SSOAR

Open Access Repository
www.ssoar.info

Therapierisiken für Frauen in der Suchtkrankenhilfe

Vogt, Irmgard

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:
Vogt, I. (1991). Therapierisiken für Frauen in der Suchtkrankenhilfe. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, *15*(3/4), 123-143. https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-266308

Nutzungsbedingungen:
Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de

Terms of use:
This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Comercial-NoDerivatives). For more Information see:
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0

gesis Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Irmgard Vogt

THERAPIERISIKEN FÜR FRAUEN IN DER SUCHTKRANKENHILFE

1. Kann Beratung oder Therapie ein Risiko sein?

Von Risiken der Beratung oder der Psychotherapie zu sprechen ist uns ungewohnt (vgl. Franke 1989), gehen wir doch bislang mehr oder weniger selbstverständlich davon aus, daß der Besuch einer Beratungsstelle und noch mehr der Einstieg in die Therapie ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung ist für alle diejenigen, die mit Alkohol oder anderen psychoaktiven Substanzen - also eben mit Drogen - Probleme haben oder die sich selbst als drogenabhängig erleben. Die Beratung und Therapie, so unterstellen die Helferinnen und Helfer wie die Betroffenen, hilft in jedem Fall; variabel ist allenfalls der Erfolg, der den gemeinsamen Bemühungen beschieden ist. Der Beratungs- und Therapieerfolg, so argumentiert man weiter, läßt sich am Individuum festmachen: diejenigen, die ohne Motivation in die Beratung oder Therapie gedrängt werden und die über die Behandlungsangebote in ambulanten oder stationären Einrichtungen nicht dazu zu motivieren sind, ihr Leben von Grund auf zu ändern, werden besonders schnell rückfällig und werden wohl weiterhin Drogen zur Bewältigung ihres Alltags nehmen.

Alles in allem genommen gehen alle, die Helferinnen und Helfer, die Betroffenen und die Kostenträger, von der Annahme aus, daß Beratung und Therapie nützlich und hilfreich sind, selbst wenn der Nutzen sich nicht immer einfach nachweisen läßt. Es ist ein positiver Wert, den diese Gesellschaft der Beratung und Therapie zuschreibt, und das gilt selbst dann, wenn man sich über verschiedene therapeutische Vorgehensweisen, Richtungen und Ideologien lautstark streitet.

Die positive Wertung und Einschätzung von Beratung und Therapie ist durch kritische Einwände gegenüber der "Therapie-Gesellschaft" (Kursbuch 82, 1985) und dem "Psycho-Kult" (Bobb 1985) nicht in Frage gestellt worden. Auch die frühe Kritik der Frauenbewegung am von Männern dominierten Beratungs- und Therapiebetrieb hat diesem wenig anhaben können. Allerdings nimmt in jüngster Zeit die Kritik an "konventioneller" Beratung und Therapie zu. Gemeint sind damit therapeutische Arrangements, die insbesondere für Frauen (vgl. u.a. Eichenbaum & Orbach 1984; Gilbert 1980; Scheffler 1986) mit ganz erheblichen Problemen verbunden sind. Es spricht sehr vieles dafür, daß es eben nicht nur an den Individuen liegt, wenn z.B. Frauen wenig Nutzen aus der konventionellen Beratung und Therapie ziehen, sondern daß die Struktur der Hilfsangebote problematisch ist, um nicht zu sagen frauenfeindlich. Darauf soll etwas näher eingegangen werden.

2. Gesellschaftliche Arrangements und therapeutische Arrangements

Wir leben in einer Welt, die von Männern dominiert und bestimmt wird. Die Frauenbewegung hat diese Tatsache kurz und bündig mit dem Verweis aufs "Patriarchat" bzw. auf "patriarchale Verhältnisse" auf den Begriff gebracht. Hausen (1986, 12f.) umschreibt das, was Frauen meinen, wenn sie vom "Patriarchat" sprechen, folgendermaßen:

> "Welches gesellschaftliche Ärgernis damit avisiert wird und auf Veränderung drängt, ist deutlich: daß Frauen ungeachtet der formalen Gleichberechtigung bislang weder in sozialstaatlichen Demokratien noch in sozialistischen Gesellschaften tatsächlich den Männern gesellschaftlich gleichrangig sind; daß sie immer noch geringere soziale, wirtschaftliche und politische Einflußchancen haben; daß sie nach wie vor in einer Gesellschaft leben, die nach Maß des Mannes eingerichtet ist. Vieles mehr ließe sich anführen: das spannungsreiche Pendeln der Frauen zwischen Beruf und Familie mit aller Doppelbelastung und Diskriminierung; die Gewalt gegen Frauen; die drückende Armut der Rentnerinnen."

Das "Patriarchat", wie der Begriff hier verstanden wird, beruht zunächst und zuerst auf einer unterschiedlichen Wertschätzung der Geschlechter, und es sind die Männer, die aufgrund ihres Geschlechtes höher gewertet werden als Frauen - nicht jedoch wegen ihrer Fähigkeiten, Leistungen oder anderer körperlicher oder psychischer Vorzüge. Daraus werden

unterschiedliche Macht- und Herrschaftsansprüche abgeleitet, die die Männer begünstigen und die Frauen benachteiligen. Die geschlechtsspezifische Verteilung von Macht und Herrschaft findet ihren Niederschlag u.a. im Rechtswesen, das die Dominanz der Männer abzusichern half und hilft (vgl. Abel 1988). Auf diesem Wege hat sich der Mann über Jahrhunderte hin als "Herrscher" über Frauen und Kinder etabliert. Folglich werden Männer in allen gesellschaftlichen Subsystemen bevorzugt und gefördert. Simone de Beauvoir (1968) spricht eben deshalb von Männern als dem Ersten und von Frauen als dem Zweiten Geschlecht.

An diesem Arrangement hat sich mit der Einführung des Grundgesetzes von 1949 und der im Artikel 3 festgeschriebenen Gleichheit vor dem Gesetz zunächst einmal nichts geändert. In der Praxis haben die folgenden Rechtsgrundsätze bis in die 70er Jahre keine Folgen gehabt:

(1) Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich.

(2) Männer und Frauen sind gleichberechtigt.

(3) Niemand darf wegen seines Geschlechtes benachteiligt oder bevorzugt werden.

Ungeachtet dieser gesetzlichen Regelungen wurden und werden Frauen bis heute im Vergleich mit Männern in allen gesellschaftlichen Bereichen benachteiligt, wenngleich das Ausmaß der ungleichen Behandlung der Frauen deutlich abgenommen hat. Das heißt, daß die ungleichen Herrschaft- und Machtverhältnisse auch dann noch weiterwirken, wenn sie über das Rechtssystem nicht mehr abgesichert sind. Männliche Normen und Wertungen sind im Alltagsdenken und handeln so nachhaltig verankert, daß sie auch dann noch den Alltag bestimmen, wenn sie nicht mehr durch Sanktionen abgestützt werden.

Dieser sehr kurze Ausflug in die Soziologie dient hier nur dazu, den Hintergrund auszuleuchten, vor dem sich die Suchtkrankenhilfe etabliert hat einschließlich ihres umfangreichen Angebots an Beratungsstellen und therapeutischen Einrichtungen (vgl. Vogt & Scheerer 1989, 44 ff.). Natürlich kann die Suchtkrankenhilfe aus der Gesellschaft nicht aussteigen und alles ganz anders machen, als es allgemein üblich ist, selbst wenn sie das wollte.

Also gilt auch für die Suchtkrankenhilfe, daß Männer mehr gelten als Frauen, daß männliche Normen und Wertungen dominieren (Vogt 1986, 179 ff.), und daß sich Frauen diesen Normen und Wertungen anzupassen haben. Dazu kommt aber noch - und dies ist nicht nur eine Fortschreibung der gesellschaftlichen Verhältnisse, sondern eine Besonderheit der Süchtigen und der Arbeit mit diesen -; daß Alkoholismus und in dessen Folge Drogenabhängigkeit ganz allgemein als Domäne der Männer galt und gilt. Ganz konsequent war die Suchtkrankenhilfe am Anfang fast ausschließlich darauf ausgerichtet, süchtigen Männern zu helfen (Appel 1991). Ganz pauschal gesagt waren in den Trinkerasylen Männer unter sich mit der Folge, daß die Umgangformen dort ebenso rauh und ruppig waren wie in anderen Männerbünden und -vereinen auch, z.B. dem Militär (Theweleit 1978). Von solchen Bünden und Vereinen wissen wir, daß sich diejenigen Vereinsmitglieder besonders gut durchsetzen, die männliche Werte am höchsten halten und sie notfalls auch mit aller Gewalt verteidigen. Ganz entsprechend gab der "Macho-Mann" für lange Zeit den Ton an in der Suchtkrankenhilfe, und das galt ebenso für die Alkoholiker wie für die Helfer. Wenn mich nicht alles täuscht, haben sich die Verhältnisse in dieser Hinsicht bis heute nicht grundsätzlich geändert: noch immer findet man in der Suchtkrankenhilfe besonders viele Männer, die sich besonders männlich gebärden und die es sich als Ehre anrechnen, das männliche Modell als Maß aller Dinge zu verteidigen.

Das sind die Rahmenbedingungen, innerhalb derer die Arbeit mit suchtkranken Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland stattfindet. Sie wirken sich in unterschiedlicher Weise aus auf die Arbeitsbedingungen in ambulanten und stationären Einrichtungen, sie bestimmen aber auch die Arbeit und Atmosphäre in den Selbsthilfegruppen.

3. Gewalt gegen Frauen

Liegt die Macht bei Männern und beherrschen - unbeschadet der Annahme von der Gleichstellung und Gleichbehandlung der Geschlechter - männliche Normen und Regeln den Alltag in der Suchtkrankenhilfe, dann kann man davon ausgehen, daß alle Fragen, die sich auf offene oder versteckte

Formen der Unterdrückung von Frauen beziehen, von besonderer Brisanz sind. Vom Selbstverständnis der Gesellschaft aus gesehen, das von den Helferinnen und Helfern in der Suchtkrankenhilfe ja auch geteilt wird, kann - ja darf es Ungleichbehandlung der Geschlechter nicht geben. Also werden Ungleichheiten und Diskriminierungen auf allen Ebenen aus der Wahrnehmung ausgeblendet. So gehen viele noch heute in der Suchtkrankenhilfe mit Fragen nach Gewalt gegen Frauen um, Fragen, die man mit Argumenten wie: "das sind Nebensächlichkeiten", "das gehört nicht zum Thema", "das hat nichts mit Sucht zu tun" usw. wegzuschieben sucht. Dahinter steht die Fiktion, daß die Lebensumstände für Frauen und Männer in dieser Gesellschaft die gleichen seien, also geschlechtsspezifische Bedingungen im Zusammenhang mit der Entwicklung von Drogenabhängigkeit und Sucht nicht nachweisbar seien.

Ich spreche hier von Fiktion, weil natürlich jeder Mann und jede Frau ganz genau aus dem Alltagsleben wissen, daß Männer und Frauen nicht gleich sind, und daß ihre Lebensbedingungen durchaus unterschiedlich sind. Alltagswissen und Fachwissen haben sich also dissoziiert, wobei man in der professionellen Arbeit dazu übergegangen ist, das Alltagswissen tendenziell abzuwerten. Das hat Folgen für die Theoriebildung von Drogenabhängigkeit und Sucht und für die Praxis der Suchtkrankenhilfe.

An dem Thema "Gewalt gegen Frauen" lassen sich die Risiken, denen Frauen in der Suchtkrankenhilfe begegnen, besonders deutlich aufzeigen. Wie wir aus einer Vielzahl von Selbstzeugnissen und Untersuchungen wissen, die in den letzten Jahren vornehmlich von Frauen veröffentlicht worden sind (u.a. Benard & Schlaffer 1984; Dobash & Dobash 1988; Janshen 1991; Kavemann & Lohstöter 1984; Mebes & Jeuck 1989; Ohl & Rösener 1979; Schön 1989; Yllö 1988; Yllö & Bogard 1988), wendet sich männliche Gewalt in ganz gezielter Weise gegen Frauen (Wyre & Swift 1991); parallele oder gar ähnliche Formen der Gewalt, die sich von Frauen gegen Männer richtet, gibt es nicht (Straus & Gelles 1988). Auch der Verweis auf die Macht der Mütter, der kein Kind entfliehen kann, zieht hier nicht, denn die im psychoanalytischen Sinn allmächtige Mutter ist zugleich die gesellschaftlich diskriminierte Frau, die sich allemal den männlichen Normen und Regeln zu beugen hat. Gerade darin steckt ja eine Wurzel der

"Mittäterschaft" (Thürmer-Rohr 1989) und auch der "Täterschaft" (Ebbinghaus 1987) von Frauen; Themen, mit denen sich die Frauenforschung immer intensiver auseinandersetzt.

Der Verweis darauf, daß es gewiß auch Frauen gibt, die Männer mißbrauchen und schlagen, ändert nichts daran, daß Frauen in gezielter Weise Opfer männlicher Gewalt sind. Nicht nur fällt die Unterdrückung von Männern durch Frauen zahlenmäßig nicht ins Gewicht, sie unterscheidet sich von der in unserer Gesellschaft mehr oder weniger tolerierten "Gewalt gegen Frauen" auch strukturell: es handelt sich dabei stets um Fälle, auf die die Gesellschaft bei ihrem Bekanntwerden besonders heftig reagiert, gilt es doch, den Regelverstoß der Frauen grundsätzlich zu ahnden. Eben aus diesem Grund müssen Frauen, die sich in ihrer Not mit Gewalt gegen gewalttätige Männer gewehrt haben (vgl. Saunders 1988), mit besonders harten Verurteilungen rechnen (oder aber mit der Einordnung als Unzurechnungsfähige, gerade weil sie Frauen sind, was die Sache nur noch schlimmer macht).

Gewalt gegen Frauen kann man in allen Lebensbereichen und auf allen öffentlichen und privaten Ebenen nachweisen. Für die Arbeit mit drogenabhängigen und süchtigen Frauen sind jedoch Gewalterfahrungen vorallem in folgenden Bereichen von Bedeutung:

(a) in der Familie,

(b) in Institutionen

(c) in der Therapie

Auf den ersten Blick will es scheinen, als habe die Gewalt, die in Familien gegen Frauen ausgelebt wird, wenig oder nichts mit der Behandlung ebendieser Frauen in ambulanten oder stationären Einrichtungen zu tun. Eine auch noch so kurze Analyse der Gewalterfahrungen, die Frauen in der Familie machen, verdeutlicht den Zusammenhang, der zwischen diesen und denjenigen besteht, mit denen die Frauen in der Therapie rechnen müssen. In der Theorie wie in der Praxis überlappen sich also die gewaltsamen Erfahrungen der Frauen in den verschiedenen Lebensbereichen; ja, sie spielen oft ineinander, und Gewalt scheint Gewalt nach sich zu ziehen,

wenn nicht gar zu stimulieren. Das läßt sich an einigen Beispielen ganz deutlich zeigen. Jedoch sind die Zusammenhänge nicht immer so eindeutig und so leicht nachweisbar. Es wird noch viel Arbeit nötig sein, das feingeknüpfte Netz der Diskriminierung und Unterdrückung, in dem sich Frauen so leicht verfangen, aufzuknüpfen, damit sich ihre Chancen verbessern, aus alten Abhängigkeiten sowohl von Stoffen wie von ausbeuterischen Bindungen herauszukommen.

(a) *Die Familie*

Mit dem Begriff Familie assoziieren wir Vorstellungen von Liebe und Geborgenheit, von Zuwendung und Unterstützung, von Hilfe in allen Lebenslagen. Es sind die Frauen und Mütter, von denen man in erste Linie Liebe und Zuwendung erwartet, die also die sogenannten expressiven Aufgaben und Funktionen in der Familie übernommen haben und erfüllen sollen (vgl. dazu Parsons et al. 1955; Hausen 1976). Männer, die in den meisten Fällen Ehemänner und Väter sind, haben die instrumentellen Rollen angenommen, d.h. sie sind für die Außenvertretung der Familie verantwortlich. Auch sie, so argumentiert man in der Familiensoziologie und -psychologie, sind auf die Liebe und Zuwendung ihrer Frauen angewiesen, die ihnen immer wieder von neuem Mut machen, den alltäglichen Konkurrenzkampf im Berufsleben durchzustehen.

Aber Familien sind, das wissen wir heute ganz gut, längst nicht so heil, wie uns das die Familienforschung gelegentlich vormachen will (Kreppner 1980). Die Familie ist auch der Ort, an dem sich Gewalt breitmacht. Sie geht aus von dem oder den Stärkeren in den Familien und richtet sich gegen die Schwächeren, wobei die Stärke nicht immer gleichzusetzen ist mit körperlicher Stärke. Stärker sind vielmehr diejenigen, die aufgrund gesellschaftlicher Definitionen das Recht auf ihrer Seite haben und die Sanktionen verhängen können, wenn dieses Recht nicht respektiert wird. Die Gewalt geht also vom Mann gegen die Frau, von den Eltern gegen die Kinder, von den Jungen gegen die Alten usw.

Kinder sind Opfer physischer und psychischer Mißhandlungen sowohl ihrer Mütter wie ihrer Väter. Es sind im übrigen Jungen, die in der Kindheit von ihren Eltern häufiger und brutaler verprügelt werden als Mädchen. Aber Mädchen drohen andere Gefahren in der Familie, und an erster Stelle steht hier der sexuelle Mißbrauch. Sexuelle Gewalt in Familien geht fast ausschließlich von Männern aus, also vom Vater, vom Großvater oder von anderen männlichen Verwandten und Freunden, die in engem Kontakt mit der Familie stehen.

Rund 10.000 Fälle von sexuellem Mißbrauch an Kindern (§ 176 StGB) werden in der BRD jährlich angezeigt und noch einmal 10 000 Fälle wegen exhibitionistischer Handlungen. Schätzungen der Dunkelziffer bewegen sich zwischen 50 000 - 200 000 bis zu maximal 300 000 Fällen pro Jahr (vgl. Baurmann 1991, 230 ff.; Steinhage 1989, 13). 85% der mißbrauchten Kinder sind Mädchen und rund 15% Jungen. Das Alter, in dem vornehmlich Mädchen in Familien sexuell mißbraucht werden, variiert zwischen 0 und 18 Jahren, jedoch häufen sich die sexuellen Übergriffe im Alter von 6 - 13 Jahren (Schön 1989, 34ff.). Sind die Frauen älter als 18 Jahre, spricht man von Vergewaltigungen, von denen wiederum viele in der Familie, genauer in der Ehe, vorkommen und mehr oder weniger gesellschaftlich gebilligt werden

(vgl. Brigitte-Streitgespräch 1988, 174: "Für den Fall der Ehe wird der Erfolg, der durch die Gewaltanwendung angestrebt wird - der Geschlechtsverkehr also -, von der Rechtslehre gebilligt... Zur Ehe gehört nach unserer Rechtsauffassung nun mal der eheliche Verkehr dazu...").

Diese Zahlen müssen uns hier interessieren, weil die Langzeitfolgen besonders des sexuellen Mißbrauchs ganz gravierend sind: wir wissen heute, daß zur Entstehungsgeschichte vieler Eßstörungen (Mebes 1989) oder von Drogenabhängigkeit (Rerrich 1990) der sexuelle Mißbrauch gehört.

Auf die Gewalterfahrungen reagieren die Frauen durchaus unterschiedlich, aber es lassen sich dennoch einige Gemeinsamkeiten ausmachen. Eine erste Gruppe von Frauen sucht den Arzt auf, von dem sie sich Hilfe wohl auch gegen den prügelnden Ehemann versprechen. Neueste Untersuchungen (vgl. Stark et al. 1979) belegen, daß diese Frauen in Unfallkliniken oder auch vom Hausarzt häufig als neurotisch diagnostiziert werden, und daß

man ihnen zunächst zur Bewältigung ihrer Schwierigkeiten Beruhigungs- und Schlafmittel verschreibt. Diese Verordnungen sind, wie Kurz & Stark (1988) knapp feststellen, zur Behandlung der Leiden der Frauen kontraindiziert. Gehen diese Frauen wiederholt zum Arzt mit stets ähnlichen Symptomen, dann führt das über kurz oder lang zu einer Einweisung in die Psychiatrische Klinik (Vogt 1985, 1991). Auf dem Weg dahin mag sich bei manchen Frauen über die Verordnungen von Beruhigungs- und Schlafmitteln oder von Antidepressiva eine Medikamentenabhängigkeit etabliert haben, die oft genug die Entstehungsgeschichte dieser Abhängigkeit verdeckt. Behandelt wird am Ende eine psychiatrische Erkrankung oder die Medikamentenabhängigkeit, nicht jedoch die Gewalterfahrungen der Frauen und die Lebenslage, in der sie sich befinden.

Eine andere Gruppe beginnt sehr schnell damit, zur Bewältigung der Gewalterfahrungen psychoaktive Substanzen einzusetzen. Viele von ihnen trinken Alkohol oder nehmen Medikamente und illegale Drogen, um sich unempfindlich zu machen gegenüber der Gewalt, der sie meinen, nicht entkommen zu können (Vogt 1986, 127 ff.). Der Weg in die Drogenabhängigkeit ist bei den meisten von ihnen vorgezeichnet. Sie stellen einen erheblichen Anteil der Klientel in der Suchtkrankenhilfe.

Gewiß gibt es auch positive Wendungen und Ausgänge. Viele Frauen trennen sich von ihren gewalttätigen Männern, machen sich selbständig und schaffen sich eine Lebenswelt, in der sie und ihre Kinder nicht nur vor gewalttätigen Übergriffen sicher sind, sondern die auch neue Lebensperspektiven eröffnet. In der Suchtkrankenhilfe begegnet man diesen Frauen allenfalls in der Rolle der Sozialarbeiterin oder Therapeutin, kaum auf der Seite der Hilfesuchenden.

(b) *Die Institutionen*

Die Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe haben in abgestufter Weise verblüffende Ähnlichkeiten mit der Institution Familie und zugleich unterscheiden sie sich substantiell von dieser. Die therapeutischen Einrichtungen mit Langzeitbehandlungsprogrammen und die Selbsthilfeorganisationen

der Guttempler und des Blauen Kreuzes orientieren sich wohl am stärksten am Modell der Familie, während die Beratungsstellen mit ihren ambulanten Therapieangeboten und die Selbsthilfegruppen vom Typ der Anonymen Alkoholiker am meisten davon abweichen.

Die klassische Familie wird angeführt vom Familienoberhaupt, dem in wohlgeorndeter Rangfolge die Familienmitglieder folgen. Diese hierarchische Struktur findet man wieder in den Fachkliniken, die in der Regel von einem Mann, meist einem Arzt oder Psychiater, geleitet werden. Ihm unterstehen hirarchisch geordnet das therapeutische Personal und der Pflegedienst, aber auch die Klienten und Patienten. Er zeichnet verantwortlich für die Institution, also auch theoretisch für jede einzelne Therapie. So gesehen herrscht er über die Institution, wie das auch das Familienoberhaupt in der Familie tut. Werden Frauen in die Institution aufgenommen, dann stellen sie in der Regel einen Anteil von 20% der Patienten. Von diesen Frauen erwarten männliche wie weibliche Therapeuten sowie die männlichen Mitpatienten, daß sie die Atmosphäre auflockern, das therapeutische Klima verbessern und über ihr größeres Einfühlungsvermögen den therapeutischen Prozeß voranzutreiben helfen.

Wie in Familien auch setzen sich sozusagen "ganz naturwüchsig" die Themen der Männer durch bzw. die männliche Sichtweise von Problemlagen. Frauen haben es schwer, ihre Themen und ihre Sichtweisen einzubringen. Das liegt auch daran, daß viele BeraterInnen und TherapeutInnen ebenfalls vom männlichen Modell von Drogenabhängigkeit und Sucht ausgehen, wenn sie weibliche Entwicklungen nachzeichnen und verstehen wollen. Gegen dieses Selbstverständnis, das von der Mehrheit der Professionellen und der Betroffenen geteilt wird, ist schwer anzukommen. Das benachteiligt Frauen, die mit ihren Problemen oft allein gelassen werden. Man kann das ablesen an den Themen, die in der traditionellen Suchtforschung behandelt werden (vgl. die Zeitschrift Suchtgefahren): über das Thema "Gewalt gegen Frauen", "Väter als Täter" oder "Mutter-Tochter-Probleme" usw. findet man kaum eine Veröffentlichung.

Aber die Sachlage ist bei weitem noch komplizierter, als sich hier andeutet. So ist man zwar der Meinung, daß Frauen keine eigenständigen und ge-

schlechtsspezifischen Problemlagen haben, aber sie scheinen sich sehr gut als Objekte von Konkurrenzkämpfen zu eignen. Vor allem die Männer konkurrieren um die Gunst der Frauen in den Einrichtungen. Solomon (1982) hat wohl als erster darauf hingewiesen, daß Männer als Therapeuten vielfach unbewußt um die Gunst der Patientinnen buhlen, die sie, haben sie erst einmal ihr Vertrauen gewonnen, so fest wie möglich an sich zu binden suchen. Über die Frauen, die die Therapeuten für sich vereinnahmen können, meinen sie, ihre besonderen therapeutischen Fähigkeiten beweisen zu können. Auf diesem Wege sichern die Therapeuten ihren Platz in der Hirarchie ab, und sie beweisen sich zugleich ihre Attraktivität als Mann und als Therapeut (Pleck 1984). Das hat den Nebeneffekt, daß die Konkurrenz unter den Frauen in der Institution zunimmt. Einmal mehr bestätigt man auf diesem Wege alte Klischees, etwa das, daß Frauen aufeinander neidisch sind und sich wenig gegenseitig unterstützen, daß es gerade deshalb angesagt ist, den Therapeuten die Arbeit mit den Frauen zu überlassen, die damit besser umgehen können als Therapeutinnen; ja, daß diese Frauen ohnehin therapeutisch schwer erreichbar sind. Kurz, für Mißerfolge der Behandlung und Therapie macht die Institution die Frauen als Individuen verantwortlich, während sie die Erfolge sich selbst, das heißt der Leitung der Institution, zurechnet.

Das therapeutische Angebot in den Institutionen ist also nur in beschränktem Umfang darauf angelegt, den Frauen zu helfen, eine eigenständige Identität zu entwickeln und Lebensentwürfe auszuarbeiten, die sie unabhängig von Männern machen. Das geht auch schon deshalb nicht, weil die Suchttheorie, wie sie Jellinek (1960) entwickelt hat, nur männliche Formen der Abhängigkeit im Blick hat. Will man also die Arbeit in den Institutionen verändern, dann muß man u.a. die Diskussion über die Reichweite der theoretischen Modelle eröffnen, die, wie ich meine, zur Erklärung der Entstehung von Drogenabhängigkeit bei Frauen nicht ausreichen. Man muß aber auch die Praxis der Hilfsangebote in den Institutionen genauer in Augenschein nehmen und darf nicht vor kritischen Studien und Analysen zurückschrecken. Angewandte Forschung in der Suchtkrankenhilfe ist im Interesse der Abhängigen und der Helfenden dringend nötig.

Sind alle Beteiligten und Betroffenen in Fachkliniken räumlich und zeitlich miteinander zusammengesperrt und können dort die Patientinnen und Patienten nicht, wie das selbst in noch so restriktiven Familien der Fall ist, aus dem Felde gehen (Lewin 1963), wenn dicke Luft herrscht oder man auch nur für eine gewisse Zeit allein sein will, so bleibt in den Beratungsstellen alles viel unverbindlicher. Die Familie wird mehr oder weniger ersetzt durch eine Art "Freundesgruppe", auf die man im Notfall zurückgreifen, auf deren Hilfe man aber nicht immer zählen kann. Männer profitieren von diesen Hilfsangeboten mehr als Frauen, jedenfalls nehmen sie sie mehr in Anspruch als diese. Die Statistiken weisen aus, daß vorallem Männer mit Alkoholproblemen die Beratungsstellen aufsuchen (vgl. EBIS Berichte 1990) und dort vermutlich auch Hilfe finden. Frauen gehen zwar auch wegen ihrer eigenen Suchtprobleme in die Beratungsstellen, aber fast ebenso oft als betroffene Familienmitglieder. Das Beratungsangebot spricht also in sehr unterschiedlicher Weise Männer und Frauen an, und es sind einmal mehr die Frauen, die mit ihren eigenen Problemen eher auf der Strecke bleiben als die Männer.

Das liegt vielleicht auch daran, daß die Beratungsstellen mit den Problemen der Frauen nicht viel anzufangen wissen, insbesondere etwa, wenn es um Abhängigkeit von der Familie, genauer um die vom Ehemann oder Partner geht. Je selbstverständlicher die Beraterinnen und Berater von der Dominanz des Mannes im Alltagsleben ausgehen, um so schwieriger wird es, Frauen zu beraten, die gerade darunter leiden. Besonders prekär ist das für Berater, die sich vielleicht ganz unbewußt mit dem Idealbild des bereits erwähnten "Macho-Mannes" identifizieren. So attraktiv solche Berater für manche geschundene Frau auch sein mögen (Brückner 1983, 68 ff.), als Berater und Therapeuten mag man ihre Eignung anzweifeln. Vielleicht ist das auch ein Grund dafür, warum so viele Frauen die Suchtberatungsstellen meiden und dafür den Besuch in einem Frauengesundheitszentrum oder einer ähnlichen Einrichtung vorziehen, denn dort werden sie nicht noch einmal mit dem Prototyp des Mannes konfrontiert, vor dem so viele davonzulaufen versuchen.

(c) *Die Therapeuten*

Ich habe schon mehrfach darauf hingewiesen, daß die geschlechtsspezifische Betrachtungsweise bei der Entstehung von Drogenabhängigkeit zu kurz kommt. Die Ausbildung der männlichen und weiblichen Suchtkrankenhelfer geht vom eindimensionalen männlichen Modell der Sucht aus, vernachlässigt mithin differenzierte multidimensionale Betrachtungsweisen, die auch weibliche Problemkonstellationen berücksichtigen (Ames 1982; Haavio-Mannila 1989; Vogt 1987). In der Theorie wie in der Praxis gibt es also einen gewaltigen Nachholbedarf, denn es kann ja nicht angehen, daß man in der Suchtkrankenhilfe auf die Dauer 1/4 bis 1/3 der Ratsuchenden mit minderwertigen Hilfeleistungen abspeist, nur weil es sich bei diesen um Frauen handelt.

Aber es gibt zudem Problemlagen, die in der Suchtkrankenhilfe besonders prekär sind. Dazu gehören die sexuellen Übergriffe und Beziehungen von Therapeuten mit drogenabhängigen Frauen sowohl in ambulanten Einrichtungen wie in Fachkliniken.

Wie häufig kommt es denn vor, daß sich Therapeuten oder Suchtkrankenhelfer auf eine Beziehung mit einer Klientin oder Patientin einlassen? Befriedigende deutsche Untersuchungen zu diesem Thema liegen nicht vor. Aus amerikanischen Untersuchungen (zusammenfassend vgl. Vogt 1989a) weiß man jedoch, daß wenigstens 10% der Ärzte, Psychiater und Psychologen sich auf ein Verhältnis mit einer Patientin einlassen. Männer sind bei weitem aktiver als Frauen, d.h. Ärzte und Therapeuten sind viel eher geneigt, eine Affaire mit einer Patientin anzufangen als Ärztinnen oder Therapeutinnen. In der Regel bleibt es nicht bei einem einzigen Übergriff, vielmehr handelt es sich hier wie auch beim sexuellen Mißbrauch von Kindern oder bei Vergewaltigungen um Seriendelikte. Berater und Therapeuten, die sich einmal auf den sexuellen Mißbrauch einer Klientin eingelassen haben, gewöhnen sich an den bequemen Zugriff auf ihre Klientel; sie nützen ihre privilegierte Stellung brutal aus auf Kosten der Klientel. Dies ist hier ganz wörtlich gemeint, denn Psychotherapeuten lassen sich gewöhnlich von ihren Patientinnen auch dann bezahlen, wenn

sie sie sexuell ausbeuten, bzw. sie schicken ihre Rechnungen an die Krankenkassen.

Wie aus der kleinen Studie hervorgeht, die ich für den Verein ambulanter Behandlungsstellen für Suchtkranke/Drogenabhängige (VABS) durchführt habe, sind sexuelle Beziehungen zwischen Beratern oder Therapeuten und ihren Patientinnen beim Klientel der Suchtkrankenhilfe keine Seltenheit (vgl. Vogt 1990, 1991).

Abgefragt wurde folgendes Item:

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

Die Antworten verteilten sich folgendermaßen:

ja = 30% weiß nicht = 26% nein = 44%

Rein statistisch betrachtet heißt das, daß ungefähr jede dritte Beraterin und jeder dritte Berater in der Suchtkrankenhilfe schon einmal, die meisten jedoch häufiger Frauen in ihrer Beratung gehabt haben, die in ein intimes Verhältnis mit einem anderen Berater oder Therapeuten verwickelt waren oder sind. Die Berater oder Therapeuten kommen vermutlich aus allen Bereichen der psychosozialen Dienste. Auf die eine oder andere Art handelt es sich dabei um Kollegen, die sich auf sexuelle Übergriffe eingelassen haben.

Therapeuten und Berater, die sich auf ein intimes Verhältnis mit einer Klientin einlassen, verweisen oft darauf, daß süchtige Frauen solche Beziehungen herauszufordern scheinen: sie betteln um Liebe und bieten sich an als Liebesobjekte. Unversehens wird bei dieser Argumentation der Berater oder Therapeut zum Opfer und die Klienntin zum Täter. Damit stellt man allerdings die Beratungssituation auf den Kopf, denn die Machtverhältnisse sind in allen Therapien und in aller Beratungsarbeit nicht so gelagert, daß die ratsuchenden Frauen das Geschehen bestimmen, sondern die Berater und Therapeuten (vgl. Cremerius 1988). Die Hierarchie besteht auch dann, wenn die Berater und Therapeuten diese nicht wahrhaben wollen oder können, weil sie z.B. ihrer eigenen Rolle nicht sicher sind. Sie läßt sich auch dann nicht umdrehen, wenn die Ratsuchenden aktiv auf die Berater zuge-

hen und einen Teil von deren Kompetenzen zu übernehmen scheinen. Berater und Therapeuten, die sich auf solche Rollenwechsel einlassen, setzen sich selbst ins Unrecht, denn es ist ihre Aufgabe, die Ratsuchenden vor Schaden zu bewahren. Das mißlingt aber, wenn Rollen nicht eingehalten und Grenzen nicht respektiert werden, wie etwa beim sexuellen Übergriff. Übrigens sind sich die Beratenden weitgehend darüber einig, daß sexuelle Beziehungen zwischen Beratenden und Ratsuchenden schlechte Erfahrungen für letztere sind. Wenn sich aber fast alle einig sind in ihrem Urteil über sexuelle Beziehungen zwischen Beratenden und Ratsuchenden, warum gibt es dann so viele Frauen mit entsprechenden Erfahrungen?

Bevor diese Frage beantwortet werden soll, will ich noch einige Ergebnisse aus der Studie kurz anschneiden. Fragt man nämlich die Beratenden danach, was sie tun, wenn sie von solchen Übergriffen erfahren, dann ergibt sich folgendes: So gut wie niemand vergißt entsprechende Informationen, aber die meisten schrecken vor Sanktionen zurück, und das auch dann, wenn die Dienstanweisungen diese zwingend vorschreiben. Vielmehr sucht man das Gespräch mit dem Kollegen, legt ihm wohl auch nahe, die Beratung oder Therapie mit dieser Klientin abzugeben usw. Über solche eher unverbindlichen Gespräche gehen die Einflußnahmen kaum hinaus. Jedenfalls sind es nur einige wenige, die den Tätern empfehlen, den Beruf zu wechseln. Es spricht vieles dafür, daß Helferinnen und Helfer in psychosozialen und medizinischen Berufen sexuelle Übergriffe nicht als schwerwiegende Fehler wahrnehmen, die Tätern, also den Beratern und Therapeuten, schuldhaft zugerechnet werden müssen. Vielmehr läuft alles darauf hinaus, die Täter von ihrer Verantwortung zu entlasten und sie vor den Konsequenzen ihres Tuns zu schützen.

An die Opfer denkt dabei kaum jemand. Jedenfalls gibt es keine Hilfsangebote für die ausgebeuteten und mißbrauchten Frauen. Vielmehr legt man ihnen nahe,

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

Etwas drastisch ausgedrückt heißt das, man setzt die Klientin vor die Tür und überläßt sie ihrem Schicksal.

Nun zeigen die Fallgeschichten von in der Therapie mißbrauchten Frauen, daß viele von ihnen zur Bewältigung des Mißbrauchs auf die Mittel zurückgreifen, mit denen sie schon immer ihre Probleme bewältigt haben, wie eben alkoholische Getränke, Medikamente oder andere Drogen. Dazu kommen noch Depressionen, die mit dem Ende der Affaire über sie hereinbrechen zusammen mit Selbstzweifeln und einem allgemeinen Gefühl von Hoffnungslosigkeit usw. (vgl. Anonyma 1988; Butler 1975; Wirtz 1989). Manche versuchen, mit einem Suizid dem Chaos ihrer Gefühle zu entrinnen. Alle Frauen, mit denen ich in den letzten 2 Jahren über ihre Probleme im Zusammenhang mit ihrem sexuellen Mißbrauch in der Therapie gesprochen haben, berichten von langen Nachwirkungen dieser Erfahrungen, die begleitet werden oft von schweren psychosomatischen Störungen. Aber unser Mitleid gilt, pauschal betrachtet, nicht ihnen, sondern ihren Peinigern, nämlich unseren Kollegen. Dies ist gewiß ein Widerspruch, den Helferinnen im psychosozialen Bereich so auf die Dauer nicht hinnehmen können. Es liegt an uns, daran etwas zu ändern.

Literatur

Ames, G. (1982). Maternal Alcoholism and Family Life: A Cultural Model for Research and Intervention. Ph.D. Thesis (unveröffentlicht), San Francisco.

Anonyma (1988). Verführung auf der Couch. Freiburg.

Baurmann, M. C. (1991). Die offene, heimliche und verheimlichte Gewalt von Männern gegen Frauen sowie ein Aufruf an Männer, sich gegen Männergewalt zu wenden. In: Janshen, D. (Hg.): Sexuelle Gewalt (S. 223-251). Frankfurt/Main.

Beauvoir, S. de (1968). Das andere Geschlecht. Reinbek.

Benard, C. & Schlaffer, E. (1984). Die ganz gewöhnliche Gewalt in der Ehe. Reinbek.

Bopp, J. (1985). Psycho-Kult - kleine Fluchten in die großen Worte. In: Kursbuch 82, Die Therapie-Gesellschaft. Berlin (Kursbuch), S. 61-76.

Brückner, M. (1983). Die Liebe der Frauen. Über Weiblichkeit und Mißhandlung. Frankfurt/Main.

Butler, S. (1975). Sexual Contact between Therapists and Patients. Ph.D. Thesis (unveröffentlicht), Los Angeles (California School of Professional Psychology).

Cremerius, J. (1988). Aus gegebenem Anlaß. Abstinenz - Maxime und Realität. In: Anonyma, Verführung auf der Couch (S. 166-190). Freiburg.

Dobash, R. E. & Dobash, R. P. (1988). Research as Social Action: The Struggle for Battered Women. In: Yllö, K. & Bogard, M. (Hg.), Feminist Perspectives on Wife Abuse (S. 51 - 74). London.

Ebbinghaus, A. (1987). (Hg.). Opfer und Täterinnen. Nördlingen.

Eichenbaum, L. & Orbach, S. (1984). Feministische Psychotherapie auf der Suche nach einem neuen Selbstverständnis der Frau. München.

Franke, A. (1989). Therapeutische Risiken für Frauen. In: Kleiber, D. & Giese, E. (Hg.), Das Risiko Therapie. Weinheim.

Gilbert, L. A. (1980). Feminist Therapy. In: Brodsky, A. M. & Hare-Mustin, R. (Hg.), Women and Psychotherapy (S. 245-266). New York.

Haavio-Mannila, E. (Hg.). (1989). Women, Alcohol, and Drugs in the Nordic Countries. Helsinki.

Hausen, K. (1986). Patriarchat. Vom Nutzen und Nachteil eines Konzepts für Frauengeschichte und Frauenpolitik. In: Journal für Geschichte, 5, S. 12 ff.

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

Heyne, C. (1991). Tatort Couch. Zürich.

Honig, M. S. (1986). Verhäuslichte Gewalt. Frankfurt/Main.

Janshen, D. (Hg.). (1991). Sexuelle Gewalt. Frankfurt/Main.

Jelinek, E.M. (1960). The Desease Concept of Alcoholism. New Haven.

Kavemann, B. & Lohstöter, I. (1985). Väter als Täter. Sexuelle Gewalt gegen Mädchen. Reinbek.

Keith-Spiegel, P. C. & Koocher, G. P. (1985). Ethics in Psychology. Professional Standards and Cases. New York.

Kreppner, K. (1980). Sozialisation in der Familie. In: Hurrelmann K. & Ulich, D. (Hg.), Handbuch der Sozialisationsforschung. Weinheim.

Kursbuch 82 (1985): Die Therapie-Gesellschaft. Berlin.

Kurz, D. & Stark, E. (1988). Not-So-Begnin Neglect: The Medical Response to Battering. In: Yllö, K. & Bogard, M. (Hg.), Feminist Persepctives on Wife Abuse (S. 249-266). London.

Laliotis, D. A. & Grayson, J. H. (1985). Psychologist Heal Thyself. What is Available for the Impaired Psychologist? In: American Psychologist, 40, S. 84-96.

Lewin, K. (1963). Feldtheorie in den Sozialwissenschaften. Bern.

Mebes, M. (1989). Sexueller Mißbrauch und Sucht. In: Brackhoff, J.(Hg.,: Sucht und Prostitution (S. 47-62). Freiburg.

Mebes, M. & Jeuck, G. (1989). Sucht und sexueller Mißbrauch. Berlin.

Ohl, D. & Rösener, U. (1979). Und bist Du nicht willig... Ausmaß und Ursachen von Frauenmißhandlungen in der Familie. Frankfurt/Main.

Parsons, T.; Bales, R. F.; Olds, J.; Zelditch, M. & Slater, P. E. (1955). Family, Socialization, and Interaction Process. New York.

Pleck, J. H. (1984). Men's Power with Women, Other Men, and Society. In: Rieker, P. P. & Carmen, E. H., The Gender Gap in Psychotherapy (S. 79-89). New York.

Rerrich, D. (1990). Leitbild Begleitung: Was heißt frauenspezifische Sozialtherapie bei Prima Donna. In: Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis, 22, im Druck.

Rutter, P. (1991). Verbotene Nähe. Düsseldorf.

Saunders, D. G. (1988). Wife Abuse, Husband Abuse, or Mutual Combat? A Feminist Perspective on the Empirical Findings. In: Yllö, K. & Bogard, M., Feminist Perspectives on Wife Abuse (S. 90-113). London.

Scheffler, S. (1986). Feministische Therapie. In: Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis, 9, S. 25-40.

Schön, C. (1989). Sexueller Mißbrauch an Mädchen. Frankfurt Solomon, K. (1982). Counseling the Drug Dependent Women: Special Issues for Men. In: Reed, B. G.; Beschner, G. M. & Mondanaro, J. (Hg.), Treatment Services for Drug Dependent Women, Vol 2. (S. 572-612). Washington, D. C.

Stark, E.; Flitcraft, A. & Frazier, W. (1979). Medicine and Patriarchal Violence: The Social Construction of a "Private" Event. In: International Journal of Health Services, 9, S. 461-493.

Steinhage, R. (1989). Sexueller Mißbrauch an Mädchen. Reinbek. Straus, M. A. & Gelles, R. J. (1988). How Violent are American Families? Estimates from the National Family Violence Resurvey and Other Studies. In: Hotaling, G. T.; Finkelhor, D.; Kirkpatrick, J. T. & Straus, M.A. (Hg.), Family Abuse and its Consequences (S. 14 - 36). London.

Theweleit, K. (1978). Männerphantasien, Bd. 2. Frankfurt/Main.

Thürmer-Rohr, C. (1989). Frauen in Gewaltverhältnissen. Zur Generalisierung des Opferbegriffs. In: Thürmer-Rohr, C. (Hg.), Mittäterschaft und Entdeckungslust (S. 22-36). Berlin.

Trube-Becker, E. (1987). Epidemiologie der Alkoholkrankheit, speziell bei Frauen in der Bundesrepublik Deutschland . In: Majewski, F. (Hg.), Die Alkoholembryopathie (S. 23 - 31). Frankfurt/Main.

Vogt, I. (1985). Für alle Leiden gibt es eine Pille. Über Psychopharmakakonsum und das geschlechtsrollenspezifische Gesundheitskonzept bei Frauen und Mädchen. Opladen.

Vogt, I. (1986). Alkoholikerinnen. Eine qualitative Interviewstudie. Freiburg.

Vogt, I. (1987). Idealtypische Lebensmuster alkoholabhängiger Frauen. In: Suchtgefahren, 33, S. 290-297.

Vogt, I. (1989a): Liebe und Sex in der Therapie. In: Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis, 21, S. 39-48.

Vogt, I.(1989b). Liebe, Liebesarbeit, Prostitution - Von unbezahlten und bezahlten sexuellen Dienstleistungen. In: Brackhoff, J. (Hg.), Sucht und Prostitution (S. 23 - 39). Freiburg.

Vogt, I. (1990). Sucht - Gewalt - Sexualität: Der Prozeß der individuellen und gesellschaftlichen Verdrängung. In: Arenz-Greiving, I. (Hg.), Sucht - Gewalt - Sexualität (S. 11-25). Freiburg.

Vogt, I. (1991). Frauen, Gewalterfahrungen und Beratung/Therapie. Frankfurt/Main (unveröffentlicht).

Vogt, I. & Scheerer, S. (1989). Drogen und Drogenpolitik. In: Scheerer, S. & Vogt, I. (Hg.), Drogen und Drogenpolitik. Ein Handbuch (S. 5-50). Frankfurt/Main.

Yllö, K. (1988). Political and Methodological Debates in Wife Abuse Research. In: Yllö, K. & Bogard, M. (Hg.), Feminist Perspectives on Wife Abuse (S. 28-50). London.

Yllö, K. & Bogard, M. (Hg.) (1988). Feminist Perspectives on Wife Abuse. London.

Wirtz, U. (1989). Seelenmord. Zürich.

Wyre, R. & Swift, A. (1991). Und bist Du nicht willig... Die Täter. Köln.