

Drogenkonsum und Kontrolle

Vorwort	3
Christa Appel Einmal süchtig, immer süchtig, alle(s) süchtig?!	9
Christine Heinrichs Warum nehmen sie eigentlich keine Drogen?	29
Claudia Dieckmann Maßlosigkeit und Maßhalten in der Arbeit mit Frauen	53
Irmgard Vogt Beraterinnen im Konflikt	59
Margrit Brückner Grenzgänge zwischen Sozialarbeit und Therapie	71
Birgit Moos-Hofius Selbstregulation und Selbstkontrolle	93
Über die Autorinnen	113
Die Reihe 'Materialienband' Inhalt der Bände 1-11	114
Abonnement- und Bestellvordruck	116

Vorwort

Herausgegeben von: Verein Sozialwissenschaftliche Forschung und Bildung für Frauen -SFBF- e.V., Hohenstaufenstr. 8. 6000 Frankfurt a.M. 1, Tel. 069 - 74 56 74, August 1992.

ISBN-Nr.: 3-926932-12-0

Verlag: Selbstverlag

Copyright: bei den Autorinnen

Umschlaggestaltung: Charly Steiger

Herstellung: Zypressen

Die Tagung "Der feministische Blick auf die Sucht II" fand vom 26.-27. März 1992 in der Frankfurter Frauenschule statt. Wie schon 1990, nahmen auch 1992 an den beiden Veranstaltungstagen ungefähr 150 Frauen aus der gesamten Bundesrepublik und der Schweiz teil, davon die Hälfte der Teilnehmerinnen bereits das zweite Mal. Die Tagungen "Der feministische Blick auf die Sucht" sollen auch in Zukunft fortgesetzt werden.

Inhaltlich wurde bei der Konzeption der diesjährigen Tagung versucht, einige wesentliche Fragen aufzunehmen, die während der ersten Tagung formuliert wurden: "Viele Fragen sind offen oder eröffnet; sicher ist nur, daß eine Annäherung an die Frage, was an dem Referenzsystem "Sucht" männlich ist, nur über eine Auseinandersetzung mit unserer eigenen Rolle als Mittäterin in der Suchtarbeit gelingen kann. Der Blick auf die Sucht ist ein Blick auf uns" (Helffericht 1990: 105f.)

Drogenkonsum und Kontrolle in den Mittelpunkt dieser Tagung zu stellen, bedeutete die Auseinandersetzung darüber aufzunehmen, wer hier wen und was kontrollieren will, mit welchem Maß und welchen Zielen. Ein kritischer feministischer Blick auf die Suchtdiskussion und auf die Macht- und Geschlechterverhältnisse in der Drogenpolitik wird zur Klärung beitragen, wie Frauen sich deutlich vernehmbar in die öffentliche Auseinandersetzung um und in der Drogenpolitik einmischen.

Einmischung beginnt sinnvollerweise mit einer Standortbestimmung. Worum geht es eigentlich im Arbeitsfeld Sucht? Wer macht welche Erfahrungen und Beobachtungen? Welche Herausforderungen werden thematisiert?

An den Stärken der Frauen ansetzen! dafür plädieren und das beschreiben in unterschiedlicher Weise die jeweils drei Beiträge aus Wissenschaft und Praxis. Der Beitrag von Christa Appel nimmt die Diskussion über den Suchtbegriff auf und geht darüber hinaus auf die Eigendynamik des Dienstleistungssektors Suchtkrankenhilfe ein. Sie kommt abschließend zu dem Ergebnis, daß der professionelle Tunnelblick auf "die Süchtigen" in Sackgassen führt, und fordert, daß die eigenen Zweifel an den vorherrschenden Erklärungs- und Deutungsmustern öffentlich geäußert werden müssen. Und genau das tun die folgenden Beiträge.

Claudia Dieckmann deckt mit ihren Fragen auf, wie maßlos Maßnahmen im Suchtbereich in der Regel sind und wie dadurch die Fähigkeiten der ratsuchenden Frauen oft nur in unangemessener Weise seitens der Beraterinnen wahrgenommen werden. Sie fordert ein maßvolles Arbeiten und "neue Meßpunkte für Raumgewinn" um gemeinsam mit der jeweilig zu beratenden Frau überschaubare und bewegliche Ziele zu erarbeiten, die dieser angemessen sind.

Christine Heinrichs nimmt diese Forderung auf und zeigt eine weitere Möglichkeit selbstbewußter sozialarbeiterischer Umsetzung an praktischen Erfahrungen auf. Auch sie zweifelt gängige Maßstäbe an: "Ich halte drogenkonsumierende Menschen weder für schwach, noch für willenlos. Im Gegenteil."

Daß die Wahrnehmungen und Schwerpunktsetzungen von Beraterinnen auch mit ihrem Selbstbildnis als Beraterinnen in Verbindung stehen, darauf verweist der Beitrag von Irmgard Vogt. Am Beispiel des Umgangs mit Gewalt und Mißbrauch in der Drogenberatung bzw. Therapie geht sie der Frage nach, warum Beraterinnen weitaus mehr über die "bösen" Mütter der Klientinnen zu sagen haben, wie über die Gewalt ausübenden und mißbrauchenden Täter, deren Verantwortung somit völlig in den Hintergrund der Auseinandersetzung tritt. Die Ambivalenzen der Selbst-Idealisierungen von Beraterinnen, sich ihren Klientinnen als "gute" Mütter präsentieren

zu wollen, veranlaßt sie zu der Forderung, daß sich die Beraterinnen eingehend mit ihrem eigenen Selbstbild und mit ihren Mutter- und Rollenkonflikten auseinandersetzen.

Der Beitrag von Margrit Brückner zeigt, daß die selbstkritische Reflexion dabei nicht stehen bleiben kann und diese Beobachtungen in einem weiteren Kontext zu verstehen sind. Sie lotet das Spannungsverhältnis zwischen Sozialarbeit und Therapie aus und betont das Dilemma der Sozialarbeit, selbst nur über ein mangelndes eigenständiges Theoriegebäude zu verfügen, was, so ihre These, Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen besonders verführbar für verschiedenste Theorien und Therapiekonzepte macht. Was Claudia Dieckmann und Brigitte Heinrichs an Fragen aufgrund ihrer Erfahrungen, wie wichtig Sozialarbeit ist, die gut genug ist, um die Lebensumstände von drogenabhängigen Frauen zu verbessern, aufgeworfen haben - wird von Margrit Brückner auf einer allgemeineren Ebene aufgegriffen. Es sind keineswegs die besonderen Schwierigkeiten der süchtigen Frauen, die hier wesentlichen Einfluß haben, sondern es sind die besonderen Schwierigkeiten von Frauen, deren professioneller Hintergrund die Sozialarbeit ist. Der Arbeitsauftrag der Sozialarbeit selbst ist verschwommen. Hinter das Konzept Therapie statt Strafe setzt sie ein Fragezeichen und nimmt auch hier die kritischen Stimmen aus der Beratungspraxis auf. Das in Zusatzausbildungen erworbene therapeutische Wissen, so ihr Plädoyer, ist zunächst ein wesentliches Instrument, um die Mechanismen der eigenen sozialarbeiterischen Praxis in selbstreflektierender und kritischer Weise aufzuarbeiten.

Der Beitrag von Birgit Moos-Hofius bringt eine weitere Dimension ein: Die Wege, auf denen sich Frauen und Männer mit Suchtproblemen helfen, sind vielfältiger als die Spezialisten im Suchtbereich wahrnehmen. Selbsthilfe kann auch heißen, sich anders zu helfen wissen oder, sich einen anderen organisatorischen Rahmen für die eigenen Anstrengungen zu wünschen. Diese Möglichkeiten zu schaffen, daß Klientinnen ihre eigenen Potentiale zur Selbstregulation und Selbstkontrolle entfalten können, stellt hohe Anforderungen an die professionelle Rollenerfüllung von Beraterinnen. Die Beiträge aus Theorie und Praxis stimmen gerade hier überein.

Und alle stellen fest, daß gerade der Mangel an professioneller Distanz und Selbstreflexion wesentlich dazu beiträgt, daß in der Praxis der Suchtberatung viel zu viel versucht wird, die Klientinnen und ihr Leben unter Kontrolle zu bekommen. Daß hier am "Kontrollverlust" zu arbeiten bedeuten kann, daß Sozialarbeiterinnen die Stärken und Schwächen bei sich und anderen Frauen in einem neuen Licht zu sehen beginnen - das zeigen bereits die Beiträge von Claudia Dieckmann, Brigitte Heinrichs und Birgit Moos-Hofius. Und doch muß es um mehr gehen: um ein viel gründlicheres Überdenken der Konzepte, mit denen Frauen und Männer im Arbeitsfeld Sucht arbeiten und wozu sie durch den bisweilen blinden Umgang mit diesen Konzepten selbst verführt werden: die Stärken der Frauen weder bei sich selbst, noch bei ihren Klientinnen wirklich zu sehen und die Blindfelder und Schwächen viel zu einseitig auf Seiten ihrer Klientinnen anzusiedeln.

Die Diskussionen an die hier abgedruckten, teilweise überarbeiteten Beiträge haben deutlich gemacht, daß für viele Frauen im Suchtbereich dieses Nachdenken über die Voraussetzungen und Ergebnisse der eigenen (Berufs)Praxis von großer Wichtigkeit ist. Wer statt des "Opferblicks" an den Stärken der ratsuchenden Frauen ansetzen kann und deren Lebenslust fördern und sich entwickeln lassen will, die gewinnt auch die Möglichkeit zu eigener Lebens- und Arbeitslust. Dieser feministische Blick auf die eigene Frauen-Praxis ist häufig ein unbequemer. Doch eröffnet gerade dieser Blick Frauen Perspektiven für ihre Arbeit mit und für zu beratende Frauen, die auch für sie selbst gut genug sind. Das sind Voraussetzungen, die es zu erweitern und zu festigen gilt. Auf diesem Hintergrund der selbstkritischen Reflexion können und müssen die professionellen Fähigkeiten weiterentwickelt werden, um mit kritischem feministischen Blick für andere Arbeitsbedingungen mit Frauen eintreten. Wenn Frauen selbstbewußter für die Verbesserung der eigenen Arbeitsbedingungen, mit dem Wissen um ihre professionellen Kompetenzen auftreten, bedeutet das auch, daß sie sich, ihrer Stärken selbst bewußt werdend, einmischen können.

Die Annäherung an die Frage, was an dem Referenzsystem "Sucht" männlich ist, impliziert also eine selbstkritische, bewußte Wahrneh-

mung der eigenen weiblichen Praxis, die selbst durchaus mit zur Aufrechterhaltung der geschlechtlichen Arbeits- und Rollenteilung in der Suchtkrankenhilfe beiträgt.

Frankfurt, im August 1992
Christa Appel

Christa Appel

Einmal süchtig, immer süchtig, alle(s) süchtig?!

Bereits im Verlauf der Diskussionen während der 1990er Tagung "Der feministische Blick auf die Sucht" wurde die Frage aufgeworfen, ob wir nicht den "Suchtbegriff" selbst einer kritischen Reflexion und Infragestellung unterziehen müssen. Ich möchte mit diesem Beitrag an diese Fragestellung anknüpfen.

Bedingungen des Wandels historischer Deutungsmuster des Konsums von psychoaktiven Substanzen

Die Möglichkeit, den Konsum psychoaktiver Substanzen angenehm zu empfinden und zu erleben gehört zur menschlichen physiologischen und psychologischen Grundausstattung. Diese pharmakologische Prä-Disposition ist die Mindestvoraussetzung, daß sich die vielfältigen kulturellen Gebräuche und Konsummuster entwickeln konnten, die wir heute kennen.

Ich möchte eingangs kurz daran erinnern, daß das heute so vertraute Deutungsmuster "Sucht" selbst ein relativ neues historisches Produkt ist, dessen Entstehungsgeschichte eng verknüpft ist mit den ökonomischen und technologischen Voraussetzungen der Massenproduktion psychoaktiver Substanzen (siehe dazu ausführlich Appel 1991). Die sozialwissenschaftliche Alkoholforschung stimmt darin überein, daß Ende des 18. Jahrhunderts bzw. Anfang

des 19. Jahrhunderts ein Paradigmenwechsel stattgefunden hat, der zu neuen Deutungsmustern hinsichtlich sozial unerwünschten hohen Alkoholkonsums führte. Dieser Paradigmenwechsel bezog sich u.a. auf die Annahmen über die Motive des Trinkers. Dieser stand im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit, während die Trinkerrinnen immer mehr ins Abseits gesellschaftlicher Beachtung gedrängt wurden. Die neu aufkommenden Deutungsmuster gingen davon aus, daß der Trinker trank, weil er mußte und nicht, wie dies vorher allgemein gesehen wurde, weil er wollte. Auch die Einordnung und Bewertung der Folgewirkungen änderte sich in dieser Zeit: Man sprach nicht mehr von Sünde, sondern von Krankheit - nicht mehr der Wille zum Rausch-Genuß, sondern seelischer Verdruß und individuelle Probleme im allgemeinen wurden und werden seitdem als Grund angenommen.

In diesen Prämissen bewegt sich unsere Konzeption von Sucht noch heute weitestgehend. Historisch betrachtet ist das "Suchtmodell" ein gesellschaftliches Produkt der Moderne. Das Modell "Alkoholismus" hat in der Folgezeit Pate gestanden für viele neue "Süchte", und es steht bis heute als quasi-paradigmatischer Bezugspunkt im Hintergrund fast aller Diskussionen über Abhängigkeiten, u.a. von psychoaktiven Substanzen. Ein weiterer Paradigmenwechsel hat also bislang nicht stattgefunden. Doch gibt es eine Vielzahl von Modernisierungsbemühungen, bzw. Aufweichungen, die allerdings im Kern keineswegs aus dem historisch paradigmatischen Rahmen herausfallen: Der Individualisierung und der Medikalisierung von problematischem Alkohol- und Drogenkonsum, aber auch nicht stoffgebundener Abhängigkeiten, die als sozial abweichend und störend empfunden und gedeutet werden.

Ein systemisches Interpretationsmodell, das geschlechterspezifische Interaktionen und Probleme in den Mittelpunkt seiner Überlegungen stellt.

Die Versuche einer systemischen Interpretation von Sucht im Sinne komplexer zwischenmenschlicher Interaktionen sind eines der

herausragendsten Beispiele für die oben erwähnten Modernisierungsbemühungen. Als Beispiel habe ich den systemischen Interpretationsansatz von Bepko/Krestan (1985) ausgewählt, die sowohl gesellschaftliche Faktoren, wie den Faktor soziales Geschlecht (Gender) berücksichtigen. Ich beschränke mich dabei in der Darstellung modellhaft auf den Alkoholkonsum.

Alkoholismus wird von Bepko/Krestan (1985) als systemischer und zirkulärer Prozeß aufgefaßt. Das Verhalten, eine psychoaktive Substanz zu konsumieren beeinflusst, und ist beeinflusst von, Veränderungen und Anpassungen auf vielen verschiedenen systemischen Ebenen: etwa der genetischen, physiologischen, psychologischen, zwischenmenschlichen und geistig-spirituellen. Trinkverhalten selbst spielt sich immer in einem bestimmten sozialen, gesellschaftlichen Kontext ab und ist durch kulturelle Einflüsse geprägt. Ebenso wie das Trinkverhalten selbst ein Feedback auf diesen größeren gesellschaftlichen und sozialen Kontext dargestellt. Es handelt sich so um Interdependenzen, die sich wechselseitig bedingen und durchdringen und dies mit bedeutsamen geschlechterspezifischen Unterschieden!

Alkoholgebrauch kann zu verschiedenen Zeiten für verschiedene Personen, unter verschiedenen Bedingungen und aus verschiedenen Gründen angenehm oder problematisch erlebt werden. Jeder Gebrauch und jeder Mißbrauch von Alkohol bzw. Alkoholabhängigkeit ist also ein mehrfach determiniertes Phänomen. Daraus leiten Bepko/Krestan ab, daß "Alkoholismus" als ein Prozeß bzw. eine Abfolge von Ereignissen verstanden werden muß, der/die sich über einen längeren Zeitraum hinziehen.

Sie gehen von der Hypothese aus, daß Alkoholismus beides zugleich ist: Ursache und Wirkung von systemischen Veränderungen, die dysfunktional sind bzw. werden. Mit dieser Hypothese, so die Autorinnen, wird nicht zu der kontroversen Frage Stellung genommen, ob Alkoholismus eine Krankheit ist oder nicht. Das ist für ihre weiteren Überlegungen unerheblich. Sie betonen selbst: Diese Auffassung erklärt nicht, sondern beschreibt.

Grundannahme bei Bepko/Krestan ist vielmehr, daß Alkoholabhängigkeit eine Abfolge von Interaktionsereignissen in Gang hält, die

sich zwischen der trinkenden Person und dem Alkohol, der trinkenden Person und sich selbst, der trinkenden Person und anderen dritten Personen abspielen. Die physiologischen und psychologischen Wirkungen des Alkohols setzen im Verlauf der Zeit Veränderungen in Gang, die die Art und Weise verändern, wie die trinkende Person mit sich selbst und mit anderen in ihrer Umgebung in Beziehung tritt. Und umgekehrt beeinflussen deren Interaktionen mit der trinkenden Person wiederum, wie diese trinkt bzw. Alkoholkonsum als Bewältigungshandeln einsetzt. Dabei werden diese Veränderungen sowohl positiv wie negativ erlebt.

Unter der Voraussetzung, daß Alkoholkonsum zu einem immer wieder bevorzugten, weil stets erhältlichen und allgegenwärtig offerierten Bewältigungsmittel wird, erleben die BewältigungskonsumentInnen immer deutlicher ihre Angewiesenheit auf dessen Präsenz. Sie erleben gleichzeitig eine gewisse Unabhängigkeit von der personalen Unterstützung durch Dritte im Sinne des Bewältigungshandelns bei alltäglichen, gewöhnlichen und außergewöhnlichen Belastungen. Dieses Bewältigungshandeln kann einerseits zeitlich begrenzt sein oder es wird zu einer permanenten alltäglichen Gewohnheit.

Hinter dem Rücken und gegen den Willen bzw. die gute Absicht der BewältigungskonsumentInnen setzt jedoch auch, substanzspezifisch, ein Prozeß ein, der die BewältigungskonsumentInnen in die Lage bringt, die nicht gesuchten und gewollten Folgen des Bewältigungshandelns zusätzlich zu bewältigen. Diese Folgen sind vielfältig und abhängig von der sozialisierten Geschlechterrolle und der konsumierten Substanz. Sie werden als unabhängig vom Bewältigungshandeln erlebt, als neue Probleme, die es zusätzlich zu bewältigen gilt. Zu nennen wäre hier: Ablehnung, Ausgrenzung, Stigmatisierung, körperliche Symptome und Erkrankungen, Entzugerscheinungen, soziale und materielle Verarmung, Kriminalisierung u.a.

Die mit der Alkoholwirkung zusammenhängenden erkenntnistheoretischen Schwierigkeiten

Die Alkoholwirkungen selbst fügen der subjektiven Selbsterfahrung

der KonsumentInnen eine neue Dimension hinzu. Mit Blick auf den Entwicklungsverlauf einer Alkoholabhängigkeit wird von Bepko/Krestan formuliert, daß es sich zunächst um solche Informationen handelt, durch die sich die trinkende Person selbst und ihre Lebensumstände als angenehmer und akzeptabler erfährt bzw. wahrnimmt, wie im nüchternen Zustand. Schließlich jedoch, so Wallace (1977:8), macht die trinkende Person die Erfahrung erkenntnistheoretischer Schwierigkeiten. In Abhängigkeit von "subtil sich ändernden Wahrnehmungen, Gefühlen und Erkenntnissen" und der Diskontinuität der Erfahrungen mit dem alkoholisierten Selbst, "weiß sie nicht was sie über sich selbst zu einem gegebenen Zeitpunkt weiß". - Diese Formulierung beschreibt m.E. die konkreten Bedingungen eines Phänomens, das aus gedanklicher Faulheit fälschlicherweise verkürzt "Leugnen" genannt wird. - Verhalten bzw. Bewältigungshandeln, das ursprünglich dadurch motiviert wurde, die Selbsterfahrung positiv zu korrigieren, verändert sich vom Motiv her, ab dem Zeitpunkt, an dem die trinkende Person es als Notwendigkeit erlebt, die als negativ wahrgenommenen Auswirkungen selbst oder erneutes negatives Feedback durch das Trinken zu korrigieren. Wird für diese zweite Wahrnehmungskorrektur erneut, und meist gewohnheitsmäßig, auf Alkoholtrinken als Bewältigungshandeln zurückgegriffen. War in der Ausgangssituation die Motivation für das Trinken, sich besser als normalerweise zu fühlen, ist nun das Trinken von der Ausgangssituation geprägt, sich schlecht zu fühlen und den Versuch zu unternehmen, sich normal zu fühlen. Nun ringen die trinkenden Personen, so Bepko/Krestan, darum, den Normalitätskontext nicht zu verlieren bzw. sich darin wiederzufinden. Sie ringen dabei in allererster Linie um Anpassung an gesellschaftliche Normalität im Rahmen der jeweiligen Geschlechterrolle und in Abhängigkeit von den jeweils spezifisch empfundenen Abweichungen bzw. Inkongruenzen der eigenen Lebensweise, Selbst- und Fremdwahrnehmung.

Die individuelle Auffassung aller Beteiligten darüber, was ein "korrektes Selbstbild" ist, wird von einer Reihe von Botschaften auf der Makroebene der sozialen Werte und Normen beeinflusst, vertreten durch gesellschaftliche Institutionen und dadurch, wie diese in

die Kommunikationen und Interaktionen auf der Mikroebene hineinwirken. Das heißt, die Vorstellungen über ein korrektes Selbstbild sind strukturell durch kulturelle Normen, Normen der peer group, Geschlecht und normative Geschlechterrollen definiert sowie zusätzlich durch die jeweiligen Familiennormen, die selbst wiederum ein kollektiver Ausdruck der vorgenannten sind.

Bepko/Krestan betonen die Wichtigkeit des sozialen Kontextes und daß gerade seine verzweigten und vielfältigen Interdependenzen das Geschehen mitgestalten. Sie formulieren: Die hauptsächlichen Auswirkungen und adaptiven Konsequenzen der Alkoholabhängigkeit entwickeln sich in den Dimensionen der sozialisierten Geschlechterrollen resp. den Geschlechterrollen-Funktionen.

Aufgrund langjähriger Praxis in der Behandlung von Familien mit Alkoholproblemen haben sie den Eindruck gewonnen, daß es eine der relevanten selbstkorrektiven oder adaptiven Funktionen des Alkohols sein könnte, daß seine Wirkungen sowohl den Ausdruck als auch die Unterdrückung von Impulsen, Gefühlen und Verhaltensweisen erlauben, die die Grenzen der traditionellen Geschlechterweisen verletzen. Unter der Voraussetzung jedoch, daß der Fokus eines gegebenen Systems bzw. der Gesellschaft auf der Alkoholabhängigkeit als einem problematischen Verhalten ruht, müssen diese Normverletzungen nie direkt anerkannt werden. Ich wage hier die Hypothese, daß auch innerhalb der Diskussionen über Frauen und Sucht diese dialektischen Interdependenzen nur vage analysiert und beachtet werden. Ein Beispiel dafür ist die krude Gleichsetzung von ökonomischer Abhängigkeit und gesellschaftlicher Un-Gleichberechtigung der Frauen mit Suchtmittelabhängigkeit. Implizit wird damit immer wieder der Mythos vom männlichen Geschlecht als dem ursprünglich unabhängigen bestätigt, wenn nicht gar bekräftigt.

Alkoholabhängigkeit kann also als Ausdruck von gesellschaftlich bedingten Macht/Abhängigkeits-Konflikten verstanden werden, die sich sowohl aus der Perspektive weiblicher wie männlicher Alltagsbewältigung und deren wechselseitige Beeinflussung ergeben. Sie liegen auch den auf Anpassung gerichteten Verhaltensveränderungen von Dritten zugrunde. Auch diese versuchen, ihr Verhalten im

Sinne der gesellschaftlichen Erwartungen an das Geschlechterrollenverhalten zu regulieren.

Dies führt Bepko/Krestan zur Beschreibung von "Verantwortlichkeitsfallen", die auf interaktionalen Ebenen in "alkoholischen Systemen", durch wechselseitiges über- bzw. unterverantwortliches Handeln zum Ausdruck kommen und mit einem Mißlingen des selbstverantwortlichen Handelns sich selbst und Dritten gegenüber einhergehen. Trinken kann sowohl eine extreme Gegenseitigkeit hinsichtlich dieser Rollen schaffen oder die extreme Wechselwirkung zwischen diesen Rollen kann durch das Trinken aufrechterhalten werden. Das Konzept "Verantwortlichkeitsfallen" verweist damit auch auf zentrale Elemente des Bewältigungshandelns von Dritten bzw. Angehörigen: sie übernehmen für andere zuviel und gleichzeitig für sich selbst zu wenig Verantwortung. Das Konzept "Verantwortlichkeitsfallen" ist m.E. klarer und genauer wie das weitverbreitete Reden über "Co-Abhängigkeit".

Auf einer allgemeinen Ebene läßt sich die Hypothese formulieren: Das selbst(bild)korrektive Verhalten aller Beteiligten wird ausgelöst durch die Angst, den realistischen Ansprüchen, dem Streß des Lebens und den angenommenen Rollenerwartungen nicht zu genügen bzw. diese nicht erfüllen zu können. Und zusätzlich wird dies als Mangel der eigenen Person wahrgenommen. Doch, so diese beiden Familientherapeutinnen, sind dies Erwartungen, die von einer Kultur oder Gesellschaft hervorgebracht worden sind, deren eigene Werte und Machtstrukturen möglicherweise selbst auf Irrtümern beruhen, bzw. dysfunktional geworden sind. Wie es uns z.B. in der Zerstörung der ökologischen Grundlagen menschlicher Existenz auf diesem Planeten deutlich entgegentritt.

Bepko/Krestan kommen zu dem Schluß: daß mit Alkohol involvierte Personen eine Inkongruenz ihrer Erfahrungen mit ihrer vorgeschriebenen Geschlechterrolle erleben, so wie diese Rollen gesellschaftlich in Bezug auf Macht, Autonomie und Abhängigkeit formuliert sind. Und sie schreiben: "Würde sich der gesellschaftliche Druck auf die traditionellen Werte nicht so verändern, dann könnte es sehr wohl der Fall sein, daß Familien in weniger Aufruhr wären, als sie es heute sind." (a.a.O.: S. 58) Und die Zahl von Familien und Partner-

schaften jeder sexuellen Orientierung, die Alkoholprobleme in psychosozialen Beratungssituationen präsentieren, wäre möglicherweise auch niedriger.

Soweit die allgemeine Beschreibung der Interdependenzen von Alkoholwirkungen und sozialer Interaktion, die auf eine eigene Krankheitsdefinition verzichtet. Und die dafür den Fokus auf die sozial konstruierten Geschlechterrollen und damit verknüpftem Handlungsgeschehen richtet.

Es stellt sich damit die Frage: Für wen ist es relevant und wozu dient es, eine Subgruppe gesellschaftlicher Individuen, die eine Inkongruenz ihrer Selbsterfahrungen in bezug auf ihre Geschlechterrolle hinsichtlich Macht, Autonomie und Abhängigkeit erleben und diese zu korrigieren versuchen, als krank bzw. süchtig zu kategorisieren? Anders gefragt: Warum wird dieser Bewältigungsversuch gesellschaftlich produzierter Inkongruenz individualisiert, diskriminiert und dann "behandelt"?

Wer braucht das Krankheits- bzw. Suchtmodell wozu? - die Anbieterseite und die Schwierigkeiten des Geschäfts mit der Sucht.

Die Anbieterseite ist heterogen. Es handelt sich zunächst um Personen, die ihren Lebensunterhalt in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe verdienen und des weiteren um die Lobbyisten und Funktionäre in den Verbänden und Verbandszusammenschlüssen auf Länder- und Bundesebene. Die Sicherheit ihrer Arbeitsplätze ist davon abhängig, daß es eine ökonomisch ausreichende Zahl von Anspruchsberechtigten und Inanspruchnehmenden ihrer professionelle Dienstleistungen gibt. Seit geraumer Zeit ist das stationäre Behandlungssystem einen enormen Druck zur Ökonomisierung und Rationalisierung seines Dienstleistungsangebots ausgesetzt, wenn es auf dem Markt bestehen will. Dieser Druck resultiert aus mindestens zwei Faktoren:

Erstens dem Druck zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen,

von dem die Anbieter ambulanter Therapien momentan profitieren können. Was allerdings nur eingeschränkt gilt, weil viele der stationären Einrichtungen und der ambulanten Einrichtungen zu den gleichen Wohlfahrtskonzernen gehören. Faktisch findet m.E. momentan eher eine konzerninterne Umstrukturierung der Mittelverwendungen, bei gleichzeitiger Verknappung der finanziellen Zuwendungen statt. Diese Entwicklung trifft mit einer anderen zusammen, der "Vergreisung" der Strukturen vieler Suchtkrankenkliniken (s. dazu Scheyögg 1991).

Zweitens hat sich in den vergangenen Jahren in diesem Dienstleistungssektor eine Konkurrenz zu den traditionellen Anbietern etablieren können. Es sind solche Kliniken, die nach dem privatwirtschaftlichen Kriterium der Gewinnerwirtschaftung funktionieren. Für diese Kliniken sind kürzere Behandlungszeiten und eine zahlungskräftige Klientel kennzeichnend. Aber auch diese Unternehmungen haben Absatzschwierigkeiten. Sie kommen jedoch bestimmten Anforderungen der Finanzierungsinstanzen, nämlich den Rentenversicherungsträgern und denjenigen der Privatkassen, eher entgegen. Zusätzlich sind sie auch flexibler, was die diagnostische Begründung der Inanspruchnahme der angebotenen Dienstleistungen angeht. Und, diesen Faktor kann man nicht unterschätzen, die wesentlich kürzeren stationären Behandlungszeiten haben volkswirtschaftliche Relevanz. Die Ausfallzeiten von ArbeitnehmerInnen sind von kürzerer Dauer. Dies macht sie, nebenbei bemerkt, auch für die potentiellen InanspruchnehmerInnen attraktiv.

Die Entwicklung der nächsten Zeit wird, davon muß gegenwärtig ausgegangen werden, zu einem Dreiklassenbehandlungssystem führen. Sanatoriumsähnliche Einrichtungen für ein gutverdienendes Klientel, ambulante Beratung für wenig problematisches Klientel der Mittel- und der oberen Unterschicht, stationäre Therapie für die sozial wirklich schwierigen Alkoholfälle, also Menschen mit zusätzlichen Erschwernissen und Störungen, deren soziale Wiedereingliederung als ungünstig gewertet wird.

Alle drei Behandlungs-Interessensgruppen brauchen das Krankheitskonzept wesentlich auch aus ökonomischen Gründen, denn darauf beruht in allen Fällen die Finanzierung durch die

Rentenversicherungsträger. Daß sich die privatwirtschaftlich betriebenen Suchtkliniken als psychosomatische Kliniken anbieten, ist auch kein Zufall. Dies hat wesentliche ökonomische und nicht unbedingt konzeptionelle Gründe: Privatkrankenkassen schließen bekanntlich Leistungen für die Suchtbehandlung explizit aus, bezahlen aber ärztlich verordnete psychosomatische Behandlung. So wie psychosomatische Kliniken ein konservatives Suchtkonzept haben können, können konservative Suchtkrankeneinrichtungen umgekehrt psychosomatische Ansätze integriert haben. Der Abschluß über Vereinbarungen der Abrechnung ambulanter Therapie mit den Rentenversicherungsträgern könnte in diesem Kontext als geschicktes Erobern einer langfristigen Finanzierungsstrategie gedeutet werden.

Sucht ist also nicht nur für die Produzenten und Verkäufer psychoaktiver Substanzen ein Geschäft, sie ist auch auf der Behandlungsseite ein florierendes und einträgliches Unternehmen. Und es handelt sich hier zudem um einen Geschäftszweig, dessen Erfolg kaum ökonomischen Kontrollen unterliegt. Mißerfolge werden gerne mit den Eigentümlichkeiten der Inanspruchnehmer der angebotenen Dienstleistungen begründet - nicht mit inhaltlichen und strukturellen Mängeln seitens der Anbieterseite.

Der professionelle Dienstleistungs-Markt sichert den "eigenen" Erfolg durch Inanspruchnahme der Leistung von Selbsthilfegruppen.

Es ist, was die Suchtbehandlungskonzerne, aber auch die vielen kleinen unabhängigen Anbieter dieser Dienstleistungen angeht, noch eine weitere spezifische Eigentümlichkeit zu beobachten. Als wesentlicher Maßstab erfolgreichen professionellen Handelns wird definiert, daß die Behandelten sich nach der Behandlung einer Selbsthilfegruppe anschließen. Erst dies wird üblicherweise als Gewähr des Behandlungserfolges bezeichnet. Gleichzeitig wird jedoch betont, daß dies ohne Beteiligung von professionellen Dritten nicht funktioniere.

Bislang hat sich niemand ernsthaft darum bemüht, festzustellen, wie groß die Zahl der in die Selbsthilfegruppen hineinbehandelten Frauen und Männer ist, die hinreichende Unterstützung auch dann erhalten hätten, wären sie direkt in eine Selbsthilfegruppe gegangen. Noch weniger wissen wir über Selbstheiler in diesem Bereich von Störungen.

Ich will damit nicht behaupten, daß ambulante und stationäre Therapien nicht gebraucht werden, ihr Nutzen und ihre Relevanz jedoch müssen einer kritischen Betrachtung unterzogen werden. Aber wer sägt schon gerne an dem Ast, auf dem er/sie sitzt? Oder gar an dem Stamm, an dem der Ast wächst, auf dem man sitzt?

Es kann vielmehr eine Tendenz konstatiert werden, daß die Suchtkrankenhilfe selbst süchtig nach Suchtdiagnosen ist. Je mehr Formen zwanghaften Handelns als "Sucht" deklariert werden, desto größer auch der potentielle Kunden/Klientenkreis. Macht sich nicht eine Tendenz breit - die vom ambulanten und stationären Behandlungssystem ausgeht bzw. gefördert wird - immer mehr Lebensbewältigungshandeln als süchtig zu definieren? (s. dazu Lieb 1991).

Auch für Fort- und Weiterbildung, Wissenschaft und Forschung gelten die Gesetze des Marktes

Auch für diejenigen Frauen und Männer, die im Weiterbildungs-, Vorgesetzten und Mitarbeiter-Schulungsbereich, in betrieblichen Positionen oder in Forschung und Lehre arbeiten gilt, daß ökonomischen Gründe wesentliche Elemente sind, die auf den Entscheidungsprozeß, was angeboten, umgesetzt und geforscht wird, Einfluß nehmen. Hinzu kommen statusrelevante Faktoren: Je enger die eigenen Forschungen dem höheren gesellschaftlichen Status der allgemeinen klinischen Forschung zuzuordnen sind, desto größer ist das Prestige innerhalb der Wissenschaftlergemeinschaft, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit eines gesicherten und angenehm hohen Einkommens. Ich vermute, daß Status und Prestigefragen hier eine geglückte Koalition mit der allgemeinen Tendenz zur Medicalisierung sozialer Probleme, die die auslösenden Faktoren des

Bewältigungshandelns mittels psychoaktiver Substanzen sind, eingehen kann bzw. selbst an der Ausweitung dieser Tendenz aktiv mitwirken.

Die Inanspruchnahme ökonomischer Argumentation zum Zweck der Verteidigung des eigenen Marktanteils

Abschließend sei hier noch darauf hingewiesen, daß Frauen, die auf dem Behandlungsmarkt selbständig tätig werden wollen, und ein frauenspezifisches bzw. weiblichen Lebenslagen gerecht werdendes Angebot machen wollen, in den meisten Fällen der Start in die Selbständigkeit äußerst erschwert wird. In den Auseinandersetzungen um die Realisierung dieser Projekte spielen letztlich ökonomische Argumentationen die wesentliche Rolle, inhaltliche Erwägungen werden nur sekundär ernstgenommen. Vielmehr zählen macht- und marktpolitische Durchsetzungsstrategien, und dies führt zu der absurden Situation, daß dem quantitativen Argument größere Bedeutung zukommt, als der qualitativen Begründung.

Ich habe die ökonomischen Abhängigkeiten der verschiedenen Professionellen- und Expertengruppen hier so ausführlich geschildert, weil ich der Auffassung bin, daß es gerade diese ökonomische Abhängigkeit ist, die zu einer fast zwangsläufigen Befangenheit und zur Be- bzw. Verhinderung einer Diskussion beiträgt, ob Alkohol- und andere Drogenabhängigkeiten überhaupt eine oder viele Krankheiten ist/sind und auch darüber, ob das gängige Paradigma überhaupt in angemessener Weise dazu beiträgt, die relevanten Prozesse und Faktoren in diesem Prozeß zu erfassen, Wirklichkeit angemessen zu deuten bzw. interpretieren und zu verändern.

Daß, wer einen vier- bis sechsmonatigen Aufenthalt in einer Suchtkranken- klinik verbringt, in das Suchtkrankheit-Schema mit mehr oder minder großem Zwang hineinsozialisiert wurde, dieses dann auch "glaubt", beweist weniger die Richtigkeit der handlungsleitenden Paradigmen, als es auf die menschlichen Fähigkeiten verweist, Anpassungs- und Überlebenstechniken in autoritären Strukturen zu entwickeln (vgl. Bühler 1984).

Wer braucht das Sucht- und Krankheitsmodell wozu? - die Interessen der Abhängigen

Unabhängig vom bisher Gesagten muß man feststellen, daß der Definition von Alkoholabhängigkeit oder Sucht als einer Krankheit selbst ein therapeutischer Wert zukommen kann. Wer gesellschaftlich stigmatisiert wurde bzw. aus Angst vor diesem Stigmatisierungsprozeß größte Anstrengungen macht, seine/ihre Probleme mit Alkohol, Medikamenten oder Drogen vor anderen zu verbergen, denen bietet das Krankheitsmodell einen wohlmeinenderen interpretatorischen Rahmen. Dieser macht es halbwegs erträglich, sich selbst als Mitglied einer gesellschaftlich stigmatisierten Gruppe zu akzeptieren und erleichtert den Versuch, untauglich gewordenes Bewältigungshandeln aufzugeben. Ich bin überzeugt, daß es zunächst vollkommen belanglos ist, welche der existierenden inhaltlichen Variationen von den professionellen Helfern vorgetragen werden. Für diejenigen Frauen und Männer, die solch ein Erklärungsmodell anzunehmen bereit sind, scheint dadurch die Möglichkeit eines individuellen Paradigmawechsels aufgezeigt zu werden. Dieser eröffnet ihrer Selbstinterpretation von erlebten Komplikationen und Schwierigkeiten ein neues Referenzsystem. Ob das klappt, hängt wesentlich weniger von den angebotenen Deutungsmustern ab, wie davon, ob es zur Vertrauensbildung bzw. Hoffnungsbildung kommen kann. Der ausschlaggebende Punkt ist hier, daß die betroffenen Personen selbst bereits zu ahnen beginnen, daß ein anderes, wie das zur Gewohnheit gewordene Referenzsystem, ihnen andere Deutungsmöglichkeiten und somit Lebens-Veränderungsmöglichkeiten eröffnen könnte.

Selbsthilfegruppen bieten erheblich mehr und - so meine Interpretation - etwas wesentlich anderes an, als das Erklärungsmuster Sucht: eine soziale Gemeinschaft, die von wechselseitigem menschlichen Interesse, der Anteilnahme, bestimmt ist. Teilnehmerinnen und Teilnehmer an Selbsthilfegruppen beschreiben vielfach ihre wesentlichen Erfahrungen als das (Wieder-)Erleben bzw. Aneignen eigener sozialer Kompetenzen und daraus resultierendem positiven Selbstwertgefühl. Anders ausgedrückt wird hier positiv be-

geschrieben, daß Selbstwert und Individuation die Erfahrung von Gemeinschaft brauchen, die auf den Prinzipien der Anerkennung gegenseitiger bzw. wechselseitiger Angewiesenheit/Abhängigkeit menschlichen Handelns und Lebens beruht. Es handelt sich um einen klassischen Fall des sozialen Lernens am menschlichen Modell und nicht an unerreichbaren Idealen.

Diese Prinzipien sind überlagert von den je verschiedenen weltanschaulichen Positionen der Abstinenz- und Selbsthilfegruppen, deren Nähe und Fernen zu christlich-religiös begründeten Positionen variiert. Meines Erachtens wird dieser Aspekt häufig unterschätzt: die Aus-Wechsel-Wirkung von Hoffnungs- bzw. Ausweglosigkeit hinsichtlich der ungenügenden Wirksamkeit der bislang benutzten Bewältigungstechniken gegen sinnstiftende, damit Hoffnung anbietende Erfahrungs- und Deutungsmuster und menschliche Vorbilder, die die Bedeutung des einzelnen Individuums in einer Gemeinschaft unterstreichen. Diese Erfahrung steht in krassem Kontrast zu den gesellschaftlich immer relevanter werdenden Erfahrungen, daß unser soziales Leben in der privaten Beziehungswelt und am Arbeitsplatz zunehmend durch Vereinzelung, Kommunikationslosigkeit und Vereinsamung gekennzeichnet ist. Hier eine "Gegenwelt" zu schaffen scheint mir die wesentliche Substanz der heilenden Kraft von Selbsthilfegruppen zu sein.

In den Selbsthilfegruppen kann die Erfahrung menschlicher Gleichheit bei gleichzeitig bestehender sozialer Ungleichheit realisiert werden. Dies könnte im Kern zur Modifikation gesellschaftlicher Normalitätsansprüche beitragen. Es ist Gleichheitserfahrung unter den Bedingungen der individuellen Verschiedenheit. Es ist partielle Chance, die Abweichungen als Teilaspekt der eigenen Normalitätserfahrungen zu integrieren. Der therapeutische Erfolg dieser Gruppen beruht nach meiner Auffassung also nicht auf der Übernahme und Verteidigung des Krankheitsmodells, sondern wurzelt in der Realisierung und Praxis wechselseitiger Interdependenz bei der Bewältigung der alltäglichen Herausforderungen des modernen Lebens. Oder, um es nochmals mit anderen Worten zu wiederholen: Erfolg im Sinne einer glückenderen Lebensbewältigung stellt sich darüber ein, daß die bisherigen sozialen Erfahrungen einer partiellen

Revision unterzogen werden können. Diese Revision allerdings bezieht das Geschlechterrollenkonzept als solches nicht mit ein, trägt bestenfalls zur Modernisierung einer konservativen Rollenauffassung bei. Das allerdings ist schon sehr viel mehr als viele Therapien explizit zu leisten bereit sind.

Erst wenn wir auch im Alkoholbereich fundierte Kenntnisse über Selbstheilungsprozesse haben, wird es möglich sein, sich mit der Frage zu beschäftigen, welche anderen Formen des Bewältigungshandelns neben der Akzeptanz und Praxis von Interdependenz als Voraussetzung menschlicher Existenz bzw. des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens die Aufgabe dysfunktional gewordenen Bewältigungshandelns ermöglichen. Und auch, ob diese wirklich nur um den Preis völligen Konsumverzichts möglich ist. Probleme auch aufgrund übermäßigen Alkoholkonsums haben, dann aber wieder zum normalen Konsum zurückfinden, ohne daß dazu professionelle Hilfe oder die wechselseitige Hilfe in Selbsthilfegruppen in Anspruch genommen wird.

Zusammenfassung: Plädoyer für einen Paradigmawechsel

Sucht bzw. Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen wird mittlerweile von allen Denkrichtungen als multifaktorielles Bedingungsgefüge beschrieben. Die jeweilig benannten Faktoren sind dabei überwiegend abhängig vom fachlichen Hintergrund der Beschreibenden, und es besteht, so meine These, nur ein höchst vermittelter Zusammenhang mit jener gesellschaftlichen Komplexität, mit der die Beschriebenen zurecht kommen müssen. Immer jedoch ist das Ideal im Hintergrund das Bekenntnis zum (männlichen) Menschen als autonomem Subjekt. An dieser Vorstellung zu rütteln ist ein zentrales Tabuthema, nicht allein der Suchtkrankenhilfe. Ein Scheitern an der Realisierung dieses Ideals wird auf die Ebene Abhängigkeit versus Un-Abhängigkeit projiziert. Selten werden dabei die Interdependenzen von weiblichen und männlichen Handlungssubjekten wirklich mit- und durchgedacht.

Noch wird überhaupt an zentraler Stelle berücksichtigt, daß

Abhängigkeit ein grundsätzliches Bedürfnis des Menschen ist. Daß erst die Befriedigung von Abhängigkeitsbedürfnissen zur Autonomie und Unabhängigkeit im individuellen Handeln führen kann (vgl. Eichenbaum/Orbach 1986:1). Welche Relevanz zum Beispiel hat die These von Orbach/Eichenbaum "Das Gefühl von Unzulänglichkeit steht in Verbindung mit der Psychologie der Finität: einer Psychologie, die der Frau die Befriedigung des Grundbedürfnisses nach Abhängigkeit verweigert." (a.a.O.: 43) für die Diskussion und die Entwicklung von Handlungsspielräumen mit Blick auf Frauen und ihre Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen? Warum bestehen Frauen in der Suchtkrankenhilfe so häufig darauf, daß Frauen abhängiger sind als Männer? Daß weibliches Suchtverhalten nur eine Verlängerung gesellschaftlicher Abhängigkeit ist? Oder anders gefragt, warum wird so beharrlich Un-Abhängigkeit von Frauen gefordert?

Als Feministin argumentiere ich hier, daß das autonome männliche Subjekt, das bislang bei Theoriebildungsprozessen allgemein Modell steht, selbst auf einer Fiktion beruht, deren Kern die Leugnung der Angewiesenheit von Männern auf die "natürlicherweise" weiblichen Versorgungsleistungen ist. Diese werden, in einer von männlichen Normen ausgehenden Gesellschaft, also auch von den meisten Frauen, als dem "autonomen" Mann, quasi natürlich zukommende, von gesellschaftlichen Prozessen unabhängige Ressourcen wahrgenommen.

"Sucht", so meine These, konnte nur unter den Bedingungen einer einseitig an männlichen Wertvorstellungen orientierten Gesellschaft zu einer so mächtigen Metapher werden. Diese Metapher definiert in ihrem Kern Abhängigkeit als Krankheit des als vollständig autonom gedachten (männlichen) Subjekts. Als eine Folge des Prozesses der gesellschaftlichen Emanzipation der Frauen erscheint es unter diesem Gesichtspunkt nur logisch, daß auch diesen immer mehr Abhängigkeitserkrankungen zuerkannt werden.

In dieser historischen Situation, die dadurch gekennzeichnet ist, daß die Interdependenzketten immer unübersichtlicher werden und sich vom individuellen Erfahrungshorizont auch nicht mehr erschließen lassen, wirkt das "Sucht-ist-eine-Krankheit"-Konzept wie eine

Beschwörungsformel oder Beruhigungsspiel, zur kollektiven gesellschaftlichen Bewältigung höchst beunruhigender Fakten: daß immer mehr Individuen männlichen und weiblichen Geschlechts, unterschiedlichen Lebensalters und kultureller Orientierung den Lebensbedingungen unserer Gesellschaft nicht mehr gewachsen sind, daran scheitern und ihre menschliche Substanz zerstört wird.

Fasziniert bis gelangweilt sezieren Fachleute in der Sucht, was mit Menschen geschieht, die chemische Krücken verwenden. Weniger Beachtung erfährt, was mit Menschen geschieht, die auf diese Krücken auch wieder verzichten können. Dieses Phänomen kann man auch als Tunnelblick der Suchtfachleute bezeichnen.

Einen neuen Paradigmawechsel anzustreben bedeutete jedoch wahrzunehmen, welche gesellschaftlich wirksamen Kräfte und Gruppierungen erstens zur Konstruktion dieses Tunnels beitragen und zweitens, wieder das zu erkennen, was an gesellschaftlicher Wirklichkeit dem Blick der Tunnelbenutzer verborgen bleibt. Um im Bild zu bleiben: Wir brauchen eine Konzeption, die die gesamte gesellschaftlich erfahrene Wirklichkeit der einzelnen überbrückt. Dies kann meines Erachtens nur gelingen, wenn sich die im Arbeitsfeld Sucht Tätigen der gesellschaftlichen Implikationen ihrer Konzeptionen und ihres Handelns in selbstkritischer Reflexion wieder bewußt werden. "Sucht" bzw. das, was mit dieser Metapher umschrieben wird, ist ein gesellschaftliches Phänomen, das man nicht mittels der Beschwörungstechniken nach dem Muster: "einmal süchtig - immer süchtig - alle süchtig - alles süchtig" beikommen kann.

Symptombehandlung, die ich im Interesse der Individuen für erforderlich halte, ist ein Herumkurieren, ohne das Symptom in seiner ganzen Bedeutung erkennen zu wollen. Um diese Aufgabe im erforderlichen Ausmaß in Angriff zu nehmen, sind wir auf den wechselseitigen Austausch unter Fachleuten unterschiedlichster Qualifikation und Interessierten Dritten angewiesen.

Einer der ersten Schritte könnte sein, die eigenen Zweifel, daß nicht alles Sucht ist, was dazu gemacht wird, laut, deutlich und öffentlich zu äußern. Zweifel an der Richtigkeit der diagnostischen und therapeutischen Kriterien und darauf aufbauender erkenntnistheoretischer bzw. hermeneutischer Modelle bilden eine, meines Erachtens

bereits vorhandene Basis, um die ungerechtfertigte Individualisierung und Medikalisierung von ursächlich gesellschaftlichen Störungen grundsätzlich infrage zu stellen. Das bedeutet, daß die Debatte darüber - wieder - in Gang kommen müßte: Welche gesellschaftlichen Verhältnisse und Bedingungen sind es, die so viele Frauen und Männer zu gesundheits- und lebenszerstörender Bewältigungshandeln zwingen? Wie können diese gesellschaftlichen Verhältnisse beeinflußt und verändert werden?

Manche mögen diese Argumentation angesichts des sehr realen menschlichen Desasters der betroffenen Frauen und Männer für zynisch halten. Diesen möchte ich abschließend mit einem Zitat von Christa Reinig eine Frage stellen:

"Es gibt das schöne Wort: "Einen Menschen, der sich schlafend stellt, den kannst du nicht wecken." Ich sage nur das, was die Leute, die nachts wachen, sowieso wissen. Und das Problem sind nicht die Schlafenden, es wäre ja grausam, sie aus ihrem glücklichen Zustand zu wecken. Das Problem sind die, die sich schlafend stellen. Warum tun sie das?" (Reinig 1986:106)

Ja, warum verhalten so viele von uns sich so, daß sie die Zweifel am Krankheitskonzept Sucht und der gegenwärtigen Praxis der Suchtkrankenhilfe schlafend stellen? Warum tun sie das?

Literatur:

- Appel, Christa: Frauen - Alkohol - Gesellschaft. Zur Relevanz und Aktualität der amerikanischen Temperenzbewegung. Lamertus Verlag Freiburg 1991
- Bepko, Claudia/Krestan Jo Ann: The Responsibility Trap. A Blueprint for Treating the Alcoholic Family. The Free Press New York 1985
- Bühler, Doris: Therapie und Zwang. Teilnehmende Beobachtung in einer Suchtkrankenorganisation, Ferdinand Encke Stuttgart 1984
- Eichenbaum, Luise/Orbach, Susie: Was wollen die Frauen? Ein psychotherapeutischer Führer durch das Labyrinth von Wünschen, Ängsten und Sehnsüchten in Liebesdingen. Rohwolt Verlag Reinbek bei Hamburg 1986
- Helfferich, Cornelia: Neue Mythen oder alte Beliebigkeiten oder ...?, in: Der feministische Blick auf die Sucht, Facetten feministischer Theoriebildung,

Materialienband 9, Frankfurt/Main 1990

Lieb: Süchtig nach Suchtdiagnosen? - Vom Nutzen eines erweiterten Suchtbegriffes, in: Sucht (37) 6, 1991, S. 409ff.

Reinig, Christa: Erkennen, was die Rettung ist. Verlag Frauenoffensive München 1986

Scheyögg: Die Suchtkrankenklinte - Gefangene ihrer eigenen Struktur?, in: Sucht (37) 6, 1991, 383ff.

Wallace, John: Alcoholism from the Inside Out, in: Estes/Heinemann (Hrsg.) Alcoholism: Development, Consequences, and Interventions, St. Louis 1977.

Christine Heinrichs
Warum nehmen Sie eigentlich keine Drogen?

Ich freue mich, daß ich zu dieser Tagung eingeladen wurde und bedanke mich bei Christa Appel.

Die Frauenberatungsstelle Werkstatt Frankfurt e.V. lernte Christa Appel im letzten Jahr kennen. Sie besuchte uns im Rahmen einer Untersuchung, einer Bestandsaufnahme, welche Angebote es für medikamentenabhängige Frauen in Frankfurt gibt.

Methodisch möchte ich so vorgehen, daß ich zuerst einige formale Anmerkungen zur Frauenberatungsstelle mache, in der ich tätig bin. Anschließend will ich aus der praktischen Arbeit berichten und auf Fragen eingehen, die sich aus der Arbeit mit drogenkonsumierenden und abhängigen Frauen ergeben.

Zum Schluß komme ich zur Überschrift meines Referates - Warum nehmen Sie eigentlich keine Drogen?

Im März 1989 habe ich die Projektleitung für das insgesamt dreiköpfige Sozialarbeiterinnen-Team des Projektes Frauen und AIDS der Werkstatt Frankfurt e.V., einem stadtnahen Trägerverein übernommen. Finanziert wurde das aus Rita Süßmuths Zeiten stammende Gesamtprojekt "Frauen und Aids" bis Ende 1991.

Anläßlich der Tatsache, daß Frauen für herkömmliche Hilfsangebote und Prävention nur sehr schwer zu erreichen sind, ist die Aufgabenstellung für das Gesamtprojekt, die Erforschung der präventiven und betreuerischen Angebote, von denen Frauen sich angespro-

chen fühlen und die von Frauen in Anspruch genommen werden. Mittlerweile ist bekannt, daß bloße Handlungsanweisungen, wie beispielsweise die Aufforderung zur Benutzung von Kondomen, Frauen nicht schützen, sich mit dem tödlichen Virus zu infizieren. Die Infektionszahlen sprechen eine deutliche Sprache. Die Anzahl der Neuinfektionen bei Frauen, besonders der Frauen, die sich über heterosexuelle Kontakte infiziert haben, steigt - im Gegensatz zu den Infektionszahlen der sogenannten Risikogruppen - rapide an. Seit Anfang 1992 finanziert der Bund nunmehr nur noch eine von drei Stellen dieser Einrichtung. Eine Stadt/Land/Bund-Finanzierung konnte zumindest für 1992 realisiert werden.

Nun zur Etablierung und Konzeptionierung.

Unter wesentlicher Hilfe von Doro Schneider, Leiterin des Frauenhauses "die Kanne", konnte aus dem Projekt eine Frauenberatungsstelle entstehen. Aufgrund großer inhaltlicher Freiheit seitens des Trägers konnte auf der Basis der Lebensrealitäten von Frauen eine Konzeption erarbeitet werden, die sich an Frauen wendet, die in einer Abhängigkeit, wovon auch immer, leben und deshalb Hilfe in Anspruch nehmen wollen. Aufgrund der Finanzierung, ist hier ein Spielraum gegeben, übergreifende Hilfe zu gewähren und die Zielgruppe "zu mischen". Das Konzept trägt der Tatsache Rechnung, daß die Lebensverhältnisse, die Frauen in dieser Gesellschaft vorfinden, strukturelle Abhängigkeit beinhalten und abhängiges Verhalten produzieren. Insofern halten wir Drogenabhängigkeit, z.B. von Heroin, für **eine** Ausprägung, **eine** Überlebensstrategie innerhalb dieser Lebenszusammenhänge. Hierzu später Näheres.

Nach dem Selbstverständnis der Frauenberatungsstelle werden ausschließlich Frauen betreut.

Eine Frau, die sich an die Beratungsstelle wendet, findet Beratung und Hilfe auf der Basis ihrer gesellschaftlichen Situation, also im Hinblick auf ihre Persönlichkeit als Frau.

Es wird in der Zugewandtheit auf die jeweilige Frau oder die Herangehensweise an die Problematik der Frau nicht unterschieden, ob die Probleme dieser Frau aus einer stoffgebundenen oder einer psycho-sozialen Abhängigkeit resultieren.

Die Ausprägung von Problemen in Abhängigkeit ist ein Symptom, keine Ursache. Die Verhaltensweisen innerhalb einer als unangenehm empfundenen Abhängigkeit sind weitgehend gleich, Passivität, Gefühle von Minderwertigkeit etc., die Situation als unausweichlich anzusehen. Besonders am Beispiel der Bedrohung durch AIDS wird deutlich, wie abhängig Frauen vom Verhalten ihres Partners sind.

Eine Frau, die in einer abhängigen Beziehung lebt, kann sich - unter anderem auch - nicht aktiv gegen eine mögliche Infizierung schützen oder wird sich nicht schützen, denn für viele Frauen bedeutet der Ausdruck eigener Wünsche und Vorstellungen innerhalb ihrer Beziehung etwas völlig Neues. Zudem versuchen Frauen, die in einer schwierigen und angespannten Beziehung oder Familiensituation leben, die Situation nicht noch weiter zu verschärfen oder gar die Beziehung zu gefährden.

Ziel unserer Beratung ist das Bewußtmachen der bestehenden strukturellen und persönlichen Abhängigkeit und die Erarbeitung persönlicher und ökonomischer Unabhängigkeit.

Zu den Inhalten der praktischen Arbeit.

Ich möchte betonen, daß die Frauenberatungsstelle eine sozialarbeiterische Einrichtung ist, keine therapeutische. Die Frauenberatungsstelle bietet verschiedene Hilfsmöglichkeiten an. Wesentlich sind vier Bereiche:

- Beratung
- Arbeitsvermittlung für Frauen, die Sozialhilfe beziehen
- Wohnen - hier besonders drei Wohngemeinschaften für drogenkonsumierende, obdachlose Frauen
- Aufsuchende Arbeit, d.h. im wesentlichen auf der Drogenszene
- Mobiles Betreuungsangebot für drogenabhängige Prostituierte
- "Nachtbus" (22⁰⁰ - 3⁰⁰) ab April 1992.

Dieses Nachtbus-Angebot haben wir im November 1991 im Rahmen einer vierwöchigen Testphase bereits erprobt. Das Projekt war überaus erfolgreich. Innerhalb der Drogenhilfe ist es seit Jahren Thema, daß Frauen die bestehenden Hilfeangebote nicht in dem Verhältnis annehmen, wie sie in der Gruppe der Drogenkonsumenten vertreten sind. Während unserer Testphase des Nachtbusses

konnten wir erneut kennenlernen, daß Frauen sehr wohl, ohne jede Schwellenangst oder ähnliches, Hilfeangebote in Anspruch nehmen. Es müssen nur die richtigen Angebote sein.

Nochmals möchte ich betonen, daß für die Inanspruchnahme aller Hilfebereiche der Frauenberatungsstelle keine Abstinenz oder die Entscheidung zur Abstinenz vorausgesetzt oder erwartet wird.

Das heißt, nochmal zur Verdeutlichung, in der Frauenberatungsstelle werden Frauen mit Partnerproblemen ebenso betreut wie Frauen mit akuter stoffbedingter Abhängigkeit. 40% Frauen ohne Drogenbezug und 60% Frauen mit Drogenbezug - mit steigender Tendenz - nehmen die Hilfe der Beratungsstelle in Anspruch.

Von den betreuten drogenkonsumierenden Frauen des Jahres 1991 waren nur 9 Frauen (ca. 20%) weniger als 5 Jahre abhängig. 80% unserer Frauen, der sehr überwiegende Teil also, ist zwischen 6 und 20 Jahren abhängig. Kaum vorstellbar, wieviele Anläufe und Versuche diese Frauen unternahmen, um sich aus ihrer Abhängigkeit zu befreien.

Die oft gestellte Frage, ob eine "Mischung" der Problematiken nicht zu Komplikationen führt, kann ich deutlich verneinen. Zum einen ist es keine Mischung der Probleme, allenfalls eine der obdachlosen, in der Illegalität lebenden Frauen und der nichtobdachlosen, meist in die Normalität integrierten, unauffälligen Frauen. Zum anderen können wir sagen, unterscheiden sich die drogengebrauchenden und "cleanen" Frauen nicht gravierend in ihren Problemstellungen voneinander. Sie haben nur jeweils andere Strategien gewählt, mit ihrer Situation umzugehen.

In der täglichen Arbeit gibt es also keine Komplikationen, was das "Aufeinandertreffen" von Frauen mit Drogenbezug und anderen angeht. Ebenso entstehen innerpersönlich bei der jeweiligen Beraterin keine Probleme, denn, wie erwähnt, steht die Person und die Individualität der jeweiligen Frau im Vordergrund, nicht z.B. Drogenabhängigkeit als isoliertes Problem.

Die Betreuungsdauer der drogengebrauchenden Frauen ist allerdings bedeutend länger. Das erklärt sich aus den Begleitumständen der Sucht: Obdachlosigkeit, Prostitution, Haftstrafen, jahrelang in

der Illegalität zu leben, gerichtliche Auflagen, HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung, aber auch daraus, daß sich ihre Familien und Freunde längst von ihnen abgewandt haben.

Darüber hinaus benötigen drogenkonsumierende Frauen oft einen "Leumund" - z.B. eine Bescheinigung für dies und das - da der Gruppe der drogengebrauchenden Menschen in der Regel nicht über den Weg getraut wird, und geglaubt wird ihnen schon gar nichts.

Wie erwähnt, wird für die Inanspruchnahme des Hilfsangebotes der Beratungsstelle zu keiner Zeit Drogenfreiheit gefordert oder vorausgesetzt. Die praktische Arbeit der Beratungsstelle versteht sich als begleitende Hilfe, besonders akzeptierende Suchtbegleitung für Frauen. Grundlage für die zu leistende Hilfe sind die Vorstellungen, Wünsche und Möglichkeiten der jeweiligen Frauen.

Im Vordergrund der Beratung steht das, was die jeweilige Frau an Veränderung ihrer Lebensverhältnisse wünscht oder das, was sie - wenn sie derzeit noch keine Vorstellungen hat, im Laufe der Beratung erarbeiten kann. In Absprache mit ihrer Beraterin erfolgt die Hilfestellung dann in dieser Hinsicht. Hat eine Frau z.B. vor, drogenfrei zu werden und clean zu leben, erfährt sie die Hilfe mit dem Ziel, drogenfrei zu werden. (Wobei wir jedoch prinzipiell keine Urinkontrollen durchführen.)

Da Drogenabhängigkeit die Form der Abhängigkeit ist, die die gravierendsten negativen Begleiterscheinungen mitsichbringt, möchte ich im weiteren besonders aus unseren Erfahrungen mit davon betroffenen Frauen berichten. Ich glaube auch, daß wir von den drogenabhängigen Frauen sehr viel lernen können, und daß diese krasse Lebenssituation dieser Frauen die Probleme der Frauen allgemein in dieser Gesellschaft verdeutlichen.

Warum suchtakzeptierende Arbeit?

Akzeptierende Arbeit bedeutet für uns, einen Menschen in seiner Eigenheit, mit seinen Möglichkeiten und Schwächen so zu nehmen, wie er/sie ist. Zu akzeptieren, daß eine Person nur so handeln kann,

wie sie es in diesem Moment, in dem sie so handelt, vermag.

Akzeptierende Arbeit bedeutet unserer Meinung nach, einen Menschen in seiner Gesamtheit zu akzeptieren. Zu einer individuellen Persönlichkeit zählen auch die Ausprägungen der Persönlichkeit, einer Sozialisations- und Lebensgeschichte, erlernte Strategien und Verhaltensweisen. Zu akzeptieren, und zuzugestehen, einen eigenen Weg zu wählen.

Drogen werden genommen, um sich besser zu fühlen. Ausgangspunkt ist demnach, sich nicht gut zu fühlen. Dem eigenen Empfinden trauen diese Frauen jedoch wenig. Zwar verbalisieren sie: **Eigentlich** geht es mir gut. Oder: Ich habe keinen Grund zu sagen, es ginge mir nicht gut. Ich habe doch alles. Also **eigentlich** ist alles in Ordnung.

Besonders deutlich ist bei den drogenkonsumierenden Frauen ausgeprägt, wie wenig sie sich selbst wertschätzen und ihren eigenen Wahrnehmungen trauen. Sie empfinden ihre Situation zwar gefühlsmäßig eindeutig als negativ, personalisieren ihr Drogenproblem jedoch eher, als die zugrundeliegenden Probleme in ihrer Lebenssituation zu sehen. Sie halten sich für schwach und schlecht. Sie haben ein schlechtes Gewissen und fühlen sich schuldig, Drogen zu nehmen. Mit dem Ergebnis, daß das unangenehme Gefühl noch größer wird und noch mehr Drogen genommen werden müssen.

In der Arbeit ist wichtig, deutlich werden zu lassen, daß das wahrgenommene Unwohlsein "wahr" und nicht ohne Grund ist. Die suchtakzeptierende Arbeit soll es den Frauen ermöglichen, sich selbst zu akzeptieren, aufzuhören, fortwährend gegen sich - gegen ihre Sucht - zu kämpfen. Sie müssen nichts gegen ihre Sucht tun, sie sollen oder sollten etwas **für sich** tun.

Welche Herausforderungen und Anforderungen stellt die akzeptierende Arbeit an die Beraterinnen?

Die suchtakzeptierende Arbeit, das neue Zauberwort "niedrigschwellig" - hat glücklicherweise in die Drogenhilfe Einzug gehalten. Leider beschränkt sich dies jedoch fast ausschließlich auf Kontakt-

läden, Krisenübernachtungen, kurz, den ambulanten Bereich. Stationäre Einrichtungen, z.B. Wohngruppen mit suchtakzeptierendem Anspruch fehlen vollständig und das bundesweit. Einzig, so ist mir jedenfalls bekannt, ist die Bremer Übernachtungseinrichtung für drogenabhängige Frauen, in der Frauen auch Drogen konsumieren dürfen.

Auch der großen Zahl der mittlerweile - legal - Substituierten (in Frankfurt geht die Zahl in Richtung zweihundert) steht im Moment keine einzige Wohnmöglichkeit, mit Ausnahme der Wohngemeinschaften der Frauenberatungsstelle, gegenüber.

Über die Hintergründe kann ich nur spekulieren. Aus den vielfältigen Informationsgesprächen mit Kolleginnen und Kollegen anderer Einrichtungen, die aus Zürich oder Stuttgart in die Frauenberatungsstelle anreisen, um sich über die Wohngruppenarbeit mit Drogenkonsumentinnen zu informieren, kann ich nur entnehmen, es besteht große Angst und meiner Ansicht nach eine völlig falsche Vorstellung bzw. Einschätzung von drogengebrauchenden oder -abhängigen Menschen.

Was die Wohngruppenarbeit mit drogengebrauchenden Frauen angeht, ist die häufigste Frage, die gestellt wird, die, ob eine solche Arbeit denn überhaupt verantwortbar ist. Gemeint ist hierbei, daß die Bewohnerinnen nach wie vor Drogen gebrauchen und daß substituierte Frauen mit konsumierenden Frauen zusammenwohnen.

Wenn ich davon ausgehe, daß Drogen in einem lebensgeschichtlichen Prozeß, einer vorübergehenden Phase, konsumiert werden, in der die Realität unaushaltbar scheint oder zumindest die Korrektur der Realität bei gleichzeitiger äußerer Beibehaltung der Situation, gewünscht wird, frage ich mich, ist es verantwortbar, zu einem solchen Zeitpunkt, Hilfe von der Entscheidung zur lebenslänglichen Abstinenz abhängig zu machen? Drogen werden in diesem Lebensabschnitt gebraucht, um sich zumindest für eine kurze Zeit wohl zu fühlen.

Wo, an welchem Punkt steht hier eigentlich das Recht einer jeweiligen Person, ihre individuellen Lebensverhältnisse mitgestalten und auswählen zu können?

Zurück zur praktischen Arbeit. Auch in der Belegung der Wohnge-

meinschaften steht die Bewerberin als Frau und ihre individuelle Persönlichkeit im Vordergrund. Zur Aufnahme ist nicht der aktuelle Suchtstatus der jeweiligen Frau entscheidend, z.B. ob sie akut abhängig, drogenfrei oder substituiert wird durch einen Arzt oder sich selbst substituiert. Wesentlich für die Aufnahme in eine Wohnung ist, neben den formalen Voraussetzungen (Obdachlosigkeit, Drogenbezug), ob die neue Bewerberin in ihrer Individualität und Persönlichkeit zu den Frauen paßt, die bereits in der Wohnung wohnen. So kommen Mischungen innerhalb einer WG zustande, daß eine Frau L-Polamidon substituiert ist, eine substituiert mit Remedacen und häufigen Rückfällen, eine noch akut heroinabhängig ist. Insgesamt betreut die Frauenberatungsstelle derzeit auf diesem Wege 9 Frauen, davon sind 6 Frauen HIV-positiv, eine Frau ist kürzlich an AIDS verstorben.

Innerhalb der Wohngruppenarbeit konzentrieren und komprimieren sich die beruflichen Erfahrungen und emotionalen Belastungen für eine Sozialarbeiterin.

Arbeit mit Wohngruppen ist geprägt durch die Situation auf dem Wohnungsmarkt. Vor dem Hintergrund des Wohnungsmarktes gesehen, der Personen mit sozialen Problemen nahezu chancenlos zurückläßt, ist Wohngruppenarbeit mit betreuereischem oder gar therapeutischem Anspruch, der ja Freiwilligkeit voraussetzt, von vorneherein als kritisch anzusehen.

Eine aktuell obdachlose Frau, die dem Frankfurter Wohnungsmarkt gegenübersteht, hat die Entscheidung, chancenlos und weiterhin obdachlos zu sein oder in den "sauren Apfel" zu beißen und sich Betreuung zu wünschen.

Als Randbemerkung möchte ich fragen, ob wir uns wirklich vorstellen können, was es heißt, obdachlos zu sein.

Es könnte zum Beispiel so sein: (Jede von uns kennt die Situation, nachts auf dem Heimweg allein auf der Straße zu sein. Ich für meinen Teil vermeide es, nachts allein U-Bahn zu fahren, denn auch wenn ich nicht dauernd überfallen werde, ist es doch eine angespannte und streßige Situation):

Stellen Sie sich vor, es ist Nacht, es ist kalt, es regnet vielleicht auch noch. Sie sind den ganzen Tag auf den Beinen. Sie haben nichts,

wo Sie hingehen können. In ein Café oder eine Kneipe wollen und können Sie nicht gehen. Sie haben nicht genügend Geld, und außerdem glauben Sie, jeder sieht Ihnen sowieso an, was Sie für eine sind. Außerdem konnten Sie sich seit mehreren Tagen nicht mehr richtig waschen.

Menschen gehen an Ihnen vorbei. Sie sind öffentlich, wie eine Litfaßsäule. Jeder kann Sie ansehen. Sie haben keine Tür, die Sie hinter sich verschließen können. Männer betrachten Sie, schätzen Ihren Preis, sprechen Sie an, bieten Ihnen Geld, fragen, was Sie kosten. Früher hätten Sie sich empört weggedreht, aber heute ...Vielleicht haben Sie Glück, und einer bietet Ihnen nach getaner Arbeit einen Platz zum Schlafen an. ...

Nach unserer Erfahrung stellt sich für eine obdachlose Frau also nicht die wirkliche Entscheidung, betreut wohnen zu wollen und schon gar nicht, betreut wohnen und drogenfrei leben zu wollen. Sie hat die Wahl, entweder betreut zu werden, darüber hinaus, für sich das Abstinenzparadigma zu akzeptieren oder weiterhin auf der Straße zu leben.

Von daher ist die WG-Arbeit immer davon gekennzeichnet, daß Frauen Aufnahme finden, die eigentlich keine Betreuung für sich akzeptieren und wünschen. Da wir die gesellschaftlichen Verhältnisse nicht ändern können, ist es wichtig, ihnen zumindest Rechnung zu tragen.

Sind die Herausforderungen und Anforderungen der akzeptierenden Arbeit nun besondere?

Wenn mir diese Frage gestellt wird, überlege ich oft, ob ich irgendwas falsch mache oder ob mir mein eigenes Handeln ein einziger blinder Fleck ist. An mich stellt diese Aufgabe keine besonderen, schwerwiegenden oder aus der üblichen Sozialarbeit herausragenden Herausforderungen. Drogenarbeit mit clean-Anspruch, mit dem Urinröhrchen mit zum Klo zu gehen, erfordert mir weit größere Anstrengungen ab.

Frauen zu kontrollieren, die Basis der Betreuung abhängig zu ma-

chen von der Drogenfreiheit, den Zwang für die Frauen, ihren Wunsch nach Wohlbefinden, ihre Lust nach Drogen zu negieren, halte ich für viel belastender.

Steht die Beziehungsarbeit im Mittelpunkt der Sozialarbeit, so verunmöglicht meines Erachtens der von außen gestellte clean-Anspruch das Entstehen einer tragfähigen Beziehung zwischen Betreuerin und betreuter Frau.

Von betreuten Frauen, die gleichzeitig in stationären Einrichtungen mit clean-Anspruch z.B. ihren Schulabschluß nachholten, weiß ich, daß sie in dieser kontrollierten Situation niemals über Rückfälle oder verbotenen Konsum von Drogen sprechen würden. Sie versuchen viel eher, ihr Problem mit sich abzumachen und über Rückfälle möglichst unauffällig wegzukommen.

Gleichzeitig verlangen Sozialarbeiter drogenfreier Einrichtungen eine Vertrauensbasis, sanktionieren jedoch mit Rauswurf bei Drogenkonsum. Ob hier die Basis für eine Betreuung, eine tragfähige, vertrauensvolle Beziehung entstehen kann, bezweifle ich.

Oft werden drogengebrauchende Menschen als krank und willenlos bezeichnet, da ihr Handeln ausschließlich zielgerichtet auf die Droge ist, die Macht über sie hat. Ich halte drogekonsumierende Menschen weder für schwach, noch für willenlos. Im Gegenteil. Allein die beachtlichen Leistungen, sich über Jahre hinweg illegale Drogen zu besorgen, zu finanzieren und in der Obdachlosigkeit, im Knast oder Langzeittherapie zu überleben weisen darauf hin, daß diese Menschen sehr wohl Entscheidungen treffen können. Allerdings oft Entscheidungen, die nicht allen gefallen und dem von anderen als "das Beste für Dich" erkannten entgegenstehen.

Aber zurück zu den Anforderungen.

Wenn ich so meine alten Terminkalender durchsehe, finde ich viele Namen von DrogenkonsumentInnen, die heute nicht mehr am Leben sind, die in Folge ihrer Drogensucht gestorben sind. Ich will das nicht auslassen. Selbstverständlich stellt dies besondere Anforderungen an SozialarbeiterInnen in der Drogenhilfe. Anforderungen

auf zwei Ebenen: Zum einen die psychische Seite für mich als Beraterin, da oft langjährige Bindungen entstanden sind. Darüber hinaus muß ich damit leben, daß Menschen, die nicht hätten sterben müssen, dennoch gestorben sind, weil die Stoffe, die sie konsumieren, illegal sind.

Bei genauerer Betrachtung müßte eigentlich jedem schon aufgefallen sein, daß Drogenabhängige nicht daran sterben, daß ihr Körper durch den Drogenkonsum Krankheiten entwickelte, wie z.B. bei Alkoholkonsum der Leberschaden oder bei Nikotin den Lungenkrebs. Drogenabhängige sterben in Folge falscher Dosierung.

Wie sollen sie auch wissen, welche Konzentration ihr Stoff hat, den sie gerade auf dem schwarzen Drogenmarkt von einem neuen Dealer gekauft haben, weil ihr Stammdealer, von dem sie lange kauften, verhaftet wurde? Das macht mich betroffen und wütend. Nicht, das Menschen Drogen nehmen.

Aber auch wütend und traurig machen mich die Verletzungen, die Frauen zugefügt wurden, die es ihnen unmöglich machen, zu leben. Eine Weile kann durch Drogenkonsum das Gefühl von Wohlbefinden erzeugt werden. Mit zunehmendem Alter und zunehmendem Aufenthalt auf der Drogenszene bzw. der Illegalität potenzieren sich die Gewalterfahrungen und Erfahrungen der Verachtung durch andere und sich selbst.

Im Jahr 1990 starben vier Frauen, die durch die Frauenberatungsstelle intensiv betreut wurden. Sie alle experimentierten mit dem Tod. Die jüngste der Frauen war Anfang zwanzig, sie finanzierte ihren Drogenkonsum durch Diebstahl. Die letzte Gerichtsverhandlung endete mit einer sogenannten "Chance", wie Richter und Mutter es nannten: Bis September sollte sie eine Langzeittherapie angetreten haben. Sie hatte große Angst vor der Therapie; eine hatte sie bereits abgebrochen. In der Zwischenzeit hatte sie aus Angst, wieder beim Klauen erwischt zu werden, begonnen, sich ihr Geld für Drogen legal zu verdienen, durch Prostitution.

Kurz bevor man sie im Bahnhofsklo fand, habe ich mit ihr gesprochen. Sie war völlig zu mit Tabletten und Heroin. Ich hatte den Eindruck, sie konnte einfach nicht mehr leben. Sie hatte alles versucht. Aber einen Ausweg gab es für sie nicht. Im Juli ist sie gestorben.

Alle Frauen, die in diesem Jahr starben, starben nicht an ihrer Sucht, sondern an der Ausweglosigkeit ihrer Situation. Sie gaben auf, vor dem, was sie an Lebensgeschichte seit Jahren nur noch mit Drogen aushalten konnten. Sie kamen den Punkten, an denen sie in ihrem Leben extrem verletzt wurden, nah, konnten sich aber nicht dazu entscheiden oder fühlten sich zu hilflos, ihre Situation zu ertragen oder zu ändern.

Alle vier Frauen waren zutiefst verletzt in ihrer Sexualität. Diese Erfahrungen reichten von jahrelangem sexuellem Mißbrauch durch den Vater, der am Grab neben der noch lebenden Schwester stand, die er auch jahrelang sexuell mißbrauchte.

Aber warum erzähle ich das?

Ich will damit deutlich machen, daß es nach unseren Erfahrungen im Leben von Frauen so tiefe Verletzungen gibt, was ihre gesamte Situation als Frau, die Annahme der Rolle als Frau und ihre weiteren Beziehungen jeweils dominiert. Die Situation von Ausgeliefertsein, abhängig sein, nicht über sich selbst bestimmen können, wird ständig reproduziert.

Drogenkonsum ermöglicht zum einen die gewünschte emotionale Unabhängigkeit, bringt jedoch durch die Illegalität wiederum die Situationen von Ausgeliefertsein und Fremdbestimmung ständig mit sich. Da viele Frauen diesen Weg wählen, nehme ich an, daß es sich mit Drogen um einiges besser aushalten läßt.

Die Droge der ersten Wahl unserer Frauen ist Heroin. Mittlerweile ist meines Erachtens hinreichend deutlich, daß Heroin als solches, auch über lange Jahre hinweg konsumiert, keine gesundheitlichen, organischen Schädigungen hervorruft. Die Rede ist hier von reinem Heroin. Die Schädigungen, die jede von uns kennt, resultieren im wesentlichen aus den Beimengungen, aus der Unberechenbarkeit des Stoffes, weil auf dem illegalen Markt erworben sowie aus den Wegen der Beschaffung und Finanzierung, Diebstahl oder Prostitution, um hier nur einige zu nennen.

Zusammenfassend möchte ich sagen, daß die Herausforderung in

der akzeptierenden Arbeit mit Konsumentinnen illegaler Drogen die ist, aushalten zu müssen, daß Frauen in einer Phase, in der sie ihre Probleme durch Drogenkonsum "bewältigen", keine oder nur sehr wenig wirkliche Hilfe erfahren. Eine Hilfe wäre die Legalisierung von Heroin. Da das jedoch eine Hilfe durch den Gesetzgeber ist, auf die wir noch lange warten können, muß in der Zwischenzeit einiges getan und geändert werden.

Welche Hilfsangebote für drogengebrauchende Frauen existieren?

Der übliche Weg durch den Therapieverbund heißt: Beratungsstelle, Übergangseinrichtung, Langzeittherapie, Nachsorge - clean.

Ein spezielles Hilfesystem für Frauen, wie es ausdrücklich für Frauen ohne Drogenkonsum besteht und für wichtig erachtet wird, ist überhaupt nicht vorhanden. Eine drogenkonsumierende Frau kann von ihrem Ehemann ewig verprügelt werden, denn eine Aufnahme in einem Frauenhaus scheidet aus; in Frankfurt ist lediglich ein Frauenhaus bereit, diese Frauen aufzunehmen. Eine Aufnahme einer schwangeren drogenkonsumierenden Frau in einem Mutter-Kind-Haus ist ebenfalls ausgeschlossen. Insgesamt herrscht große Angst vor der Katastrophe, die eine drogenkonsumierende Frau mit ins Haus bringt. Denn, wie in einer Konzeption für ein Frauenhaus zu lesen stand: Gehen die drogenkonsumierenden Frauen mit elektrischen Geräten so nachlässig um, daß ständig zu befürchten ist, das Haus werde in Brand gesetzt. Derartige Haltungen drücken deutlich aus, daß es wenig wirkliche Argumente gibt, diesen Frauen Hilfe nicht zur Verfügung zu stellen.

Außer der Frauenberatungsstelle existiert in Frankfurt kein Hilfsangebot, in der ausschließlich Frauen und besonders drogenabhängige Frauen betreut werden.

Werden Frauen durch das "normale" Hilfsangebot erreicht?

Eine Vermittlung in Langzeittherapie vermeiden die meisten unserer Frauen nach Möglichkeit. Einen oder mehrere Versuche, drogen-

freie Therapien zu durchlaufen findet sich in den meisten Lebensläufen unserer Frauen. Die Erfahrungen, die die Frauen dort machen, sind deckungsgleich und nicht gerade ermunternd, eine Therapie zu empfehlen.

Meine letzte Therapieverbringung im letzten Sommer bestätigte sozusagen so ziemlich alle bisherigen Erfahrungen und Befürchtungen: Meine Klientin wurde von nicht weniger als fünf ausgewachsenen Männern empfangen. Einer nahm ihr Gepäck in Verwahrung und Durchsuchung, einer kümmerte sich um Formalien, einer "übernahm" sie von uns, einer entließ uns mit den Worten: Wir sind jetzt zuständig, einer beobachtete die Szene. Immerhin waren wir fast 4 Stunden bei 35 Grad Hitze unterwegs und hielten uns ca. 5 Minuten in der Langzeittherapie auf.

Ich habe mit dieser Frau über mehrere Jahre gearbeitet, hatte eine gute Beziehung zu ihr und habe sie auf ihren ausdrücklichen Wunsch in diese Einrichtung vermittelt. Sie hatte vor der Fahrt ihre gesamten Reste an Drogen eingefahren und hat infolgedessen von der Empfangssituation nicht besonders viel mitgekriegt. Das war das Beste, was sie für sich tun konnte. Zwei Wochen später brach sie die Therapie ab.

Besonders häufig wird auch von Übergriffen durch Männer oder "Verteilen" neuer Frauen (bei einem Schnitt von 40 Männern und 5 Frauen) unter Männern berichtet. Die meisten Frauen berichten, daß sie dort nur zugesehen haben, daß sie so unauffällig wie möglich durchgehen. Eine Auseinandersetzung in der Großgruppe über sich oder ihre Prostitutionserfahrungen wollten sie unter allen Umständen vermeiden.

Zudem bilden die "Junkyhuren" auch unter den Drogenabhängigen auf der Szene die unterste Stufe. Zwar finanzieren sie durch ihre Prostitution ihren als Zuhälter fungierenden Partner mit, werden jedoch nicht geachtet, wie eine Frau, die es schafft, den Drogenkonsum für zwei Leute zu erarbeiten, sondern werden verachtet. Auch untereinander legen Frauen großen Wert darauf, daß sie selbst ja niemals anschaffen gehen würden. Für viele ist es das letzte Mittel, wenn gar nichts mehr geht oder ein Indikator, wie weit sie schon gesunken sind.

Meine Kritik an Drogenlangzeittherapien liegt darin, daß Drogenkonsum im Vordergrund der Begegnung steht. Erschwerend kommt hinzu, daß sich durch die Spezialisierung der sozialen Hilfebereiche insgesamt ausschließlich Menschen mit der speziellen Problemausprägung "Drogenabhängigkeit" in der jeweiligen Hilfseinrichtung aufhalten: "Stell Dir mal vor: Mit 40 Junkies im Wald, das ist doch Horror."

Eine weniger spezialisierte Form des Umgangs mit Problemstellungen, eine Mischung der Erscheinungsformen, von, ich will es mal behandlungsbedürftiger Probleme nennen, halte ich für sinnvoller. Die zugrundeliegenden und auslösenden Faktoren münden zwar in verschiedene Bewältigungsstrategien, haben aber meiner Meinung nach sehr ähnliche Inhalte.

Eine bislang weitgehend ungenutzte Möglichkeit in der Hilfe, ist die Spezialisierung auf frauenspezifische Problemstellungen. Meiner Erfahrung nach sind nur wenige der bestehenden Therapien wirklich geeignet, sich dem Thema "Frau" tatsächlich zu stellen. Das resultiert aus den beschriebenen Therapieerfahrungen, von denen Frauen berichten. Sie fühlen sich - auch schon ausgelöst durch das Belegungsverhältnis, Männer zu Frauen - nach Ablauf der Therapie häufig verletztter als zu Beginn.

Oft werden Frauen auch Opfer des Jargons und Tonfalls, der in der Therapie herrscht. Nach eigenen Erfahrungen erinnern die Härte und das Vokabular an die Gesetze der Szenesprache. Rude Sprache, Kontrolle, Gepäckkontrolle, Unterstellungen und wenig Einfühlungsvermögen kennzeichnen oft die Lebenssituation in der Therapie. Sozialarbeiter im Drogenbereich sind seit Jahren daran gewöhnt, daß Übergriffe auf die Individualität ihrer KlientInnen zu deren Nutzen durchgeführt werden.

In nur wenigen Therapien werden Frauen so empfangen, wie es ihrer Situation gerecht wird: Freundlich und anerkennend der Leistung, den Schritt in Therapie zu wagen, denn sie sind aufgeregt, ängstlich, haben ihre Existenz aufgegeben, wollen Therapie machen, drogenfrei leben.

Aber zurück zur Arbeit in der Beratungsstelle. Wie sieht der Alltag in der akzeptierenden Betreuung aus, gibt es nicht Situationen, in

denen die betreuten Frauen entgegen den Vorstellungen der Mitarbeiterinnen handeln?

Ich möchte hierbei unterscheiden zwischen den Zielen, die die jeweilige Frau für sich zu erreichen wünscht und zwischen den Zielen, die ihre Sozialarbeiterin sich vielleicht unbewußt für diese Frau vorstellt. Die Bindung, die zwischen Sozialarbeiterin und betreuter Frau entsteht, sollte von Vertrauen gekennzeichnet sein.

Hat sich eine Frau der Betreuung gegenüber geöffnet, so ist die entstehende Bindung von Dauer. Die durchschnittliche Dauer beträgt 7-8 Monate. Einige unserer Frauen sind bereits über mehrere Jahre in Betreuung. Mit der Betreuungsdauer steigt selbstverständlich die Intensität des Kontaktes. Die überwiegende Zahl der Frauen hat wenig soziale Kontakte, Familienkontakte fehlen oft völlig. So hat die Sozialarbeiterin auch Ersatzfunktion als Gesprächspartnerin in Gesprächen über alltägliche Dinge.

Die Tatsache, daß Sozialarbeiterin und betreute Frau dieselben Lebensverhältnisse innerhalb dieser Gesellschaft vorfinden, birgt natürlich die Gefahr - und umgekehrt ist das die Chance - der Identifikation und Projektion. Besonders in - ich sage es mal so platt - in typisch weiblichen Verhaltensweisen stellt sich immer wieder dieses Problem. Auch hier möchte ich unsere Erfahrungen im Wohnbereich als Beispiel nehmen.

Das Zusammenleben der Frauen in der WG findet wie im richtigen Leben statt. Mal fehlt die Butter, mal die Milch und Frau XY könnte mal wieder die Treppe putzen. Also, es herrscht absolute Normalität im WG-Leben. Eingezogen in die WG stabilisieren die Frauen sich in der Regel sehr schnell. Meist bemühen sich die akut abhängigen Frauen um Substitution, entwickeln berufliche Perspektiven, sind engagiert und wagen Schritte in bisher Ungekanntes. Meist lernen die Frauen jedoch in dieser Phase bereits ihren neuen Traummann kennen. In den drei Jahren Wohngruppenbetreuung handelte es sich bei diesen Herren bis jetzt fast ausschließlich um obdachlose Drogengebraucher.

Das heißt konkret, die Frauen distanzieren sich ein Stück von der Drogenszene und nehmen sich wiederum einen Teil der Szene mit nach Hause. Dauerhaft gefährden sie damit ihren Aufenthalt in der

Wohngemeinschaft und ihre bisher erreichte Stabilität. Zur Erläuterung, Männer sind - inklusive Übernachtung - nur von Freitag bis Montag erlaubt.

Die Not der Männer und das Helfenwollen der Frauen veranlaßt sie, diese Regel zu übertreten und ihren Freund dauerhaft - illegal - in der WG wohnen zu lassen. Mit den Mitbewohnerinnen wird ein nicht ausgesprochener Stillschweigensvertrag zu geschlossen. Der Kontakt zur Beratungsstelle wird weniger intensiv und gut. Den Frauen ist bewußt, daß ihr Handeln zu Konsequenzen führt. Deutlich wird daran, daß die Frauen das, was sie für sich erreicht haben, nicht wertschätzen und als erhaltenswert ansehen. Bedeutend und erhaltenswert ist ausschließlich die Beziehung. So handelt der überwiegende Teil unserer Frauen.

Besonders in der Wohngruppenbetreuung wird deutlich, in welchem Dilemma die betroffene Frau steckt. Die anderen Bewohnerinnen, auch ganz Frau und hilfsbereit, lassen sich in der Regel dazu bewegen, dem jungen Glück nicht in die Quere zu kommen.

Wird also unsererseits festgestellt, daß "irgendwas nicht stimmt", versuchen die Betreuerinnen, intensiv Kontakt zur WG herzustellen, d.h., tägliche Hausbesuche oder ähnliches. Stellt sich dann heraus, um welche Frau es sich handelt, wird sie angesprochen. Wichtig ist hierbei - wie in allen Bereichen - den Handlungsrahmen der jeweiligen Frau zu erkennen und zu sehen, aus welchen Motiven heraus sie so und nicht anders handelt. Kann in diesen Gesprächen offen und vertrauensvoll über das Dilemma gesprochen werden, wird versucht, die Frau zu unterstützen, ihre eigenen Interessen wieder in den Vordergrund zu stellen.

Die Haltung der Sozialarbeiterin ist, der betroffenen Frau zu verdeutlichen und zu zeigen: Du bist mir wichtig. Da die Frauen sich in dieser Situation selbst als völlig unwichtig ansehen und ihr Augenmerk ausschließlich auf ihren Freund richten, wollen wir entgegenhalten, daß sie uns als Frau wichtig ist, und wir versuchen, die allgemeine Aufmerksamkeit wieder auf die Bewohnerin zu lenken.

Würde in dieser beginnenden Krise die ultimative Frage gestellt, entweder sie bleibt unter Beachtung der Regeln in der WG und er sucht sich eine eigene Wohnmöglichkeit, würde das dazu führen,

daß dann eben beide gingen. Das Handeln der Frauen wird dominiert von der Angst, den Freund zu verlieren. Für die Betreuerinnen ist es oft sehr schwierig und enttäuschend zu sehen, wie eine Frau, die sich in ihrer Individualität gut entwickelte, die strukturiert und engagiert an ihrer Zukunftsperspektive arbeitete, nunmehr in Verhaltensweisen zurückfällt, über die sie bis dahin klar und differenziert sprechen konnte.

Ich denke, das sind die Erfahrungen, die Frauen allgemein mit sich und anderen Frauen machen. Das ist weder eine Spezialität der Sozialarbeit, noch eine der drogengebrauchenden Frauen.

Die Reflexion und das Bewußtmachen der eigenen Enttäuschung empfinde ich in der Arbeit als einen guten, wichtigen Punkt. Auch, daß wir in diese oft schmerzliche Situation kommen, halte ich für ausgesprochen wichtig und hilfreich. Meist ist es ohnehin an der Zeit, innezuhalten und die eigenen Werthaltungen und Anforderungen an die Frauen, die unterschwellig sicherlich da sind, zu erkennen und zu akzeptieren. Meist löst eine sehr große Enttäuschung oder der Absturz einer bislang gut stabilisierten und engagierten Frau grundsätzliche Überlegungen aus. Es fördert somit die Auseinandersetzung mit ursprünglichen Zielen und birgt die Möglichkeit der Veränderung und Bewußtmachung eingeschliffener eigener Handlungsweisen.

Bezogen auf die Betreuung der betroffenen Frau, geht das Bestreben der Mitarbeiterinnen dahin, das Dilemma der Frau zu sehen und damit zu arbeiten. Schwierig ist besonders, die erforderlichen sanktionierenden Maßnahmen für den Regelverstoß flankierend einzubauen, ohne Gefahr zu laufen, aufgrund der Sanktionierungen gezwungen zu sein, die Frau hinauszuerwerfen. Das ist eine ständige Gradwanderung.

Auf die Kündigung des Betreuungsverhältnisses wird nur dann zurückgegriffen, wenn der Kontakt zwischen Frau und Betreuerin so schlecht wurde, daß eine Zusammenarbeit nicht mehr möglich ist.

Im Vordergrund der Betreuung steht das Wohlbefinden der jeweiligen Frau. Wenn also sichtbar wird, daß dieses Problem, "Mann" will ich es mal nennen, unlösbar ist, müssen Wege mit dem Problem gefunden und ausprobiert werden. In Absprache mit den anderen

Bewohnerinnen kann das so aussehen, daß Regeln z.B. verändert werden oder daß über Kontakte zu Kollegen eine Wohnmöglichkeit für den betroffenen Mann gesucht und gefunden wird. Also dem Wunsch der Frau Rechnung trägt, ihre Aufmerksamkeit gänzlich auf ihren Mann zu richten. Eine Begleitung wiederum durch die Höhen und Tiefen dieser Beziehung, sozusagen als Modell kann eine Chance für die Frau sein. Eine bessere Möglichkeit allemal, als ihr die Betreuung zu kündigen und zu fordern, daß sie dieses Problem allein in den Griff kriegt.

Ich glaube, daß die Freiheit und die Möglichkeit des Experimentierens innerhalb dieser Arbeit die Chance ist, mit schwierigen Problemstellungen und Anforderungen umgehen zu können. Das bedeutet jedoch Mut, Flexibilität und die permanente Auseinandersetzung mit dem eigenen Handeln. Besonders gefordert ist hierbei auch, sich seiner eigenen Entscheidungskompetenz bewußt zu sein und in schwierigen Situationen handeln zu können.

Aus unserer Erfahrung können wir deutlich sagen, daß die Probleme, die sich in der Arbeit mit drogengebrauchenden Frauen stellen, Frauenprobleme sind. Sie unterscheiden sich nicht von den Problemen der Frauen, die keine Drogen konsumieren. Wir wünschen uns, daß der Hilfsbereich für Frauen drogenkonsumierende Frauen nicht ausschließt.

Wie stehen wir zum Drogengebrauch?

Ich möchte mit meinen Ausführungen nicht den Eindruck erwecken, ich fordere Frauen auf, Drogen zu konsumieren oder die Droge Heroin beispielsweise zu bagatellisieren.

Ich will damit zum Ausdruck bringen, daß die angebotene Hilfe für Menschen, die Drogen gebrauchen, andere Grundlagen, Werthaltungen und Sichtweisen erfordern, als die bisher vorhandenen, nämlich den Drogengebrauch als solchen, zumindest was den Bereich der für illegal erklärten Drogen angeht, gänzlich zu verteufeln und zu bestrafen. Für Frauen mit Drogenbezug müssen darüber hinaus besondere Hilfsmöglichkeiten angeboten werden, die die

besonderen Lebensrealitäten für Frauen berücksichtigen und die für Frauen ohne Drogenbezug längst Realität sind.

Wie sehen nun die Erfolge unserer Arbeit aus?

Oder besser, wie definieren wir Erfolg?

Generell gehen wir davon aus, daß die Inanspruchnahme der Einrichtung durch Frauen bereits ein großer Erfolg ist. Jährlich werden ca. 100 Frauen, die meisten davon längerfristig, betreut. Aufgrund der personellen Situation - auslaufende Mittelfinanzierung - konnte seit ca. 4 Monaten keine neue Frau mehr zur Betreuung angenommen werden. Abgewiesene Frauen bestanden auf einem Termin und wollen lieber warten, als sich an einer andere Einrichtung zu wenden. Das zeigt für uns ganz deutlich, wie groß der Bedarf nach speziellen Einrichtungen für Frauen ist, die tatsächlich auch nur Frauen zur Verfügung stehen.

Erfolg in der sozialarbeiterischen Betreuung kann nur gemessen werden an der Individualität der jeweiligen Person. Ist es bei der einen Frau schon ein Erfolg, wenn sie sich an die Beratungsstelle herantastet und den zehnten vereinbarten Termin einhält, so ist es für eine andere, daß sie die große Kiste mit unerledigter Post mitbringt und sie mit Hilfe der Betreuerin ordnet, das heißt, sie wendet sich ihrer Lebensplanung aktiv zu.

Die Bemessung von Erfolg hängt im wesentlichen von den Erwartungen und definierten Zielen ab. Auch hier habe ich das Gefühl, daß die durchgängige Überforderung der Frauen sich hier fortsetzt. Häufig überfordern sich die Frauen selbst und können nur schwer akzeptieren, eines ihrer Ziele nicht erreicht zu haben. Wichtig ist, daß die Sozialarbeiterin im Blick behält, was die tatsächlichen, kleinen Erfolge sind, die die betreuten Frauen, kaum daß sie etwas erreicht haben, als selbstverständlich erachten und schon nicht mehr sehen. Auch hier kann ich nur wieder auf das Akzeptieren der Persönlichkeit und der Lebensverhältnisse von Frauen verweisen.

Ziel unserer Arbeit ist, daß es unseren Frauen besser geht. Daß sie sich besser fühlen, vielleicht neue Wege in ihrem Leben gehen,

Neues ausprobieren. Erfolg ist für uns auch, wenn eine Frau auf ihre individuelle Art "clean" wird.

Allerdings unterscheidet sich das "Clean-Sein", wie ich es jetzt meine, vom üblichen clean-Anspruch. Ein Beispiel: Seit Jahren ist zu beobachten, daß die Entgiftung von Drogen nicht das eigentliche Problem darstellt. Die "Entgiftung" - so will ich es mal nennen - von den Szenekontakten ist ein weit schwierigeres Phänomen. Hier ist oft dominierend die Einsamkeit, das ungewohnte Gefühl, ohne Drogen zu sein, die Szene als einzige soziale Kontakte zu haben. Eine Frau, deren Leben sich jahrelang ausschließlich in der Drehtür der Drogenszene abspielte, ist in der Lage, sich von Szenekontakten zu distanzieren. Weiterhin konsumiert sie zwar Drogen, konnte aber ihren Handlungsrahmen auf neue Gebiete, z.B. Kontakte zur Familie, wieder herstellen. Das individuelle Wohlfühl ist besser. Wir schreiben der Veränderung des sozialen Verhaltens mehr Gewicht zu, als die Fokussierung auf den Drogenkonsum.

Da ich in meinem Vortrag häufig von substituierten Frauen gesprochen habe, möchte ich auch hierauf noch näher eingehen. Die Richtlinien zur Verordnung von Substituten wie L-Polamidon haben sich glücklicherweise verändert. Zwar insgesamt noch nicht in dem gewünschten Rahmen; allerdings ist L-Polamidon das Mittel der zweiten Wahl. Heroin ist die erste Wahl.

Beispielsweise wird oft die Frage gestellt, sind Substituierte eigentlich clean? Im letzten Jahr betreuten wir 20 Frauen, die in dieser Art behandelt wurden. Für 15 Frauen haben wir gemeinsam mit den Frauen eine Substitution realisieren können. Medizinisch gesehen sind sie medikamentenabhängig bzw. opiatabhängig, nach Bundesrichtlinien sind sie daher nicht in der Lage, z.B. ein KFZ zu steuern. Nach unserer Erfahrung ist eine Stabilisierung mit L-Polamidon gut zu erreichen. Die Frauen haben ihren Opiathunger gestillt und können sich auf ihre Lebensplanung in der Legalität einrichten.

Subjektiv bedeutet das für die Frauen, sie sind unabhängig von der Szene, müssen nicht mehrere hundert Mark pro Tag verdienen, müssen nicht stehlen, müssen sich nicht prostituieren. Jedoch fehlt das angenehme Gefühl, das durch den Konsum von Heroin erreicht wird. Auf der Suche nach dieser Art des Wohlbefindens, kon-

sumieren die meisten unserer Frauen andere Drogen hinzu, die sie bisher oft überhaupt nicht verwendeten. Besser wäre sicherlich für einige die "Substitution" mit der Droge der ersten Wahl.

Ausblick:

Meiner Meinung nach sollten soziale Hilfsbereiche nicht auf jeweils einzelne Problemgruppen spezialisiert sein. Hier die Abteilung Drogen, hier Alkohol, hier Medikamente, da die psychisch Kranken. Nach unserer Erfahrung ist eine so klare Trennung innerhalb der Problemstellungen und des Konsumverhaltens bei Süchten oder Abhängigkeiten überhaupt nicht vorhanden.

Personen, die nur Heroin konsumieren, werden zunehmend zu Raritäten. Mehrfachabhängigkeit ist viel eher die Regel. Insofern vergibt die Aufteilung des Hilfsystems wesentliche Chancen für MitarbeiterInnen und Betreute. Eine Ausprägung dieser Problemaufteilung scheint mir innerhalb der Drogenhilfe die Fokussierung auf den Drogenkonsum. Darüber hinaus fordere ich die KollegInnen sozialer Hilfseinrichtungen auf, die Inanspruchnahme ihrer Hilfe auch den drogenkonsumierenden Frauen zu ermöglichen. Weiterhin müssen Einrichtungen für Frauen innerhalb der Drogenhilfe geschaffen werden, in denen ausschließlich Frauen betreut werden.

Unsere Erfahrung hat sehr deutlich gezeigt, daß sich die gesellschaftlichen Machtverhältnisse zwischen Männern und Frauen in jedem Lebensbereich fortsetzen, auch - oder besonders - im Hilfsbereich. Es sollte nicht der Eindruck erweckt werden, gemischtgeschlechtliche Einrichtungen mit frauenspezifischem Schwerpunkt könnten den Bedarf nach parteilicher Frauenarbeit innerhalb der Drogenhilfe abdecken.

Zudem fehlt es an Einrichtungen, deren Hilfsangebot nicht aus therapeutischen Interventionen besteht. Da es der überwiegende Teil der Frauen gewohnt ist, ein schlechtes Verhältnis zu sich selbst und ihrem Körper zu haben, halten wir die Möglichkeit einer Art "Urlaub von der Droge" für hilfreich, die Phase des Drogenkonsums einigermaßen gesund zu überstehen.

Im "Urlaub von der Droge" könnte es darum gehen, es sich für die Dauer des Aufenthaltes körperlich und geistig gutgehen zu lassen. In einer schönen Umgebung, mit gutem und gesundem Essen, Aufpeppeln, Baden, Sauna, Lesen, Musikhören oder nur Schlafen, eben alles, was schön ist und Spaß macht. Jede kann das tun, was ihr individuell ein Wohlbefinden gibt.

Keine Therapie, keine Gespräche als Pflicht. Rückzug ist erlaubt, jede Frau soll auf ihre Weise ihren Aufenthalt gestalten. Es besteht kein Anspruch auf die nachfolgende Zeit nach dem Urlaub von der Droge. Auch, wenn eine Frau danach direkt wieder auf die Drogenszene geht, so geht sie zumindest frisch gestärkt und hat die Möglichkeit, sich wieder zu erholen, wenn es nötig ist.

Nun noch kurz zu meiner Überschrift: Warum nehmen Sie eigentlich keine Drogen?

Ich weiß nicht, ob Ihnen, meine lieben Kolleginnen, auf Anhieb etwas hierzu eingefallen ist. Mir nicht. Aufgefallen ist mir eines, daß wir uns lange damit beschäftigen, warum Drogen genommen werden. Da wird viel geforscht und gedacht und veröffentlicht.

Welche Gründe es aber gibt, keine Drogen zu nehmen, ich meine tatsächliche Gründe, nicht etwa, weil sie verboten sind, scheint es mir wenige - oder vielleicht keine? - zu geben. Ich für mich, ich nehme schon deshalb keine Drogen, weil ich weiß, welches Hilfsystem auf mich wartet, wenn ich nicht mehr allein damit zu recht komme.

Anmerkung:

Im August 1992 wurde die erste hessische Therapieeinrichtung für suchtmittelabhängige Frauen eröffnet:

"Camille"

Elisabethenstr. 5, 6240 Königstein, Tel.: 06174-7042

Claudia Dieckmann

Maßlosigkeit und Maßhalten in der Arbeit mit Frauen

Mein Beitrag ist keine wissenschaftliche Abhandlung und soll keine Forschungsergebnisse wiedergeben. Es sind Beobachtungen und Gedanken in, um und zur Sucht- und suchtangrenzender Arbeit mit Frauen.

Ich möchte anregen zum Nachdenken über unsere berufliche Rolle in der Gesellschaft und unsere Rolle in den Suchtverläufen der Frauen.

Anregungen zum Nachdenken über Fragen wie: Können/dürfen wir zulassen, daß Frauen aus ihrer Sucht aussteigen? Dient traditionelle Suchtarbeit der Manifestierung der Männermacht?

Beim Ordnen und Aufschreiben meiner Gedanken habe ich mit dem Wort "Maß" gespielt: Maß-maßnahmen-maßlos-messen-maßgebend-Ausmaß-Maßregel-Maßnahme. Viele dieser Worte sind uns aus den Katastrophenmeldungen der Nachrichten bekannt. Eine solche Meldung über die Suchtarbeit könnte demnach eine Katastrophenmeldung sein!

Grundstücke, Wohnungen werden maßgenommen, so daß deren Ausmaß und Grenzen bekannt sind. Das Maß gibt also auch die Grenzen an.

Wenn es um Grund und Boden geht, ist uns das Maß, die Grenze klar, klar ist ebenso die Maßnahme bei Maßlosigkeit bzw. Grenzüberschreitung.

Warum ist soziale Arbeit also so maß- bzw. grenzenlos?

Was ist dieses Maß, gibt es klare Regeln und Werte? Ja, eine relativ kleine Gruppe Menschen - Männer - definiert, was krank, süchtig, nicht süchtig, gesund und die geeignete oder ungeeignete Therapieform ist.

Männer tun dies wie immer auch für Frauen!

Die Suchtarbeit übernimmt diese Definitionen als Fakten und Regeln für die Arbeit.

Eine weitere Regel heißt offensichtlich: Wir lügen alle um die Wette! Nur wenige machen sich Gedanken, worum es tatsächlich geht, also dem Funktionieren um den wirtschaftlichen Zugewinn weniger zu garantieren.

Die Überschrift dieses Lügenspiels heißt: **Suchtstoffe, Sucht ist schlecht - ohne Suchtstoffe und Sucht ist das Leben toll!**

Eine völlig versoffene und vergiftete Gesellschaft verlangt von der Einzelperson - insbesondere von Frauen - abstinenz zu leben - oder doch nicht?!

In diesem Gesellschaftsmonopoly ist es relativ egal, womit, mit wieviel - also ohne Maß - und mit welchen individuellen Konsequenzen Frauen sich dicht machen.

Wichtig ist, daß sie funktionieren!

Besonders perfide wird diese Lüge um die Abstinenz, da verschwiegen wird, daß dieses Monopoly nur funktioniert, indem Frauen funktionieren - also abhängig sind.

Abhängig von den unterschiedlichsten Stoffen und Lebenssituationen, die ihnen als ihre Norm gesetzt werden.

Die Maßlosigkeit beginnt lange bevor die Frau Beratung in Anspruch nimmt. Da gibt es die, die für alle sagen was Wert und Norm ist, und es gibt uns, die helfen diese Werte und Normen um- und durchzusetzen.

Wir haben fast ohne Maß aus-, fort- und weitergebildet, haben alle verfügbaren "Fakten" zur Sucht verschlungen und lauschen - meist noch andächtig - denen, die wissen bzw. so tun als wüßten sie, was dagegen zu tun sei. Wir übernehmen Handlungsmodelle und Therapieformen. Wir probieren, experimentieren und qualifizieren uns

auf Kosten der Frauen, die unseren Rat und Hilfe suchen.

Was wir bzw. ein viel zu kleiner Kreis immer noch nicht tun ist reflektieren, wer schreibt, erzählt, schreibt vor? Mit welchem Hintergrund, mit welchem Interesse oder Zugewinn tut er/sie dies?

Viel zu selten stellen wir uns Fragen wie: Warum interessiert mich gerade Sucht - Suchtarbeit? Was will ich von den Frauen haben? Was kann ich den Frauen anbieten, geben?

Über den Weg der Aus-Fort-Weiterbildung beteiligen wir uns an der Spezialisierung eines gesellschaftlichen Problems. Wir helfen, ein Problem von immensem Ausmaß, was wir alle in und um uns haben, einigen in die Tasche zu stecken und diese verantwortlich für das gesellschaftliche Wohlergehen zu machen. Für Verantwortung sind in unserer Gesellschaft Frauen zuständig.

Drogenabhängige Prostituierte, wird behauptet, stellen "DAS" HIV-Risiko für die Heterogesellschaft dar.

Es ist dabei völlig uninteressant, wieso die Frau drogenabhängig ist, sich prostituiert und was aus ihr wird.

Es wird nicht nachgefragt - mit Absicht und klarer Zielstellung - wie drogenabhängige Prostituierte die Heterogesellschaft eigentlich infizieren? Die Freier werden weder von der Straße verjagt, noch eingesperrt oder zwangsgetestet.

Die Frau trägt die Verantwortung für die Gesellschaft, ihr wird übertragen, wozu hunderttausend "ganz normale Männer" nicht in der Lage sind.

Wir helfen mit, indem wir die tatsächlichen Gründe für Süchte, wie sexuelle Ausbeutung und Gewalt, nicht oder nur leise ansprechen und weiterhin am Symptom rumlaborieren.

Mit dieser Symptomarbeit helfen wir bei der Ausbeutung süchtiger Frauen als Lieferantinnen für Ausreden und Entschuldigungen für ein marodes Gesellschaftssystem.

Was geschieht in der Beratung?

Wenn die Frau zu uns kommt, nehmen wir sie Maß! D.h. wir sammeln jede Information, jedes Detail, bohren, fragen nach,

spekulieren, unterstellen, bewerten und reduzieren sie auf "die Sucht".

Wir machen uns ein Bild über das Maß der Abweichungen, Defizite und von dem einen Maß.

Wie stellen ihr das Ausmaß ihres Elends dar, mit dem Versprechen und der maßlosen Lüge, wir wüßten Mittel und Wege, wie sie da rauskommt und was gut für sie ist.

Wir wissen, welche Maßnahmen wann und wie eingesetzt werden müssen.

Als erste Maßnahme muß sie erstmal ihr Suchtmittel weglassen. Weil, nur so sind wir arbeitsfähig, d.h., wir bestimmen den Zeitpunkt der Abstinenz ohne übersehen zu können, was das für die Frau heißt, welche Konsequenzen dies für sie auf dem Hintergrund ihrer Lebensgeschichte hat. Kann sie das überleben?

Wir stellen die Spielregeln fest und sanktionieren Verstöße dagegen. Frauen, die eigene Ideen, Vorstellungen und Wünsche haben, passen nicht in das vorgegebene Maß, sind entweder nicht motiviert oder therapieresistent.

Wann haben wir endlich das Maß voll?

Das Maß voll, als Handlangerinnen der Männer, Frauen mit all ihren Abhängigkeiten, in die sie gepreßt und gehalten werden auch noch unter Druck zu setzen.

Das Maß voll, Frauen auf ein Mindestmaß oder als Verrückte oder Süchtige ein- bzw. auszugrenzen?

Das Maß voll, uns für Männerinteressen ausbeuten zu lassen und Frauen auszubeuten?

Bei meinem anfangs erwähnten Wortspiel sind mir auch Worte wie maßvoll, gemäßigt, gemessen, angemessen und unbotmäßig eingefallen.

Maßvolle Arbeit sollte bestimmt sein von individuellen Maßen, die veränderbar sind, die es möglich machen, jeden Tag auf's Neue den Raum auszumessen und diesen gemessenen Schrittes abzuschreiten, zu erkunden, zu sichern.

Maßvoll arbeiten heißt, Frauen nicht auf die Sucht zu reduzieren, sondern sie mit ihrem ganzen Ausmaß an Fähigkeiten und Stärken wahrzunehmen.

Das Überleben mit Hilfe von Sucht-Suchtmitteln ist eine Fähigkeit und Stärke! Maßvoll arbeiten heißt, neue Meßpunkte für Raumgewinn zu ermöglichen, überschaubare und bewegliche Ziele gemeinsam zu erarbeiten. Es heißt, die Frau - immer diese eine - ist das Maß für sich und für das, was ich mit ihr erarbeite.

Maßvoll arbeiten heißt auch, sich ständig mit dem Thema "Grenzen" auseinanderzusetzen.

Ganz praktisch heißt das, Suchtarbeit muß viel früher ansetzen, in der Sucht. Sie muß begleiten, stützen, sichern und Mut machen, damit Entscheidungen getroffen werden können, die Entscheidung jeder einzelnen Frau: Kann ich, will ich, wenn ja wann und wie aus der Sucht aussteigen.

Irmgard Vogt

Beraterinnen im Konflikt

**Zum Selbstverständnis von Beraterinnen in der Beratung/
Therapie von mißbrauchten Frauen**

1. Die Untersuchung

In den Jahren 1989/90 haben ich im Auftrag des Vereins für ambulante Behandlungsstellen für Suchtkranke/Drogenabhängige (VABS) und des Caritasverbandes (Freiburg) eine Pilotstudie zum Thema "Frauen, Gewalterfahrungen und Beratung/Therapie" durchgeführt. Ziel der Untersuchung war es, zu erkunden, welche Bedeutung Beraterinnen und Berater in der ambulanten Suchtkrankenhilfe dem gesamten Themenkomplex zumessen und wie sie damit in der Praxis umgehen.

Die Studie setzt auf zwei unterschiedlichen methodischen Ebenen an. Einmal sollte mit Hilfe eines relativ kurzen Fragebogens erhoben werden, welcher Stellenwert dem Thema in den Beratungs- und Therapiesprachen eingeräumt wird. Der Fragebogen wurde an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der im VABS organisierten Beratungsstellen versandt mit der Bitte, diesen zu bearbeiten. Auf diesen Untersuchungsteil werde ich nicht eingehen (ausführlich dazu Vogt 1991a).

Darüber hinaus sollte mit Hilfe von qualitativen Interviews genauer herausgearbeitet werden, wie Suchtkrankenhelferinnen und -helfer in der Beratung/Therapie auf das Thema eingehen. Es handelt sich dabei um insgesamt 28 qualitative Interviews, die mit jeweils 14 Beraterinnen und 14 Beratern an deren Arbeitsplatz durchgeführt wur-

den. Die Auswahl dieser Beraterinnen und Berater erfolgt nach Zufall. Die Beratungsstellen, an denen die Interviewpartnerinnen und -partner beschäftigt waren, liegen gleichmäßig verteilt in Nord- und Süddeutschland und dort wiederum gleich häufig in Großstädten und Städten mittlerer Größe. Die Interviews dauerten im Durchschnitt 90 bis 120 Minuten. Es handelt sich dabei um strukturierte Gespräche, die sich an einem Interviewleitfaden orientierten. Im ersten Teil des Gesprächs wurde nach der Organisation und der Arbeit der Beratungsstelle gefragt, nach den therapeutischen Angeboten und der Klientel. Im zweiten Teil wurden die Beraterinnen und Berater aufgefordert, über ihr Verhältnis von Gewalt und sexuellem Mißbrauch zu sprechen und über die Art und Weise, wie sie mit diesen Themen in der Praxis umgehen. Je nach Kontext wurden also folgende Fragen gestellt:

- Was ist für Sie Gewalt?
- Wie gehen Sie mit dem Thema in Ihrer Praxis um?
- Gibt es bestimmte Charakteristika von Frauen, die Gewalterfahrungen gemacht haben?
- Sprechen Sie auch über die Täter?
- Haben Sie es in der Praxis mit Tätern zu tun? Wie gehen Sie damit um?
- Und wie ist das mit Täterinnen?

Mit den folgenden Ausführungen wird nicht versucht, die Ergebnisse der qualitativen Interviews insgesamt wiederzugeben. Vielmehr habe ich einen bestimmten Ausschnitt aus der Fülle der Aussagen ausgewählt, auf den ich ausführlich eingehen will. Auch beschränke ich mich auf die Mitteilungen der Beraterinnen. Die Berater kommen also nicht zu Wort.

Das Vorgehen hat den Vorteil, die Konfliktlagen besonders deutlich zu machen, in denen sich viele Beraterinnen befinden, wenn sie es mit sexuell mißbrauchten, geschlagenen oder sonstwie gewalttätig mißhandelten Frauen zu tun haben. Man schaut gewissermaßen mit dem Vergrößerungsglas auf die Konfliktlagen der Beraterinnen und vernachlässigt zunächst einmal diejenigen der Berater, die durchaus weit größer sein können als diejenigen ihrer Kolleginnen. Das

Vorgehen ist demnach nicht geeignet, die Ergebnisse beliebig auf Beratung/Therapie in der Suchtkrankenhilfe zu verallgemeinern. Es geht mir vielmehr darum, Probleme zu akzentuieren, die insbesondere Beraterinnen und Therapeutinnen angehen und die Bedeutung gewinnen in der Arbeit mit mißhandelten und mißbrauchten Frauen.

2. Die Beraterinnen in der Praxis

Beraterinnen haben viel zu sagen, wenn es um die Beratung/Therapie mißbrauchter Frauen geht, weil sie sehr oft mit entsprechenden Problemfällen in der praktischen Arbeit konfrontiert werden. Aus der Fülle der Mitteilungen der Beraterinnen sollten daher nur einige wenige Mitteilungen herausgegriffen werden. Ich hoffe jedoch, daß ich mit den folgenden Ausführungen einen Überblick geben kann sowohl über die Kompetenzen, die sich die Beraterinnen in der praktischen Arbeit mit dem Themenkomplex mittlerweile erworben haben, als auch über die Schwierigkeiten, die sie haben, wenn sie sich mit den Gewalterfahrungen und Gewalthandlungen ihrer Klientel auseinandersetzen müssen.

In der praktischen Arbeit bringen die meisten Beraterinnen die Themen Gewalterfahrungen, Vergewaltigung und sexuellen Mißbrauch aktiv ins Gespräch. Voraussetzung ist jedoch, daß sich eine gewisse vertraute Beziehung zwischen Beraterin und Klientin eingestellt hat. Wenn die Beraterin nach den Mißbrauchserfahrungen ihrer Klientin fragt, bedeutet das nicht, daß diese dann auch darauf eingehen muß. Vielmehr hat sich für die Praxis ein behutsames Vorgehen bewährt, wobei die Klientin bestimmt, zu welchem Zeitpunkt sie ihre Erfahrungen bearbeiten will und in welcher Weise sie das tun will. Die Beraterinnen betonen die karthartische Wirkung, wenn die betroffenen Frauen ihre Erfahrungen wiederbeleben und ausführlich darstellen. Aber wiederum liegt die Entscheidung darüber, wieviel die Klientin von ihren Erfahrungen mitteilen will, in der Regel bei ihr. Beraterinnen insistieren nicht auf detaillierten Beschreibungen: Für die weitere Arbeit ist es genug, wenn sie sich die Szene vorstellen können.

Aus den Aussagen der Beraterinnen geht deutlich hervor, daß sie ihre Techniken im Umgang mit Frauen, die sexuell mißbraucht worden sind, in den letzten Jahren erheblich verfeinert und verbessert haben. Sie trauen sich heute viel mehr zu als noch vor wenigen Jahren; sie sind viel offener für diese Themen als jemals früher. Auch steht für sie außer Frage, daß die Auseinandersetzung mit entsprechenden Themen im Rahmen einer guten Beratung/Therapie etwa von alkoholabhängigen Frauen unverzichtbar ist.

Dennoch haben auch die Beraterinnen erhebliche Probleme mit den Themen. Sie sind durchaus mit Ambivalenzen verbunden, mit emotionalen Spannungen, die oft von einem Extrem bis zum anderen gehen, von übermäßigem Mitleid zu heftiger Wut, auch und gerade gegenüber den betroffenen Frauen. Die folgende Aussage macht das exemplarisch deutlich.

"Das ist schon ganz unterschiedlich... Ja, das löst schon auch mal so einen Unwillen aus und so'n: Mensch, kapiert sie's denn nie?, ne... Ich denk, Angst hab ich vor dem Thema nicht, eher, also vor dem Thema Mißbrauch in der Kindheit, da löst es sowas aus wie, also da muß ich sehr aufpassen, daß ich nicht so auch so komm': Mein Gott, das arme Opfer, ne? Also so in eine Mitleidsschiene rein komme.

Ich kenne auch dieses Gefühl, daß ich manchmal denke, daß diese Frauen sich dann später in diesem, auch suhlen in diesem Gefühl von, wieder mal Gewalt erfahren zu haben. Das kenne ich auch. Also wo so dann so auch so ein Unverständnis... da ist, daß die so damit umgehen können... Und dann mich aber auch zurückpfeife. Und von daher ist das so ambivalent dann auch".

Hier klingt an, wie "genervt" Beraterinnen reagieren können, wenn sie sich mit Ratsuchenden auseinandersetzen müssen, deren Biographie von Gewalterfahrungen durchzogen ist. Das Bild von "diesen Frauen", die sich "in diesem Gefühl... 'suhlen", ruft handfeste negative Assoziationen wach. Von "Unverständnis" ist die Rede, nicht von Verständnis. Dagegen hilft nur, sich "zurückzupfeifen", sich selbst zur Ordnung zu rufen. Ob das reicht, um ein der Beratung förderliches Maß an Empathie zu mobilisieren, muß offen bleiben.

Bei aller Ambivalenz gegenüber den Themen und den Klientinnen überwiegt bei den Beraterinnen die Überzeugung, daß Frauen mit vielen, insbesondere sexuellen Gewalterfahrungen zunächst einmal besser bei einer Beraterin oder in einer Fraueneinrichtung aufgehoben sind. Die Beraterinnen verweisen ausdrücklich auf die Schwierigkeiten ihrer Klientinnen hin, in Gruppen, in denen Männer in der Überzahl sind, von ihren Gewalterfahrungen zu berichten. Ein Beispiel:

"Und diese Frau hat über dieses Geschehen schon sehr oft geredet, auch in der Selbsthilfegruppe, aber in dieser Selbsthilfegruppe sind überwiegend Männer... Da ist bis jetzt noch kein einziger Mann dabei gewesen, der emotional auf sie zugegangen wäre und hätte gesagt, daß das ein schweres Erlebnis ist und daß er verstehen kann, wie schwer dieser Eingriff ist. Das hat die noch nie erlebt. Und ich hab eigentlich den Eindruck, sie möchte es einmal von einem Mann hören... aber wenn ich mal daran denke, wie gerade die Männer darauf reagiert haben, da kann ich sagen, das hätte mir auch nicht geholfen...

Ich würde sagen, eine Frau, die suchtkrank ist und eine Vergewaltigungsgeschichte in ihrer Kindheit und Jugend hatte, die überarbeitet ist, in eine gemischtgeschlechtliche Klinik zu legen, wo die Frauen in der Minderzahl sind und wo nicht gesichert ist, daß mehr als 2 Frauen in einer Therapiegruppe sind, halte ich für kontraindiziert".

Die gute Absicht der Beraterin, die hier zum Ausdruck kommt, führt in der Praxis allerdings ins Dilemma, denn es gibt ja kaum stationäre Einrichtungen in Deutschland, in denen die Frauen nicht in der Minderzahl sind (vgl. u.a. Kreyssig 1990). Aber selbst dann, wenn das Geschlechterverhältnis in einer Gruppe ausgeglichen ist, ist noch nicht garantiert, daß die Gewalterfahrungen der Frauen auch thematisiert und bearbeitet werden, denn nicht nur die Mitpatienten haben Reserven gegenüber diesen Themen, sondern auch die Beratenden und Betreuenden in den Institutionen. Es ist noch ein langer Weg, der vor den Frauen liegt, bis sie davon ausgehen können, daß man in der Suchtkrankenhilfe gewillt ist, sich ebenso ernsthaft

und intensiv mit ihren Problemen auseinanderzusetzen wie mit denjenigen der Männer.

3. Schuldentlastungen und Schuldzuschreibungen

Aber die Empathie der Beraterinnen mit dieser Klientel ist in vieler Hinsicht schwierig und vielleicht auch brüchig. Das wird offensichtlich, wenn man die Beratenden nach den Tätern und Täterinnen fragt. Wie sich in den Gesprächen herausgestellt hat, kommen Gewalthandlungen in der Beratung/Therapie kaum zur Sprache. Im Regelfall fragen die Beraterinnen ihre Klientel nicht nach deren Gewalthandlungen. Das gilt sowohl für die Frauen, die zu ihnen in die Beratung kommen, als auch für Männer. Sie fragen also Frauen nicht danach, wie sie mit ihren Kindern in Zeiten hohen Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenkonsums umgegangen sind, wie sie für sie gesorgt, wie sie sich um diese gekümmert haben, oder ob sie sie in solchen Phasen sozusagen vergessen haben, vernachlässigt und vielleicht auch geschlagen oder anderswie verletzt haben usw. Ebenso fragen sie Männer nicht danach, wie sie mit Frauen und Kindern in den Trink- und Drogenphasen umgegangen sind, ob sie sie bedroht, ob sie sie geschlagen oder sexuell belästigt und mißbraucht haben. Die Ausblendung von Gewalthandlungen aus der Beratung/Therapie macht die Täter gewissermaßen "unsichtbar". Das kumuliert in der Feststellung einer Befragten: "Täter - kenne ich nicht!"

Allerdings haben die Beratenden durchaus etwas zu sagen zum Thema "Täter": sie kommen alle sehr schnell auf die Mütter der mißbrauchten Frauen zu sprechen. Immer wieder monieren die Beratenden, daß die Mütter die Töchter allein lassen, daß sie sie nicht beschützen, sie nicht gegen den Vater verteidigen usw. Sie verweisen aber nicht darauf, daß vielleicht auch die Mütter schon mißbraucht worden sind, also möglicherweise selbst eine schwer belastete Kindheit und Jugend hinter sich haben. Das ist bemerkenswert, gerade weil die Beratenden, wenn sie auf Männer als Gewalttäter und Mißbraucher zu sprechen kommen, in der Regel auf deren

Lebensgeschichte und auf die am eigenen Leibe erlebten Gewalterfahrungen verweisen. Wie immer es kommt, daß die Mütter nicht in der Lage sind, ihre Kinder z.B. vor den eigenen Vätern zu schützen, es ist **ihr Versagen**, das ihnen **schuldhaft** zugerechnet wird. So gesehen sind die Mütter nicht Opfer ihrer eigenen - unbearbeiteten - Geschichte bzw. der Männer. Vielmehr lassen die Aussagen der Beraterinnen den Schluß zu, daß die 'eentlichen' Täter die Mütter sind und nicht ihre Männer - Väter, Großväter, Brüder etc., die die Taten begehen. Hier findet eine Schuldverlagerung statt, die eindeutig zugunsten der Männer ausfällt, wie die folgenden Aussagen deutlich machen (Hervorhebungen von I.V.):

"Es gehört zu 'nem mißhandelten Mann immer 'ne Frau oder 'ne Mutter, die es nicht merkt oder die zuguckt oder die vielleicht sogar **ihr Kind opfert**, um selber aus 'ner bestimmten Situation rauszukommen... Wenn die Mutter es nicht bemerkt oder sogar stillschweigend duldet oder vielleicht streitet, lamentiert, aber sagt: 'Ich kann den Ernährer nicht verlieren, ich kann nix machen' oder vielleicht sogar die Tochter zur sexuellen Entlastung hinschickt.

Ich denk', was sicherlich oft dazu gehört, ist auch 'ne Mutter, die eine **schwache Frau** ist, sich nichts zutraut, so Grenzen gegenüber dem Mann zu setzen und die auch eigentliche **keine Partnerin** ist für den Mann. Daß sie deshalb die Kinder auch nicht schützen kann... Also, daß es der Mutter nicht klar ist, daß sie zum Beispiel handeln könnte in der Position. Oder, daß sie die Signale ihrer Kinder nicht versteht: nichts hören, nichts sehen.

Da stehen sicherlich auch reale Ängste hinter. Ich mein', manchmal ist es auch mehr eine Verdrängung von dem, was man erlebt. Also ich denke, den Partner haben sie ja schon in dem Moment verloren, wo das passiert, wenn **sie ehrlich sind**... Wir hatten hier auch mal sehr intensiv mit einer Mutter zu tun... wo ganz klar war, daß die Mutter ihre älteren Töchter also richtig dem Vater zugeschoben hat, **um sexuell entlastet zu sein**. Das ist über die Kinder rausgekommen, über die Mädchen (die kamen dann ins Heim)".

"... **die müßten eigentlich verurteilt werden**. Die Wut oder die Trauer gegenüber den Müttern, da kann ich schon so mitschwingen".

Die Ausführungen der Beraterinnen suggerieren die Vorstellung, daß es hauptsächlich an den Müttern bzw. Frauen liegt, wenn die Männer sexuell aus dem Ruder laufen, wenn sie sich an ihre Kinder heranmachen und diese sexuell mißbrauchen.

Die Untersuchungen der Frauenforschung zum gesamten Themenkomplex "Gewalt gegen Frauen" untermauert diese Alltagstheorie nicht: Es sind ja gerade **nicht** die sexuellen Bedürfnisse, die manche Männer dazu treiben, sich an ihren Töchtern zu befriedigen, sondern es geht vielmehr um Macht und Machterhalt in der Familie (siehe u.a. Janshen 1991, Steinhage 1990, Wyre und Swift 1991). Wie immer sich die Mütter verhalten, was immer sie tun, solange die Machtverhältnisse in der Gesellschaft ungleich zwischen den Geschlechtern verteilt sind, wird es also Männer geben, die mit Hilfe der Sexualität ihre Macht gegenüber Mädchen und Frauen demonstrieren (Vogt 1992). So gesehen macht es keinen Sinn, gewalttätige sexuelle Übergriffe den Müttern als Schuld anzulasten.

Ein genauer Blick auf den zuletzt zitierten Text gibt aber mehr frei, als bisher dargestellt worden ist. Die Beraterinnen beschreiben mit ihren Aussagen nicht nur ein Mutterbild, sie zeichnen vielmehr ganz allgemein ein Frauenbild, das auch Anteile ihres Selbstbildes enthält. Sie betonen in diesem Bild traditionelle Züge von Frauen: Sie sind schwach und passiv, sie dulden und lamentieren (nur), sie sind sexuell uninteressiert (und frustriert), jedenfalls keine Partnerinnen für den Mann und sie sind unehrlich. Zu all diesem Unvermögen kommt aber noch dazu, daß diese Frauen nicht einmal ihre Kinder in Schutz nehmen können, für sie sorgen können. Ganz im Gegenteil unterstellt man ihnen, daß sie ihre Kinder opfern, um es selbst besser zu haben. Nicht zuletzt darum müßten sie verurteilt werden. Das Bild von den Müttern und den Frauen, das die Beraterinnen hier entwerfen, ist gnadenlos. Es ist die "böse Mutter", die beschworen und verurteilt wird: "Im Bild der bösen Mutter sammelt sich inzwischen alles, was wir an negativen Eigenschaften aufzubieten haben. Es kommt in den Therapien auf, in Lebensberichten, in theoretischen Abhandlungen, in den Massenmedien: Sie ist besitzergreifend, uneinfühlsam... klammernd, krallend, fressend, dominant... Sie ist die Neidmutter, die Mordmutter, der Inbegriff der Lebensbehin-

derung und der Mißgunst..." (Moeller 1986, 55).

Der Entwurf der "bösen Mutter" (vgl. Rohde-Dachser 1991) impliziert zugleich den der "guten Mutter". Ist die eine schwach, passiv und jämmerlich, dann ist die andere stark, aktiv und herrschaftlich: Zu ihr kann man sich flüchten, wenn man in Bedrängnis ist. Sie gibt den Töchtern Halt, schützt sie vor männlicher Bedrängnis und vor dem Bösen schlechthin. Sie ist ehrlich, auf sie kann man bauen. Gerade weil die realen Mütter als die schlechthin "bösen Mütter" in den Blick genommen werden, muß man unterstellen, daß die Beraterinnen sich selbst in der Rolle der "guten Mütter" sehen. Aus dem Selbstbild sind also negative Züge und Eigenschaften getilgt. So grenzen sich die Beraterinnen kategorial von den realen Müttern ab, mit denen sie nichts gemein haben wollen.

Im Prozeß der Projektion und Abspaltung auch der eigenen negativen Anteile auf die "böse Mutter" und der Identifikation mit dem Konstrukt der "guten Mutter" haben sich die Beraterinnen allerdings in Probleme verstrickt, die sie weit mehr behindern als beflügeln. Diese schlagen zu Buche als Beschädigungen des Selbstbildes einerseits und als Idealisierung der Berufsrolle andererseits. Darauf ist etwas genauer einzugehen.

Wie alle Frauen haben auch Beraterinnen eine geschlechtsspezifische Sozialisation durchlaufen. Sie haben gelernt, daß sie geschlechtsspezifische Benachteiligungen in Kauf nehmen müssen, eben weil sie weiblichen Geschlechts sind, daß sie diskriminiert werden. Mütter spielen dabei eine doppelte Rolle: Einerseits halten sie ebenso wie die Väter ihre Töchter dazu an, sich an die Frauenrolle anzupassen, sie anzunehmen, auch wenn dies mit Diskriminierungen verbunden ist. Eine geglückte Identifikation mit der Geschlechtsrolle ist also notwendig mit einer Selbstbeschädigung verbunden, denn lebenslange Diskriminierung, die auf nichts anderem als der Geschlechtszugehörigkeit beruht, geht nicht spurlos an den Frauen vorbei (Vogt 1991b).

Dazu kommt, daß die Mütter immer auch die Rollenvorbilder der Töchter sind, unabhängig davon, wie frühzeitig sie sich von diesen abzugrenzen, abzusetzen versuchen. Im Bild der Mutter sehen die Töchter gewissermaßen ihre eigene Zukunft vorgezeichnet mit all

den damit verbundenen Entsaugungen und Enttäuschungen. Das ist Grund genug, sich mit aller Entschiedenheit von diesen Vorbildern abzuwenden, sie aufs Radikalste zu bekämpfen.

Die Konflikte zwischen den Frauen haben einen Nebeneffekt, der den Männern sehr zugute kommt. Sie treten als Täter in den Hintergrund und geben die Bühne frei für den Kampf zwischen den Töchtern und ihren Müttern. Das Stück endet mit der Schuldzuweisung an die Mütter und der Inschutznahme der Männer als Brüder und Väter. Dabei liegt es doch auf der Hand, daß die Männer die Nutznießer sind in dieser Gesellschaftsordnung (vgl. z.B. Beck 1986, 161ff). Es sind gerade diese Entlastungen der Männer von Täterschaft, die einen erheblichen Beitrag leisten zur Aufrechterhaltung der Geschlechterverhältnisse. Daran sind, wie diese Analyse zeigt, die Beraterinnen durchaus beteiligt.

Diese Einstellungen und Haltungen wirken fort in der Berufsrolle der Beraterinnen. Die oben zitierten Aussagen lassen darauf schließen, daß die Beraterinnen sich in ihrer Berufsrolle mit dem Bild der "guten Mutter" identifizieren, die den Töchtern liebevoll und einfühlsam begegnet, die stark und aktiv ist und sich schützend vor diese stellt. Die Ausblendung der Anteile der "bösen Mutter" aus der Berufsrolle läßt die Beraterinnen geradezu in einem heroischen Licht erscheinen, die sich allzeit kämpferisch zur Rettung ihrer Klientinnen einsetzen - wobei sich dieser Kampf dann ironischerweise in erster Linie gegen die ("bösen") Mütter richtet. Die realen Täter kommen so oft ungeschoren davon.

Die Praxis der Beratung verlangt nun allerdings auch von den "guten Müttern", daß sie mit Forderungen an die Töchter herantreten unter Wahrung der für einen emanzipatorischen Entwicklungsprozeß notwendigen Grenzsetzungen. Die Praxis lebt also nicht allein vom Vermögen der "guten Mutter", sie macht auch Anleihen bei der vermeintlich nur "bösen Mutter". Das heißt, daß es zu einer Integration kommen muß von "guter" und "böser" Mutter zu einem Mutterbild mit guten und bösen Anteilen, gerade auch im Interesse der Ratsuchenden. Voraussetzung dazu ist es, daß sich die Beraterinnen eingehend mit ihrem eigenen Selbstbild auseinandersetzen und das heißt zugleich, mit ihren Mutter- und Rollenkonflikten.

Literaturangaben:

- Beck, U.: Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt, Suhrkamp 1986
- Janshen, D., Hg.: Sexuelle Gewalt. Die allgegenwärtige Menschenrechtsverletzung. Ergebnisse einer Initiative des Arbeitskreises "Sexuelle Gewalt" beim Komitee für Grundrechte und Demokratie. Frankfurt, Verlag Zweitausendeins 1991
- Kreyssig, U.: Extra Dry - und weiter? Berlin, Synanon 1990
- Moeller, M. L.: Die Liebe ist das Kind der Freiheit. Reinbek, Rowohlt 1986
- Rhode-Dachser, C.: Expedition in den dunklen Kontinent. Berlin, Springer 1991
- Steinhage, R.: Sexueller Mißbrauch an Mädchen. Ein Handbuch für Beratung und Therapie. Reinbek, Rowohlt. 1989
- Vogt, I.: Frauen, Gewalterfahrungen und Beratung/Therapie Abschlußbericht, Frankfurt (unveröffentlicht) 1991a
- Vogt, I.: Frauen und psychische Störungen, S. 280-301. in: Hörmann, G. und Körner, W.: Klinische Psychologie. Ein kritisches Handbuch. Reinbek, Rowohlt 1991
- Vogt, I.: Der Therapeut in Einsamkeit und Freiheit: Einige gesellschaftskritische Betrachtungen zum sexuellen Mißbrauch in der Therapie, in: Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis 24. 1992
- Wyre, R. & Smith, A.: Und bist Du nicht willig... Die Täter. Köln, Volksblatt Verlag 1991

Margrit Brückner

Grenzgänge zwischen Sozialarbeit und Therapie

1. Einleitung

Beim Nachdenken darüber, was denn nun eigentlich ein sinnvolles Verhältnis von Sozialarbeit und Therapie sein könnte, kam mir immer wieder das Sprichwort "Schuster bleib bei deinen Leisten" in den Sinn. Das habe ich als Warnung interpretiert vor vorschnellen Vermischungen und als Wunsch, für ein eigenständiges Profil der Sozialarbeit zu plädieren.

Je nach Phase des Schreibens erwacht die Soziologin in mir (die ich qua Ausbildung bin), die Sozialarbeiterin (da ich Sozialarbeiter ausbilde) oder die Analytikerin (qua Kenntnis der Psychoanalyse als Therapie und Ausbildung).

Alle drei haben für mich wichtige Seiten, bieten Ansatzpunkte und Lösungen und haben schmerzliche Grenzen. Doch letztlich erscheint die Sozialarbeit als das Aschenputtel, als die am wenigsten reizende Perspektive und daher als die verführbarste für verschiedenste Theorien und therapeutische Verfahren aufgrund ihres mangelnden eigenständigen Theoriegebäudes und ihrer Zuständigkeit für die unbewältigten gesellschaftlichen Probleme und die "übriggebliebenen" Menschen. Gleichsam als Gegenbewegung entsteht daraus das Bedürfnis, für die Sozialarbeit eine Lanze zu brechen, als theoretisch schwächstem, gesellschaftlich aber mögli-

cherweise wichtigstem Glied der Kette.

Harry Specht, einer der großen alten Männer der Gemeinwesenarbeit (große, alte Frauen gab es in diesem progressivsten Bereich der Sozialarbeit bisher keine), sagte einmal auf einer Fortbildungsveranstaltung der Victor-Gollancz-Stiftung: "A footballgame is a footballgame." Es war die Zurückweisung der Hoffnung, daß über die Organisation von Fußballspielen in einem Slum Wege zum Aufbau eines aktiven Quartiers gefunden werden könnten. Aber warum soll das nicht gehen? Meine Antwort heute ist: weil das Fußballspiel als solches wichtig ist und von den Gemeinwesenarbeitern wichtig genommen werden können muß. Sonst kommt es zu einer Überfrachtung des Spiels mit Phantasien über seine Bedeutung, zu entsprechenden Enttäuschungen, wenn diese Phantasien sich nicht umsetzen lassen und zu schwerwiegenden Mißverständnissen mit den Spielern, die für die Ziele der Sozialarbeit funktionalisiert wurden. Vielleicht können erst dann weiterführende Hoffnungen gehegt werden, wenn es allen Beteiligten mit dem Fußballspiel ernst ist, sowohl denen, die spielen, als auch denen, die das Spiel organisiert haben. Übertragen auf das Verhältnis von Sozialarbeit und Psychoanalyse bedeutet das: Sozialarbeit ist soziale Arbeit und Psychoanalyse ist dann soziale Arbeit im Sinne sinnvollen Handelns, wenn ich sie als solche wertschätzen kann und wenn ihr als solcher ein anerkannter beruflicher und gesellschaftlicher Wert zukommt.

Die Verführung der Therapie besteht für die Sozialarbeit in dem Gefühl, mit einem zusätzlichen erworbenen therapeutischen Handwerkszeug endlich etwas ausrichten zu können, wirklich Veränderungen bei den Betroffenen einzuleiten und zwar unter Umgehung geronnener gesellschaftlicher Strukturen und daraus erwachsender individueller Verkümmern. Das Gemeinsame der Therapie und der Sozialarbeit ist der Umgang mit dem Leid. An den gesellschaftlichen und sozialisatorischen Verursachungen können beide nichts ändern, denn so weit sind ihre Handlungsparameter nicht gesteckt und so weit reicht auch nicht ihre Macht und ihr Einfluß. Aber sie können eingreifen: Sozialarbeit in der ihr eigenen Mischung von Hilfe und Kontrolle, Therapie in freier Vereinbarung mit dem Patien-

ten oder der Patientin auf der Basis von Leidensdruck.

Das schließt nicht aus, daß aus der Therapie wichtige Impulse für die Bewältigung der Aufgaben von Sozialarbeit kommen können, primäres Ziel muß jedoch sein, Sozialarbeit als eigenständigen Praxisbereich beruflichen und gesellschaftlichen Wert zukommen zu lassen.

Im folgenden will ich anhand von 3 Punkten versuchen, das Verhältnis von Sozialarbeit und Therapie aus meiner Sicht darzulegen.

Im ersten Schritt wird der Gegenstandsbereich der Sozialarbeit, aber auch der Therapie näher bestimmt.

Dann will ich die Problematik des sozialen Arbeitsauftrages der Sozialarbeit darstellen, die ich darin sehe, daß er in seiner Unklarheit und Verschwommenheit jeglichen Anforderungen, Leistungsverweigerungen, Über- und Unterforderungen gegenüber offen ist.

Anschließend befaße ich mich mit der Bedeutung und Rolle der Therapie in der Sozialarbeit, die ich vor allem in einem selbstreflexiven Arbeitseinsatz und Selbstverständnis sehe.

2. Der Gegenstandsbereich von Sozialarbeit

Die spezifische Haltung der SozialarbeiterInnen macht ihren wesentlichen Unterschied zu anderen psycho-sozialen Berufsgruppen aus:

Während die Haltung der Therapeuten passiv-abwartend ist, sind die SozialarbeiterInnen aktiv-einbringend und handelnd. Während die Ersteren dazu neigen, die Bedeutung des sozialen Ortes ihrer Arbeit, die Machtrelationen etc. zu unterschätzen oder gar zu negieren, neigen die Sozialarbeiter dazu, die unbewußte Dimension der real beobachtbaren Ebene der Interaktion zu vernachlässigen (Kutter 1984). Es gibt also eine je spezifische "deformation professionel". Für den sozialisatorischen Arbeitsbereich der Sozialarbeit umreißt Thiersch die Aufgabe pädagogischen Handelns "als Handeln in der weiten Spanne von Für-andere-dasein, Mit-ihnen-leben und Mit-ihnen-etwas-ausrichten-und-bewirken-wollen" (Thiersch 1985, S. 484). Diesen Handlungsaspekt greift Winkler (1984) auf; in-

dem er Erziehen als aktiven Akt von Vorschlägen und Aufforderungen begreift, indem Material und Gegenstände zur Verfügung gestellt werden und Ansprüche und Anforderungen erhoben werden. Während der pädagogische Trend immer noch die Bedeutung von Beziehungsarbeit und Verstehensansätzen in den Vordergrund der sozialarbeiterischen Aufgabe rückt, werden auch warnende Stimmen laut. Die Gefahr der Beziehungsarbeit, wenn sie von SozialarbeiterInnen als Priorität gegenüber konkreten Zielsetzungen gehandhabt wird, besteht darin, daß hinterrücks "eine lautlose Infiltration des Alltags und des Gefühlslebens stattfindet, gegen die Widerstand sehr schwierig ist" (Heiner 1988, S. 26). Die allgemeine Anforderung an die Sozialarbeiter, sich in die Betroffenen verstehend einzufühlen, enthält die Gefahr der Grenzüberschreitung und der Kolonialisierung. Micha Brumlik (1984a) fordert hingegen eine neue pädagogische Besinnung und die Bereitschaft "die Eigenständigkeit und Eigensinnigkeit, ja auch die Unverständlichkeit und Undurchsichtigkeit jener Subjekte, die pädagogischen Maßnahmen unterworfen sind, **anzuerkennen**" (S. 62) auf der Basis von Respekt und Takt gegenüber der Intimsphäre des Anderen. So wichtig das Verstehen des Anderen und die zwischenmenschliche Kontaktaufnahme in der Sozialarbeit sind, ist es wichtig zu bedenken, daß Verstehen zum Eindringen verkommen kann und sich dann von Empathie löst, die Respekt immer schon beinhaltet.

Anhand eines Beispiels aus der Frauenarbeit will ich die unterschiedlichen Gegenstandsbereiche von Sozialarbeit und Therapie verdeutlichen.

In die wachsende Zahl der Frauenhäuser (derzeit etwa 200) fliehen jährlich nach Schätzungen der Bundesregierung 24.000 Frauen (Brückner 1990).

In der Öffentlichkeit, aber auch in den Frauenhäusern selbst stehen die weiblichen Opfer im Zentrum des Interesses und der Aufmerksamkeit, nicht die männlichen Täter. Nicht selten erscheint die Frau als die "Schuldige", die nicht weggegangen ist, die ihre Qual erduldet hat und wird damit selbst als Masochistin abgestempelt.

Die Zusammenarbeit mit mißhandelten Frauen im Frauenhaus wirkt

jenseits der gesellschaftlichen Bedingtheit von Gewalt gegen Frauen in der Ehe (die durch Öffentlichkeitsarbeit thematisiert werden muß) die Frage auf, in welcher Weise Frauen in ihre gewalttätig gewordene Ehe- oder Liebesbeziehung verstrickt sind und wie sie aus dieser Verstrickung wieder herausfinden können. In unserer Untersuchung über die Lebensentwürfe und Identitätsmuster von Frauenhausbewohnerinnen (Brückner 1987) wurde deutlich, welche verwirrende Vielfältigkeit und Widersprüchlichkeit die interviewten Frauen zeigten: Einerseits hatten sie eine große persönliche Stärke in der Organisation und Bewältigung von lebenswichtigen Alltagsfragen, oftmals im Beruf und nicht zuletzt in der Durchsetzung familialer Belange. Andererseits waren sie gleichzeitig in traditionellen Ehevorstellungen gefangen, wonach die Frau die Hinnehmende, Erduldende ist, selbst, wenn der Mann seine Aufgaben als Ehemann längst nicht mehr erfüllt und auch dann noch, wenn er gewalttätig geworden ist. Die Tragik dieses Identitätsmusters liegt darin, daß die Frauen ihre Lebensstärken so wenig als sinngebenden, eigenständigen Wert - für sich selbst und nicht nur zum Wohle der Familie - festhalten können, wenn sie sich in eine Liebesbeziehung verstrickt haben.

Der Kern der sozialarbeiterischen Arbeit scheint mir nun darin zu liegen, an den Stärken der Frauen anzusetzen: Einen Blick dafür zu entwickeln, wo die starken Seiten jeder einzelnen Frau liegen, wo ihre Fähigkeiten sind. Sei es, sie zu bestärken und zu unterstützen in allen bürokratischen Aufgaben, die sie erledigen muß (falls dazu nicht eine andere Mitbewohnerin animiert werden kann, die schon länger im Haus ist), die anstehenden Entscheidungen sorgsam - ohne ihr den eigenen Willen aufzuoktroieren - durchzugehen, sie in der Sorge um ihre Kinder zu unterstützen und ihr gegebenenfalls pädagogische Verhaltensalternativen aufzuzeigen und sich mit ihr über Kindererziehung auseinanderzusetzen, aber auch die Gemeinschaft der Frauen und ihre Konfliktfähigkeit untereinander zu stärken und sie zu ermutigen, Aufgaben für die Gemeinschaft zu übernehmen und auch Anforderungen an sie zu stellen. Auch die Lebenslust sollte durch gemeinsame Unternehmungen, mit oder ohne Kinder, einen wichtigen Platz erhalten. Gespräche - einzeln oder in

der Gruppe - über Gewalterfahrungen, Rückkehrwünsche, neue Lebensplanungen usw. sollen ermöglicht und angeboten werden, die aber nur in den seltensten Fällen einen aufgedeckten Charakter (durch Analysen der Beziehungsschwächen) annehmen, sondern im wesentlichen entscheidungs- und realitätsbegleitend orientiert sein sollten.

Diese hier aufgezeigte Art pädagogischer Arbeit zeigt viele Übergänge zur Organisation und Bewältigung des Lebensalltags, aber genau das ist es, was die Frauen in ihrer Situation vorrangig brauchen: eine sinnvolle Alltagsstruktur und Zukunftsperspektiven. Daher ist diese Art der sozialarbeiterischen Tätigkeit nicht wenig, sondern viel zu schwierig, da sie in hohem Maße neben der thematischen, inhaltlichen Kompetenz, Fähigkeiten der Empathie und der Abgrenzung erfordert, um nicht in einer unleistbaren und falschen Allzuständigkeit unterzugehen. Voraussetzung des Gelingens dieses Arbeitsansatzes ist eine gute Strukturierung der eigenen Aufgabe, sowohl für die eigene Person als auch im Team, sonst gerinnt die Arbeit zur uferlosen, nicht endenden Hausarbeit ohne Zielsetzung, denn ein fließendes Moment enthält die Sozialarbeit sowieso.

Nicht die Veränderungen der Persönlichkeitsstruktur und der Charaktermerkmale der Frauen kann als Erfolgsmarge von Sozialarbeit angesehen werden, sondern eine Stabilisierung der Lebensverhältnisse der Frauen in einer ihnen entsprechenden Weise.

Ganz anders nun würde ich die Arbeit mit einer mißhandelten Frau in einem therapeutischen Setting beschreiben. Hier geht es durchaus auch darum, die innerpsychischen Mechanismen, die eine Frau solange in der Opferrolle festgehalten haben zu bearbeiten, damit sie diese innere Haltung verlassen kann. Spaltungsphänomene wie projektive Identifikation können von tragender Bedeutung sein, wo die Schuldlosigkeit des Selbst durch die Schuldhaftigkeit des Täters aufrechtzuerhalten versucht wird. Die Situation der Leidenden muß aus unbewußten Motiven aufrechterhalten werden, um die Rolle der unschuldig Anklagenden weiterhin übernehmen zu können, weil jede Äußerung von Aggressivität im eigenen Erleben den Anspruch auf Geliebtwerden zunichte machen würde (Weidenhammer 1988). Wie schwierig diese therapeutische Arbeit ist, zeigen Fallberichte, in

denen beschrieben wird, daß therapeutische Fortschritte in Richtung größerer Autonomie bei der Patientin zunächst starke Ängste auslösen können (Heigl-Evers/Weidenhammer 1987). In der masochistischen Position zu verharren ermöglicht eine Kompensation für den Ausfall des emphatischen Objekts in der frühen Kindheit, der keine Etablierung eines guten inneren Objektes zuließ (Rhode-Dachser 1986).

Beide Arbeitsansätze, der sozialarbeiterische und der therapeutische können mißhandelten Frauen helfen, unter der Bedingung, daß sich die Frauen darauf einlassen und zur gemeinsamen sozialarbeiterischen beziehungsweise therapeutischen Arbeit bereit sind.

Das Frauenhaus muß jenseits dieser Bedingungen jedoch allen mißhandelten Frauen offen stehen, auch denen, die nur kurzfristig ausruhen und derzeit keine neuen Lebensentscheidungen treffen wollen, denn Frauenhäuser sind für alle Frauen da, die Schutz suchen. Nur müssen sich die Mitarbeiterinnen und die betroffene Frau möglichst eindeutig darüber verständigen, was das jeweilige Anliegen der Frauen ist. Dieser Verständigungsprozeß zwischen sozialer Institution und Betroffenen, zwischen Sozialarbeiterin und Klientin ist unerlässlich in der sozialen Arbeit, da der Arbeitsauftrag so wenig strukturiert und festgelegt ist. Daher sollten die jeweiligen Erwartungen, Möglichkeiten und Grenzen möglichst früh eindeutig abgeklärt werden, um überhaupt erst einmal einen Arbeitsrahmen zu schaffen.

3. Der soziale Arbeitsauftrag und seine strukturelle Unklarheit.

Der sozialarbeiterischen Aufgabe haftet etwas Unbestimmtes und Grenzenloses an, durch ihre unklaren Arbeitsziele, unbestimmten Lösungswege und schlecht strukturierten komplexen Probleme (Heiner 1986). Das Uneindeutige der Aufgabe legt eine Allzuständigkeit nahe und schürt entsprechende Phantasien von Allmacht und Ohnmacht sowohl bei den Betroffenen als auch bei den SozialarbeiterInnen. Es hat weniger souveräne Entscheidungsspielräume zur Folge, als daß es eine Verschärfung der Widersprüchlichkeit zwischen institutionellen und gesellschaftlichen Anforderungen und

den Bedürfnissen der Betroffenen bewirkt, die durch keine noch so gute individuelle berufliche Kompetenz aufhebbar sind (C.W. Müller 1988).

Hinzu kommt das Problem, daß die personennahen Dienste eine Kooperationsbereitschaft der Betroffenen voraussetzen und, daß eine gemeinsame Situationsdefinition ausgehandelt werden muß. Die Sozialarbeiterin muß einerseits als Person in Erscheinung treten und andererseits gleichzeitig deutlich machen, daß sie beruflich handelt.

In der Familienarbeit gerät eine Sozialarbeiterin angesichts des unklaren Arbeitsauftrages schnell in den Sog der Familiendynamik, d.h., sie fühlt sich gezwungen, schnell Partei zu ergreifen, ohne die Zusammenhänge und Konstellationen durchschauen zu können. Nicht nur die Betroffenen neigen zum Agieren (Trescher 1988), sondern unter derartigen Arbeitsbedingungen auch die SozialarbeiterInnen, die sich unter äußeren und inneren Handlungsdruck gestellt sehen, was die Fähigkeit und Möglichkeit zu "Hören" (Brumlik 1984b) verhindert. Der Sog, sich in Probleme und Streitigkeiten einzumischen, der einem sehr verständlichen Bedürfnis, sich nützlich zu machen entspringt, entsteht aus dem Familiensystem. Dahinter verbirgt sich jedoch das Problem, sich in Konkurrenz zu den jeweiligen familialen Beziehungen zu begeben. Denn die professionelle Helferin wird auf die Weise z.B. zum besseren Mann, zur besseren Mutter usw. (Sahle 1988, Münch 1988) Dadurch wird, für die Sozialarbeiterin zumeist unbemerkt, die Selbstverantwortlichkeit und Entscheidungsautonomie der Betroffenen beschnitten und möglicherweise die Instabilität des Familiensystems gefördert und Hoffnungen auf zeitlich unbegrenzte Hilfe genährt. Andererseits hat die Sozialarbeiterin durchaus die Aufgabe, in das Familiensystem einzugreifen und schwerwiegende Entscheidungen zu treffen, z.B. wenn sie sich gezwungen sieht, ein Kind aus der Familie herauszunehmen, weil seine Versorgung nicht gesichert ist, es mißhandelt oder mißbraucht wird. Der Versuch FreundIn zu sein und sich, in der Sicht der Familie oder eines Teils der Familienmitglieder, zum Feind zu entwickeln, ist schwer aushaltbar und für die Familie häufig schwer einsehbar. Hinzu kommen die professionell nicht klar vor-

gegebenen und oft auch nicht vorgebbaren Problemlösungsstrategien. Die Personen-Nähe der beruflichen Qualifikation macht für die Sozialarbeiter "persönliches Versagen und beruflichen Mißerfolg nur schwer voneinander unterscheidbar" (B. Müller 1986, S. 438).

Während ich die Situation in der Familienarbeit als Beispiel dafür gesehen habe, die Schwierigkeit mit dem Hereinziehen der eigenen Person darzustellen, soll das folgende Beispiel aus der Jugendarbeit dazu dienen, das Heraushalten der eigenen Person zu problematisieren. Für die Jugendarbeit zeigt Teuter (1987) wie wichtig es für die Jugendlichen ist, die Sozialarbeiter als "erkennbare Menschen" (B. Müller) zu erleben, damit sich eine Beziehung - die immer zugleich menschliche - und Arbeitsbeziehung ist - zwischen Jugendlichen und JugendhausmitarbeiterInnen überhaupt erst entwickeln kann. Das heißt, es bedarf der Bereitschaft, "sich als Mensch erkennen zu lassen" (Teuter S. 16) und des Willens, sich nicht aus Angst, Unsicherheit oder Resignation hinter einer professionellen Fassade zu verstecken. Nach einer eigenen Untersuchung geht Teuter davon aus, daß Jugendliche von den SozialarbeiterInnen erwarten, daß sie die Rolle von Erwachsenen (in Gegensatz zu bezahlten Berufsjugendlichen) übernehmen, Autorität verkörpern und Hilfestellung anbieten. Sich gleichzeitig als Person zu stellen, mit eigenen Fragen und Widersprüchen offen umzugehen ist, was die Arbeit so anstrengend macht.

Wie aus diesen beiden Beispielen deutlich wird, ist der reflexive und selbstreflexive Umgang mit der eigenen Person ein wichtiges Element des sozialen Arbeitsauftrages. Eine äußerst schwierige Aufgabe, die in Aus- und Weiterbildung einer professionellen Anleitung bedarf. Neben den zu erwerbenden fachlichen Qualifikationen scheint mir der bewußte Umgang mit der eigenen Person, den eigenen Gefühlen und Grenzen und die Reflexion über das Sich-Einlassen und das Sich-Heraushalten ein schwieriges Kernstück sozialarbeiterischer Kompetenz, aus der im Sinne Winnicotts das Gefühl "gut genug" zu sein erwachsen kann.

Ein weiteres schwieriges Element des sozialen Arbeitsauftrages ist die Frage, was ist überhaupt der klärungsbedürftige Tatbestand, bzw. das klärungsbedürftige Problem. Sich hierfür Zeit zu lassen ist

zumeist weder vom Arbeitgeber her vorgesehen noch Teil des Hilfeverständnisses der SozialarbeiterInnen. Ganz zu schweigen davon, daß der hektische Arbeitsalltag wenig Möglichkeiten dafür hergibt. Insbesondere BerufsanfängerInnen fällt es schwer, die in der Ausbildung gelernten "tieferen" Ursachen von Problemen, (die allein zu "wirklichen" Veränderungen führen) in sinnvollen, d.h. machbaren Arbeitsschritten anzugehen und für sich selbst und die Betroffenen in eine Handlungsebene umzusetzen.

Hierzu zwei Beispiele:

Eine junge Sozialarbeiterin, die sich während ihres Studiums intensiv mit den inneren Verstrickungen von Frauen in gewalttätig gewordenen Beziehungen beschäftigt hat, berichtet in der Supervision über eine Beratungssituation. Die ratsuchende Frau will sich scheiden lassen, weil ihr Mann gewalttätig ist und möchte von der Beraterin Informationen über ihre juristischen Möglichkeiten. Die Beraterin spürt, daß die Trennung für die Frau noch weitere Probleme aufwirft und spricht sie mehrfach darauf an. Die Frau sträubt sich anfänglich, berichtet dann aber doch immer mehr von ihrer Familie, wo deutlich wird, wie schwierig die Familiendynamik ist, wie sehr sie darin eingebunden ist und wie tief sie die Kinder in den Konflikt mit ihrem Mann hineingezogen hat. Anschließend verabschiedet sie sich hastig und die Beraterin hat das Gefühl, daß ihr unwohl ist, soviel erzählt zu haben. Es bleibt bei der einmaligen Beratung, die Frau kommt nicht wieder. In der gemeinsamen Reflexion der Beratung verstärkt sich mein Eindruck, daß die Frau sich gedrängt gefühlt hat - andererseits sicher auch unter Druck stand - ihre Familiensituation preiszugeben, vielleicht sogar der Beraterin zuliebe. Bei der Beraterin wurde deutlich, wie stolz sie darauf war, bei der Frau in die "tieferen" Ebenen vorgedrungen zu sein und wie enttäuschend es für sie war, daß die Frau anfangs "nur" juristische Ratschläge gesucht hat.

Eine andere junge Sozialarbeiterin im sozialen Dienst soll eine Beratung eigenständig übernehmen und zwar erst einmal für sechs Sitzungen. Es handelt sich um eine Mutter mit mehreren Kindern, u.a. einem Sohn mit persönlichen Problemen (wie bettnässen) und Schulproblemen (wie Schuleschwänzen, da ihn die Mutter nicht in

die Schule schickt). Der Mann hat die Familie verlassen, und seitdem ist die Frau sehr apathisch. Die Idee der Sozialarbeiterin ist, zu versuchen, die massiven Kränkungen, die die Frau durch die Trennung erlitten hat zu bearbeiten, um so an den Kern des Familienproblems heranzukommen und so der Frau und der ganzen Familie zu helfen. Anlaß der über eine andere Institution vermittelten Kontaktaufnahme durch den Sozialen Dienst waren die Schulprobleme des Sohnes, die die Mutter veranlaßt hatten, ihrerseits wegen des Sohnes noch einmal beim Sozialen Dienst um Hilfe nachzufragen. Angesicht der Fülle von Informationen über die Familie und verschiedenster Vorschläge über eine mögliche Vorgehensweise im Team, war niemandem die Idee gekommen, in den sechs Sitzungen (die der Frau vorgeschlagen werden sollten) mit der Frau gemeinsam zu überlegen, welche Lösungen es für die Schulprobleme des Sohnes gibt, z.B. wie es möglich werden kann, den Sohn regelmäßig zur Schule zu schicken. In lebenspraktischen Fragen Hilfestellung anzubieten schien keine Lösung des Problems. Was mir bei beiden Beispielen aufgefallen ist, ist die unhinterfragte Prioritätensetzung von "therapeutischen" Problemlösungsstrategien mit der Hoffnung, so ganz viel ändern zu können und die geringe Bewertung oder Außerachtlassung von lebenspraktischen Hilfe- und Unterstützungsformen. Der therapeutische Ansatz hat etwas Verführerisches für Sozialarbeiter: Er ist gesellschaftlich mehr "wert", ist eine eindeutig professionelle Hilfeleistung und enthält die Hoffnung, bei den betroffenen Menschen tiefgreifende Veränderungen zu bewirken. Daher kann gar nicht deutlich genug gemacht werden, wie hilfreich ein sozialarbeiterischer/sozialpädagogischer lebenspraktischer Arbeitsansatz sein kann für die Betroffenen, um wieder Boden unter die Füße zu bekommen, d.h. nicht in Problemen zu versinken, sondern Strukturen und Konturen für den Alltag zu gewinnen. Aber diese Arbeit ist weniger verlockend, weil sie so scheinbar banal daherkommt.

Ein drittes wesentliches Element jeder sozialen Tätigkeit, die auf einem Konsens mit den Betroffenen beruht (auch wenn sie ursprünglich nicht oder nur mehr oder weniger freiwillig zustande gekommen ist), ist die Bereitschaft zur Zusammenarbeit. Die Frage, wer sich

von beiden Parteien - Sozialarbeiterin und Betroffene - für was zuständig fühlt und wer was verändern will, bedarf genauester Beachtung, auch wenn das Problem und seine Lösung für die Sozialarbeiterin auf der Hand zu liegen scheinen. Denn die Lebensvorstellungen von SozialarbeiterInnen und Betroffenen können sehr weit auseinanderklaffen; vielleicht weniger, was die Wünsche angeht als was die Anstrengung, die eigene Situation zu verändern betrifft. Wobei sicher zu berücksichtigen ist, daß sich die meisten SozialarbeiterInnen noch nie in ihrem Leben an so schwierigen und aussichtslos erscheinenden Punkten befunden haben wie viele ihrer KlientInnen. So war ein langjähriger Jugendhausmitarbeiter nach vielen schmerzhaft gescheiterten Änderungsbemühungen für und mit den Jugendlichen in Bezug auf Ausbildungen etc. dazu gekommen, daß es so etwas geben muß wie ein "gemütliches Elend" (Diesen Hinweis verdanke ich Horst Meckelburg). Ähnliches konstatiert Münch (1988):

"Es wäre gut zu wissen, daß Klienten nicht selten ihre eigene Lebenssituation ziemlich anders erleben, als der Sozialarbeiter meint, wie sie sie eigentlich erleben müßten. Viele von ihnen haben sich in ihren unzulänglichen Lebensumständen längst so eingerichtet, daß sie selbst nur noch wenig Bedürfnis verspüren, daran etwas zu ändern." (S. 29)

Richter beschreibt diesen Zustand für eine Gruppe innerhalb einer Obdachlosensiedlung als "Getto-Hospitalismus", der aus einer passiv resignativen Haltung erwachsen ist (Richter 1977, S. 201).

Damit Berufserfahrungen dieser Art nicht als persönliche Mißerfolge erlebt werden und über die sich wiederholende Enttäuschung zu einer gleichgültigen oder zynischen Haltung gerinnen, bedarf es ebenso sehr Reflexionsmöglichkeiten und Ich-Stärke als auch der Kenntnisse über menschliches Verhalten in sozial und persönlich schwierigen Situationen. Zur Erleichterung dieser schwierigen Arbeit sollten SozialarbeiterInnen, wenn sie geprüft haben, ob ihnen nicht auch Fehler unterlaufen sind, wissen, daß sie zwar für eine gute Arbeit, nicht aber für die Weiterentwicklung der Klienten verantwortlich sind:

"... daß sie nur für eine spezielle Arbeit als Teil einer Umwelt verant-

wortlich (sind), die Reife und Entwicklung ermöglicht, nicht aber für die Fähigkeit des Klienten, davon Gebrauch zu machen." (Salzberger-Wittenberg 1973, S. 145)

Dennoch ist es in jedem einzelnen Fall eine traurige Tatsache, die Gefühle der Hilflosigkeit und Wut hervorrufen, wenn eine Klientin die angebotenen Chancen nicht wahrnehmen kann.

Das führt mich zu einer anderen elementaren Frage des sozialarbeiterischen Arbeitsauftrages, die für mich grundsätzlichen Charakter hat, nämlich die Frage der Resozialisierung. Ich werde immer mißtrauischer gegenüber diesem sozialen Ansatz und seinen praktischen Auswirkungen. Menschen durchlaufen einen Prozeß der Sozialisierung, der in der Kindheit am prägendsten verläuft. Aber inwieweit können und sollen bei erwachsenen Menschen Resozialisierungsprozesse freiwilliger oder gar erzwungenermaßen als soziale Zielsetzung angestrebt werden? Müssen sich alle Marginalisierten verändern, können wir - die Nichtmarginalisierten - nicht ertragen, daß sie so sind, wie sie geworden sind? (Für Straftäter verhängt der Staat sowieso rechtliche Konsequenzen). Unbestritten ist, daß Menschen ihr Leben lang Veränderungs- und Entwicklungsprozesse durchmachen, ihnen die bestmöglichen Chancen dafür zu bieten ist keine Frage. Aber zu erwarten, daß von unzureichenden Lebenschancen gezeichnete erwachsene Menschen binnen eines halben oder ganzen Jahres "re"sozialisiert werden können, erscheint mir einigermaßen zweifelhaft. Davon geht jedoch die Sozialbürokratie aus, wenn sie Maßnahmen, wie Unterbringung in einem Mutter-Kind-Heim, in Obdachloseneinrichtungen etc. zeitlich zumeist auf ein halbes, manchmal auf ein Jahr begrenzt. Verlängerungen müssen mit einem Antrag begründet werden, in dem bisherige "Erfolge" einer begonnenen aber noch nicht abgeschlossenen Resozialisierung aufgezeigt werden können, d.h. die unzureichenden Merkmale, die einem Auszug entgegenstehen müssen mehr oder weniger genau dargestellt werden, ebenso die bisher gezeigten positiven Ansätze. Gleichzeitig muß nachgewiesen werden, daß der Erfolg noch nicht so groß war, daß der oder die Betroffene die Einrichtung nicht noch nötig hätte. Hingegen müssen Resozialisierte und Resozialisierungsunwillige ausziehen. Wäre es nicht möglicherweise

menschlicher auf derartige Ansätze - oft Sozialtherapie genannt - zu verzichten und zeitlich unbefristete Lebensorte mit sozialarbeiterischer Betreuung zu schaffen, wo die dort Lebenden eine Art Heimat finden können, wenn sie es wollen oder anderswo nicht vermögen? Die Frage scheint mir deshalb hierher zu gehören, weil es meines Erachtens einer neuen Auseinandersetzung bedarf, inwieweit erwachsene Menschen Erziehungs-, Umerziehungs- und sonstiger Maßnahmen unterworfen werden sollen. Für wen ist es wichtig? Für die Gesellschaft, die Abweichung nicht ertragen kann oder für die Betroffenen zur Verminderung ihres Leides? Ob sich dadurch die Tatsache verringern läßt, daß Menschen anderen Menschen Leid zufügen, scheint mir auch noch nicht ausgemacht. Damit plädiere ich nicht dafür, alle Menschen in ihrem Elend zu belassen, sondern plädiere für ein Überdenken des neuen Allheilmittels Sozialtherapie und auch des Konzeptes Therapie statt Strafe, ohne zur Strafe als Allheilmittel zurückkehren zu wollen. Es geht mir um das Nachdenken über Wege, bei denen Selbstverantwortlichkeit einerseits und Akzeptanz von Andersartigkeit andererseits einen zentralen Platz einnehmen. Natürlich bleibt es schwierig abzuwägen, wo Selbst- und/oder Fremdgefährdung beginnt und wo Eingriffe unerlässlich sind und wann Kinder und Jugendliche geschützt werden müssen. Ein weiteres Problem liegt darin, daß zeitlich unbegrenzte betreute Lebensformen Lebensgemeinschaften näherliegend erscheinen lassen als Sozialarbeit im Schichtdienst. Resultat dieser Überlegungen ist nicht, keine Anforderungen an die betroffenen Menschen zu stellen, sondern ihnen sehr wohl - solange irgend vertretbar - die Zumutungen des Lebens, auch eines benachteiligten Lebens, abzuverlangen und sie als selbstverantwortlich (sofern sie erwachsen sind) zu sehen. Sich für den Umgang mit ihnen "Maßnahmen" zu überlegen, kommt jedoch einer teilweisen oder gänzlichen Entmündigung gleich. Vielleicht gibt es keine Alternative zu diesen Maßnahmenkatalogen, aber ihre tendenzielle Inhumanität sollte uns zumindest bewußt bleiben. Denn sie sind nicht nur deshalb nötig, weil Sozialarbeit bürokratischen Regeln folgt und weil die Betroffenen so sind, wie sie sind, sondern auch, weil wir - SozialarbeiterInnen und TheoretikerInnen der Sozialarbeit - nicht fähig zu einem anderen als

auf Belohnung und Bestrafung aufgebauten Umgang mit ihnen sind. Ohne eine Antwort geben zu können, denke ich daher eher an Konzepte - durchaus professionellen - gemeinsamen Alltagshandelns in kleinen Häusern, wo ein Stück Heimat entstehen kann, wo Menschen Wurzeln schlagen können, wenn sie das möchten. Und für die Menschen, die keinerlei Betreuung wollen, stelle ich mir Respekt vor Ihrer Haltung vor, solange irgendwie vertretbar, mit der Schaffung von Möglichkeiten zur elementaren Bedürfnisbefriedigung wie Essen und Waschen. Sicher ist die "Freiheit unter den Brücken zu schlafen" eine sehr zweifelhafte Freiheit, aber der Zwang zur Resozialisierung ist auch ein recht zweifelhafter Zwang. Mein Fazit aus diesen Überlegungen zum Arbeitsauftrag der Sozialarbeit ist zweierlei: Einerseits die Notwendigkeit einer klaren Strukturierung der gestellten Aufgabe unter Einbeziehung der institutionellen Gegebenheiten und genauer Abklärung der Erfordernisse, andererseits in Ausbildung, Fortbildung und im Berufsalltag die Möglichkeit der Reflexion und Selbstreflexion als Teil sozialarbeiterischer Professionalität, ohne damit die eigene pädagogische Arbeit als therapeutische umzudeuten. In therapeutischen Zusatzausbildungen für SozialarbeiterInnen müßte größter Wert darauf gelegt werden, wo und wie therapeutische Formen in den jeweiligen Arbeitsgebieten angewandt werden können. Sonst führen sie zu Mißverständnissen gegenüber dem pädagogischen Auftrag, den notwendigen Informations- und Unterstützungsleistungen und zur Negierung der Kontrollaufgaben von SozialarbeiterInnen. Auch die Beratungsfähigkeit, so wichtig sie ist, und der Wunsch nach vermehrter Beratungstätigkeit kann bedeuten, daß alltägliche und reale Unterstützungsaufgaben und -leistungen unmenschlich weit in den Hintergrund gedrängt werden und an "Wert" verlieren. Skylla und Charybdis der Sozialarbeit wären so auf der einen Seite überbordende Hilfewünsche und -leistungen (und Kontrollen), die die Autonomie der Betroffenen verkennen und auf der anderen Seite der Rückzug in eine abstinent-passive therapeutische Haltung, die die Lebensnot der Menschen und ihrem Bedürfnis nach Alltagsstrukturierung nicht gerecht werden.

4. Die Rolle der Therapie in der Sozialarbeit

Auch wenn Sozialarbeit ein eigenständiger Handlungsbereich mit eigener Bedeutung ist, kann die Therapie - insbesondere als selbstreflexive innere Haltung, aber auch als Erkenntnismöglichkeit über die Bedeutung des Unbewußten im menschlichen Handeln - für die Sozialarbeit von großer Bedeutung sein.

Sehr sensibel und präzise beschreibt Winnicott (1974) am Beispiel der Sozialarbeit in der Psychiatrie die besondere Aufgabe der Sozialarbeit in Abgrenzung von und in Zusammenarbeit mit therapeutischen Verfahren. Gerade in der Psychiatrie scheint mir beides besonders wichtig, da hier SozialarbeiterInnen und TherapeutInnen am engsten zusammenarbeiten. Hier ist daher die Verführung für die SozialarbeiterInnen, doch lieber Therapie als Sozialarbeit zu machen, besonders groß und die Frustration gegenüber den TherapeutInnen besonders stark. Winnicott konstatiert gerade für die psychisch schwer Kranken den gravierenden Mangel einer förderlichen Umwelt, denn nur eine Umwelt die "gut genug" ist, fördert den menschlichen Reifungsprozeß. Den Kranken beizustehen, bei ihnen zu bleiben, sie zu halten sieht Winnicott als wichtige Mittlerfunktion, gerade auch bei "antisozialen Tendenzen". Da die Sozialarbeiter die Funktion haben, zu versuchen einen Schaden wiedergutzumachen, müssen sie eine zeitlang eine besondere Fürsorge ausüben. "... Sozialarbeit beruht auf der Umweltversorgung, die den Reifungsprozeß des Individuums fördert. (...) Sie hat nie zum Ziel, das Leben oder die Entwicklung des Individuums zu lenken..." (Winnicott, S. 300) Dabei wird die Sozialarbeiterin von der Klientin häufig erst auf die Probe gestellt, ob sie sich als zuverlässig erweist, was manchmal schwer aushaltbar ist. Es kann durch die besondere Fürsorge allerdings auch zum Ausbruch einer antisozialen Haltung oder Verrücktheit kommen, so daß die Sozialarbeiterin unter Umständen mit Hilfe von Forderungen konsequent durchgreifen muß, weil diese Fürsorgeerfahrung zur Regression geführt hat. Dieser Prozess kann aber notwendiger Teil der Heilung sein, insbesondere wenn die Sozialarbeiterin Gemeinheit, Unzuverlässigkeit u.ä. als Symptome der Not erkennen kann. Dazu bedarf es für die SozialarbeiterInnen der in-

stitutionellen Unterstützung und der entsprechenden beruflichen Befähigung. Nach Winnicott soll die Sozialarbeiterin gleichzeitig gefühlsmäßig engagiert und zugleich distanziert sein und sie muß wissen, daß sie für ihre Arbeit, nicht aber für die Krankheit oder Not der Klientin verantwortlich ist. Gerade weil die Sozialarbeiterin die Klientin mitten im Beziehungsgeflecht ihrer sozialen Situation trifft, braucht sie therapeutische Sichtweisen und Wahrnehmungsfähigkeiten, "um nicht selbst hineingezogen zu werden und mit dem Klienten gleichsam darin unterzugehen" (Ohlmeier S. 816). Auch die direkte Arbeit mit den KlientInnen in Form von materiellen und organisatorischen Hilfestellungen und Ratschlägen macht die Beachtung und Erkennung von Übertragung und Gegenübertragung notwendig, um z.B. erkennen zu können, warum auf der Ebene der Übertragung Kooperationsangebote nicht angenommen werden können oder warum auf der Ebene der Gegenübertragung eine Klientin nicht losgelassen werden kann.

Wichtig für die sozialpädagogische Arbeit ist es, "den Blick zu schärfen für bestimmte Phänomene und Lebenszusammenhänge, die auf die Inszenierung einer Lebensdramatik verweisen" (Leber 1975, S. 43). Diese Inszenierungen zu verstehen, ist deshalb so wichtig, weil sich in ihnen dem Bewußtsein nicht zugängliche, unverarbeitete Probleme Ausdruck verschaffen und zwar in einer Weise, die für den einzelnen in seiner Teilhabe an sozialen und familialen Kommunikation- und Interaktionsprozessen hinderlich ist (Trescher 1988). Erst wenn eine soziale Auffälligkeit als - aus der Lebensgeschichte mit ihren Versagungen erwachsener - Appell verstanden werden kann, ist es möglich zu versuchen gemeinsam, in zäher Auseinandersetzung, am Aufgeben dieser sprachlosen Inszenierung zu arbeiten. Der Zugang zur Welt des Anderen ist die Voraussetzung dafür, beginnen zu können, an der Problematik zu arbeiten. Das Schwierige dabei ist, daß diese Inszenierung auch an die Sozialarbeiterin gebunden wird, die das aushalten muß, was an Versagenserlebnissen sich in Wut, Haß, Verachtung, Unzuverlässigkeit, Gewalttätigkeit etc. entlädt (Gerspach 1982).

Ein wenig erwähnter Aspekt der Sozialarbeit, der schwere gefühlsmäßige Turbulenzen bei den SozialarbeiterInnen bewirkt, ist der

Umgang mit dem Triebhaften, mit manifesten Triebdurchbrüchen. Viele Bereiche der Sozialarbeit sind nicht nur ein Eindringen in die Sphäre sozialer und persönlicher Not, sondern ein Eindringen in die Milieus der Marginalisierten (und auch der Nichtmarginalisierten, zu denen Sozialarbeit Kontakt hat). Dieses Eindringen bedeutet das sekundäre Erleben von z.B. Sexualität in der Form von Prostitution und Mißbrauch, von Gewalt, Sucht und mehr oder weniger bizarren Lebensformen jenseits konventioneller Normen. Ohne die Not, aus der viele dieser "Abweichungen" entspringen zu verkennen, haben ihre Äußerungsformen doch oft etwas Schillerndes, Faszinierendes, das den sozialarbeiterischen (und sonstigen) Eindringlingen aus der Mittelschicht ebenso abstoßend wie animierend erscheinen mag und je nach Persönlichkeitsstruktur sich mehr mit Angst und Abwehr oder Wünschen und Neugier verknüpft, in jedem Fall aber zu heftigen Gefühlen Anlaß gibt (Brückner 1983, S. 44ff). Der Preis der Unangepaßtheit und Andersartigkeit ist für die Betroffenen zumeist hoch, denn es ist kein bewußtes "Aussteigen" aus den Zwängen der Normalität, dennoch hat es auch die lustvollen Seiten des Irrationalen, die die Phantasie schüren, Neid erregen oder den Wunsch wecken können, auch einmal über die Stränge zu schlagen.

Wie alt diese Verbindung von Sozialarbeit und Abenteuer ist, macht eine der großen alten Frauen der Sozialarbeit, Berta Pappenheim, deutlich. Eine starke libidinöse Energie ist Teil ihres sozialen Engagements gegen den Mädchenhandel, das sie zu Beginn des Jahrhunderts in die Bordelle des Ostens geführt hat (DeClerck-Sachße/Sachße 1981).

"Das Motiv der beunruhigenden Fremdheit innerhalb des scheinbar Bekannten geht seitdem aus der Entwicklung der Sozialen Arbeit nicht mehr verloren und ebensowenig die Faszination, ihre Erkundung und Vermessung als Voraussetzung wirkungsvoller Intervention. Stets kümmerte sich die Sozialpädagogik nicht nur um den Anderen, sondern um den Andersartigen, um die Fremden, als welche die verwilderten Kinder, die verderbten Jugendlichen, die unordentlichen Familien der unteren Klassen, die Armen, Kranken und Verbrecher zutiefst erlebt wurden. Das Moment der Bedrohlichkeit, ja Angst, das sich durchgängig mit dieser Konfrontation verbindet,

wird gebannt durch jene Zivilisations-, Assimilations- und Bildungstheorien, durch welche sich die Vernunft das Unvernünftige ähnlich machen will" (Marzahn 1984, S. 112).

Inwieweit und in welcher Weise das Niederhalten dieses Beunruhigenden in der Konfrontation mit menschlicher Triebhaftigkeit Teil sozialarbeiterischer Methoden und sozialpolitischer Interventionen geworden ist, müßte genauer untersucht werden.

Therapienahe, beratende Tätigkeit ist in der Sozialarbeit angesichts der Zunahme personennaher Aufgaben oft sinnvoll, oft aber auch problematisch. Mit einer Beratungstätigkeit (und in heillosen Überschätzung der Möglichkeiten zur Einflußnahme durch Beratung) kann die Hoffnung genährt werden, der Frustration der "normalen" Sozialarbeit mit der Unbestimmtheit ihres Anliegens zu entkommen. Diese Flucht tendenz ist auf der gesellschaftlichen Ebene eine Konsequenz der Ohnmacht von Sozialarbeit gegenüber der - derzeit sogar wachsenden - sozialen Ungerechtigkeit in unserer Zweidrittelgesellschaft, d.h., sie verkörpert den Wunsch, nicht mehr "Flickschuster der Nation" zu sein, keine Sisiphosarbeit mehr leisten zu wollen. Im Vergleich zu dieser Ohnmacht erscheint Beratung mächtig: Sie ist eine ausgewiesene Methode, sie geht dem subjektiven Problem auf den Grund, und sie hat eine eindeutige Professionalität zur Voraussetzung. Das ist verlockend für einen semi-professionellen Berufsstand mit niedriger Eigen- und Fremdbewertung der sozialen Tätigkeit und angesichts der Erfolglosigkeit in der Abschaffung sozialer Not. Lassen sich schon die Verhältnisse nicht ändern, dann vielleicht doch die Menschen. SozialarbeiterInnen sollten Beratungsmethoden kennenlernen, denn die Fähigkeiten - Zuhören, auf den Anderen eingehen, Selbstreflexivität - die für Beratung und Therapie gebraucht werden, sind für Sozialarbeit außerordentlich wichtig. Andererseits legen die Methoden von Therapie und Beratung oft Mißverständnisse nahe, indem ihre Anwendungsmöglichkeiten, ihre Sinnhaftigkeit und ihre inneren und äußeren Voraussetzungen nicht genügend geprüft werden.

An zwei Beispielen aus der Frauenarbeit möchte ich darstellen, wie wichtig und im Selbstverständnis der betroffenen Frauen erfolg-

reich, direkte Vorgehensweisen in der Sozialarbeit sein können (Brückner 1987). Frau W. empfindet den ersten telefonischen Kontakt zu einer Frauenhausmitarbeiterin aus ihrer heutigen Sicht als Konfrontation und als Entscheidungshilfe. Sie berichtet:

"Ich habe die angerufen und ich habe das (ihre Situation der jahrelangen Mißhandlung, M.B.) der so etwa geschildert. Und da hat die gesagt: 'Jetzt passen sie mal auf -' und da habe ich gesagt: 'Ich kann den doch nicht ganz alleine lassen, der geht doch vor die Hunde, der geht doch kaputt, wenn ich weggehe.' Und da hat sie gesagt: 'Jetzt hören sie mal, Sie fangen schon wieder an: der geht kaputt. Das hat jetzt alles nichts zu sagen, das ist dann seine Sache, er ist ja erwachsen. Kommen Sie.' Und da habe ich gesagt: 'Ja, wann könnte ich denn da mal kommen?' Und da war ich ja eigentlich schockiert, da hat die gesagt: 'Morgen.' Ich kann heute die Gefühle nicht mehr so ausdrücken, das war für mich wie so ein Schlag ins Gesicht, aber heute weiß ich, daß es keine andere Möglichkeit gegeben hat. Wenn ich vierzehn Tage Zeit gehabt hätte, hätte ich den Entschluß nicht fertig gebracht und so hat diese Frau gesagt: 'Entweder morgen oder gar nicht, denn das kennen wir, Sie sind eine von denen, die Angst hat, wegzugehen, die schon so an jemand gewöhnt ist, daß sie denkt, ganz weggehen kannst nicht.' Da habe ich gesagt: 'Ich muß sagen, Sie haben recht, stimmt'" (Ausschnitte aus einer langen Interviewpassage, S. 125).

Für Frau W. ist die zweifelsfreie, eindeutige Position der Mitarbeiterin und deren Überzeugungsarbeit, morgen schon wegzugehen wichtig, um ihre Entscheidung fällen zu können, was sie in ihrer lebendigen Sprache eindrücklich darstellt. Seit nunmehr vielen Jahren ist sie bei ihrer Entscheidung geblieben.

Frau D. lebte schon lange im Frauenhaus und war dort sehr aktiv, als die Mitarbeiterinnen sie aufforderten, im Rundfunk ein Interview über das Frauenhaus zu geben.

"Also, die haben einfach gesagt, du gehst dahin, du kannst das und das ging. Und das hilft, das hilft natürlich unheimlich" (S. 149).

Die direkte Aufforderung zum Handeln wird von beiden Frauen als Unterstützung erlebt, die ihnen geholfen hat, etwas zu tun, wozu sie sich alleine nicht in der Lage gefühlt hätten.

Die Frage, inwieweit und wann es Aufgabe eines Sozialarbeiters respektive einer Sozialarbeiterin ist, erwachsene Betroffene zu beraten und ihnen die Entscheidung autonom zu überlassen und wann und wie weit es eine oder ihre Aufgabe ist, zu überzeugen, nachzuhaken, zu unterstützen, zu begleiten oder gar Druck auszuüben, kann sicher nicht durch eine allgemeine Regel entschieden werden, sondern bedarf der situationsspezifischen Klärung. Für diesen Klärungsprozeß ist neben der Beurteilung der sozialen Dimension eine psychologische Wahrnehmung des Problems und eine emphatische Haltung gegenüber dem betroffenen Menschen oder gegenüber der Gruppe unerlässlich. Sicher ist es auch eine Frage des Menschenbildes, inwieweit soziale Instanzen, vermittelt über den Sozialarbeiter und die Sozialarbeiterin, in das Leben erwachsener Menschen eingreifen sollen, eine Frage, die angesichts z.B. von Süchtigkeit oder Selbstmordgefahr nie ohne Zweifel beantwortet werden kann, wenn das Bestreben ist, von der prinzipiellen Selbstverantwortlichkeit und Entscheidungsfähigkeit des Einzelnen auszugehen und möglichst wenig zur Pathologisierung und Klientelisierung beizutragen, aber dennoch die notwendige Hilfe und Unterstützung anzubieten.

Literatur

- Brückner, Margrit: Expertise zum Thema Frauenhäuser, in: Perspektivenwandel der Jugendhilfe Bd. II, Hrsg. von Dieter Kreft u.a., Nürnberg 1990
- Brückner, Margrit: Die Janusköpfige Frau - Lebensstärken und Beziehungsschwächen, Frankfurt 1987
- Brückner, Margrit: Die Liebe der Frauen, Frankfurt 1983
- Brumlik, Micha: Verstehen oder Kolonialisieren, in: Müller, Siegfried/Otto, Hans-Uwe (Hg.), Verstehen oder Kolonialisieren? Bielefeld 1984a
- Brumlik, Micha: Was heißt Helferkompetenz? in: Müller, S./Otto, H.-U./Peter, H./Sünker, H. (Hg.), Handlungskompetenz in der Sozialarbeit/ Sozialpädagogik II, Bielefeld 1984b
- DeClerk-Sachße, Rotraut, Sachße, Christoph: Sozialarbeit und Sexualität. Eine biographische Skizze, in: Sachße, Christoph/Tennstedt, Florian (Hg.), Jahrbuch der Sozialarbeit 4, Reinbek 1981
- Gerspach, Manfred: Rettungsarbeit für die Phantasie, in: Sozialmagazin Januar 1982

- Heigl-Evers, Annelise/Weidenhammer, Brigitte: Der sogenannte "feminine Masochismus" und die masochistische Bewältigung von Bedrohungsreizen, in: Forum der Psychoanalyse 3/1987
- Heiner, Maja: Verwirrte Professionals und alternative Experten, in: Soukup, Gunther/Koch, Reinhard (Hg.), Es kamen härtere Tage, Weinheim und Basel 1986
- Kutter, Peter: Psychoanalytische, methodische und systemtheoretische Anmerkungen zur Supervision, in Supervision 6/1984
- Leber, Alois: Psychoanalytische Reflexion - ein Weg zur Selbstbestimmung in Pädagogik und Sozialarbeit, in: Leber, Alois/Reiser, Helmut (Hg.), Sozialpädagogik, Psychoanalyse und Sozialkritik, Neuwied, Darmstadt 1975
- Marzahn, Christian: Nichts als eine modische Metapher? in: Müller, Siegfried/Otto, Hans-Uwe (Hg.), Verstehen oder Kolonialisieren?, Bielefeld 1984
- Müller, Burkhard: Der eigene und der fremde Alltag, in: Neue Praxis 5/1986
- Müller, C. Wolfgang: Der unheilbare Krisenberuf, in: Sozialmagazin 12/1988
- Münch, Winfried: Über Helfereinstellungen und Handlungskonzepte von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern im "Sozialen Dienst", in: Supervision 14/1988
- Ohlmeier, Dieter: Psychoanalyse und Sozialarbeit, in: Handbuch der Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Neuwied, Darmstadt 1984
- Richter, Horst-Eberhard: Randgruppenarbeit und "introspektives" Konzept, in: Barabas, F./Blanke, Th./Sachße, Ch./Stascheit, U. (Hg.), Jahrbuch der Sozialarbeit 1978, Reinbek 1977
- Rohde-Dachser, Christa: Ringen um Empathie, in: Forum der Psychoanalyse 1/1986
- Sahle, Rita: Moral und Kompetenz, in: Sozialmagazin April 1988
- Salzberger-Wittenberg, Isca: Die Psychoanalyse in der Sozialarbeit, Augsburg 1973
- Teuter, Leo: Die Zeiten ändern sich..., in: Sozial Extra Dezember 1987
- Thiersch, Hans: Akademisierung der Sozialpädagogik/Sozialarbeit - eine uneinge löste Hoffnung? in: Neue Praxis 6/1985
- Trescher, Hans-Georg: Erziehungswissenschaft und Psychoanalyse, in: Neue Praxis 6/1988
- Weidenhammer, Brigitte: Zur Attraktivität der weiblichen Opferrolle im Zusammenleben, in: Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, Band 23, 2/1988
- Winkler, Michael: Pädagogische Denktradition und Handlungskompetenz - Längere Notiz im Blick auf eine mögliche Theorie der Sozialpädagogik, in: Müller, S./Otto, H.-U./Peter, H./Sünker, H. (Hg.), Handlungskompetenz in der Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Bd.2, Bielefeld 1984
- Winnicott, D.W.: Die psychisch Kranken unter den Fällen der Sozialarbeiter, in: Ders., Reifungsprozesse und fördernde Umwelt, München 1974 (1965)

Birgit Moos-Hofius

Selbstregulation und Selbstkontrolle

Selbsthilfegruppen, eine Chance zur persönlichen Stabilisierung suchtkranker Frauen?

Im Bereich der Suchterkrankungen wird Selbsthilfe in unterschiedlichen Formen und Organisationsstrukturen realisiert: in Gesprächs-Selbsthilfegruppen, in Anonymus-Gruppen und in großen Abstinenz-Verbänden.

Die Frage nach Chancen zur Selbstregulierung und Selbstkontrolle suchtkranker Frauen durch Selbsthilfe ist meines Erachtens eine Frage nach den Beziehungen zwischen den Personen, die sich an der Selbsthilfe beteiligen: Welche Interaktions-Stile herrschen in den verschiedenartigen Selbsthilfe-Formen vor; fördern sie Frauen darin, sich abzugrenzen und sich für ihre eigenen Belange zu sensibilisieren?

Um die Selbsthilfe-Chancen für Frauen mit Abhängigkeitsproblemen zu beleuchten, werde ich deshalb skizzieren, wie sich die Arbeitsweisen von Selbsthilfe-Zusammenschlüssen auf die Beziehungen der Mitglieder untereinander auswirken.

Da die Arbeit mit Selbsthilfegruppen für immer mehr Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Sucht-Beratungsstellen und vergleichbaren Einrichtungen großen Raum einnimmt, verknüpft sich die Frage nach Chancen der Sucht-Selbsthilfe zunehmend auch mit der Frage der Interaktion zwischen Menschen, die sich für Selbsthilfe interessieren oder Mitgliedern von Selbsthilfe-Zusammenschlüssen und professionellen Beraterinnen und Beratern.

Weil professionelle Beratung Selbsthilfe erheblich erleichtern kann,

allzuleicht aber auch Gefahr läuft, die Selbsthilfe-Potentiale der einzelnen zu destruieren, werde ich auf die Anforderungen eingehen, die für professionelle HelferInnen aus der Zusammenarbeit mit Selbsthilfe-Zusammenschlüssen resultieren.

Ich möchte zunächst erläutern, vor welchem Hintergrund ich über das Thema meines Referats nachgedacht haben. Deshalb beginne ich bei meinem beruflichen Alltag und beschreibe die Arbeit, die meine Kolleginnen und ich in der Selbsthilfe-Kontaktstelle Frankfurt leisten. Danach gehe ich auf die unterschiedlichen Formen der Sucht-Selbsthilfe und ihre Bedeutung für Frauen ein. Abschließend werde ich auf Fragen zur Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen und Möglichkeiten zur beraterischen Selbsthilfegruppen-Unterstützung eingehen.

Selbsthilfe-Unterstützung in der Selbsthilfe-Kontaktstelle Frankfurt

In der Selbsthilfe-Kontaktstelle Frankfurt praktizieren wir, ebenso wie die etwa 150 anderen Selbsthilfe-Kontaktstellen im Bundesgebiet, themenübergreifende Selbsthilfe-Unterstützung. Wir sind also keine Einrichtung, die sich auf das Thema Sucht oder einen anderen gesundheitlichen oder psychosozialen Problembereich spezialisiert hat.

Als großstädtische Kontaktstelle haben wir besonders oft Kontakt zu Gesprächs-Selbsthilfegruppen, die von sechs bis maximal zwölf Personen gebildet werden. Die Mitglieder dieser Gruppen arbeiten eigenverantwortlich und gleichberechtigt.

Wichtige Kooperationspartner für unsere Arbeit sind, neben den Frankfurter Einrichtungen zur gesundheitlichen und sozialen Versorgung, die Selbsthilfe-Organisationen und -Verbände, die im Stadtgebiet arbeiten: die Anonymen Alkoholiker, die Deutsche Rheuma-Liga e.V., Frauen nach Krebs e.V., der Verband bi-nationaler Familien e.V., der Club Behinderter und ihrer Freunde e.V. etc.

Die Selbsthilfe-Kontaktstelle ist Beratungs-, Vermittlungs-, und Vernetzungs-Instanz für Selbsthilfegruppen sowie Beratungs-, Informa-

tions- und Schleusen-Instanz für Einzelpersonen, die sich für Möglichkeiten zur Selbsthilfe interessieren.

Unsere fachliche Arbeit gliedert sich in zwei Bereiche: das Beraten von Einzelpersonen und das Unterstützen von Selbsthilfegruppen.

a) Die Arbeit mit Einzelpersonen

Einzelpersonen, die sich an uns wenden, sind Menschen

- mit punktuellen persönlichen Schwierigkeiten wie Ängsten vor einer Prüfung, aktuellen Beziehungs-Konflikten oder Schwierigkeiten, die sich aus biographischen Veränderungen ergeben (Männer in der Midlife-Phase, Frauen nach der Geburt eines Kindes, männliche und weibliche Studenten nach Studienabschluß)
- mit anhaltenden körperlichen, seelischen oder sozialen Belastungen, wie Angehörige von pflegebedürftigen oder suchtkranken Menschen, Menschen, die an chronischen Erkrankungen oder unter körperlichen Behinderungen leiden oder Menschen, die sich nach jahrelanger Einsamkeit und Isolation auf das soziale Korrektiv einer Gruppe angewiesen fühlen
- mit gravierenden und dauerhaften Problemen, zum Beispiel psychisch Kranke nach einer langen Patienten-Karriere, Langzeitarbeitslose mit Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeiten ohne funktionierende Sozial-Kontakte.

Wir werden von Frauen und Männern angesprochen. Der prozentuale Anteil der Klientinnen lag 1991 bei 59%.

Die Einzelnen wenden sich telefonisch, schriftlich, manchmal auch persönlich an die Kontaktstelle. Sie rufen Auskünfte entweder gezielt ab oder formulieren ein allgemeines Informations- und Beratungsbedürfnis. Gezielte Anfragen beantworten wir meist telefonisch. Bei allgemeinen Anfragen oder bei Fragen nach Beratungsmöglichkeiten bieten wir persönliche Beratungs-Gespräche an.

Beratungs-Gespräche für Einzelpersonen sind einmalige Ambivalenz-, Klärungs- oder Informations-Gespräche, in denen die Klientinnen und Klienten entscheiden, ob sie sich einer Selbsthilfegruppe

anschließen. Konsequenzen der Einzelgespräche sind:

- Vermittlungen in eine Selbsthilfegruppe oder eine Selbsthilfe-Organisation
- Hilfestellung bei der Gründung einer Selbsthilfegruppe
- Vermittlungen an eine Beratungsstelle, eine niedergelassene Therapeutin oder einen Therapeuten. In seltenen Fällen vermitteln wir auch in eine ärztliche Praxis
- Hinweise auf Angebote zur Erwachsenenbildung bei der VHS, in der Frauenschule oder bei anderen Institutionen.

Ergebnis einer Beratung kann auch sein, daß die Klientin oder der Klient die Kontaktstelle ohne weitere institutionelle Konsequenzen verläßt, weil ihr oder ihm in der aktuellen Situation ein einmaliges Gespräch mit einer neutralen Person genügt.

Hat sich eine Person für die Mitarbeit in einer Selbsthilfegruppe entschieden und ist Mitglied geworden, endet der persönliche Beratungskontakt. Nach ihrem Eintritt in eine Selbsthilfegruppe begegnen wir den einzelnen nur noch gemeinsam mit anderen Gruppenmitgliedern.

Wenn einzelne Gruppenmitglieder nochmalige Einzelberatungen anfragen, wird in den Beratungs-Gesprächen nicht über das Gruppen-Geschehen gesprochen. Um die Arbeit der Gruppe durch die Einzelberatung nicht zu stören, engen wir solche Gespräche auf die persönlichen Themen des Gruppenmitglieds ein. Wünscht sich ein einzelnes Gruppenmitglied die Gruppen-Situation als Beratungs-Inhalt, verweisen wir auf Möglichkeiten zur Gruppen-Beratung.

b) Die Gruppen-Unterstützung

Gruppen, die unsere Leistungen nutzen, sind Selbsthilfegruppen

- von Menschen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen, wie Selbsthilfegruppen von HIV-positiven Frauen oder von Dialyse Patienten, von Leukämie-Kranken
- von Menschen mit chronisch-degenerativen Erkrankungen oder körperlichen Behinderungen. Hierzu zählen Selbsthilfegruppen von Männern und Frauen mit rheumatischen Erkrankungen, mit

Wirbelsäulen-Beschwerden, von Aphasikerinnen und Aphasikern

- von Angehörigen: Selbsthilfegruppen von Eltern chronisch kranker Kinder, von Angehörigen pflegebedürftiger Menschen, von Partnerinnen alkoholkranker Männer, von Eltern magersüchtiger Jugendlicher
- von Menschen mit psychosozialen Belastungen. Dazu gehören Selbsthilfegruppen von sexuell mißbrauchten Frauen, von Frührentnerinnen und Frührentnern, von Suchtkranken, von Depressiv-Kranken
- von Menschen mit sozialen Themen: Selbsthilfegruppen von Stiefmüttern, von Alleinerziehenden, von Männern und Frauen mit Beziehungs-Problemen, mit Leistungs-Angst, von Frauen in der Lebensmitte etc....

Wir unterstützen Selbsthilfegruppen mit infrastrukturellen und beratenden Hilfen, indem wir

- Räume für die Gruppenarbeit bereitstellen oder vermitteln
- technische und methodische Hilfsmittel für die Gruppenarbeit zur Verfügung stellen
- potentielle Gruppenmitglieder in bestehende Gruppen vermitteln
- die Öffentlichkeitsarbeit für Initiatorinnen und Initiatoren neuer Gruppen übernehmen
- den ersten Gruppenabend für entstehende Gruppen organisieren und in der Eröffnungsphase moderieren
- ein reflexives Gruppengespräch nach der Konsolidierungsphase sicherstellen
- regelmäßige Gesamttreffen für den Erfahrungsaustausch von Selbsthilfegruppen anbieten und begleiten
- Kriseninterventionen bei gruppenspezifischen Problemen bereitstellen.

Der Kontakt zwischen den Selbsthilfegruppen und uns wird durch die Gruppen initiiert und ist immer auf eingegrenzte Themen oder kurze Phasen beschränkt: Eingegrenzte Themen sind zum Beispiel organisatorische Fragen zur Gruppenarbeit, Vermittlung von neuen

Gruppenmitgliedern oder Sachfragen, die sich aus dem Gruppen-Thema ergeben.

Eine phasenweise Zusammenarbeit entsteht, wenn Selbsthilfegruppen sich wegen Problemen in der Gruppendynamik an uns wenden. In solchen Fällen führen wir gemeinsam mit allen Gruppenmitgliedern Klärungsgespräche, in denen die Anwesenden die Gruppensituation beschreiben und mit uns die Art der Gruppenberatung verabreden. Auf das Klärungsgespräch folgt eine Gruppenbegleitung über maximal fünf Sitzungen.

Nach der Gruppenbegleitung arbeiten die Mitglieder in der Regel eigenständig weiter. Ausnahmen sind Selbsthilfegruppen, die eine Gruppenberatung nutzen, um die gemeinsame Arbeit abzuschließen. Diese Gruppen treffen sich nach einer Gruppenbegleitung noch für ein bis zwei Abende, an denen die Einzelnen sich als Selbsthilfegruppen-Mitglieder voneinander verabschieden und verabreden, wie sie weiter miteinander in Kontakt bleiben möchten.

Wege zur Sucht-Selbsthilfe

Es gibt eine große Zahl von Männern und Frauen mit Abhängigkeits-Problemen, die durch eine Presse-Notiz, einen Handzettel oder ein Plakat Zugang zu einem Selbsthilfe-Zusammenschluß gefunden haben. Sie bearbeiten ihr Problem, ohne das Abhängigkeits-Thema jemals in einer professionellen Beratung anzusprechen.

Menschen, die sich wegen Abhängigkeits-Problemen auf professionelle Hilfe stützen, werden häufig von ihren Beraterinnen und Beratern in Selbsthilfe-Zusammenschlüsse vermittelt. Viele Beratungsstellen und ärztliche Praxen in Frankfurt geben Adressen von Anonymus-Gruppen, vom Blauen Kreuz und anderen Selbsthilfe- bzw. Abstinenz-Verbänden weiter oder vermitteln ihre Klientinnen und Klienten an die Selbsthilfe-Kontaktstelle. Diese Frauen und Männer rufen uns an und fragen Kontaktadressen und ergänzende Informationen ab.

Ansonsten thematisieren bei uns Frauen im Erstkontakt praktisch nie, Männer selten, eigene stoffgebundene Abhängigkeiten. Weitaus

häufiger werden andere Abhängigkeitsprobleme genannt: Mager-sucht und andere Eßstörungen, Spielsucht sowie Arbeitssucht. Oft etikettieren sich auch Frauen, die sich auf Robin Norwoods "Wenn Frauen zu sehr lieben" beziehen, als "beziehungssüchtig".

Stoffgebundene Abhängigkeiten werden in der Regel erst nach mehrmaliger Teilnahme an einer Selbsthilfegruppen-Sitzung in einem erneuten Beratungsgespräch thematisiert. Solche Beratungen werden von Frauen und Männern nachgefragt, die zum Beispiel überlegen, ob sie den anderen Mitgliedern von ihrem Sucht-Problem berichten können und wollen. Aufgrund unserer Erfahrungen mit diesen Gesprächen wissen wir, daß Menschen, die Suchtprobleme nicht direkt - oder gar nicht - ansprechen, sich aus drei Gründen an die Selbsthilfe-Kontaktstelle wenden:

- Sie wollen sich nicht mit dem Etikett "Sucht" stigmatisieren. Diese Gruppe wird fast ausschließlich gebildet von über 40-jährigen Frauen mit Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit sowie beruflich und wirtschaftlich etablierten Männern mit Alkohol, Medikamenten- oder Kokain-Problemen.
- Sie setzen auf Möglichkeiten zur Selbsthilfe eine letzte Hoffnung, nachdem sie sich mehrfach vergeblich um ambulanten oder klinischen Entzug bemüht haben und fürchten, der Zugang zur Selbsthilfe sei ihnen versperrt, wenn sie ihr Problem benennen. Hier treffen wir überwiegend Männer, die ihren Arbeitsplatz verloren haben, von ihrer Partnerin getrennt oder geschieden sind, von Sozialhilfe leben, oft keine eigene Wohnung mehr haben.
- Sie haben eine akute, stoffgebundene Abhängigkeit überwunden und leiden in ihrer aktuellen Situation unter Depressionen, Angstzuständen oder Beziehungs-Schwierigkeiten, die sie auf die Abhängigkeit zurückführen. Aus dieser Gruppe begegnen uns überwiegend Frauen, die allerdings aus allen Altersgruppen kommen.

Als besonders tragisch erleben wir die Situation vieler Frauen in mittleren und höheren Lebensaltern, die den Stoff, von dem sie abhängig sind, erst sehr spät als Suchtmittel erkannt haben. Ich spreche von Frauen, die bereits über Jahre - häufig hochdosiert - Anti-

depressiva, Beruhigungs- und Schlafmittel einnehmen, die ihnen wegen vegetativer Dystonie, Depressionen, Angstzuständen oder dauerhaften psychosozialen Belastungen ärztlich verordnet werden. Sie leben sozial isoliert, haben zwischenmenschliches Kommunizieren verlernt und sind für therapeutische Hilfe zu unattraktiv geworden. Diese Frauen hoffen auf Selbsthilfe, um sich aus ihrer Einsamkeit zu lösen. Sie suchen Anschluß an Selbsthilfegruppen, deren Mitglieder psychosoziale Themen bearbeiten. In Gesprächen mit uns sprechen sie im Grunde nur dann von ihrer Abhängigkeit, wenn wir sie gezielt nach Medikamenteneinnahmen fragen.

Selbsthilfe-Formen im Bereich der Sucht-Erkrankungen

Von den circa 900 Selbsthilfegruppen und Selbsthilfe-Organisationen, die unseres Wissens zur Zeit im Frankfurter Stadtgebiet arbeiten, befassen sich die Mitglieder in etwa 9% der Gruppen als Angehörige oder aus eigener Betroffenheit explizit mit stoffgebundenen Abhängigkeiten. Von diesen Zusammenschlüssen sind 53 Anonymus-Gruppen oder Untergruppen von Selbsthilfe-Organisationen und Abstinenz-Verbänden. 18 Gruppen sind Gesprächs-Selbsthilfegruppen.

Zusätzlich arbeiten viele Einzelpersonen mit latenten, akuten oder nicht mehr akuten Abhängigkeiten in Selbsthilfegruppen, die sich dem Bereich der Sucht-Selbsthilfe nicht zuordnen. Zu diesem Personenkreis existieren keine gesicherten Daten. Ich wage hier eine Hochrechnung:

Ich lege Selbsthilfegruppen zugrunde, die das Thema Sucht nicht explizit bearbeiten und in denen uns die persönlichen Anliegen der Mitglieder relativ gut bekannt sind. In diesen Gruppen beträgt der prozentuale Anteil von Mitgliedern (N=473)

- mit eigenen stoffgebundenen Suchtproblemen 17%
- ohne Suchtprobleme bei 83%.

Diese prozentuale Relation übertrage ich auf die aktuell bekannte Zahl von Mitgliedern in Selbsthilfegruppen, die in Frankfurt **außerhalb** des Sucht-Bereichs bestehen. Danach bearbeiten zur Zeit von

8.680 Frankfurterinnen und Frankfurtern

- eigene stoffgebundene Abhängigkeiten 1.462
- andere Anliegen 7.218.

in Selbsthilfegruppen von Menschen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen, von Menschen mit chronisch-degenerativen Erkrankungen, von Menschen mit psychosozialen Belastungen und anderen.

Ich habe in meiner Rechnung ausschließlich von Selbsthilfegruppen gesprochen. Ein vergleichbares Rechenexempel ließe sich bei Selbsthilfe-Organisationen und -Verbänden anstellen. Soviel zur Statistik. Was ich zeigen wollte ist, daß Sucht-Selbsthilfe nicht nur in Selbsthilfe-Zusammenschlüssen geleistet wird, die unter dem Titel "Sucht" arbeiten, sondern in erheblichem Umfang auch in anderen Zusammenschlüssen.

Mit dem thematischen Schwerpunkt unter dem sie ihr Problem bearbeiten, wählen die einzelnen - zumindest vorbewußt - eine Grundlage für ihre persönliche Bewältigungs-Strategie. Darüber, wie sich diese Wahl jeweils individuell auswirkt, ist bisher leider viel zu wenig bekannt.

Eine andere Grundlage für persönliche Bewältigungs-Strategien legen die einzelnen, indem sie sich für den Organisations-Typ entscheiden, in dem sie ihr Problem bearbeiten wollen. Welche Konsequenzen diese Entscheidung für die Problem-Bewältigung der einzelnen hat, wurde bisher ebenfalls nicht untersucht. Hier gibt es jedoch eine Reihe von systematisierten Erfahrungswerten, die zu Aussagen berechtigen.

Aufgrund unserer Beobachtungen in Frankfurt und aufgrund von Berichten aus anderen Selbsthilfe-Kontaktstellen halte ich bei der Frage nach Chancen zur weiblichen Selbstentfaltung und Stabilisierung die Wahl der Organisations-Form für besonders relevant: Erfolgreiche Selbsthilfe ist das Ergebnis eines Individuationsprozesses, der durch persönliches Leiden - ein subjektiv empfundenes Defizit - eingeleitet wird. Er hilft den einzelnen, ihr Problem zu lösen oder zu relativieren. Die Individuation ist - da sie sich in einem kommunikativen Prozeß realisiert - das Resultat zwischenmenschlicher Interaktion und damit das Ergebnis subjektiver Auseinander-

setzung in Beziehungen zu anderen. Wie sich das Beziehungsgefüge zwischen den Mitgliedern von Selbsthilfegruppen, Selbsthilfe-Organisationen oder -Verbänden gestaltet, wird wesentlich von den Organisations-Strukturen des Zusammenschlusses geprägt.

Zunächst liegt ein wichtiger Aspekt in der zeitlichen Perspektive, die ein Selbsthilfe-Zusammenschluß für sein Bestehen anstrebt: Eine Gruppierung, die ihre Arbeit auf Dauer angelegt hat, will sich institutionalisieren, expandieren und wird ihre Mitglieder fordern, sich mit dem gemeinsamen Thema beständig zu identifizieren. Ein Zusammenschluß, der nach dem Selbstverständnis seiner Mitglieder eher passager arbeitet und sich an den momentanen Interessen der Beteiligten orientiert, wird die dauerhafte Problem-Identifizierung der einzelnen leichter problematisieren. Zusammenschlüsse, die dauerhaft arbeiten wollen, machen es ihren Mitgliedern also eher schwer, sich von ihrem Eingangs-Thema zu lösen, während kurzlebige die subjektive Distanzierung von der Betroffenheit eher fördern.

Ein weiterer Blickwinkel eröffnet sich bei der Frage nach der Bedeutung der Organisations-Strukturen für die Rangordnung der Mitglieder. Diesen Gesichtspunkt zu beleuchten, hilft eine - wenn auch verkürzte - Kategorisierung, die zwischen hierarchischen und basisdemokratischen Selbsthilfe-Formen unterscheidet.

Zu den **hierarchisch organisierten Zusammenschlüssen** zählen große, bundesweit arbeitende Abstinenz-Organisationen wie der Kreuzbund, der Guttempler-Orden oder das Blaue Kreuz.

Diese Verbände verfügen über definierte Hierarchien, formalisierte Arbeits- und Verwaltungsabläufe und sind meist in der Rechtsform des Vereins organisiert. Sie arbeiten mit überregionalen Interessensvertretungen und haben vielfältige Kontakte zu professionellen Systemen (Wohlfahrtsverbänden, Behörden, Leistungsträgern).

Die Mitglieder sind Suchtkranke und deren Angehörige. Sie verstehen sich als "Leidensgenossen", "Schicksalsgefährten" oder "Weggefährten", die ihre eigenen Erfahrungen im Umgang mit Abhängigkeits-Problemen an andere Suchtgefährdete, Suchtkranke und Ratsuchende weitergeben. Erfahrene Mitglieder, die Beratungs- und Hilfe-Funktionen innerhalb des Verbandes übernehmen, wechseln ihren Status von "einfachen Gruppenmitgliedern" zu

"ehrenamtlichen oder freiwilligen Helferinnen und Helfern".

Basisdemokratisch organisierte Selbsthilfe-Formen bilden die Selbsthilfegruppen der Anonymen Alkoholiker und Gesprächs-Selbsthilfegruppen.

Die Anonymen Alkoholiker arbeiten in einem internationalen Netz ohne feste Verbandsstrukturen. Ihr Anonymitäts-Prinzip verbietet formale Hierarchisierungen und Rechtsformen, wie zum Beispiel einen eingetragenen Verein.

Die Arbeit basiert auf dem 12-Schritte-Programm¹⁾, das auch den Rahmen für die Gruppentreffen setzt. Ziel der Anonymen Alkoholiker ist, daß die einzelnen den Alkoholismus als lebenslange Krankheit anerkennen, die entweder manifest (im Alkoholkonsum) oder latent (in der Abstinenz) vorliegt. Dieses Krankheitsverständnis soll den Betroffenen helfen, ihren lebenslangen Sonderstatus als Alkoholiker und die lebenslange Abstinenz zu akzeptieren. Die Gruppenarbeit zielt primär auf Entlastung und persönliche Stabilisierung des einzelnen und erst nachrangig auf gruppendynamische Entwicklungen. Gesprächs-Selbsthilfegruppen im Suchtbereich sind - wie auch Gesprächs-Selbsthilfegruppen zu anderen Themen - ebenfalls informell organisiert, legen den Schwerpunkt ihrer Arbeit aber auf die Gestaltung des gruppeninternen Beziehungs-Gefüges.

Die Mitglieder sind prinzipiell gleichberechtigt. Sie definieren das gemeinsame Ziel aller Beteiligten selbst und gestalten ihre Arbeit nach ihren eigenen Vorstellungen. Fast alle Selbsthilfegruppen arbeiten mit Gesprächsregeln, die sich weitgehend mit den TZI-Regeln von Ruth Cohn²⁾ decken. Einige Sucht-Selbsthilfegruppen lehnen sich an das 12-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker an.

Das weibliche Dilemma in der Sucht-Selbsthilfe

Im Zuge ihrer Sozialisation entwickeln Frauen die Fähigkeit, die Bedürfnisse und Gefühle der Menschen in ihrer Umwelt feinfühlig wahrzunehmen, kritischen Situationen mit Sensibilität und Kreativität zu begegnen, sich anzupassen und für andere zu sorgen. Von

Frauen wird erwartet, daß sie sich auf die familiäre und soziale Reproduktion einstellen und im Sinne einer gesellschaftlichen Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern die emotionalen, bewahrenden und sensitiven Bereiche übernehmen.

In diesem Sinne hat der damalige Wirtschaftsminister Martin Bangemann 1984 gesagt: "Die richtige Frau im Haus ersetzt trotz Alltagshetze jeden Schrittmacher."³⁾ Was er leider nicht gesagt hat ist, wer die Schrittmacher-Funktion für die "richtige Frau" übernehmen soll. Gerade hier liegt die Wurzel des Übels: Überlastung von Frauen entsteht häufig dadurch, daß sie die emotionale Pflege ihrer Umgebung übernehmen, ohne selbst entsprechend stabilisiert zu werden. Für viele Frauen entstehen dadurch Lebensbedingungen, in denen ihnen gerade ihre sensitiven Fähigkeiten zum Verhängnis werden können.

Besonders dann, wenn sie sich nur eingeschränkt individuieren konnten, wenn ihre Selbstachtung geschädigt ist, haben Frauen große Probleme, für sich selbst zu sorgen und Grenzen zu setzen. Je geringer sie sich selbst wertschätzen, um so angstbesetzter sind Situationen des Alleinseins, desto mehr fürchten sie sich vor Trennung und Verlassenwerden, und um so größer ist die Bereitschaft, sich in symbiotischen Beziehungen selbst aufzugeben.

Mangelnde Eigenakzeptanz und Ich-Sensibilität sind gerade bei Frauen wichtige auslösende Faktoren für das Entstehen von Suchterkrankungen. Meine These ist deshalb, daß Entwicklungschancen abhängiger Frauen in Bearbeitungsformen liegen, die helfen, ein ausreichendes Maß an Selbstachtung zu entwickeln, im Bewußtsein der eigenen Würde zu handeln und in Beziehungen Nähe und Distanz nach eigenem Ermessen herzustellen.

Die Erfahrung zeigt, daß sich Frauen gerade in hierarchischen Selbsthilfe-Zusammenschlüssen sehr schnell auf expressive Funktionen festlegen lassen. Sie laufen dadurch allzuleicht Gefahr, das verinnerlichte, abhängigkeitsfördernde Beziehungsverhalten immer wieder neu zu reproduzieren.

In den Selbsthilfe-Organisationen und -Verbänden scheinen viele Frauen das zu erleben, was wir auch aus der Beschreibung von Therapieverläufen kennen: Sie sorgen für eine aufgelockerte Atmo-

sphäre, verbessern das therapeutische Klima und treiben mit ihrem Einfühlungsvermögen den therapeutischen Prozeß (für die männlichen Mitpatienten und den Therapeuten oder die Therapeutin) voran. Für ihre eigene Entwicklung profitieren sie meist wenig, beziehungsweise nicht.⁴⁾

Für Frauen ist die Arbeit in basisdemokratisch organisierten Selbsthilfe-Formen mit größeren Chancen verbunden. Neben den Anonymus-Gruppen bieten sich Gesprächs-Selbsthilfegruppen an, in denen die Arbeit von allen Mitgliedern gemeinsam im Einklang mit ihren Bedürfnissen und Zielen gestaltet werden kann und muß. Für viele abhängige Frauen wird es leichter und ratsamer sein, sich zunächst in das Beziehungsgefüge einer Frauen-Gesprächsgruppe einzubinden.

Die Gesprächs-Selbsthilfegruppen

Gesprächs-Selbsthilfegruppen bilden einen geschützten Rahmen, der von allen Beteiligten als Experimentierfeld für den Alltag genutzt werden kann. Was die Mitglieder von Selbsthilfegruppen anstreben, ist letztlich Individuation durch Integration in eine inszenierte und überschaubare Gruppe.

Die Methode der Gruppenarbeit ist das regelmäßige, gemeinsame Gespräch ohne therapeutische oder formelle Leitung. Indem alle ihre persönlichen Erfahrungen einbringen, geben sie den anderen Möglichkeiten zur freien Assoziation. Die Spontaneität im Gespräch und das gemeinsame Gestalten der Gruppenarbeit bewirken Selbstbeobachtung, schrittweise Selbstaktualisierung und Selbstveränderung.

Wichtig für das Verständnis von Selbsthilfegruppen ist das Selbsthilfe-Prinzip: Alle Mitglieder beteiligen sich aus egoistischen, nicht aus altruistischen Motiven an der gemeinsamen Gruppe. Die Arbeit besteht primär nicht im wechselseitigen Austausch von Fremdhilfe, sondern in der jeweils subjektiven Reflexion der Gruppenentwicklung und des Erlebens der anderen Gruppenmitglieder. Generelles Ziel ist Autonomie, nicht im Sinne von Autarkie, sondern im sozialen

Miteinander zu entwickeln.

Der Gruppenprozeß einer Selbsthilfegruppe läßt sich idealtypisch als ständig neuer Prozeß der Problemlösung beschreiben:

Die Gruppe gründet sich durch den freien Beitritt potentieller Mitglieder. In den ersten Sitzungen scheiden einige Personen aus, neue Personen kommen hinzu. In dieser Phase der Selbstselektion homogenisieren sich die Erwartungen der Mitglieder an die gemeinsame Arbeit. Durch die Erfahrung von gemeinsamen Schwierigkeiten oder Problemen entsteht das Gefühl der Zusammengehörigkeit. Ist die Kohäsion erfolgt, definieren die Mitglieder ihr gemeinsames Ziel und beginnen mit der eigentlichen Gruppenarbeit. Im Laufe der Zeit wird das Ziel immer wieder überprüft, modifiziert oder neu definiert. Die Mitglieder evaluieren ihre Arbeit also selbst. Je nachdem, ob das Ziel der Gruppe noch mit ihren persönlichen Zielen übereinstimmt, beteiligen sich die einzelnen Mitglieder an der weiteren Arbeit oder verlassen den Zusammenschluß.

Gerade wegen der prinzipiellen Eigenverantwortlichkeit und Gleichberechtigung der Mitglieder unterscheiden sich Selbsthilfegruppen grundlegend von therapeutisch geleiteten Gruppen. Die kontinuierliche Anforderung der Selbsthilfegruppen, sich immer wieder neu und selbstbestimmt auf das Geschehen in der Gruppe einzulassen, stärkt die persönliche Souveränität und Stabilität der Beteiligten. Deshalb berichten viele Mitglieder von Selbsthilfegruppen von persönlichen Entwicklungen durch die Gruppenarbeit, die den Ergebnissen von therapeutischen Prozessen vergleichbar sind.

Allerdings markiert die kontinuierliche Entscheidungs-Anforderung aber auch eine wichtige Grenze der Selbsthilfegruppen-Arbeit: Selbsthilfegruppen können professionelle Therapien nicht ersetzen. Zudem setzt die Mitarbeit in einer Selbsthilfegruppe den Verzicht auf Delegation von Problemlösung, die innere Bereitschaft für ein soziales Miteinander sowie die Fähigkeit voraus, sich anderen Menschen mitzuteilen. Menschen mit vielschichtigen Krankheitsbildern, Mehrfachabhängigkeiten, mit schweren und dauerhaften seelischen und sozialen Belastungen verfügen nur selten über genügend Kraft, um die Mitarbeit in einer Selbsthilfegruppe zur Problembearbeitung für sich zu nutzen.

Der Beratungs-Konflikt in der Arbeit mit Selbsthilfegruppen

Die Potentiale und Ergebnisse der Selbsthilfegruppen-Arbeit resultieren wesentlich daraus, daß die Mitglieder die Gruppen-Entwicklung selbst gestalten. Deshalb brauchen Selbsthilfegruppen Formen der Unterstützung, mit denen die Selbstregulation durch die Mitglieder gefördert wird. Die Beratung oder Unterstützung darf niemals lenkend in die Gruppen-Entwicklung eingreifen.

Selbsthilfe-Unterstützung bewegt sich immer in einem Spannungsfeld, das durch die professionelle Leistungspflicht (und Leistungslust) auf der einen und die fachliche Anforderung zur beraterischen Distanz auf der anderen Seite gekennzeichnet ist. Ein Zuviel an Hilfe zerstört die Selbsthilfe, weil sie aus aktiven Gruppenmitgliedern KonsumentInnen macht, die die Verantwortung für das weitere Geschehen abgeben. Ein Zuwenig läßt die Gruppe in einer Konfliktsituation, der die Mitglieder sich nicht gewachsen fühlen, und wird den vorzeitigen Zerfall der Gruppe nach sich ziehen.

Die Gratwanderung ist bei der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen suchtkranker Frauen besonders schwer: Die Abhängigkeit beeinträchtigt die Kontaktfähigkeit und führt zum Schwinden sozialer Kompetenz. Deshalb ist die Fluktuation in Sucht-Selbsthilfegruppen im Vergleich zu anderen Selbsthilfegruppen extrem hoch. Bereits hier ist die Versuchung groß, die Gruppe als Außenstehende zu stabilisieren, zu strukturieren und zu lenken.

Gleichzeitig gibt es bei weitem nicht genug adäquate Hilfemöglichkeiten für suchtkranke Frauen. Aus diesem Grund erscheint es naheliegend, die Selbsthilfe für das professionelle System zu funktionalisieren. Wir erleben zum Beispiel oft, daß gerade neue Kolleginnen in Kontaktstellen oder in anderen Feldern der psychosozialen Arbeit Gruppen für abhängige Klientinnen anbieten, die sie dann unter dem Titel "Selbsthilfegruppe" leiten. In der Regel wird der Terminus Selbsthilfe mit der Hoffnung gerechtfertigt, daß die Gruppe nach einer gewissen Zeit (die in der Regel nicht definiert ist) eigenständig weiterarbeitet.

Ich verrate kein Geheimnis wenn ich sage, daß sich diese Hoffnung in 95 von 100 Fällen nicht erfüllt. Maximal 5 von 100 Versuchen, in

der beschriebenen Weise eine Selbsthilfegruppe zu initiieren, gelingen. Allerdings sind für das Gelingen eher Zufälle als Konzeptionen verantwortlich.

Die Ursachen für dieses Scheitern sind offensichtlich: Die Mitglieder von Selbsthilfegruppen entwickeln ihre Selbstorganisation während der ersten Sitzungen in der Auseinandersetzung mit der Anforderung, die Regie gemeinsam zu übernehmen. Ist in der Konsolidierungsphase kontinuierlich jemand anwesend, der für die Gruppe sorgt, können sich Selbstorganisations-Potentiale nicht entfalten.

Eine weitere Versuchung zur Leitung im Bereich der weiblichen Abhängigkeiten ist themenimmanent. Suchtkranke Frauen zeigen häufig den außerordentlich starken und verführerischen Wunsch nach Symbiose mit einer Bezugsperson. Die Beraterin ist deshalb zunächst immer das attraktivere Gegenüber als die Frauen in der Gruppe. In einer solchen Begegnung braucht jede Beraterin viel Kraft zur professionellen Askese, um fatale heimliche Ersatzpartnerschaften zu vermeiden und die Selbsthilfegruppen, die mit ihrer Unterstützung entsteht, eigenständig arbeiten - eventuell auch scheitern - zu lassen.

Wenn es der Beraterin nicht gelingt, die notwendige professionelle Distanz zu wahren, übernimmt sie die Gruppenleitung, um für das Wohlbefinden der abhängigen Frauen zu sorgen. Die Folge wird sein, daß die Gruppenmitglieder ihre Beziehungs-Energien auf die Leiterin fixieren und untereinander um exklusive Beziehungen zu ihrer Bezugsperson rivalisieren.

Die Leitung von Selbsthilfegruppen ist generell eine Paradoxie. Die Anwesenheit einer Leitung widerspricht dem Selbsthilfe-Prinzip. Die Gruppenleitung, die unter dem Titel "Selbsthilfe" praktiziert wird, führt zwangsläufig zu einer Rollenkonfusion, die alle Beteiligten irritiert und belastet. Sie bedingt nicht Reflexion und Veränderung, sondern Neuinszenierung und Stabilisierung pathogener Beziehungsformen. Deshalb muß der Versuch, gerade Selbsthilfegruppen von abhängigen Frauen zu leiten - trotz der wohlmeinenden Absicht der Beraterinnen - als professionell inszeniertes Blockieren einer konstruktiven Sucht-Bearbeitung gewertet werden.

Möglichkeiten zur Selbsthilfe-Unterstützung in der Beratungs-Arbeit mit suchtkranken Frauen

Beraterische oder therapeutische Hilfe benötigt immer klare, das heißt transparente Kommunikationsstrukturen. Deshalb muß und darf die professionelle Beraterin in der Begegnung mit Klientinnen die Rolle übernehmen, die sie ohnehin durch ihren institutionellen Status hat: die Rolle der Professionellen, die über Fach- und Methodenwissen verfügt und aus der Perspektive der beobachtenden und begleitenden Distanz hilft, der sie vielleicht die Erfahrungskompetenz aus der verarbeiteten eigenen Betroffenheit hinzufügen kann.

Professionelle, die Gruppen unter dem Titel der Selbsthilfe leiten, verlassen ihre Funktion und machen die produktiven Ansätze ihrer Arbeit zunichte. Die Alternative besteht in Angeboten, die für viele abhängige Frauen hilfreich und wertvoll sind: Geleitete Gruppen, die für eine festgesetzte Zahl von Sitzungen angeboten werden und methodisch vor- und nachbearbeitet sind.

In solchen Gruppen sind die Rahmenbedingungen und Rollenverteilungen für alle Beteiligten transparent. Mit der Transparenz bestehen die Voraussetzungen dafür, daß die Klientinnen sich für einen - wenn auch begrenzten - Prozeß öffnen und von der Gruppe profitieren. Wenn die Leiterin einzelne Klientinnen nach dem Ende der Gruppe - auf deren Wunsch - in eine Selbsthilfegruppe vermittelt oder beim Aufbau einer Selbsthilfegruppe unterstützt, leistet sie ergänzend zu ihrer beraterischen oder therapeutischen Arbeit eine angemessene Form von Selbsthilfe-Unterstützung.

Unterstützt die Beratung die Arbeit von Selbsthilfegruppen, verändern sich die Anforderungen an die BeraterInnen in fachlich-methodischer Hinsicht. Sie benötigen eine Konzeption, Kompetenzen und Instrumentarien, die den Identitäten von eigenverantwortlich arbeitenden Gruppen entsprechen. Die Anforderungen zur professionellen Rollen-Erfüllung bleiben bestehen.

Empathie, fachliches sowie methodisches Wissen und professionelle Distanz sind beraterische Kompetenzen die nötig sind, um suchtkranken Frauen professionell zu helfen. Mit der Verbindlichkeit in der professionellen Rollen-Erfüllung und der Transparenz der

Kommunikationsstrukturen wachsen die Chancen der Klientinnen, eigene Potentiale zur Selbstregulation und Selbstkontrolle zu entfalten.

4) Vgl.: Vogt I., Therapierisiken für Frauen in der Suchtkrankenhilfe, in: Abhängigkeit bei Frauen und Männern, Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg), Freiburg im Breisgau 1990.

Anmerkungen

1) Die 12 Schritte der Anonymen Alkoholiker:

1. Wir gaben zu, daß wir dem Alkohol gegenüber machtlos sind und unser Leben nicht mehr meistern konnten.
2. Wir kamen zu dem Glauben, daß eine Macht größer als wir selbst, uns unsere geistige Gesundheit wiedergeben kann.
3. Wir faßten den Entschluß, unseren Willen und unser Leben der Sorge Gottes - wie wir ihn verstanden - anzuvertrauen.
4. Wir machten gewissenhaft und furchtlos Inventar in unserem Innern.
5. Wir gestanden Gott, uns selbst und anderen Menschen die genaue Art unserer Verfehlungen ein.
6. Wir wurden vorbehaltlos bereit, unsere Charakterfehler von Gott beseitigen zu lassen.
7. Demütig baten wir ihn, uns von unseren Mängeln zu befreien.
8. Wir machten eine Liste aller Personen, denen wir Unrecht zugefügt hatten und nahmen uns vor, es an ihnen allen wieder gut zu machen.
9. Wenn immer möglich, bemühten wir uns aufrichtig um direkte Wiedergutmachung an ihnen, ausgenommen es würde ihnen oder anderen Schaden daraus entstehen.
10. Wir führen fort, persönliche Inventur zu machen und wenn wir Unrecht hatten, gaben wir es sofort zu.
11. Durch Gebet und Meditation suchten wir unseren bewußten Kontakt mit Gott - wie wir ihn verstanden - zu verbessern. Wir baten ihn nur, uns seinen Willen für uns wissen zu lassen und uns die Kraft zu geben, den auszuführen.
12. Nachdem wir durch diese Schritte ein inneres Erwachen erlebt hatten, versuchten wir, diese Botschaft an andere weiterzugeben - und uns in allen unseren Angelegenheiten nach diesen Grundsätzen zu richten.

Quelle: Faltblatt der Anonymen Alkoholiker, herausgegeben vom gemeinsamen Dienstbüro der Anonymen Alkoholiker, Postfach 460227, 8000 München 46.

2) Vgl. Cohn, R.: Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion. Stuttgart 1975, S. 115-116.

3) Franke A. und Jost I.: Das gleiche ist nicht dasselbe, Zur subkutanen Diskriminierung von Frauen, Tübingen 1985, S. 6.

Über die Autorinnen

Christa Appel, Frankfurt/Main

Erziehungswissenschaftlerin. Freiberuflich in Forschung, Lehre und Weiterbildung tätig. Arbeitsschwerpunkte: Geschlechterspezifische Aspekte der Suchtdiskussion und Suchtforschung, Alkohol am Arbeitsplatz, Sucht und Familie, Selbsthilfe, Frauen und Gesundheit.

Margrit Brückner, Frankfurt/Main

Soziologin und Gruppenanalytikerin, Professorin am Fachbereich Sozialarbeit der Fachhochschule Frankfurt. Forschungsschwerpunkte: Gewalt gegen Frauen, Theorien weiblicher Identität, Geschlechterverhältnis.

Claudia Dieckmann, Berlin

Seit 17 Jahren Suchtarbeit. 1987 Aufbau und Mitarbeiterin in der 1. Frauen-Sucht-Beratungsstelle, dem "Frauenladen" in Berlin Wedding. Arbeitsschwerpunkte: sexueller Mißbrauch - Gewalt - Sucht.

Christine Heinrichs, Frankfurt/Main

Sozialpädagogin. Leiterin der Frauenberatungsstelle in Frankfurt/Main. Seit 6 Jahren in der Suchtarbeit.

Birgit Moos-Hofius, Frankfurt/Main

Krankenschwester und Kulturanthropologin. Arbeitet seit 1980 in der Selbsthilfe-Kontaktstelle Frankfurt und hat diese auch mit aufgebaut. Mitglied im Vorstand der deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen, dem Fachverband für Selbsthilfe-UnterstützerInnen.

Irmgard Vogt, Frankfurt/Main

Psychologin und Soziologin. Angewandte Forschung in den Bereichen Alkohol-, Medikamenten- und Drogenkonsum sowie Abhängigkeit, Frauen und Gesundheit. Ein weiterer Themenschwerpunkt seit 1990: Sexuelle Übergriffe in der Therapie/Beratung.

Die Reihe 'Materialienband'

Inhalt der Bände 1 - 11

Band 1

Christel Eckart: Töchter in der 'vaterlosen Gesellschaft'. Das Vorbild des Vaters als Sackgasse zur Autonomie / Ulrike Schmauch: Entdämonisierung der Männer - eine gefährliche Wende in der Frauenbewegung? / Dörthe Jung: Körper-Macht-Spiele. Unökonomische Gedanken zu weiblichen und männlichen Körper-Präsentationen in öffentlichen Räumen / Ulrike Teubner: Zur Frage der Aneignung von Technik und Natur durch Frauen - oder der Versuch, gegen die Dichotomien zu denken / Barbara Rendtorff: Macht und Ohnmacht - Liebe und Kampf zwischen Müttern und Kindern (DM 9,-)

Band 2

Käthe Trettin: Über das Suspekto am neuen Ethik-Interesse: Anmerkungen zu Luce Irigaray / Mechthild Zeul: Warum war 'Kramer gegen Kramer' ein Publikumserfolg? Versuch einer psychoanalytischen Deutung / Ulrike Prokop: Die Freundschaft zwischen Katharina Elisabeth Goethe und Bettina Brentano - Aspekte weiblicher Tradition / Barbara Köster: Weiblicher Masochismus (DM 10,-)

Band 3

Ulrike Schmauch: Frauenbewegung und Psychoanalyse- öffentliche und verborgene Seiten einer schwierigen Beziehung / Karin Windaus-Walser: Antisemitismus - eine Männerkrankheit?? Zum feministischen Umgang mit dem Nationalsozialismus / Heide Moldenhauer: Frauen und Architektur / Barbara Rendtorff: Der gute Mensch Frau - zum Wesen und Unwesen von Frauen und unserer frauenbewegten Ideologie / Ellen Reinke: Psychoanalytische und sozialstrukturelle Überlegungen zum Abwehrmodus der 'altruistischen Abtretung'. Minni Tipp und Anna Freud gewidmet (DM 10,-)

Band 4

Regina Dackweiler: "Dienende Herzen" - Schriftstellerinnen des Nationalsozialismus / Mechthild Zeul: Der Abwehrcharakter des Penisneids und seine Bedeutung für das sexuelle und soziale Verhalten der Frau: ein klinischer Beitrag / Barbara Holland-Cunz: Reform - Revolution - Wandel. Transformationsvorstellungen in der feministischen Theorie / Gisela Wülfing: In der Wildnis der Differenz - ohne gesichertes Hinterland / Pia Schmid: Säugling-Seide-Siff. Frauenleben in Berlin um 1800. (DM 10,-)

Band 5

Vorträge von Luisa Muraro:

Der Begriff der weiblichen Genealogie / Die symbolische Ordnung der Mutter / Die Passion der Geschlechterdifferenz (zur italienisch-deutschen Tagung vom November 1989) (DM 8,-)

Band 6

Genealogie und Traditionen

Vorträge aus der Frauen-Sommerwoche 1989 u.a.: Luce Irigaray: Das vergessene Geheimnis weiblicher Genealogien / Edith Seifert: Zur Frage der psychischen Geschlechtergenealogie / Marianne Schuller: Wie entsteht weibliche Freiheit? / Alexandra Pätzold: An der Grenze von Physis und Metaphysik / Eva Meyer: Die Autobiographie der Schrift / Gerburg Treusch-Dieter: Das Kästchenproblem. Zum Psyche-Mythos bei Freud. (DM 10,-)

Band 7

Über weibliches Begehren, sexuelle Differenz und den Mangel im herrschenden Diskurs.

Autonome Frauenbildungsarbeit am Beispiel der Frankfurter Frauenschule. (Eine Reflexion der Mitarbeiterinnen der Frankfurter Frauenschule über die Arbeit eines Frauen-Bildungs-Projekts) (DM 13,-)

Band 8

Nationalsozialismus / Nationalismus

Beiträge zur Tagung 'Prägende Weiblichkeitsentwürfe des Nationalsozialismus' vom März 1988 und zur Tagung 'Nationalismus' vom März 1989: Elisabeth Brainin/Marieta Zeug: Arisch ist der Zopf - Jüdisch ist der Bubikopf / Liliane Crips: Die Inszenierung der Weiblichkeit in der NS-Gesellschaft: Deutsche Mutter versus Dame von Welt / Rotraut DeClerck: Zum Verständnis des Nationalismus aus der Sicht Kleinianischer Theorie / Ewa Kobylinska: Der polnische Nationalismus - seine Stärke und Schwäche / Ingeborg Nordmann: Hannah Arendt zum Verhältnis von Nation und Demokratie. (DM 13,-)

Band 9

Der feministische Blick auf die Sucht

Beiträge zur Tagung 'Der feministische Blick auf die Sucht' vom Mai 1990: Christa Appel: Dry out the world - Frauen-Strategien im Kampf gegen die Alkoholgefahren im 19. Jhd. / Ulrike Kreyszig: Drogenpolitik - Frauenpolitik - feministische Politik / Barbara Krebs: Eßstörungen und einige Probleme bei der Entwicklung des weiblichen Körper-Ichs / Irmgard Vogt: Frauen, Sucht und Emanzipation: Selbstbilder und Fremdbilder / Carmen Walcker-Mayer: Mittäterschaft in der Beratungssituation / Cornelia Heffnerich: Neue Mythen oder alte Beliebigkeiten oder...? (DM 13,-)

Band 10

Körper-Bild-Sprache

Beiträge aus der Frauen-Sommer-Woche 1990 und der Tagung 'Die Figur der Mutter': Marie-Claire Boons: Exil in der Liebe / Camille Lacoste-Dujardin: Darstellungen der Mutterschaft im Maghreb / Christa Rohde-Dachser: Das Bild der Mutter in der Psychoanalyse / Gisela Ecker: "Die unversiegbare Milch": Weiblichkeitsimaginationen und die Figur der archaischen Mutter / Hanne Seitz: Zur Dekonstruktion des Körperbildes in der Bewegung (DM 13,-)

Band 11

Suchbilder-Trugbilder

Beiträge aus der Frauen-Sommer-Woche 1991 und der Tagung 'Das Bild des Vaters': Ilse Modelmog: Formloses und Form. Von Göttinnen, intriganten Weibsbildern und weiblichen Monstern / Chris Weedon: Poststrukturalismus und Feminismus / Barbara Rendtorff: Kleine Mädchen - Körper und Sprache / Christel Eckart: Suchbild Vater / Elfriede Löchel: Geschichten zu Vater(mord) und Geschlecht / Mona Singer: Über die Moral und die Grenzen des Verstehens (DM 13,-)