dafür negativ sanktioniert werden; ihre objektive und tägliche Abhängigkeit potenziert sich unter dem Einfluß von Suchtmitteln und der Scham über ihr zwanghaftes süchtiges Verhalten bis zur Ausweglosigkeit.

Was heißt das nun für die Arbeit mit Frauen in den verschiedenen Feldern und Bereichen, in denen sie uns begegnen? Wesentlich erscheinen mir vor allem Dinge wie

- keine neue Schuldzuschreibung
- nicht Moralisieren, Verurteilen und Verdammten
- Geduld und Achtsamkeit, Hinhören.

Es mag zwar so klingen, als seien dies banale Verhaltensanforderungen aus dem Lehrbuch der Sozialpädagogik; die Suchtarbeit ist aber zu einem so stark spezialisierten Arbeitsfeld geworden, daß viele doch dazu neigen, beim kleinsten Anhaltspunkt auf Vorliegen einer Suchtentwicklung die Betroffenen abzuschieben, alle ihre Schwierigkeiten auf den Mißbrauch zu schieben und die Akte zuzuklappen.

Der Rat, eine Suchtberatungsstelle aufzusuchen, dürfte jedoch vom Gros der unauffällig Abhängigen als Verurteilung und Abstempelung empfunden werden; es kann Jahre dauern, bevor sie wieder mit jemandem über sich sprechen.

Es erscheint mir deshalb wichtiger, gemeinsam mit den Frauen herauszufinden, warum sie meinen, auf bestimmte Mittel und Verhaltensweisen angewiesen zu

sein, wofür diese stehen, welche Funktionen in diesem Leben sie erfüllen, als ihnen sofort als einzige Perspektive anzubieten, daß sie dies aufgeben und darauf verzichten sollen.

Achtsam zu sein, sie zu achten in ihrem Weg - wie hilflos und gefährdend er auch sein mag - setzt aber auch voraus, daß wir bereit sind, parteilich zu sein, Nähe zuzulassen, eigene Betroffenheit nicht zu verleugnen.

Eine sinnvolle präventive Arbeit erfordert aber auch, daß wir uns nicht den Blick verstellen lassen, daß wir hinter der Geschichte, die wir hören, die Abhängigkeits- und Suchtstrukturen zu erkennen suchen. Da kommt es manchmal einfach auf einen veränderten Blickwinkel, die richtige Frage an, um diesen Hintergrund zu erhellen. Gerade von den bulimischen Frauen ist bekannt, daß sie oft jahre- und jahrzehntelang von Arzt zu Arzt in der Hoffnung auf Hilfe gelaufen sind, ohne daß jemals das Gespräch auf ihr Eßverhalten kam. Mitarbeiterinnen aus Alkoholberatungsstellen haben erzählt, daß Klientinnen versucht haben, mit ihnen über Freßanfälle und Kotzen zu sprechen: sie haben immer nur das veränderte Trinkverhalten, die Alkoholabstinenz in den Mittelpunkt ihrer Beratungsgespräche gestellt, konnten mit der Eßproblematik nichts anfangen.

In einer Drogenberatungsstelle werden manchmal die Mütter, die zur Angehörigengruppe kommen, gebeten, ihre Handtaschen nach Arzneimitteln zu durchforsten: das Ergebnis ist oft erschreckend. Durch das unmittelbare Erleben des Konsummusters der Frauen kann größeres Verständnis auch für die Funktion des Suchtmittelmißbrauchs der Kinder erarbeitet werden.

Das schlagendste Beispiel für eine veränderte Fragestellung hat mir eine Betriebsärztin gegeben, die im Rahmen der Anamnese auf die Frage nach der Schlafqualität immer zur Antwort bekam, die Patienten schliefen gut. Jetzt fragt Sie „Was nehmen Sie zum Schlafen?“ und trifft damit oft ins Schwarze.

Es kann uns nicht darum gehen, nun zu versuchen, bei den Klientinnen eine latente oder manifeste Suchtentwicklung sozusagen nur besser und früher zu „diagnostizieren“!

Es geht mir viel mehr darum, die Klientin darin zu unterstützen, erst einmal ein klareres Bild von sich selbst, den Einflüssen, unter denen sie steht, den Abhängigkeitsstrukturen, in denen sie lebt, zeichnen zu können.

Nur so kann Sozialarbeit und Therapie mit Frauen ihnen gerecht werden, mit ihnen neue individuelle Zielsetzungen entwickeln, statt sie an Gegebenes wiederanzupassen, mitzuhelfen, daß sie wieder funktionieren - ohne eine Chance, ihr Lebenskonzept zu überprüfen und vielleicht neu zu entwerfen.

In diesem Zusammenhang gehört dann auch wieder die Klärung der Fragen Krankheit und Behandlungsbedürftigkeit. Viele neigen doch sehr dazu, ein Gespräch über körperliche Reaktionen, organische Symptome, verordnete Medikamente abubrechen - „Ihr Arzt wird schon wissen, was richtig ist“. Ich glaube, das ist falsch: so können Frauen nicht lernen, sich als mündige Patientinnen zu behaupten.

Es kann nicht darum gehen, sich in die Aufgaben und Behandlung eines anderen einzumischen, sich fremde Kompetenz anzumaßen, Mißtrauen zu säen.

Aber Krankheit und ihre Symptome gehören zum Leben und haben immer auch einen Sinn. Wir müssen sie zum Thema machen und nicht einfach ausblenden. Es gibt einen einfachen Satz zur Frage psychischer Verursachung von somatischen Erkrankungen: „Was kränkt, macht krank“.

Wir alle haben das anfangs geschilderte Krankheitsverständnis sehr weit internalisiert; wir sollten deshalb immer wieder neu überprüfen, wo und warum uns Krankheit Angst macht, uns hilflos und inkompetent fühlen läßt, wo wir dazu neigen, die kranken Anteile abzuspalten und dem ärztlichen Sachverstand anheimzugeben.

Wir müssen uns und die Frauen, mit denen wir arbeiten, darin bestärken, mehr zu fragen, die eigenen Wahrnehmungen ernstzunehmen und zu verbalisieren, sich nicht einfach auszuliefern. Das mehrfache Machtgefälle zwischen Arzt und Patientin wird immer weiter perpetuiert, wenn Frauen blind und nicht bewußt und überlegt vertrauen.

Ans Ende möchte ich nun doch noch ein Zitat stellen, das

ich in einem Aufsatz von Christa Appel gefunden habe. Offensichtlich stammt es von einem Psychiater:

„Sie (d. h. seine Auffassung von Psychiatrie) sieht die Patienten nicht als kranke Individuen, sondern als Menschen, die gezwungen sind, heimliche und kostspielige Anstrengungen zu machen, um durchzukommen, Menschen, die in eine gewisse Isolation von ihren Mitmenschen geraten sind, bedrängt von fehlerhaften Lebens-techniken, sich selbst und oft auch anderen eine Plage. Ihre Reaktionen zielen darauf ab, aus einer schlimmen Situation das Bestmögliche zu machen und zugleich eine schlimmere zu verhüten - mit anderen Worten: das Überleben selbst um den Preis von Leiden und gesellschaftlichem Unheil zu sichern.“

Die Konsequenz daraus ist für mich, daß wir die Überlebensstrategien jeder einzelnen Frau ohne Bewertung akzeptieren müssen, daß es darum gehen muß, die ursächlichen Bedingungen für die „schlimme“ Situation zu finden und zu verändern, damit das Überleben nicht einen so hohen Preis von ihnen fordert.

Ohne Risiken und Krisen kann das nicht abgehen; Unabhängigkeit, Autonomie, Emanzipation - umsonst kriegen wir nichts.

## Diskussion zum Referat von Ute Schönherr

### Teilnehmerin:

Mein Name ist Rita Rußland und ich melde mich zu Wort, weil ich mich durch Ihre Ausführungen eher verwirrt fühle, als daß sie bei mir Klarheit gebracht hätten. Ihrer Analyse von Sozialisationsbedingungen und deren Auswirkungen auf unser heutiges Leben stimme ich zu, nur, was bringen mir all diese Ausführungen im Umgang mit wirklich kranken Frauen, in der direkten Hilfe. Daß wir alle mehr oder minder ausgeprägte Macken haben - das sage ich mal liebevoll - ist mir bewußt, ohne daß ich gleich von Krankheit sprechen möchte. Wo aber bleiben die wirklich Kranken bei Ihnen, die Frauen mit schweren Medikamenten-, Alkohol- und Drogenproblemen. Für mich stellt sich die Frage, wie wir diesen Krankheitsbegriff eingrenzen können, um diesen suchtkranken Frauen helfen zu können. Der andere Teil ist sicher auch diese Vision, die Veränderung der Lebensbedingungen durch einen langen Prozeß. Für mich ist aber vor allem die Frage nach diesem pragmatischen Teil, wo setzen wir mit Hilfen an, wichtig.

### Ute Schönherr:

Es liegt vielleicht tatsächlich ein bißchen an der Begrifflichkeit. Ich höre jetzt hinter Ihrem Diskussionsbeitrag, daß Sie das Gefühl haben, ich nehme das nicht ernst.

Aber ich gehe eben nicht davon aus, daß wir es Krankheit nennen müssen, um es verdammt ernst zu nehmen, daß Frauen alkoholabhängig sind, medikamentenabhängig sind, drogenabhängig sind. Was ich nur glaube ist, daß wir einige Ansätze inzwischen entwickelt haben, mit denen umzugehen, ihnen verschiedene Formen von Behandlung anzubieten und sicher werden wir im Rahmen dieser Tagung auch noch darüber reden, was frauengerechte oder -gerechtere Therapie für abhängige Frauen ist. Ich denke nur, im Vorfeld sitzt noch viel mehr, wo wir versuchen könnten zu verhindern, daß sie sich immer tiefer in Abhängigkeit verstricken. Und aus meiner Sicht kriegen wir das nur über das Verhältnis zu ihrem eigenen Körper, zu Gesundheit und Krankheit und über ihr Verhältnis zu ihrem Arzt und dessen Medikamentenverschreibung hin.

### Teilnehmerin:

Ich heiße Gisela Alberti und möchte auf zwei Aussagen von Frau Plogstedt und Frau Schönherr eingehen. Einerseits wurde gesagt „Sucht und Emanzipation sind miteinander unvereinbar“. Andererseits wurde gesagt „Nicht jede Frau, die in einer beschissenen Situation ist und trinkt, ist gleich suchtkrank“. Ich denke, damit ist uns für die weitere Diskussion eine unheimliche Bandbreite vorgegeben. Einerseits sollten wir nicht gleich alles auf den

Krankheitsbegriff schieben und gleich alles als suchtkrank bezeichnen. Andererseits dürfen wir aber auch das Trinkverhalten nicht verniedlichen mit dem Hinweis, daß die Probleme ja auf einem ganz anderen Sektor lägen. Ich erhoffe mir, daß wir auf dieser Tagung diskutieren können, was es für Ansätze gibt, ohne gleich in eines dieser beiden Extreme zu fallen.

**Teilnehmerin:**

Meine Name ist Annette Gnegel und ich beschäftige mich hauptsächlich mit Alkoholproblemen und Medikamentenproblemen am Arbeitsplatz. Ich finde die Diskussion über den Krankheitsbegriff sehr wichtig, denn Alkoholismus ist ja noch nicht lange als Krankheit sozialrechtlich anerkannt. Diese Anerkennung hat sicher zur Entwicklung von Hilfekonzepten und Therapieangeboten beigetragen. Auf der anderen Seite aber ist dadurch auch die Diskussion über Ursachen und Funktionen von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit sehr vernachlässigt worden. Aber gerade diese Fragestellung ist ja sehr wichtig für die präventive und vorbeugende Arbeit.

Und so kommt es meines Erachtens auch, daß der Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzbelastung und Krankheit sehr häufig außer acht gelassen wird und die Funktionen von Suchtmitteln nicht beachtet werden. Die Werbung arbeitet ja ganz offen damit, Frauen an Bildschirmarbeitsplätzen die Kopfschmerztablette anzupreisen oder zur Reduktion oder Betäubung von Stress Alkohol zu trinken. Mich interessiert deswegen in dieser Tagung vor allem die Frage, wie man in den Betrieben in dem Sinne präventiv arbeiten kann, daß man stärker die Zusammenhänge zwischen Arbeitsplatzbelastung, Stress und Krankheit in den Mittelpunkt rückt. Ich halte es für wichtig, daß wir in der betrieblichen Suchtarbeit über Hilfeangebote und Schulungen für Vorgesetzte, Betriebsräte und Betriebsärzte und Aufklärungsveranstaltungen in Betriebsversammlungen hinausgehen.

**Teilnehmerin:**

Mein Name ist Astrid Andresen, ich arbeite in einer psychosozialen Beratungsstelle mit psychisch leidenden Frauen. Krank mag ich in diesem Zusammenhang nicht sagen, weil es für mich ein rein medizinischer Begriff geworden ist. Für mich waren die Ausführungen von Ute Schönherr wenig verwirrend, weil ich täglich erlebe, wie Frauen durch ihre Sozialisationsbedingungen und auch heutige Lebensumstände krank geworden sind. Ich halte es für wichtig, in der Abhängigkeit nicht nur den Suchtstoff zu sehen, sondern die Wurzel, die zu diesem Verhalten geführt hat und die Bedingungen, die dieses Verhalten tragen. Deswegen ist es wichtig, diese Sozialisationsbedingungen noch stärker herauszuarbeiten.

Warum sind wir Frauen eigentlich abhängig von Stoffen oder auch von Arbeit, oder davon, unsere Familie, unsere Partner zu versorgen? Gerade diese Versorgungshaltung als Bestandteil weiblicher Sozialisation muß von uns als

Helferinnen immer wieder beachtet werden. Ich denke, wir alle als Frauen sollten auch gut aufpassen, daß wir nicht abrutschen.

**Ute Schönherr:**

Suchterkrankung darf auch nicht reduziert werden auf die biologischen und pharmakologischen Wirkungen eben des Stoffes. Also in dem Moment, in dem wir uns nicht überlegen, was dieses Suchtmittel für eine Funktion hat, können wir auch keine vernünftigen und sinnvollen Therapieansätze entwickeln, weil einfach etwas wegzunehmen und dann nichts neues zu entwickeln sicher nicht ausreicht. Abstinenz alleine ist eben nicht ausreichend als Therapieziel.

**Teilnehmerin:**

Der Vortrag hat mich an meine Erfahrungen erinnert, die ich täglich in der Beratungsstelle mache. Ich erlebe da, daß wir einen völlig anderen Krankheitsbegriff haben, als die Ärzte. Als wir vor 2 Jahren in Ulm 250 Ärzte angeschrieben haben, persönlich zu einer Fortbildungsveranstaltung in die Universitätsklinik eingeladen haben, ist ein einziger gekommen. Wir haben dann in unserer Beratungsstelle einen Ärztetreff vorbereitet mit kaltem Büfett usw., von den 72, die sich persönlich gemeldet haben, sind lediglich 3 an vier Abenden gekommen.

Bei diesen Erfahrungen kann ich auch keinen Unterschied machen zwischen Ärztinnen und Ärzten. Man muß sich das mal überlegen, was dort für Ängste bestehen müssen gegenüber unserem anderen Krankheitsbegriff, denn das war das Thema dieser Veranstaltung.

**Ute Schönherr:**

Also ich resigniere da auch langsam bezüglich der Ärzte. Deswegen denke ich, können wir nur über die Verbraucherinnen des Medizinsystems an das Problem versuchen heranzukommen. Ärzte ziehen sich ja gerade bei der Medikamentenverschreibung sehr häufig dann auf das Argument zurück, die Patienten wollten es ja nicht anders, so, als sei in dieser 3-Minuten-Medizin etwa die Patientin, die bestimmt, wo es langgeht.

**Teilnehmerin:**

Mir ist gerade in der Diskussion noch einmal aufgefallen, daß, wenn wir den Krankheitsbegriff in Frage stellen, wir den Abhängigkeitsbegriff nicht vergessen dürfen. Abhängigkeit hat hier eine zweifache Bedeutung, einerseits die Abhängigkeit im suchtmittelspezifischen Sinn und andererseits die gesellschaftlich bedingte individuelle Abhängigkeit in ihrer Lebenssituation.

Wenn Frauen also suchtkrank sind, sind sie letztlich doppelt abhängig, und das heißt für mich, daß die suchtkranken Frauen mit den Suchtmitteln genau diese andere Abhängigkeit, die gesellschaftliche Abhängigkeit, zu bewältigen versuchen. Die Frage ist also, wie können diese Frauen eine Identität entwickeln, in der sie für sich befriedigend leben können.

# Gewalterfahrung und Sucht bei Frauen

Gisela Alberti

## I. Gewalt gegen Frauen

Auch wenn es widersinnig erscheint: ich möchte das Thema „Gewalt gegen Frauen“ mit einem Beispiel verhängnisvoller Taten von Frauen und Männern als Opfer einleiten. Damit schließe ich mich der gängigen Praxis an, die Gewalt gegen Frauen als männliche Reaktion auf weibliche Provokation herunterspielt.

Schon die Bibel verkündet die Mär, daß alles Üble von der Frau ausgehe; am Beispiel Eva, die Adam den verhängnisvollen Apfel gereicht haben soll. Ihretwegen sind wir also alle mit der Erbsünde geschlagen. Die Unterdrückung des angeblich ewig lockenden Weibes hat Tradition in der christlichen Geschichte. In die historische Betrachtung reiht sich auch die Jahrhunderte währende Antifrauenkampagne - genannt Hexenverfolgung - ein, deren Zielrichtung der Verteufelung und Unterdrückung weiblicher Sexualität und der Beendigung des Selbstbestimmungsrechts der Frau galt. Auch Kontakt unter Frauen wurde zahlreichen Kontrollen unterworfen.

Ein Blick auf die Foltermethoden gibt einen weiteren Aspekt dieser Kampagne frei: Frauen wurden zu Sexualobjekten der Inquisition. Historisch wie aktuell verbinden sich Sexualität und Gewaltanwendung im Thema „Gewalt gegen Frauen“. Diese zielt auf die Verfügbarkeit der Frau, durch Ausschalten ihrer eigenen Bedürfnisse, ihrer Handlungsfähigkeit und Mithilfe der Isolation. Nach neueren Untersuchungen sollen die Zentren für Sexualität und Aggression im Gehirn in unmittelbarer Nachbarschaft liegen. „Die Vermutung liegt nahe, daß eine starke Erregung in der einen Gehirnzone überschwappt auf die andere. Die Fusion von aggressivem und sexuellem Verhalten scheint das Ergebnis physiologischer Übersprungsprozesse zu sein.“<sup>1</sup>

In einem Vorlesungsskript von 1970 zur Kriminologie der Sexualdelikte - Autorin ist eine Frau - habe ich seinerzeit gelernt, daß man etwa folgende Formen und Motivationen unterscheidet: neben der häufigen Begehung von Notzucht und Nötigung zur Unzucht durch mehrere junge Täter gemeinsam aus anfänglich harmloser Alberei bzw. geplanter gemeinsamer Überfälle von listigen, verwahrlosten jungen Tätern und den Taten sozial gehemmter oder sadistischer Einzeltäter steht an erster Stelle: „a) Zur gewaltsamen Durchsetzung sexueller Wünsche kann es kommen, wenn die Partnerin sich auf die Präliminarien eingelassen hatte, weiteres aber verweigert. Neben der Schwierigkeit, sich rechtzeitig zu bremsen, kann die Kränkung Motiv werden. Im Einzelfall ist es öfter zweifelhaft, ob dem Täter die Ernsthaftigkeit der Weigerung rechtzeitig erkennbar war (und ob das Opfer sie nicht überhaupt nur nachträglich behauptet).

aa) Solche Entgleisungen können *ganz gelegentlich* auch sonst rücksichtsvolleren Männern, besonders unter Alkoholeinfluß...“ passieren<sup>2</sup>.

Also haben nach dieser Darstellung Frauen die angebliche Maschine Mann selber inganggesetzt, oder es handelt sich um Entgleisungen ansonsten rücksichtsvoller Männer oder um verwahrloste vorbestrafte Gewalttäter. Mit

keinem Wort findet hier Gewalt in der Ehe Erwähnung - vielleicht, weil sexuelle Nötigung und Vergewaltigung in der Ehe kein eigener Straftatbestand sind. Im Gegenteil: ein Urteil des Bundesgerichtshofs aus dem Jahre 1966 beschreibt die Pflicht zur Geschlechtsgemeinschaft: „Die Frau genügt ihren ehelichen Pflichten nicht schon damit, daß sie die Beiwohnung teilnahmslos geschehen läßt. Wenn es ihr infolge ihrer Veranlagung oder aus anderen Gründen, zu denen die Unwissenheit der Eheleute gehören kann, versagt bleibt, im ehelichen Verkehr Befriedigung zu finden, so fordert die Ehe von ihr doch eine Gewährung in ehelicher Zuneigung und Opferbereitschaft und verbietet es, Gleichgültigkeit oder Widerwillen zur Schau zu tragen.“<sup>3</sup>

Aus einer Untersuchung der Hamburgischen Leitstelle zur Gleichstellung der Frau von 1981 geht hervor: „Meist sind es die Ehemänner, Verlobten, Verwandten oder Bekannten von denen die Frauen z. B. geohrfeigt, geprügelt, gewürgt, eingeschlossen, vergewaltigt werden. Es scheint geradezu eine Voraussetzung für das Zustandekommen der Gewalttätigkeit zu sein, daß die Männer die mißhandelten Frauen gut kennen. Bestimmte Formen der Gewalt kommen fast ausschließlich im Familien- oder Bekanntenkreis vor: das gilt für Mord, Totschlag, Vergewaltigung, Nötigung und einen erheblichen Prozentsatz der Körperverletzungen... Entgegen weitverbreiteter Meinung wird auch deutlich, daß die mißhandelten Frauen allen sozialen Schichten angehören und in allen Altersgruppen zu finden sind.“<sup>4</sup>

Ich erinnere mich noch an meine Verblüffung, als ich in Judith Jannbergs Buch „Ich bin ich“ las, daß ihr Ehemann - ein angesehener Wissenschaftler und Politiker - sie geschlagen und an den Haaren geschleift habe<sup>5</sup>. So kam ich mal wieder einem meiner tiefverwurzelten Vorurteile auf die Schliche.

*Es gilt also drei Vorurteile auszuräumen:*

1. Gewaltsame Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit und sexuelle Selbstbestimmung von Frauen sind nur in verschwindend geringer Zahl das Machwerk von Triebtätern, die nachts hinter Hecken lauern. Der Regelfall vollzieht sich hinter verschlossenen Türen seitens des Partners oder sonstiger Familienmitglieder. Wer das ausspricht, läuft allerdings Gefahr, in wunderlicher Verkehrung der Tatsachen als Angreifer auf die Familie als Keimzelle unsere Gesellschaft an den Pranger gestellt zu werden.

2. Die Anwendung körperlicher Gewalt ist kein Privileg von Angehörigen der sogenannten Unterschicht, sondern sie findet sich in allen Gesellschaftsschichten. Es gibt halt verschiedene Grade von Öffentlichkeit, und diese ist eben in Sozialwohnungsblocks mit Membranwänden eher hergestellt als in Villen mit Garten und Bäumen drumherum.

3. Das gemeinste Vorurteil - und eines der hartnäckigsten dazu - ist das der Provokation und Duldung durch die Frau. Anmaßend ist gar kein Ausdruck für die gewalttätige Behauptung, Frauen brauchten es wohl, geschlagen

oder mißbraucht zu werden. *Wenn eine Frau Nein sagt, dann heißt das Nein!* Und es ist allein ihre Sache, die Ernsthaftigkeit dieser Entscheidung zu beurteilen!

Wie würden wir wohl auf einen Maler reagieren, der uns die Wohnung schwarz anmalt und zur Begründung sagt: „Sie wollten zwar weiße Wände, aber das meinten Sie sicher nicht so!“ An diesem blöden Beispiel möchte ich verdeutlichen, in welche Absurditäten sich Denken zur Sexualität versteigt. Erstens möchte ich bezweifeln, daß eindeutige Kommunikation im Bett „immer so eine Sache“ ist. Zweitens glaube ich nicht an angeblich auch noch typische Bremsunfähigkeit von Männern. Und drittens ist es Angelegenheit von Frauen, ihre Bedürfnisse herauszufinden und zu artikulieren. Hierin haben Frauen, insbesondere suchtabhängige Frauen, einen Nachholbedarf. Wir sind ja zur Opferbereitschaft sozialisiert - man beachte die Doppeldeutigkeit dieses Wortes. Nie sollten wir den Satz: „Naja, das läßt sich ja oft auch schwer entscheiden, ob sie wollte oder nicht“ unwidersprochen lassen. Gewalt gegen Frauen speist sich aus vielen Quellen; die hier erwähnte Ideologie gehört dazu, mit ihrem Niederschlag in Sozialisation, Politik, in Gesetzen und sonstigen Herrschaftsstrukturen, nicht zuletzt in unseren Köpfen.

Ich möchte auf einen weiteren Aspekt zu sprechen kommen und die Frage nach der Rolle des Alkohols stellen.

## II. Entschuldigung oder Tatsache: die Rolle des Alkohols

Immer wieder stellen wir fest, daß Gewalttätigkeit in einem engen Zusammenhang mit Alkoholisierung von einem oder - häufiger - allen Beteiligten steht. Nach der Kriminalstatistik von 1980 war Alkohol zu 51% bei Mord und Totschlag, und zu 46% bei Sexualdelikten im Spiel. In einer Repräsentativumfrage von 1980 nannten 80% der Befragten Alkoholgenuß an erster Stelle als Grund für Mißhandlungen von Frauen. Insgesamt ist sowohl von Alltagserfahrungen als auch durch Experten belegt, daß Alkohol eine große Rolle spielt. In der Bewertung dieser Rolle gehen die Meinungen allerdings weit auseinander. Die strafrechtliche Bewertung beschränkt sich im wesentlichen auf die Rechnung von Promille-Werten und läßt die Begleitumstände einer Suchtentwicklung in der Regel unbeachtet. Im Extrem gipfelt das in Aussagen wie der eines psychiatrischen Gutachters, der vor Gericht die folgende Stellungnahme abgab: „Die Blutalkoholkonzentration von 3/00 schloß die Einsichts- und Steuerungsfähigkeit von Herrn X nicht aus; er lag ja noch nicht auf der Intensivstation.“

Auf gleicher Linie liegt der schon zitierte Spiegel-Artikel: „Als Erklärung dafür, daß er hin und wieder über die Stränge und sie dabei blau schlägt“, muß vielfach der Alkohol herhalten - eine Ausrede, wie Psychologe Baurmann meint: „wenn jemand sagt, er sei so stockbesoffen gewesen, daß er nicht mehr wußte, was er tat, kann ich dem nur entgegenhalten: Dann wär es auch nicht gegangen.“<sup>6</sup>

Warum wird die Rolle des Alkohols ebenso regelmäßig wie sie auftaucht auch wieder beiseite geschoben? Ich vermute folgende Gründe:

- Allzu oft fühlen sich die Stellungnehmenden in ihren eigenen Trinkgewohnheiten angegriffen und kommen zu

dem Schluß: da ich mit Alkohol umgehen kann, müssen andere dazu auch in der Lage sein.

- Die Beurteiler gehen oft, nach meiner Erfahrung, von falschen Grundlagen aus. Demnach kommt es nicht auf dem Höhepunkt der Alkoholintoxikation zu Aggressionshandlungen, sondern eher im Stadium des Wieder-Nüchtern-Werdens, also wenn der Alkoholspiegel sinkt<sup>7</sup>.

Typisch für Alkohol Kranke ist bis in den Wahn gesteigerte Eifersucht. Dazu Dörner/Plog: „Oft wird die eigene Impotenz bei u. U. gesteigerten sexuellen Wünschen einer vermuteten (bisweilen auch wirklichen) Untreue des Partners zugeschrieben...“<sup>8</sup> Zum pathologischen Rausch, der sich z. B. in persönlichkeitsfremden (Gewalt-)Handlungen entläßt und keine Erinnerung läßt, merken sie an, daß meist nur relativ wenig Alkohol konsumiert wurde. Der pathologische Rausch endet in einem Schlaf, der meist nur einige Minuten dauert. Nach Rotter ist es typisch für pathologische und Wahnräusche, daß sie ohne sichtbare Berausung einhergehen. „Viele Kranke sind ... völlig unauffällig, begehen aber nicht selten selbst- oder gemeingefährliche Handlungen.“<sup>9</sup>

- Als wichtigsten Grund für die Ignorierung der Alkoholrolle sehe ich den unheilvollen Zwang, immerzu die Schuldfrage zu stellen. Da angeblich jemand die Schuld bekommen muß, wäre es doch unmöglich, den Alkoholisierten mit einer billigen Entschuldigung davonkommen zu lassen. Ich halte diesen Zwang, ständig nach Schuldigen zu fahnden, nicht nur für ineffektiv, sondern für gefährlich. Gerade die oft empörenden Rechtfertigungen Alkoholkranker sind bei näherem Hinsehen verzweifelte Versuche, unter der Last drückender Schuldgefühle nicht zusammenzubrechen. Über Schuldzuweisungen werden aus Handelnden neue Opfer gemacht und letztlich das Unglück vermehrt.

Irmgard Vogt forderte 1985 Alkoholkonsum als zusätzlichen Schuldvorwurf und nicht als ein den Täter entlastendes Element zu werten<sup>10</sup>. In der Quintessenz hieße das zu behaupten, ein alkoholkranker Mann habe sich absichtlich suchtkrank gemacht, damit er seine Frau besser verprügeln kann. Das halte ich für absurd. Stattdessen meine ich, daß wir endlich die Auswirkungen verstärkten Alkoholkonsums in ihrer Bedeutung neben anderen Faktoren als Tatsache akzeptieren sollten. Ich möchte keine Mißverständnisse aufkommen lassen: Gewalt-handlungen kann und will ich nicht hinnehmen, sondern: wir müssen die Rolle des Alkohols ernster nehmen und deshalb die betroffenen Frauen zur konsequenten Grenzziehung gegenüber den trinkenden gewalttätigen Partnern ermutigen. Hierin stimme ich mit Frau Vogt auch wieder überein, die geprügelte Frauen beschwört, diese Situation sofort ein für allemal zu beenden<sup>11</sup>. Ich erinnere mich an ein eigenes Aha-Erlebnis in einer völlig verfahrenen Situation. Als ich meinen eigenen Beitrag erkannte und voller Schrecken schloß, daß ich die Situation deshalb auch weiterhin tragen müsse, rief ein Freund aus: „Nein, im Gegenteil! Du mußt die Verantwortung, die du dir angezogen hast, umgehend zurückgeben!“

Bisher habe ich die Alkoholisierung gewaltanwendender Männer in den Mittelpunkt gestellt. Nun möchte ich auf die Rolle des Alkohols der mißhandelten Frauen zu sprechen kommen. Dazu ziehe ich die Untersuchung von

Frau Vogt an Alkoholikerinnen in einer Entwöhnungsbehandlung heran. Von den 37 Frauen der Untersuchungsgruppe berichteten 27, daß sie geschlagen wurden, als sie zur Alkoholikerin wurden. Frau Vogt kommt zu dem Schluß, daß die Frauen in der Mehrzahl der Fälle nicht aufgrund der Alkoholisierung geschlagen wurden, sondern umgekehrt exzessiv tranken, um sich gegenüber der alltäglichen Gewalt unempfindlich zu machen. Laut einer anderen Untersuchung ergab sich ein direkter Zusammenhang zwischen Mißhandlungen durch den Ehemann und Depression der Ehefrau: 71 % der mißhandelten Frauen wurden mit Antidepressiva und Beruhigungsmitteln behandelt<sup>12</sup>.

Frau Vogt stellt folgende These auf: der Kontrollverlust schlagender Männer entspricht dem KV der trinkenden Frauen. Allerdings werde das Unglück der Familie meist einseitig der Trinkerin zugeschrieben und nicht demjenigen, der die Trinkerin zur Stabilisierung der eigenen Persönlichkeit brauche.

### III. Das Kollusionsprinzip

An dieser Stelle möchte ich das von Jürg Willi formulierte Kollusionsprinzip einführen<sup>13</sup>. Unter Kollusion versteht er das uneingestandene, oft unbewusste Zusammenspiel von Partnern, das sie zur Abwehr und Bewältigung von miteinander geteilten Ängsten und Schuldgefühlen inszenieren und aufrechterhalten, und durch das sie sich unentrinnbar aufeinander bezogen fühlen. Er nennt fünf Schritte!

1. Beide Partner leiden bezüglich des Ehekonflikts an einer gleichartigen Grundstörung, z. B. der Angst, verlassen zu werden.
2. Sie tragen den Konflikt in verschiedenen Rollen aus, die lediglich polarisierte Varianten der gleichen Geschichte sind, z. B. ist sie der angeblich starke Engel, er das aggressive Scheusal.
3. Die Verbindung der beiden begünstigt Selbstheilungsversuche, die jeden noch stärker auf die Rolle festlegen.
4. Daraus entsteht eine Umklammerung, jeder hofft auf Erlösung durch den anderen.
5. Doch die verdrängten Persönlichkeitszüge brechen sich Bahn, die Falle schließt sich.

Zur Verdeutlichung einige Fallbeispiele: Frau Vogt unterscheidet zwei Typen von Alkoholikerinnen. Frauen von Typ 1 beginnen mit 25 bis 35 Jahren an zu trinken, und zwar im Zusammenhang mit konkreten belastenden Ereignissen. Sie leben in geordneten Verhältnissen, haben schwere Schuldgefühle und eine enge Bindung zu den Kindern. Ihr Berufsweg ist klar.

Frau A. schildert ihre Kindheit harmonisierend, alles sei gelaufen, große Probleme habe sie nicht mit den Eltern besprochen, immer alles alleine gemacht. In ihrer Ehe vermißt sie Zärtlichkeit. Nach dem ersten Kind wäre sie gerne zu Hause geblieben, doch mit diesem wie mit anderen Wünschen steckt sie zurück, arbeitet weiter und leidet unter der Doppelbelastung. Später hat sie gegen ihren Wunsch auf Betreiben des Ehemannes eine Abtreibung. Ihr Alkoholkonsum wächst – ihr Mann schlägt sie – dann trinkt sie noch mehr. Ihr Mann macht Karriere, sie vergräbt sich immer mehr, wird traurig. Irmgard Vogt beschreibt den Machtkampf der Ehepartner, der erst auf

den Höhepunkt getrieben werde, wenn die Katastrophe eingetreten, sie als Alkoholikerin definiert sei. Ihr Selbstkonzept – Mutter sein – wurde vom Mann durchkreuzt, der seine Wünsche durchsetzte: sie sollte seiner Mutter entsprechen, wich aber vom Bild ab. Er strafte sie: erst durch Schweigen, dann mit einer Freundin, schließlich mit Schlägen. Sie wird immer passiver, trauriger, nicht mehr vorzeigbar. Er geht als Sieger davon.

Tut er das wirklich? Vielleicht, darüber weiß ich nichts, möchte das Beispiel aber weiterspinnen: sie macht eine Therapie mit, der Mann läßt sich scheiden, ihre Tochter wird ihm zugesprochen. Während der Therapie lernt sie einen Mann kennen, der sie so lieb findet. Er kümmert sich um sie, führt sie in Restaurants zum Essen aus. Auch er war von seiner Partnerin verlassen worden, und sieht die Chance, sich durch sein Kümmern und ihr Helfenwollen selber aufzurichten, die eigene Kränkung zu kompensieren.

Sie genießt seine Fürsorge, gleichzeitig verwöhnt sie ihn. Und trinkt weiter, und er trinkt mit, will sie aber vom Alkohol wegbringen. Sie leidet wahnsinnig unter der Trennung von der Tochter, – sie wollte doch mal Mutter sein. Betrunkene ist sie nicht mehr in der Lage, den Haushalt ordentlich zu halten – vielleicht ist es ihr auch egal. Er fühlt sich verstärkt als Wegweiser aus der Misere gefordert, gibt ihr Befehle, leert den Schnaps und schlägt sie. Sofort tut es ihm schrecklich leid, er holt Hilfe oder kühlende Umschläge. Dieser Fall endet mit dem Tod der Frau; ob es ein Unfall oder Tötung war, läßt sich nie klären. Er sitzt im Knast, fällt ins Prädellier, erinnert nur Bruchstücke und weiß, daß jede Einlassung seinerseits zur Folge haben kann, daß er lebenslang hinter Gitter kommt.

Zu Alkoholikerinnen vom 2. Typ schreibt I. Vogt das Einstiegsalter liegt bei 15 bis 25 Jahren. Gleich zu Beginn kommt es zu Rauschen und Exzessen, nicht jedoch zu hohem Dauerkonsum. Schuldzuweisung erfolgt von außen, die Verhältnisse sind ungeordnet, das Interesse an Kindern gering.

Frau B. kommt aus einer Familie, in der Alkoholexzesse und Prügeleien zum Alltag gehören. Die Mutter versucht mühsam, den Laden aufrecht zu halten, ihre vier Töchter sind – obwohl zwischen 18 und 30 Jahren alt – kaum in der Lage, selbständig einen Handstreich zu tun. Frau B. ist 19 und, gemeinsam mit ihrer Schwester, häufig Gast in Kneipen auf dem Kiez. Sie trinkt reichlich, jedoch nicht regelmäßig Alkohol, nimmt außerdem Haschisch sowie diverse Drogen, die gerade da sind. Ihr Konsum ist im wesentlichen gekoppelt an Kneipenbesuche, Feten und Männerbekanntschäften. Herr B., 22 Jahre alt, davon bereits vier im Knast verbracht, gabelt sie auf. Er war als Kind zu Hause rausgeflogen, ist gefühlsmäßig nie damit fertig geworden, ein negatives Selbstwertgefühl hat ihn immer wieder scheitern lassen, vor allem im Verbund mit Alkoholexzessen.

Er fühlt sich Frau B. überlegen und hat die Hoffnung, sie formen und an sich binden zu können. Beide heiraten. Sein Verhalten ihr gegenüber schwankt zwischen zärtlicher Zuwendung und Fürsorge einerseits und Kommandieren sowie Handgreiflichkeiten andererseits. Er hat sehr um sie geworben, ist der Aktive. Ständig gerät er in

Konflikt zwischen seinem Herrschaftsanspruch („Die Alte hat zu parieren!“) und seinem Wunsch nach einer liebevollen Beziehung. Wie schon früher, zieht er sich die Verantwortung für einen anderen Menschen zu, in der Hoffnung, sich selber dadurch besser ertragen zu können. Und ist hoffnungslos überfordert. Zumal sie nicht wirklich hinter der Beziehung steht. Sie hat sich heiraten lassen, wie sie sich zeitlebens hat führen lassen. Zur Arbeit fehlt ihr sowohl die Erfahrung als auch die Lust; sie verbringt mehr Zeit bei ihrer Mutter als in der eigenen Wohnung. Entgegen ihrer sonstigen Passivität seilt sie sich des öfteren in die alten Kneipen ab, bricht aus der Ehe aus und in neue Affären hinein. Dabei spielt sie die verschiedenen Männer gegeneinander aus, versucht sich mit dem einen gegen den anderen zu schützen. Es ist nicht der Wunsch nach Bindung, der sie treibt, sondern im Gegenteil: sie möchte mehr vom Leben haben als zu Hause zu sitzen. Und mehr als rumsitzen hat sie da nicht gelernt. Beide sind sowohl mit dem Alltag als auch mit Konfliktbewältigung restlos überfordert. Sie können das auch nicht lernen, da sie ständig in Alkohol und Drogen ausweichen, die Konflikte dadurch verschärfen. Er beginnt sie zu würgen, sie weiß in ihrer Angst keinen anderen Weg als vor ihm zu flüchten ohne mit ihm zu brechen. Anstatt die Beziehung zu beenden, setzt sie ihm einen anderen Mann vor die Nase. Der Konflikt zwischen den beiden ist erst beendet, als er wieder im Knast sitzt. Sie geht eine wieder ähnliche Beziehung ein, er reicht die Scheidung ein.

#### IV. Schlußfolgerungen

1. Sowohl Frauen als auch Männer müssen mit der Möglichkeit rechnen, in gewalttätige Auseinandersetzungen zu geraten. Während der Mann sich jedoch sowohl in der Täter- als auch in der Opferrolle wiederfindet, steht Frauen im allgemeinen nur die Rolle der Geschlagenen zur Verfügung.
2. Diese ungleiche Verteilung der Rollen wird ideologisch verbrämt durch eine Schuldzuweisung an die Frau. Damit wird die Illusion einer Gleichberechtigung erweckt.
3. Gewalterfahrung und Suchtentwicklung korrelieren miteinander. Meist sind beide Partner von der Suchtentwicklung betroffen, zumindest bezüglich Alkohol. Frauen, die keine Mittel nehmen, haben eine bessere Chance, sich aus der Partnerschaft zu lösen als die Frauen, die mittrinken und Gewalt über sich ergehen lassen.
4. Wir müssen wegkommen vom Bagatellisieren und Moralisieren. Das so beliebte Pingpongspiel der Schuldzuweisung ist keine Lösung, es verhindert sie eher. Alkoholmißbrauch verändert Menschen. Wie oft hören wir von Frauen den Satz: „Wenn er nicht trinkt, ist er der liebste Mensch.“ Aber er trinkt und im Suff schlägt er z. B. zu. „Action speaks louder than words: Tatsachen wiegen schwerer als Worte“ besagt ein Sprichwort.
5. Frauen werden zum indirekten Vorgehen sozialisiert: statt selber zu verändern und einzugreifen versuchen wir eher Einfluß auf andere Menschen zu nehmen, damit sie sich oder unsere Situation zu verändern. Oft kommen Frauen in die Suchtberatung mit der Frage: wie kann ich ihn ändern, was muß er tun? Ihre Scheinlösung heißt oft:

Ich gehe nicht aus der Situation sondern hoffe, daß er sich ändert. Er aber hängt an der Flasche, und sie hängt an ihm und somit auch an der Flasche.

Es erzeugt immer ein Gefühl von Hilflosigkeit, wenn man die Verantwortung für eine Situation an einem anderen Menschen festmacht. Dann bleibt einem nichts als abzuwarten oder denjenigen zu beknien, direkt kann man selber nichts verändern. Mitunter machen Frauen auch einen großen Bogen um die Beratungsstellen und -gruppen. Sie sagen: „Die quatschen da ja doch bloß blöd rum. Ich weiß, wie man ihn anpacken muß, den krieg ich schon hin.“ Vielleicht auch aus Angst vor einer Konkurrenz ziehen sie sich mit ihm in die eigenen vier Wände zurück, bis es kracht. Der Gedanke, selber in der Gruppe mitzumachen, liegt fern, weil sie in ihm das Problem sehen und auch befürchten, eigene Suchtentwicklungen aufdecken zu müssen.

Irgendwann tritt er ihnen die Tür ein und in Panik suchen sie vielleicht jemanden, der ihnen den Mann abnimmt. Doch die einzige Chance besteht meiner Auffassung nach darin, daß Frauen lernen, klare Grenzen zu ziehen. In meiner Arbeit zwischen Knast und Promille habe ich immer wieder festgestellt, daß Männer den Rückzug antreten, wenn man ihnen klar und direkt mitteilt, wo Grenzen sind. Es gilt, die Angst zu überwinden, die leicht zur Falle wird. Ich möchte mit einem Motto schließen, das wir uns in der Arbeit setzen:

Alles verändert sich, wenn du es veränderst – doch du kannst nicht gewinnen, solange du allein bist.

- 
1. Axel Wolf: Sexualität und Aggression: eine Triebverwandtschaft; in: Psychologie, Heute, 7/87, S. 23.
  2. Anne-Eva Brauneck: Kriminologie der Sexualdelikte. Vorlesungsskript Hrg. Kriminologisches Journal, Hamburg 1970, S. 24ff.
  3. Die älteren Herren tun sich hart, Titel in: Der Spiegel Heft 27/1987, S. 23.
  4. Sadrozinski/Clausen: Mißhandelte Frauen und soziale Hilfen in Hamburg. Staatl. Pressestelle Hamburg Nr. 658, Dez. 81 S. 3
  5. Judith Jannberg: Ich bin ich. Die Frau in der Gesellschaft, Fischer TB 1980.
  6. Siehe 3., S. 26.
  7. Hans Rotter: Die Rehabilitation Alkoholkranker, Luchterhand 1967.
  8. Dörner/Plog: Irren ist menschlich oder Lehrbuch der Psychologie, Psychiatrie-Verlag Wunstorf, 1978, S. 190.
  9. Siehe 7., S. 37.
  10. I. Vogt: Macht Alkohol gewalttätig: Über den Zusammenhang von Alkohol und Delinquenz, aus: Drogalkohol Nr. 2/85, S. 119 ff.
  11. I. Vogt: Alkoholikerinnen, Lambertus 1986, S. 139.
  12. Lau/Boss/Stader: Aggressionopfer Frau, Reinbek, 197.
  13. J. Willi: Die Zweierbeziehung, Reinbek 1975.

# Die Situation der Frauen in der Suchtarbeit – eine kritische Betrachtung

Christa Merfert-Diete

„Wo ist sie, die Frau, in all den Räumen, die der Mann durchmißt, in all den Bildern und Szenen, die er in den literarischen Gehegen und Eingrenzungen konstruiert?“

„Wunschtraum des Mannes: Ich liebe sie abwesend, also begehrenswert, nicht existent, abhängig, also anbetenswert. Weil sie nicht wirklich da ist, wo sie ist – und nur soweit sie nicht da ist, wo sie ist.“

Helene Cixous

(In: Christiane Olivier: *Jokastes Kinder. Die Psyche der Frau im Schatten der Mutter*, Düsseldorf 1987, Claassen-Verlag, S. 12)

Um die Situation der Frauen in der Suchtarbeit zu beschreiben, muß zwei Fragen, die sich aus beiden Zitaten ergeben, nachgegangen werden:

1. Welche Identität und Existenz hat eine Frau in der Gesellschaft, speziell im Suchtbereich?
2. Wo sind die Frauen im Suchtbereich?

Zur ersten Frage wurde bereits in den vorigen Referaten viel gesagt. Ich will mich auf die zweite Frage konzentrieren: „Wo sind die Frauen im Suchtbereich?“ mit der Erweiterung: „Wie leben und arbeiten Frauen im Suchtbereich?“

Um meine Aussagen über Frauen einmal nicht an männlichen Strukturen orientieren zu müssen, werde ich auf eine Darstellung der Verbands- und Hierarchiestrukturen des Suchtbereichs verzichten (dort sind fast nur Männer zu finden).

Zum einen setze ich die Hierarchiestrukturen als mehr oder weniger bekannt voraus, zum anderen wird die für mich immer noch desolate Situation der Frauen im Suchtbereich dadurch sicher noch deutlicher. Und – was viel wesentlicher ist – auf diese Weise kann ich vielen engagierten Frauen und einzelnen Projekten gerechter werden.

Denn – und jetzt mache ich einen kurzen geschichtlichen Exkurs: Bis Anfang der achtziger Jahre gab es scheinbar keine Frauen im Suchtbereich, weder schwarz auf weiß in den Statistiken noch in der übrigen Fachliteratur. Und: Ich habe mir erzählen lassen, daß in Arbeitsgruppen, Kongressen und Entscheidungsgremien Frauen auch leibhaftig nicht anwesend waren. Lediglich in zwei Abstinenzverbänden arbeiteten Frauen, zwar gemeinsam als Frauengruppe, doch nicht nur von Frauen für Frauen (Guttempler-Orden, Kreuzbund).

Anfang dieses Jahrhunderts entstand der Deutsche Frauenbund für alkoholfreie Kultur, der durch die Arbeit vieler Lehrerinnen getragen wurde und der der bürgerlichen Nüchternheitsbewegung nahestand, auch aufgrund eines religiös motivierten Engagements.

Im Deutschen Guttempler-Orden sind Frauen in dem Referat „Frauen und Familienfragen“ organisiert. Auch hier wurde „Familie“ zur frauen-eigenen Sache erklärt.

In den anderen Abstinenzverbänden wurde „Frau-sein“ nicht zum Thema eines eigenen Referates gemacht, ob-

wohl fast 50% der Mitglieder aller Verbände Frauen sind.

Zum Aspekt „Geschichtliches und Traditionelles“ gehört auch der Hinweis auf die Heilstätten für suchtkranke Frauen (heute ausnahmslos Fachkliniken für suchtkranke Frauen benannt), deren Konzeption sich von der der Heilstätten für Männer nur darin unterschied, daß sie nur Frauen aufnahmen, aus sittlich-moralischen Gründen. In den sechziger und siebziger Jahren entstanden „im Zuge der Zeit“ viele gemischtgeschlechtliche Fachkliniken, in denen Frauen keine frauenspezifische Angebote gemacht wurden („Abhängiger ist Abhängiger“).

So beantwortet sich die Frage, wo waren die Frauen in den ersten acht Jahrzehnten dieses Jahrhunderts in der Suchtarbeit von selbst. Sie waren nicht da bzw. „die Gattin von ...“.

Und genau diese Situation setzte die Bedingungen für die DHS-Fachkonferenz „Frau und Sucht“ 1980. Sie war für frauenbewußte Frauen im Suchtbereich Anlaß, frauenspezifische Fragen zu formulieren.

Im folgenden werde ich mich auf die Situation der letzten Jahre beziehen. Seit 1981 arbeite ich bei der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtfahren (DHS).

Die Situation der Frauen im Suchtbereich werde ich anhand der mehr oder weniger großen Gruppen von Frauen mit gleichem „Status“ zu problematisieren versuchen. Ich denke dabei an

## *betroffene Frauen*

- als Klientin in Beratungsstellen und in Therapieeinrichtungen
- als Mitglied einer Selbsthilfegruppe/eines Abstinenzverbandes,

## *Mitarbeiterinnen*

- in Beratungsstellen und in Therapieeinrichtungen,
- mitbetreffene Ehefrauen* (Lebenspartnerinnen)
- deren Männer nicht bereit sind, eine Therapie zu machen,
- deren Männer sich in einer Therapie befinden,
- die mit ihren Männern einem Abstinenzverband angehören,

Frauen, die als *Mütter* von abhängigen Kindern mitbetroffen sind,

Frauen, die als *Töchter* von Abhängigen aufgewachsen sind,

*Leiterinnen* von Beratungsstellen und Fachkliniken, Frauen, die als *Referentinnen* in der Geschäftsstelle eines Verbandes/einer Verwaltung arbeiten.

Ich werde im folgenden die Situation darzustellen versuchen – nicht immer bewerten (was sich manchmal nicht vermeiden läßt), dafür aber vielleicht etwas karikieren (was Spaß macht!).

Auf die unterschiedlichen Suchtmittel und süchtigen Verhaltensweisen werde ich nicht eingehen, doch: Die meisten Erfahrungen habe ich im Alkohol- und Medikamentenbereich gemacht.



## 1. Abhängige (betroffene) Frauen

Als Klientin in einer Beratungsstelle finden betroffene Frauen in den Sucht- bzw. psychosozialen Beratungsstellen der freien Wohlfahrtsverbände „schlimmsten“ - falls die traditionell geprägte Situation vor. Sie werden in die Gruppe der Klienten aufgenommen, ihrem Geschlecht wird nur über den Eintrag „weiblich“ Rechnung getragen.

Die Frage, ob die Klientin durch einen Therapeuten oder eine Therapeutin behandelt werden will, wird in der Regel nicht gestellt. Sie wird ihre Beratungsgespräche vielleicht auch ganz gern mit einem Therapeuten führen (endlich ein Mann, der mich versteht!); denn auch er arbeitet gern mit Klientinnen: „Sie kommen schneller an ihre Gefühle, sind im therapeutischen Geschehen einfach aktiver.“ In Gruppensitzungen kommt das natürlich noch besser zum Tragen.

Das ist auch in den stationären Einrichtungen nicht anders. Nur mit dem Unterschied, daß die Geschlechterrelation der Gruppenmitglieder in fast allen gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen für Frauen miserabel ist. In der Regel bilden zwei betroffene Frauen mit acht abhängigen Männern eine Gruppe. Ich bezweifle, daß die Frauen in diesen Gruppen über ihre Probleme, z. B. Sexualität/Partnerschaft reden können. Das gilt für stationäre Einrichtungen für Alkohol- und Medikamentenabhängige ebenso, wie für Therapeutische Wohngemeinschaften Abhängiger von illegalen Drogen.

Doch mittlerweile gibt es auch erfreuliche Ausnahmen: Neben einer Frauengruppe gibt es mehrere Männergruppen und gemischtgeschlechtliche Gruppen, deren Geschlechterverteilung ungefähr bei 50 zu 50 liegt.

Aber es gibt noch andere problematische Situationen für Frauen in gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen: Aufgrund ihrer zahlenmäßigen Unterlegenheit greifen sie auf die ihnen von „Szene“ und gesellschaftlicher Alltäglichkeit bekannten Verhaltensweisen und Bewältigungsstrategien zurück und gehen eine Zweierbeziehung ein. Sie sind nicht nur bereit, dem neu gewonnenen Partner die Wäsche zu waschen, sondern auch mit ihm oder allein für ihn eine Arbeitsstelle zu suchen (vgl. Monika Grettka-Oerters/Jutta Kirschstein, Erfahrungen in der Nachsorgearbeit, in: Merfert-Diete/Soltau, Frauen und Sucht, Reinbek 1984). Daß unter diesem Druck - eine Frau gegen viele Männer - (dahinter stehen ja auch die auf der „Szene“ und in normalen Beziehungen gemachten Erfahrungen mit Zuhälterei und sexueller Gewalt, vgl. Ulrike Kreyssig/Anne Kurth), Klientinnen in der stationären Therapie eine Chance in der gemeinsamen Lebensperspektive mit einem Abhängigen sehen, ist auch ausschlaggebend für die hohe Abbruchrate von Fixerinnen.

In den gemischtgeschlechtlichen Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige zeigen sich die Schwierigkeiten der Zweierbeziehungen anders nuanciert: Ist ein Paar eine intime Beziehung eingegangen, trotz des in fast allen Kliniken bestehenden Beziehungsverbot, so wird die Frau „verlegt“ und nicht der Mann, so jedenfalls die Erfahrungen der Leiterinnen in Fachkliniken, die bei „Verlegungs-Verlegenheiten“ angerufen werden. Die betroffene Frau ist diejenige, die schwierig ist und den therapeutischen Ablauf stört.

Auf ein „Dilemma“ will ich in diesem Zusammenhang unbedingt hinweisen. Therapeutisch wird von Klienten und Klientinnen ein Aufeinander-Zugehen, Sensibilität und Nähe gefordert. Das ist ja auch richtig, nur wird meines Erachtens vergessen, daß Abhängige genau in diesen Verhaltensbereichen Probleme haben, Zärtlichkeit und den anderen ernstnehmen mit genitaler Sexualität gleichsetzen - was man gleichsetzen kann, aber nicht muß. Hierüber fehlt das Gespräch in der Therapie vor dem Hintergrund des Beziehungsverbot.

Wollen sich Klientinnen in gemischt-geschlechtlichen Einrichtungen stärker mit ihrem Frau-sein auseinandersetzen und an einer Gruppe nur für Frauen teilnehmen, so wurde mir berichtet, daß es sehr viel Kraft kostet, den „Verbal“-Hieben der männlichen Mit-Klienten standzuhalten. Die Gruppe wird diffamiert als „Kaffeekränzchen“, „Hexenstunde“ und „Weiberrat“, eben verspottet oder offen bekämpft. Bedauerlicherweise sind auch Therapeuten gern bereit, dabei mitzumachen.

Kurz zusammengefaßt: Frauen sind die Stütze der therapeutischen Situation, die inhaltlich und formal nach männlichen Kriterien gestaltet ist. Weiblichkeit scheint auch synonym mit „Stütze“ gebraucht zu werden. Nicht anders verstehe ich den Wunsch vieler gemischtgeschlechtlicher Einrichtungen nach Klientinnen: „Wo Frauen im Haus sind, ist es immer netter, da stehen Blumen, und die Männer pflegen sich auch mehr.“

Wird die betroffene Frau Mitglied einer gemischtgeschlechtlichen Selbsthilfegruppe - und die sind bei allen Abstinenzverbänden die Regel -, so ändert sich die Situation nicht wesentlich. Ca. 3/4 aller ehrenamtlichen Suchtgefährdetenhelfer sind Männer, laut Ausbildung (Guttempler-Orden). So werden betroffene Frauen auch meist von Männern betreut.

Es werden zahlenmäßig mehr betroffene Männer der Gruppe angehören, und es gibt eine direkte Konkurrenz für die betroffenen Frauen: die mitbetroffenen Ehefrauen. Eine trockene Alkoholikerin packte ihre Situation in den Satz: „Wenn ich Gruppenmitglied sein will, so muß ich zum Neutrum werden. Ich muß meine Erotik und Sexualität verstecken. Akzeptiert werde ich nur in der Rolle der helfenden (Krankenschwester) und der guten Freundin, die keine eigenen Bedürfnisse hat. Mein Problem in der Gruppe ist die Eifersucht der anderen Frauen in der Gruppe, die mitbetroffene Ehefrauen sind.“

Mir scheint, daß die Thematisierung dieser vielleicht tatsächlichen oder unterstellten Eifersuchtsgedühle ein wichtiges, bislang noch tabuisiertes Thema in den Gruppen ist. Es ist nicht nur sexuelle Eifersucht, sondern auch die Eifersucht der mitbetroffenen Ehefrauen auf die gemachten Therapieerfahrungen der Betroffenen, „die wissen, wovon sie reden“. Sie sprechen die gleiche Sprache wie der abhängige Ehemann. So hoffen mitbetroffene Ehefrauen auf die Hilfe der betroffenen Frau, um von ihr zu erfahren, was es mit der Sucht (des Mannes) auf sich hat.

## 2. Die Arbeitssituation der Mitarbeiterinnen in Beratungsstellen

Sie wird im wesentlichen durch Kolleginnen und Kollegen geprägt, so sie vorhanden sind. Mir sind viele Bera-

tungsstellen im ländlichen Bereich mit 2 1/2 Mitarbeitern bekannt: 1 Leiter, 1 Mitarbeiterin, 1/2 Sekretärin (neutral genannt: Verwaltungskraft). Die Grundstruktur wird deutlich: Männer werden Leiter und nehmen damit auch die Außenvertretung wahr (- und bekommen mehr Geld). Mitarbeiterinnen werden „Innenminister“ und sind vornehmlich für die therapeutische Arbeit zuständig. Weil sie die Klienten nicht allzu oft allein lassen können, können sie natürlich auch nicht so oft an Seminaren und Tagungen teilnehmen. Ganz schwer einzusehen ist das bei regionalen Arbeitskreistreffen „Frau und Sucht“! Kurz: Mitarbeiterinnen in den Beratungsstellen sorgen für einen stabilen alltäglichen Arbeitsablauf in der Beratungsstelle.

Mitarbeiterinnen in Therapieeinrichtungen arbeiten wahrscheinlich in einem paritätisch besetzten Team, doch auch hier sind die Führungspositionen mit Männern besetzt. Von besonderen frauenspezifischen Problemen habe ich durch Mitarbeiterinnen erfahren, die eine Gruppe nur für Frauen machen wollten. Sie müssen ihre Arbeit in diesem Bereich ihren männlichen Kollegen gegenüber ständig legitimieren. Verständlich ist der Mechanismus: wird doch durch die Frauengruppe die Arbeit aller gemischten Gruppen hinterfragt. Da kann ich nur fordern, daß sich die Therapeuten an der explizierten geschlechtsspezifischen Arbeit beteiligen. Geschlechtsspezifische Arbeit von Männer ist nicht nur ein Fußballspiel (Therapeuten gegen Klienten).

Noch etwas zu den Zahlen: Die DHS schätzt die Zahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Beratungsstellen auf ca. 5.300. Die genaue Geschlechterrelation ist nicht bekannt. Doch 2/3 der im Sozialwesen Tätigen sind Frauen.

Daß in der alltäglichen Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen im Suchtbereich auch die allgemeinen frauendiskriminierenden Verhaltensweisen ausgelebt werden, setze ich als gegeben voraus.

### 3. In einem Arbeitskreis mitbetroffener Ehefrauen

Sie schilderten folgende Aspekte als besonders problematisch: Wenn ihre abhängigen Partner nicht bereit sind, eine Therapie zu machen, sie aber den Weg in eine Gruppe gefunden haben, so fehlen ihnen Frauen, die die gleichen Probleme haben. In den Gruppen sind ja vorwiegend Frauen, die es schon „geschafft“ haben. Hier fehlt es an Gruppen für mitbetroffene Frauen oder Mit-Abhängige (Co-Abhängige).

Sind die abhängigen Partner in einer Therapie, so denken die Frauen oft, „jetzt ist mein Ziel erreicht, jetzt will ich davon nichts mehr hören“. Hier fehlt ein speziell definiertes Angebot durch die Beratungsstellen für Frauen, deren Männer in der Therapie sind. Das unspezifische Angebot für Schwierigkeiten in der Krise ist zu wenig, es bietet keine Identitätsmöglichkeit.

Die bedeutsamste Gruppe der mitbetroffenen Ehefrauen bilden die Frauen, die nach der Therapie des abhängigen Mannes diesen in eine Selbsthilfegruppe/in die Gruppe eines Abstinenzverbandes begleiten, wenn sie nicht schon vor der Therapie – für sich selbst – eine Gruppe aufgesucht haben.

In dem schon erwähnten Seminar formulierten die mitbetroffenen Frauen die folgenden individuellen bzw. strukturellen Aspekte als ausschlaggebend für ihre momentane Situation:

- Möglichkeiten, die für Verbandsfunktionen notwendigen Kompetenzen und „Spielregeln“ zu erlernen
- Frauen haben Angst, neben ihren Männern „zu groß“ zu werden und damit zu viele Konflikte in die Partnerschaft zu holen
- Frauen trauen sich nicht, in den Gruppen Positionen zu übernehmen
- mitbetroffene Frauen haben Angst vor einem Rückfall ihres Partners
- mitbetroffene Frauen haben keine Zeit, aktiv an den Gruppen teilzunehmen, da sie durch Kinderbetreuung oft verhindert sind
- zwischen selbstbetroffenen Frauen und mitbetroffenen Frauen besteht eine große Konkurrenz (auf die Probleme mit Eifersucht habe ich schon hingewiesen)
- in den Gruppen bleibt den Frauen die Sorge um das leibliche und atmosphärische Wohl vorbehalten, z. B. das Saubermachen des Gruppenraumes und des Kaffeekochens
- die Wahl der Gruppenthemen und Aktivitäten ist durch die Interessen der männlichen Mitglieder dominiert.

Wie groß die Gruppe der mitbetroffenen Frauen ist, zeigt die Geschlechterrelation der mitbetroffenen Partner, die die Behandlungsphase ihrer abhängigen Partner mittragen: 90% der mitbetroffenen Frauen begleiten ihre Männer, aber nur 10% der mitbetroffenen Männer begleiten ihre Frauen.

An dieser Zahl wird auch deutlich, wie sehr Frauen dazu bereit sind, für ihre Männer zu sorgen, was in der Regel auch eine ganz existenzielle/materielle Frage ist.

### 4. Mütter von abhängigen Kindern

Sie werden ihre Situation in ähnlicher Weise erleben wie viele Ehefrauen, sie fühlen sich oft vom Vater des Kindes allein gelassen. Sie sollen das Problem allein lösen, schließlich sind sie für die Erziehung des Kindes verantwortlich – und in der Fachliteratur finden wir es auch: Ausschlaggebend ist die Mutter-Kind-Beziehung.

Im Kontakt zu Müttern, vor allem der Mütter in den Elternkreisen, drängt sich mir die Frage auf, was eher zutrifft, die freiwillig unfreiwillig alleinige Mitarbeit der Mütter in den Gruppen – oder die unfreiwillig freiwillige. In jedem Fall werden die wenigen Männer der Gruppe auch in deren Leitung vertreten sein. Beim BVEK<sup>1</sup> sind zwei Männer im Vorstand neben fünf Frauen, die aktiven Männer lassen sich an einer Hand auf- oder abzählen.

## 5. Töchter von Abhängigen

Erst in den vergangenen Monaten haben die Töchter von Abhängigen die Möglichkeit gefunden, sich in einigen wenigen Gruppen zu ihrer eigenen Betroffenheit auszutauschen. Zu ihrer Situation kann ich aufgrund mangelnder Erfahrungen kaum etwas sagen, es gibt noch keine Selbsthilfegruppen (lediglich die Al-ateen-Gruppen der AA<sup>2</sup>).

Ich weiß nur aus Gesprächen mit Frauen, deren Mütter oder Väter abhängig waren, daß sie die Ursachen ihrer jetzigen Persönlichkeits- und Beziehungsstörungen in der Beziehung zur Herkunftsfamilie suchen – was ja durch die Fachliteratur auch bestätigt wird. Dahinter steht die Problematik vieler Frauen mit Suchtverschiebungen (Essen, Kaufen etc.). Also: Hier fehlt es an Angeboten für Frauen, die einen Ort suchen, um über ihre Fragen zu reden.

## 6. LeiterInnen von Fachkliniken

Das Augenfälligste zur Situation der LeiterInnen von Fachkliniken ist sicher ihre zahlenmäßige „Stärke“. Es gibt nur sechs LeiterInnen im Bereich der stationären Arbeit der Freien Wohlfahrtspflege (insgesamt ca. 120 Einrichtungen). Vier leiten eine Fachklinik für Frauen, die anderen zwei leiten eine Fachklinik für Männer bzw. eine gemischtgeschlechtliche für Jugendliche. Die Arbeitssituation der LeiterInnen wird durch die Probleme der Frauen in Führungspositionen bestimmt.

## 7. Referentinnen in Geschäftsstellen der Verbände und Verwaltungen

Bei den Referentinnen in den Geschäftsstellen der Verbände und Verwaltungen sieht es nicht anders aus. Mir sind nur elf Frauen bekannt, deren Situation mit der einer „Einzelkämpferin“ beschrieben werden kann. Sie haben es, wie die LeiterInnen der Fachkliniken auch, fast nur mit Männergruppen, d.h. mit männlich besetzten Vorständen und Entscheidungsgremien zu tun. Entweder sind sie die „Alibifrau“ oder die „Zweitfrau“, das ist die Frau, die die Alibifrau von ihrem „Alibi“ befreien soll, wie z. B. im Kuratorium der DHS, wo zwei Frauen unter elf Männern zu finden sind.

## Schluß

Vieles von dem, was ich Ihnen referiert habe, ist Ihnen sicher bekannt. Wichtig ist mir für heute festzustellen, welchen Frauen wir im Suchtbereich begegnen, wo wir sie finden.

Bei aller Unterschiedlichkeit ist ihnen vieles gemeinsam:

- Sie haben eine weibliche Sozialisation erfahren, mit den dazugehörigen Rollen und Widersprüchlichkeiten.
- Ihr Handeln wird immer durch einen Mann direkt bzw. durch ein männliches Prinzip begrenzt.
- Unter diesen Bedingungen ist es allen Frauen schwierig, eine eigene Identität zu entwickeln.

- Es wird von ihnen erwartet, daß sie für eine nette und angenehme Arbeits- bzw. Therapieatmosphäre sorgen. Sie sind die Dienenden, Sorgenden und Helfenden.
- In allen Entscheidungsgremien sind sie nicht vertreten, bestenfalls als „Alibi“-Frau.
- In ihren Lebens- und Arbeitsbezügen müssen sich alle Frauen die Frage stellen, wie sie mit Genuß- und Suchtmitteln umgehen wollen. In welchen Abhängigkeiten (psychosoziale und Suchtmittel) sie leben.
- Sie müssen sich die Frage stellen, in welchen Bereichen sie sich anpassen wollen, wo sie unabhängig sein wollen.

Mit diesen Fragen werden Mitarbeiterinnen und Klientinnen in jedem Fall in den verschiedenen frauenspezifischen Projekten konfrontiert.

Denn: Es hat sich in den letzten Jahren schon einiges getan. Neben verschiedenen regionalen Arbeitsgruppen „Frauen und Sucht“ sind vier Beratungsstellen entstanden:

Lagaya, Stuttgart

Treffpunkt für Frauen und Mädchen mit Drogenproblemen, Hohenstaufenstraße 1, 7000 Stuttgart 1, Tel. 0711/6405490

Donna Klara e. V., Kiel

Verein für feministisch-psychosoziale Arbeit und Selbsthilfe, Hamburger Chaussee 99, 2300 Kiel 1, Tel. 0431/684955

Café Olga, Berlin

Frauentreff

Derfflinger Straße 19, 1000 Berlin 30, Tel. 030/2628959  
Informationsstelle - Frauen-Alltag-Medikamente, Hamburg, Methfesselstr. 92, 2000 Hamburg 20, Tel. 040/493700

*Als stationäre Einrichtungen gibt es in München:*

**Prima Donna**

Frauen-Wohngemeinschaft

Lohweg 44, 8056 Neufahrn, Tel. 08165/3939

und

**Violetta Clean**

Therapeutische Wohngemeinschaft für drogenabhängige Frauen, Bettinastr. 12, 1000 Berlin 13, Tel. 030/8257101

**„Die Zwiebel“**

Therapeutische Wohngemeinschaft für alkohol- und medikamentenabhängige Frauen

Potsdamer Chaussee 70, 1000 Berlin 38, Tel. 030/81000350

---

1. Bundesverband der Elternkreise.

2. Anonyme Alkoholiker.

### Teilnehmerin

Ich habe da eine andere Erfahrung gemacht. Wenn Sie sagen, daß in den Selbsthilfegruppen sich genau das Rollenspiel von Frauen und Männern fortsetzt, das in unserer Gesellschaft vorherrscht, dann gilt das m. E. nicht für alle Gruppierungen. Meine Erfahrungen bei den anonymen Alkoholikern sind anders, das liegt vielleicht an der anderen Gruppenstruktur. Bei den anonymen Alkoholikern gibt es nämlich keinen Vorsitzenden, keinen Kassierer usw., sondern dort wird alle Jahre der Gruppensprecher gewechselt. Diese Gruppenstruktur trägt dazu bei, daß man dort durchaus sehr viel stärker engagiert ist. Es ist richtig, immer dort, wo geradlinige Strukturen vorherrschen, mit Vorsitz, Kassierer, 2. Vorsitz usw., da setzen die Frauen sich nicht durch. Bei den anonymen Alkoholikern konnte ich diese Erfahrung aber nicht machen.

### Teilnehmerin

Ich bin Marie von Saint-Paul und Leiterin einer Guttemplergruppe. Ich denke – wie meine Vorgängerin –, daß die meisten Frauen therapieerfahren sind und doch schon gelernt haben, ihre Abhängigkeit auch von Männern oder von männlichen Strukturen zu erkennen und sich demgegenüber durchzusetzen. Hinzu kommt noch eins: Ich habe den Eindruck, wir Frauen tragen selbst dazu bei, daß wir oft in einer solch abhängigen und untergeordneten Rolle bleiben. Sie sagten es bereits, daß der Konkurrenzkampf zwischen den Frauen, die abhängig sind und den Frauen, die Angehörige sind, selbst Schwierigkeiten haben, miteinander auszukommen. Ich denke aber auch, daß wir eben nur sehr langsam nach vorne drängen können, weil wir auch Angst vor allzu großer Verantwortung haben und vor der Situation, ganz alleine vorn zu stehen. Diese Erfahrungen fehlen uns ja und da müssen wir erst langsam hereinwachsen.

### Teilnehmerin

Ich heiße Frieda Mory und arbeite in der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen in Berlin. Ich stelle immer wieder fest, daß die Gruppensprecher von Selbsthilfegruppen aus dem Suchtbereich fast ausschließlich Männer sind. Ich finde das sehr bedauerlich und möchte auch gern die Frauen bestärken, selbst Ansprechpartner zu werden. In den Gruppen selbst sind die alten Strukturen immer wieder sehr deutlich und ich ärgere mich schon, wenn zweimal in der Woche Guttempler-Frauen kommen und Berge von Brötchen schmieren und saure Gurken schneiden. Ich finde das immer ganz rührend, genauso wie die Männer, die hinterher ihre Tassen abwaschen. Wichtig für mich aber ist, daß es die Frauen sind, die tatsächlich diese angenehme Atmosphäre in der Gruppe schaffen und ihren fraulichen Bereich einbringen. Dies müssen sie aber damit bezahlen, daß sie sich ansonsten zurückhalten. Frauen, die sich wirklich durchsetzen können, sind in der Regel diejenigen, die es auch beruflich und in der Familie irgendwie geschafft haben. Der große Teil der Frauen aber lernt es ganz mühsam, mit ganz kleinen Schritten, für sich etwas zu erreichen. Das Ziel dieser Frauen ist es auch weniger,

in der Gruppe etwas zu erreichen, sondern ihre Interessen zuhause stärker zu wahren und durchzusetzen.

### Teilnehmerin

Ich vertrete den Frauenbund für alkoholfreie Kultur und auch den Guttempler-Orden. Im Moment stimmt es sicher, daß die Frauen in der Suchtarbeit sehr selten zu finden sind. Auch wir haben schon seit einigen Jahren begonnen, auch mit den Frauen, also auch für uns Frauen selbst, etwas zu tun. Wir gestalten eigene Frauenseminare und setzen uns auseinander mit unseren Ängsten und Identitätsproblemen. Ich glaube, daß wir da auf dem richtigen Weg sind und so nach und nach die Frauen in unseren Gruppen ermuntern können, hier tätig zu werden. Ich denke, das Problem ist in allen Selbsthilfeorganisationen zu finden, ich war früher bei den anonymen Alkoholikern und habe dort erlebt, daß gerade die Männer sehr dominant waren.

### Christa Merfert-Diete

Ich brauche nicht viel dazu zu sagen. Außer, daß uns allen wahrscheinlich auch wieder einmal viele Lücken deutlich geworden sind, wo mehr für Frauen getan werden kann.

### Teilnehmerin

Ich selbst arbeite seit Jahren ehrenamtlich in der Sucht-krankenhilfe für Frauen und stelle fest, daß in dieser Diskussion ein wichtiger Aspekt noch nicht genannt wurde. Ich glaube nicht, daß es die Verantwortung ist, die die Frauen scheuen, sondern es ist vielmehr die Doppelbelastung, ehrenamtlich tätig zu sein. Wer gruppenverantwortlich sein will, muß sehr viel Zeit investieren. Wenn ich es beruflich tue, habe ich dafür natürlich viel Zeit. Wenn ich es aber neben Kindererziehung, Familie, Haushalt und möglicherweise noch Beruf machen soll, ist es eigentlich nicht möglich. Deshalb ziehen sich die Frauen da m. E. zurück.

### Christa Merfert-Diete

Plädieren Sie mit Ihrem Statement dafür, nicht so viel von Frauen zu verlangen? Als berufstätige Frau ist mir bekannt, daß ich abends eben auch noch Kraft brauche, um für die Familie offen zu sein. Ich habe deshalb nachgefragt, weil ich daraus für mich die Schlussfolgerung gezogen habe, daß nach anderen Strukturen gesucht werden muß, z. B. wenn Selbsthilfegruppen tagen, kann ein Babysitter-Angebot gemacht werden oder daß es selbstverständlicher wird, daß auch Männer ihre Kinder mit betreuen.

Es ist für mich die Frage, wem fordern wir was ab? Uns jetzt wieder mehr? Oder decken wir den Wunsch nach aktiven Entscheidungskompetenzen mit dem Hinweis zu: „Wir verzichten lieber, weil wir es nicht schaffen“.

Wir überfordern uns auch zuviel, wenn wir unsere Wünsche, Hoffnungen und Vorstellungen ignorieren, und auf der anderen Seite nichts von der anderen Hälfte der Gesellschaft fordern.

# »Die Zwiebel« – Bericht aus der Praxis frauenspezifischer Suchtarbeit

Angellka Budde

Die Zwiebel ist eine therapeutische Wohngemeinschaft für süchtige Frauen in Berlin. Ich möchte das Konzept der Zwiebel vorstellen und von unserer praktischen Arbeit und unseren Erfahrungen berichten.

Dabei werde ich darauf verzichten, über gesellschaftliche Zusammenhänge von Frauenabhängigkeit und Suchtverhalten einzugehen, weil ich denke, daß die Referentinnen vor mir hinlänglich getan haben, und mit vielem, was sie gesagt haben, stimme ich überein. Von daher möchte ich mich auf die praktischen Erfahrungen in der Zwiebel beschränken.

Der Begriff Zwiebel ist für uns ein Symbol für Schale ablegen, sich häuten und Schicht um Schicht zu sich selbst kommen. Das ist oftmals ein tränenreicher Prozeß, ermöglicht aber auch das Erfahren neuer Wege, aus der Sucht hinaus in ein selbstbestimmtes Leben ohne Drogen.

Die Zwiebel besteht seit 1981 und hat bis heute einige Wandlungen durchlebt. Seit 1982 hat die Zwiebel das Konzept einer therapeutischen Wohngemeinschaft mit maximal 14 Plätzen und untersteht seit dem der Trägerschaft des Theodor-Wenzel-Werkes.

Da es keine vergleichbare Einrichtung in der Bundesrepublik und Berlin gibt, haben wir aus unseren eigenen Erfahrungen lernen müssen. Im Laufe der Zeit mußten wir das Konzept der Zwiebel immer wieder hinterfragen und verändern. Wir denken, daß dieser Prozeß notwendig gewesen ist und es auch noch sein wird.

Die Grundidee der Zwiebel ist jedoch, daß die Zwiebel eine Einrichtung für süchtige Frauen ist, und zwar unabhängig von ihrem jeweiligen Suchtmittel. Wir gehen davon aus, daß der Griff nach einem Suchtmittel, sei es Alkohol, seien es Medikamente, Fressen und Kotzen, oder auch Heroin nur die Spitze einer Abhängigkeit ist, in der die betroffene Frau steckt. Was ist eigentlich das Besondere an einer Einrichtung nur für Frauen?

In den gemischt-geschlechtlichen Einrichtungen ist der Anteil der Frauen in der Regel erheblich niedriger als der der Männer. So ist es nur logisch, daß sich die therapeutische Konzeption an der größeren Anzahl der Bewohner oder Patienten orientiert - nämlich der der Männer. Das herkömmliche Mann/Frau-Beziehungsmuster, oftmals der Grund überhaupt für Frauen süchtig zu werden, wird selten in Frage gestellt, und die bekannten Verhaltensmuster werden in diesen Einrichtungen weitergelebt.

Für Frauen heißt das, sie erleben auch hier, daß sie eine mehr oder weniger angenehme Ergänzung für Männer bleiben. In einer Gemeinschaft nur mit Frauen ist es jedoch notwendig, ein anderes Verhalten zu lernen.

In einer Einrichtung, in der nur Frauen leben und arbeiten, gibt es keine männlichen Unterdrückungsmechanismen, und von Männern festgelegte Grenzen. Die Frauen verbrauchen von daher nicht einen großen Teil ihrer Energie, um sich direkt dagegen aufzulehnen. Die andere Seite der Medaille ist aber auch, daß es keine vermeintlich starke männliche Schulter gibt, an die „frau“ sich anleh-

nen kann, die ihr Verantwortung abnimmt. Für die Bewohnerinnen und die Mitarbeiterinnen beinhaltet das die Möglichkeit, Raum zu haben, die tatsächlichen eigenen Bedürfnisse zu erkennen, diesen nachzugehen und aus-zuprobieren, d. h. eigene weibliche Orientierungen zu finden und leben zu lernen.

Sogenannte weibliche Stärken, wie beispielsweise Muttersein, lustvolle Gespielin, verständnisvolle im Hintergrund agierende Partnerin sind hier nicht automatisch gefragt. Vermeintlich schwache Seiten, wie traurig sein, nicht schön sein, Unselbständigkeit, Angst zu versagen, werden erst einmal zugelassen und akzeptiert. Die Frauen lernen, was sie ganz individuell wirklich wollen und können.

Für viele Frauen ist das ein sehr schwieriger Prozeß und ich denke, daß auch gerade viele von den hier anwesenden Frauen aus eigener Erfahrung wissen, wie anstrengend der Prozeß des Selbständig- und Selbstverantwortlichwerdens ist. Er ist verbunden mit viel Angst, Einsamkeit, Auseinandersetzungen und Enttäuschungen. Wir alle haben wohl oft den Wunsch nach „ihm“ gehabt, der uns alles abnimmt, uns verwöhnt, bei dem wir uns fallen lassen können.

Aber es kann auch eine Erfahrung sein, die Erfolg und Lob mit sich bringt, dadurch, daß die Frauen Pflichten übernehmen und Verantwortung tragen lernen, Regelmäßigkeit und Verlässlichkeit üben, miteinander planen. Die Frauen können sich selbst ausprobieren, sie sind laut, dick oder dünn, sie sind traurig oder gutgelaunt. Sie werden akzeptiert, so wie sie sind. Das macht viel Spaß, Freundschaften entstehen, neue oder verschüttete Fähigkeiten können entdeckt werden. Das macht selbstbewußt und einen großen Schritt unabhängiger.

Zum Thema „Männer“: Wir sind nicht gegen Männer, deswegen ignorieren oder verteufeln wir Beziehungen zu Männern auch nicht. Wir leben mit ihnen zusammen und lieben sie manchmal auch. In die Zwiebel dürfen Männer kommen, manche Frauen haben Beziehungen außerhalb der Zwiebel. Wir wollen sie ihnen auch nicht „wegtherapieren“, was wir wollen, ist jedoch eine kritische Auseinandersetzung damit. Wird männlicher Besuch erwartet, wird das vorher mit allen Frauen abgesprochen; in der Praxis sieht das so aus, daß nur sehr selten Männer in der Zwiebel sind. Ein Zeichen dafür, daß die Frauen den Schutzraum einer Gemeinschaft nur für Frauen für sich brauchen und auch nutzen können.

Nun etwas zur grundsätzlichen Konzeption der Zwiebel: Um das Ziel eines unabhängigen Lebens ohne Suchtmittel zu erreichen, gibt es in der Zwiebel zwei Schwerpunkte zur Unterstützung, das ist einmal die Selbsthilfe und zum anderen therapeutische Begleitung. Das Zusammenspiel dieser beiden Bereiche ist das Modell der therapeutischen Arbeit in der Zwiebel.

*Selbsthilfe* heißt in der Zwiebel erst einmal Hilfe bei den Mitbewohnerinnen zu suchen. Sie sind die eigentlichen Fachfrauen.

In Projekten organisieren wir die verschiedenen Arbeitsbereiche des täglichen Lebens in der Zwiebel, wie z.B. die Hausreinigung, Haushaltsführung, kleinere Reparaturen, Kochen und Einkaufen, Renovierung und Öffentlichkeitsarbeit.

Das erscheint erst einmal banal, ist aber oft schwierig, da viele Frauen lange Zeit sehr unselbständig oder chaotisch gelebt haben und hiermit wieder eine Struktur gewinnen können.

Zum Begriff der Selbsthilfe gehört auch die Freizeit. Sie wird weitgehend in der Gemeinschaft verbracht sowie in Gruppen vorbereitet und organisiert, z. B. Sportveranstaltungen, Sauna, Kultur.

Die Krisen und schwierigen Situationen, z. B. ein Rückfall, bewältigen die Bewohnerinnen in der Zwiebel zunächst durch gegenseitige Hilfe, da das Team nicht in der Zwiebel zu Hause ist. Besonders Frauen, die schon länger hier leben, tragen dabei eine große Verantwortung.

Die Frauen müssen eine eigene Außengruppe finden, wobei wir nicht unbedingt Wert auf eine klassische Sucht-Selbsthilfegruppe legen, sondern mehr darauf, daß der Kontakt zu dieser Gruppe verantwortlich gestaltet wird, und daß feste Beziehungen außerhalb der Zwiebel entstehen.

Die *therapeutische Unterstützung* findet in der Zwiebel im wesentlichen in Gruppensitzungen statt. Ergänzend gibt es vor allem in der ersten Zeit Einzelgespräche (z. B. zur Erhebung der Anamnese), besonders in Krisensituationen der einzelnen Frauen sind sie möglich. Allgemein heißt therapeutische Unterstützung in der Zwiebel: „Hilfe zur Selbsthilfe“. Entsprechend sind Inhalt der Gruppe die aufgeführten Bereiche der Selbsthilfe. Darüber hinaus gibt es in unterschiedlichen Gruppen die Möglichkeit, die individuelle Lebensgeschichte aufzuarbeiten und zu aktualisieren.

Immer wieder wird dabei nach Antworten gesucht für die Frage, was setze ich an die Stelle meines Suchtmittels? Wir sind drei Mitarbeiterinnen in der Zwiebel. Eine Psychologin, eine Sozialpädagogin und eine Exjuserin. Neben unseren unterschiedlichen beruflichen Qualifikationen ist ein wesentlicher Aspekt, daß wir unsere eigenen Erfahrungen als Frauen und unser eigenes abhängiges Verhalten in die Arbeit mit einbringen können.

Wir haben unterschiedlichste Rollen für die Bewohnerinnen – grundsätzlich verstehen wir uns als Unterstützerinnen im Selbstfindungsprozeß der Frauen.

Wenn nun eine Frau in die Zwiebel einziehen will, meldet sie sich telefonisch oder per Brief bei uns, und wir vereinbaren ein Vorgespräch mit ihr. An diesem Gespräch nehmen zwei Bewohnerinnen und eine Teamfrau teil, die dann auch zusammen über den Einzug entscheiden.

Im Vorgespräch wird über die Suchtgeschichte der betreffenden Frau, ihre persönlichen Daten und ihre aktuelle Lebenssituation gesprochen. Sie erhält Informationen über die Zwiebel und kann sich die Wohnung ansehen.

Die Bedingungen für den Einzug sind einmal der körperliche Entzug, bei Frauen mit Eßstörungen, daß sie eine

gewisse symptomfreie Zeit erlebt haben, die Einsicht in die eigene Abhängigkeit, das Akzeptieren der Zwiebel-Regeln, der Wunsch nach Veränderung, daß sie frei ist von bleibenden Folgen des Drogenmißbrauchs, beispielsweise das Korsakow-Syndrom, sowie von psychiatrischen Erkrankungen.

Wenn die Frau einzieht, wird sie von allen Bewohnerinnen begrüßt, sie erhält eine Patin, das ist eine Frau, die schon länger in der Zwiebel lebt und die ihr über die ersten Eingewöhnungsschwierigkeiten hinweghilft.

Die Kosten für das Leben in der Zwiebel setzen sich wie folgt zusammen: die Miete, der Tagessatz für die Lebenshaltung und die Therapiekosten. In den meisten Fällen übernimmt der Sozialhilfeträger bzw. die Krankenkasse die gesamten Kosten. Wenn eine Frau eigenes Einkommen oder Vermögen besitzt, muß sie sich jedoch an der Finanzierung beteiligen.

Kontakte außerhalb der Zwiebel finden in den ersten vier Wochen nur in Begleitung einer anderen Bewohnerin statt. Der Grund ist einmal ein Schutz der Frau vor möglichen Rückfällen in der ersten Zeit und auch, daß sie praktisch gezwungen ist, Kontakt aufzunehmen zu den anderen Bewohnerinnen. Den gleichen Grund hat es auch, daß in den ersten Wochen die neue Frau mit einer anderen Bewohnerin das Zimmer teilt. Sie kann dann einen Antrag auf ein Einzelzimmer stellen. Die Einrichtung der Zimmer gestalten die Frauen selbst. Die Bewohnerin kann von anfang an in Absprache mit den anderen Frauen Besucher empfangen. Es gibt die Möglichkeit in der Zwiebel zu Partnergesprächen, die in den therapeutischen Prozeß mit einbezogen werden können.

Wir arbeiten in der Zwiebel nach einem Phasenmodell. Die *erste Phase* ist die sogenannte Klärungsphase und umfaßt ca. die ersten 3 Monate in der Zwiebel. In dieser Zeit ist jede Bewohnerin hauptsächlich im Hause beschäftigt d. h. einerseits zur Bewältigung täglich anfallender Arbeiten in der Gemeinschaft, andererseits zur Teilnahme am täglichen Therapieprogramm.

Parallel dazu muß sie eine Selbsthilfe- bzw. Außengruppe besuchen, an der sie regelmäßig teilnimmt. Ich hatte das vorhin auch schon erwähnt.

Den Weg einer jeden Bewohnerin durch die Zwiebel gestalten wir durch individuelle Therapiepläne und eben nach einer jeweils entsprechenden Zeit verfaßt jede Bewohnerin eine persönliche Bilanz über ihre Erfahrung und Veränderung in der Zwiebel. Das wird in der Gruppe vorgetragen und besprochen und nach Übereinstimmung von Gruppe und Team wechselt die Frau dann in die nächste Phase.

Die *zweite Phase* nennen wir die Phase der Arbeitssuche bzw. der beruflichen Orientierung. Das bedeutet auch, daß die ersten Schritte zur Ablösung von der Zwiebel gemacht werden. Die Bewohnerin dieser Phase nimmt nur noch an speziellen Gruppen teil und ist nicht mehr an die alltäglichen Arbeiten im Haus fest eingebunden. Vielmehr beteiligt sie sich an Veranstaltungen zur Darstellung der Zwiebel, z. B. in Kliniken, Beratungsstellen oder anderen öffentlichen Veranstaltungen. Darüber hinaus ist sie verantwortlich für einige Gruppen im Haus mit jüngeren Bewohnerinnen.

Vorrangig für die Frauen in der zweiten Phase sind auch die Vorbereitungen der späteren Berufstätigkeit, deren Grundlage z. B. Umschulung, Schulabschluß, Fortbildung, Lehre usw. sein können. Ist dieser Abschnitt geklärt, stellt jede Bewohnerin wiederum eine Bilanz her und entwickelt Perspektiven für die nächste Phase.

Die *Ablösungsphase* ist die Zeit, in der sich die Bewohnerin entscheidet, wie sie später wohnen möchte. Die Vorbereitungen dazu trifft sie weitgehend selbständig. In der Regel leben die Frauen in der Zwiebel so ein bis einhalb Jahre. Wir wünschen uns, Wohnmöglichkeiten zu schaffen, in denen ehemalige Zwiebelbewohnerinnen selbstbestimmt zusammenleben können und nur noch punktuell von uns betreut werden.

Der Tagesablauf in der Zwiebel beginnt mit dem gemeinsamen Frühstück der Bewohnerinnen um 8.00 Uhr, im Anschluß daran findet für alle Frauen im Haus und den Teamerinnen das Frühmeeting statt. Hier werden aktuelle Dinge und der Tagesablauf besprochen.

Danach ist Projektzeit, in dieser Zeit werden die anfallenden Hausarbeiten, Büroarbeit, Arzt- und Behördenbesuche erledigt. Auch die Gruppensitzungen finden in dieser Zeit statt. Über die Woche verteilt, gibt es verschiedene Gruppen mit unterschiedlichen Schwerpunkten.

Ich nenne jetzt hier nur Beispiele: da gibt es das Plenum, das für alle Frauen verbindlich ist, für alle Bewohnerinnen und für alle Teamfrauen; dann die Klärungsphasengruppe, die Arbeitsgruppe, Entspannungsgruppen und andere Gruppen mehr. Diese Gruppen werden zum einen Teil mit den Teamerinnen gemacht, zum anderen machen die Frauen auch eigene Gruppen allein, die oftmals von einer älteren Bewohnerin geleitet werden.

Die Projektzeit ist um 17.00 Uhr beendet, danach ist Freizeit, die je nach Bedarf, individuell oder gemeinsam gestaltet wird.

Das Wochenende wird in gemeinsamen Gruppen geplant und besprochen. In dieser Freizeit ist das Team für die Frauen lediglich telefonisch zu erreichen.

Wie gehen wir mit Rückfällen um? Ich kann dazu sagen, daß wir mit Rückfällen arbeiten. Was wir erwarten, ist, daß ein Rückfall offen besprochen wird. Denn dann kann die Auseinandersetzung damit positiv für die betreffende Frau und auch die anderen sein, indem deutlich wird, was zu dem Rückfall geführt hat, welche Grenzen überschritten worden sind, und es können Strategien überlegt werden, in ähnlichen wiederkehrenden Drucksituationen alternative Möglichkeiten zu erkennen und zu gebrauchen. Passieren innerhalb kurzer Zeit mehrere Rückfälle, bestehen wir auf Auszug der Frau, weil wir dann meistens davon ausgehen können, daß sich die Frau doch nicht entschieden hat, ohne Drogen zu leben. Zum sofortigen Auszug führt auch ein verheimlichter Rückfall.

Die Zwiebel besteht nun seit fast sechs Jahren, und Bedarf und Notwendigkeit unserer Einrichtung sind in fachlicher und inhaltlicher Hinsicht unbestritten. Dennoch haben wir Schwierigkeiten, die Arbeit in ökonomischer Hinsicht zu stabilisieren, da unser Personalschlüssel und die Therapiemittel in Abhängigkeit von der Belegung berechnet werden. Wir sind daher darauf angewiesen, daß alle Plätze im Hause immer ausgelastet werden.

In der konkreten Arbeit gibt es dagegen viele Einflüsse, die Schwankungen in der Auslastung der Zwiebel verursachen, so daß wir relativ häufig über freie Plätze verfügen. Auf die Gründe möchte ich hier genauer eingehen, weil ich denke, daß diese Gründe sehr frauenspezifisch sind. Der erste wäre, süchtige Frauen ziehen dem Schritt, sich in einer therapeutischen Wohngemeinschaft mit sich selbst auseinanderzusetzen, Beziehungen zu Partnern vor, selbst dann sogar, wenn sie in dieser Beziehung psychisch oder physisch mißhandelt werden.

Es ist für viele Frauen vermeintlich leichter, das Vertraute weiterzuleben, als neue Schritte zu wagen. Es ist immer noch so, daß süchtige Frauen als rehabilitiert gelten, wenn sie rollenspezifische Verhaltensweisen wieder aufnehmen, z. B. Führen des Haushalts, zur Verfügung stehen als Mutter und Sexualpartnerin, das Pflegen des Äußeren und den Beruf auszuführen.

Es besteht allgemein das Vorurteil, daß Frauen sich untereinander nicht helfen können, Hilfe wird in erster Linie von Männern oder von Autoritäten, die auch meist Männer sind, erwartet. Die Tatsache, daß in der Zwiebel ausschließlich Frauen wohnen und arbeiten, widerspricht dieser Vorstellung und bewirkt zuerst Mißtrauen, Ablehnung und Angst.

Zudem kursiert immer noch das Vorurteil, daß Frauen in der Zwiebel „umgedreht“ werden. Es gibt süchtige Frauen, die lesbisch sind und in der Zwiebel leben. Wir sind der Meinung, daß jede Frau bzw. jeder Mensch ein Recht auf ihre/seine eigene Sexualität hat. Wir drehen jedenfalls niemanden um, egal in welche Richtung auch immer.

Dann ist da noch die weit verbreitete Überzeugung, daß Arbeitsstelle und Wohnung das Problem Sucht beseitigen.

Dem gegenüber steht die Erfahrung, daß für die meisten süchtigen Frauen dieser Rahmen keine ausreichende Basis ist, um drogenfrei leben zu können. Letztlich stellen Frauen sich mit ihrer Suchtproblematik immer noch hinten an, um anderen schwach erscheinenden Personen zu helfen. Diese Erfahrung machten wir im Hinblick auf Kranke, auf abhängige Partner, Kinder und versorgungsbedürftige Familienangehörige. Es hat sich häufig gezeigt, daß süchtige Frauen eine lange Zeit brauchen, um sich selbst wertvoll zu finden, wertvoll genug, um endlich selbst etwas für sich zu tun.

## Diskussion zum Referat von Angelika Budde

---

**Teilnehmerin:**

Wie alt sind die Frauen in Ihrer Einrichtung, sind sie berufstätig, wo kommen sie her, wie lange bleiben sie in der Zwiebel?

**Angelika Budde:**

Wir haben keine Altersbegrenzung, die Frauen können ab 18 bei uns einziehen. Und ich habe die Erfahrung gemacht, daß es 2 Gruppen von Frauen gibt. Das sind einmal Frauen so um die 30, die aus geordneten Verhältnissen kommen, verheiratet sind, vielleicht auch einen Beruf haben, oder gejobbt haben, die Kinder haben und die dann irgendwann angefangen haben, zu trinken. Die sind so bis 35 Jahre alt. Dann haben wir eine Gruppe von Frauen, die wesentlich jünger sind, so Anfang 20, die angefangen haben ganz früh exzessiv zu saufen und dann einfach in dieser ganzen Kneipenszene hängengeblieben sind, mit Männern experimentiert haben, aber keine Lebensorientierung gefunden haben. Die älteste Frau, die im Moment da ist, ist 43 Jahre alt und 40 ist bei uns eigentlich auch so eine Schallgrenze. Es gibt schon mal Frauen, die älter sind, aber es kommt relativ selten vor. Der Familienstand ist, bedingt durch das was ich gerade gesagt habe, sehr unterschiedlich, das ist bei jeder Frau anders. Wir können nicht sagen, daß wir nur die klassischen Hausfrauen haben oder die anderen, es ist bei jeder Frau anders.

Abbrüche in der Zwiebel passieren entweder gleich am Anfang, wenn eine Frau erkennt, sie ist einbezogen, aber der Rahmen ist nicht das richtige für sie, dann hört sie in den ersten Tagen bis ersten zwei Wochen auf. Dann gibt es noch so eine kritische Zeit, nach ungefähr 5 Monaten, weil die Frauen dann meinen „Duft, ich komme jetzt wieder klar und ich ziehe nun aus“. Die finden auch noch ganz schnell eine Arbeit, auch eine nette Wohnung, ziehen dann aus und wir finden diesen Auszug nicht glatt und bezeichnen ihn auch häufig als Abbruch, weil wir denken, das ist noch zu früh, weil sich diese entsprechende Frau keine Zeit gelassen hat, auch auszuprobieren.

**Teilnehmerin:**

Wissen Sie etwas über die Zeit nach der Therapie? Bleiben die Frauen trocken, besuchen sie eine Selbsthilfegruppe?

**Angelika Budde:**

Von einigen Frauen wissen wir das. Es gibt jetzt eine Gruppe von fünf Frauen, die im Januar ausgezogen sind und die sind dabei, eine eigene Selbsthilfegruppe zu gründen. Es gibt auch eine Außengruppe von der Zwiebel, die seit 4 Jahren besteht.

**Teilnehmerin:**

Ich mache schon lange Frauenarbeit in einer Beratungsstelle in Berlin. Ich fand in Deinen Ausführungen die Beschreibung im Leben der Frauen untereinander als etwas zu idealistisch dargestellt. Du sagtest, in der Zwiebel gibt es keine männlichen Strukturen. Meine Erfahrung ist jedoch, daß wir die männlichen Strukturen in uns tragen und verinnerlicht haben. Insofern kann ich mir einfach nicht vorstellen, daß es die plötzlich nicht mehr gibt, wenn Frauen in einer Frauenwohngemeinschaft zusammenleben. Ich habe da eben bemerkt, wie ich richtig ärgerlich wurde, weil hier diese Tatsache zu wenig problematisiert wurde.

**Angelika Budde:**

Was Du sagst, stimmt natürlich. Aber mir ist es wichtig zu sagen, daß es keine Männer sind, die die Konzeption der Zwiebel geschaffen haben, sondern daß wirklich wir Frauen das sind und daß es unsere Mechanismen und unsere Strukturen sind, die in die Arbeit einfließen. Das sind erstmal einfach unsere und von daher sind die weiblich. Ich denke, das ist schon ein wesentlicher Unterschied gegenüber gemischt-geschlechtlichen oder männerspezifischen Einrichtungen.

**Teilnehmerin:**

Nehmen Sie auch Frauen mit Kindern in Ihre Einrichtung auf und wie gehen Sie damit um?

**Angelika Budde:**

Also grundsätzlich besteht bei uns die Möglichkeit, daß Frauen mit ihren Kindern einziehen können. Wir haben vor drei Jahren ungefähr damit angefangen, weil wir gedacht haben, zu Frauen gehören auch ihre Kinder. Sind dann aber davon abgekommen, daß eine Frau sofort mit ihren Kindern bei uns einzieht, wir wollen, daß zuvor erstmal ein Stück tatsächlicher Selbstfindungsprozeß der Frau geschehen muß. Wir treffen mit der entsprechenden Frau Verabredungen, wie sie eine zeitlang mit ihren Kindern umgehen kann, wenn das Kind außerhalb lebt. Es ist oft so gewesen – eine Erfahrung, die wir gemacht haben – daß die Kinder schon eine Möglichkeit hatten, bei dem Vater zu wohnen oder auch bei der Oma. Einige Kinder haben auch im Heim gelebt und wir versuchen, wenn es möglich ist, diese Situation erstmal so beizubehalten und auszuprobieren, wie geht die Frau überhaupt mit sich selber und dann auch mit dem Kind um, in Urlaubssituationen zum Beispiel. Zur Zeit wohnen keine Frauen mit ihren Kindern in der Zwiebel.