

Stationäre Therapie bei alkohol- und medikamenten-abhängigen Frauen

Autor(en): **Meyer, Thomas / Ott Seifert, Sonja**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **25 (1999)**

Heft 5

PDF erstellt am: **23.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-801001>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Stationäre Therapie bei alkohol- und medikamentenabhängigen Frauen

Stationäre Behandlung von alkoholabhängigen Frauen wird in der Fachliteratur vorwiegend im Lichte soziologischer Erkenntnisse und weitgehend theoriegeleitet abgehandelt. Hier wird der Versuch gemacht, aufgrund klinischer Erfahrungen konzeptionelle Gedanken zu entwickeln.

THOMAS MEYER UND
SONJA OTT SEIFERT*

Die Behandlung alkohol- und medikamentenabhängiger Frauen ist bisher ein unbeachtetes Stiefkind der psychiatrischen und psychotherapeutischen Literatur. Die wesentlichsten Fachbeiträge entstammen vorwiegend der soziologischen und feministischen Literatur. Im folgenden sollen einige Aspekte von Abhängigkeitserkrankungen von legalen Suchtmitteln bei Frauen aus klinischer Sicht dargestellt werden, die auch für die Erarbeitung des

Therapiekonzepts im Hirschen wegweisend waren¹. Die Arbeit erhebt keinen wissenschaftlichen Anspruch, sie basiert nicht auf neuen Befunden oder Erkenntnissen, sondern orientiert sich an der klinischen Praxis.

Anpassung als Kernsyndrom alkohol- und medikamentenabhängiger Frauen

Auffallend häufig stellen wir im klinischen Alltag bei unseren stationär behandelten Frauen das Vorherrschen von übergrosser Anpassung, interpersoneller Abhängigkeit, mangelnder Selbstentwicklung, resp. Selbstentfaltung fest. Dabei scheinen sich zwei typische Gruppen herauskristallisieren zu lassen:

■ **(Über-)Anpassung, völlige Einfügung in soziale Normen:** «Biedere» Entwicklung, Entwicklungspotential vorhanden, aber nicht genutzt, «heimliches Unglück», Identität über Partner, respektive dessen Sozialstatus definiert. Oft sekundäres Scheitern (bei Beziehungskrise, Ablösung der Kinder, etc.). Als Unterform dieser Gruppe findet sich gelegentlich das reaktive Re-

bellieren, das teilweise trotzige, destruktive Elemente beinhaltet.

■ **Herkunft aus wenig schützendem, wenig ermutigendem Milieu:** Häufig mit körperlichen Gewalterfahrungen, sexuellen Übergriffen. Adynamie Entwicklung mit schwacher Schulkarriere, fehlender oder ungenügender Berufsausbildung, oft frühe Ablösung vom Elternhaus, Stereotypie in der Partnerwahl («Macho», Alkohol, Drogen, Gewalt, sexueller Missbrauch), frühe polytoxikomane Entwicklung und gehäufte Prostitutionserfahrung.

Diese beiden Gruppen entsprechen klinisch-diagnostisch am ehesten folgenden Störungen:

- Abhängige Persönlichkeitsstörung (F60.7)
- Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (F60.6)
- Asthenische Persönlichkeitsstörungen (F 60.6)
- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3)
- Kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61)
- Häufige in Kombination mit somatoformen Störungen

DAS THERAPIEZENTRUM HIRSCHEN

Das Therapiezentrum Hirschen in Turbenthal wurde 1975 als frauenspezifische Behandlungsinstitution für alkohol- und medikamentenabhängige Frauen gegründet. Er wird vom Verein Hirschen getragen und seit 1.1.99 von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich subventioniert. Seit August 1997 besteht eine gemeinsame chefarztliche Leitung mit der Forel Klinik in Ellikon.

Schwere Belegungsprobleme in den Jahren 1995 bis 97, eine hohe Personalfuktuation, der Leitungswechsel und die Aufnahme des Hirschen auf die Spitalliste des Kantons Zürich lösten eine intensive Diskussion über das künftige Behandlungskonzept aus.

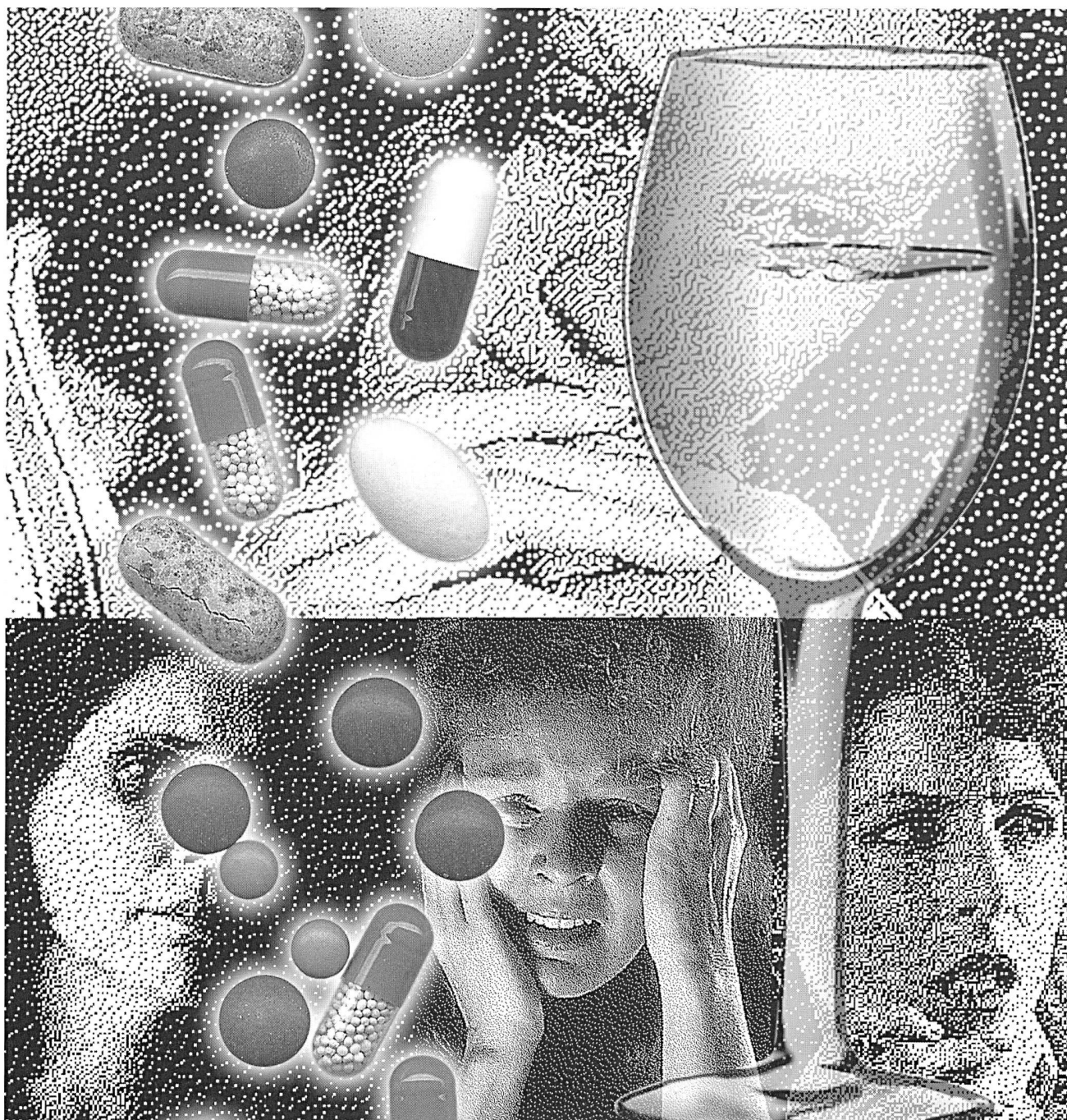
Der Hirschen bietet 17 behandlungsbedürftigen und -willigen Frauen Platz. Das Behandlungsangebot ist interdisziplinär ausgerichtet und umfasst neben der Einzel- und Gruppenpsychotherapie sport- und bewegungstherapeutische, gestaltungs- und arbeitstherapeutische, sowie sozialpsychiatrische Elemente. Die Behandlungsdauer beträgt in der Regel 4-6 Monate.

Aufgenommen werden vor allem alkohol- und medikamentenabhängige Patientinnen mit frauenspezifischen Traumatisierungsmustern.

* Dr. med. **Thomas Meyer** ist Direktor der Forel Klinik in Ellikon. Seit dem 1.8.1997 ist er als Chefarzt für die therapeutische Leitung des Therapiezentrums Hirschen in Turbenthal verantwortlich.

Sonja Ott Seifert arbeitet seit Oktober 1997 als Psychotherapeutin im Therapiezentrum Hirschen in Turbenthal. Sie ist Psychotherapeutin SVG.

Das vorliegende Manuskript wurde von Herrn Prof. Dr. phil. **Martin Sieber** kritisch gesichtet. Wir danken ihm für seine wertvollen Anregungen.



Auch in der Literatur wird über psychodynamische Gemeinsamkeiten von Substanzabhängigkeit und abhängiger Persönlichkeitsstörung berichtet². Dieser Zusammenhang scheint uns bei alkohol- und medikamentenabhängigen Frauen sehr ausgeprägt, auch wenn er sich aufgrund unserer geringen Aufnahmezahlen statistisch nicht belegen lässt.

Frauenspezifische Ursachen der Alkoholabhängigkeit

Frauenalkoholismus ist bisher empirisch schlecht erforscht. Die Untersuchungen wurden meist in gemischt-

geschlechtlichen Institutionen durchgeführt und weibliche Alkoholikerinnen deshalb nicht gezielt, d.h. getrennt untersucht, sondern vorwiegend gemeinsam mit männlichen Alkoholikern. Ausserdem wurden Alkoholikerinnen meist mit der Gesamtbevölkerung und nicht mit der weiblichen Normalbevölkerung verglichen. Daraus resultierte ein teilweise unzureichendes Verständnis der weiblichen Abhängigkeitserkrankungen, da ja Männer und Frauen in unserer Gesellschaft unterschiedliche Lebensbedingungen haben.

Frauen stellen in gemischtgeschlechtlichen Behandlungsinstitutionen in der Regel den kleineren Anteil dar. Dar-

aus resultiert vielfach, dass Frauen ihre Bedürfnisse schneller in den Hintergrund stellen und sie in altgewohntes Rollenverhalten zurückfallen.

Faktoren, die Suchtmittelkonsum auslösen

Als Suchtmittelkonsum auslösende oder zumindest fördernde Faktoren finden sich bei Frauen häufig:

- sexuelle, körperliche und psychische Gewalterlebnisse in der Kindheit und der aktuellen Lebenssituation
- bei Frauen gehäuft auftretende (d.h. ebenfalls frauenspezifische) lebenskritische Ereignisse

- ein ebenfalls Alkohol konsumierender oder abhängiger Partner
- die weiblichen Rollenbilder und die damit verbundene negativ besetzte Geschlechtsidentität
- mangelnde familiäre Ressourcen, Bindungen, ungenügende Unterstützung und emotional karges Milieu
- mangelnde, weder den Fähigkeiten noch den eigenen Berufswünschen entsprechende Berufsausbildung und eine Stellung in der Arbeitswelt, die den eigenen Kompetenzen nicht entspricht.

Weibliche Identität

Die genannten Faktoren weisen eine gesellschaftspolitische Dimension auf. Sie stehen im Zusammenhang mit der in vielen Bereichen noch immer mangelnden Anerkennung von Frauen in unserer Gesellschaft. Durch die traditionelle gesellschaftliche Stellung ist die Frau vielfach stärker als Männer in Abhängigkeiten eingebunden und wird durch die weiblichkeitsspezifische Sozialisation zur grösseren Anpassung erzogen. Suchtmittelabhängigkeit ist somit auch als Ausdruck von spezifischen weiblichen Einstellungen, Gefühlen, Verhaltensweisen, Beziehungen und Wünschen zu verstehen. Daneben kann bei Frauen, welche die Übernahme der klassischen Rollenzuweisung verweigern, durch Stress, Emanzipation, Rollenkonflikte und Mehrfachbelastung eine Suchtentwicklung begünstigt werden.

Durch ihre weiblichkeits-spezifische Sozialisation entwickeln Frauen passivere und emotionalere Verhaltensweisen, und sie sind häufig weniger zu aktiven Auseinandersetzungen imstande. Häufiger als der Mann löst die Frau ihre Konflikte, indem sie sie gegen die eigene Person wendet. Ihre Konfliktlösung ist weniger auf eine aktive Veränderung ihrer Lebenssituation ausge-

richtet. Frauen wählen oft passivere Konfliktlösungsstrategien, die ihre Schwierigkeiten nicht wirklich lösen, hingegen ihre als defizient wahrgenommene Weiblichkeit bestätigen. Viele Frauen tragen deshalb das Grundgefühl in sich, keine «rechte» Frau zu sein. Sie fühlen sich abtossend oder schlecht. Die aktive Auseinandersetzung mit dieser Thematik ist in gemischtgeschlechtlichen Institutionen äusserst schwierig, wenn nicht gar unmöglich.

Autonomieentwicklung

Die Einschränkungen von Autonomiebestrebungen finden sich in der Sozialisation von Mädchen wesentlich stärker als bei Jungen. In psychologischen und psychiatrischen Untersuchungen werden bei Mädchen mehr innengerichtete und zurückgezogene Symptome wie neurotische Verhaltensweisen, Ängstlichkeit, Depression und psychosomatische Beschwerden festgestellt, während bei Jungen eher ausagierende, konfliktorientierte und aussengerichtete Auffälligkeiten wie aggressives Verhalten, Konsum illegaler Drogen und Kriminalität anzutreffen sind.³

Beim Scheitern einer angemessenen intrapsychischen Verarbeitung von Spannungen und Konflikten kommt es zu frauentypischen Symptombildungen: Sie reichen von der höheren weiblichen Suizidversuchsrate, dem Problemtrinken als typischem Alkoholismus der Frau, über den grossen Anteil psychosomatischer und neurotischer Erkrankungen bis hin zu den reaktiv-depressiven Phänomenen. Wichtig dabei ist auch, dass all diese Erscheinungen neben ihrer appellativen Funktion auch eine indirekte, mehr subtile aggressive Komponente haben, etwa in Form der Rache oder des anklagenden Schuldvorwurfes gegenüber der sozialen Umgebung. Der überwie-

gende Teil des abweichenden weiblichen Sozialverhaltens erscheint so lediglich als reaktives Verhalten.⁴

Frauen begehen 2-3 mal häufiger Suizidversuche, Männer 2-3 mal häufiger Suizide^{5,6}. Die Gesamtzahl der Suizidhandlungen (Suizide und Suizidversuche) ist bei Frauen (durch die absolut grössere Häufigkeit von Suizidversuchen) höher als bei Männern. Häufig haben Frauen, die Alkohol, suchtbildende Medikamente oder Drogen konsumieren, schon in frühen Lebensjahren schwere persönliche Beeinträchtigungen erlitten, die im Zusammenhang mit ihrer Weiblichkeit stehen. Gewalterlebnisse, starke Abhängigkeit von den Eltern und Verlassenheitserfahrungen haben für sie spürbar und existentieller als bei anderen Frauen das übliche Frauenleben in Frage gestellt.

Aggressionshemmung

Viele Frauen haben oft nicht gelernt, ihre Aggressivität zu sozialisieren, das heisst: sie für die Verwirklichung professioneller und sozialer Projekte einzusetzen. Sie neigen vielmehr dazu, sich anzupassen, Schuldgefühle zu entwickeln und sich als minderwertig zu empfinden. Sie richten die Aggressivität gegen sich selbst und beginnen unter psychosomatischen Symptomen zu leiden.

Die Förderung der Wahrnehmung der eigenen Aggressivität in ihren unterschiedlichen konstruktiven und destruktiven Ausprägungen, sowie die Auseinandersetzung mit Schuldgefühlen und Ängsten in Verbindung mit Aggressivität sind wichtige Therapieziele.

Daten zu Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen

Neben den obigen, die Sozialisation und Soziologie der Frauen betreffen-



auch entsprechend diagnostiziert, obwohl alle diesbezüglichen ICD-10-Kriterien erfüllt sind).

Erhöhte somatische Vulnerabilität

Die erhöhte körperliche Krankheitsanfälligkeit von Frauen bezüglich Alkohol gilt grundsätzlich für alle Organsysteme, sie ist besonders gut belegt bei Leber und Hirn. Bezüglich einer langfristig zu erwartenden Leberschädigung wird immer wieder von einer kritischen Tagestrinkmenge von 20g reinem Alkohol bei Frauen und 50g bei Männern gesprochen. Klinisch finden sich denn auch bei Alkoholikerinnen häufig schwerste Leberzirrhosen nach erstaunlich kurzer Trinkkarriere. Beobachtungen im Hirschen deuten auch auf ein frühes Auftreten von erheblichen kognitiven Funktionseinbußen hin. Diese Feststellungen müssen allerdings noch empirisch erhärtet werden.

Heimlicher Substanzmissbrauch

Heimlicher Substanzmissbrauch ist bei Frauen ausserordentlich häufig: Der Konsum findet vorwiegend im häuslichen Rahmen statt und wird oft während langer Zeit sogar vor dem Partner verheimlicht. Dagegen ist Trinken im öffentlichen Rahmen (Restaurants etc.) viel seltener. Der Heimlichkeitsaspekt, respektive die Tabuisierung des weiblichen Alkoholmissbrauchs, erklärt vermutlich auch die häufige Kombination von Alkohol und Medikamenten (keine Fahne, kein Leergut, minimales Volumen, vergleichsweise gute Zugänglichkeit, Verschreibungspraxis der Ärzte).

Auffällig ist im weiteren die Tatsache, dass Patientinnen mit ausschliesslicher Medikamentenabhängigkeit kaum in Behandlung kommen. Das Tabu scheint in diesen Fällen noch zu funktionieren,

wodurch kaum eine Behandlungsmotivation zustande kommt.

Häufiges Intoxikationstrinken

Das Intoxikationstrinken (landläufig auch Quartalstrinken genannt) ist bei Frauen häufiger als bei Männern (Tab. 1). Das Vorherrschen dieses Trinkmusters, das in sich auch den Aspekt des Konflikt- oder Problemtrinkens trägt, dürfte erneut auf eine andere ursächliche Bedingtheit des Frauenalkoholismus hinweisen.

	SAKRAM (N=3013)	Forel Klinik (N=669)
Frauen	49,5Prozent	37,1Prozent
Männer	41,1Prozent	22,5Prozent

Tab. 1: Häufigkeit des Intoxikationstrinkens bei Frauen und Männern^{8,9}

Schlechtere Behandlungsverläufe bei Frauen

Verschiedene internationale Studien weisen auf eher schlechtere Behandlungsverläufe bei Frauen im Vergleich zu Männern hin^{10,11}. Dieser Trend ist auch in der Schweiz belegbar⁹ (Tab.2).

Katamnese Forel Klinik	Totalabstinenzrate	Durchschnittliche Abstinenzdauer nach Entlassung
Frauen	29,3 Prozent	242 Tage
Männer	42 Prozent	273 Tage

Tab. 2: Abstinenzhäufigkeit und -Dauer bei Frauen und Männern⁹

Als Erklärungsmöglichkeiten für dieses Phänomen bieten sich folgende Hypothesen an:

- Die meisten Untersuchungsergebnisse entstammen gemischtgeschlechtlich geführten Institutionen. Dabei sind die Frauen in diesen Einrichtungen in der Regel unterrepräsentiert und kommen mit grosser Wahrscheinlichkeit in der entstehenden Gruppendynamik zu kurz.

- In den meisten gemischtgeschlechtlich geführten Institutionen fehlen frauenspezifische Angebote (z.B. themenzentrierte Gruppen, separate Bewegungstherapie, Selbstverteidigungskurse, etc.).
- Auch im ambulanten Bereich (Vorbehandlung, Nachsorge) werden wenig frauenspezifische Angebote gemacht.
- Frauen gelangen vermutlich zu einem späteren Zeitpunkt in frauenspezifische Behandlung (heimliches Trinken, Tabuisierung des Problems) als Männer, deren soziales Versagen zu einem früheren Zeitpunkt offensichtlich wird (Arbeitslosigkeit, Fürsorgeabhängigkeit, FiaZ, etc.).
- Frauen mit Kindern schieben (vor allem stationäre) Behandlungen auf, weil entsprechende Behandlungsangebote schlicht fehlen.
- Die Verbesserung der sozialen Situation von Frauen ist in der Regel schwerer erreichbar als bei Männern (siehe unten).
- Frauen weisen im stationären Bereich durchschnittlich kürzere Behandlungsdauern auf als Männer. Die Gründe für dieses Phänomen sind bisher noch ungeklärt.

Diffuse soziale Situation

Die soziale Situation von Frauen ist häufig diffus und mit den gängigen Instrumenten kaum fass- und definierbar. Gemeint ist damit folgendes: Häufig sind Frauen nicht offiziell arbeitslos gemeldet, sie stempeln nicht, sondern gelten als «Hausfrau». Ob sie in ihrer Hausfrauenfunktion versagt haben oder nicht, wird nicht in die Beurteilung miteinbezogen, ebenso wenig wie die Frage, ob das Etikett «Hausfrau» nicht eine Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit verbirgt. Ähnliches gilt auch für die Invalidität. Bei Frauen wird in der Regel zu einem

späteren Zeitpunkt Antrag auf IV-Massnahmen oder eine Rente gestellt als bei Männern. Damit wird häufig die finanzielle Abhängigkeit von Lebenspartnern zementiert oder es entsteht eine Fürsorgeabhängigkeit mit deutlichem Almosencharakter. Auch der Schuldenstand von Frauen ist häufig nicht genau eruierbar wegen häufigerer Privatschulden und fehlender Transparenz in Bezug auf die Verschuldung des Lebenspartners.

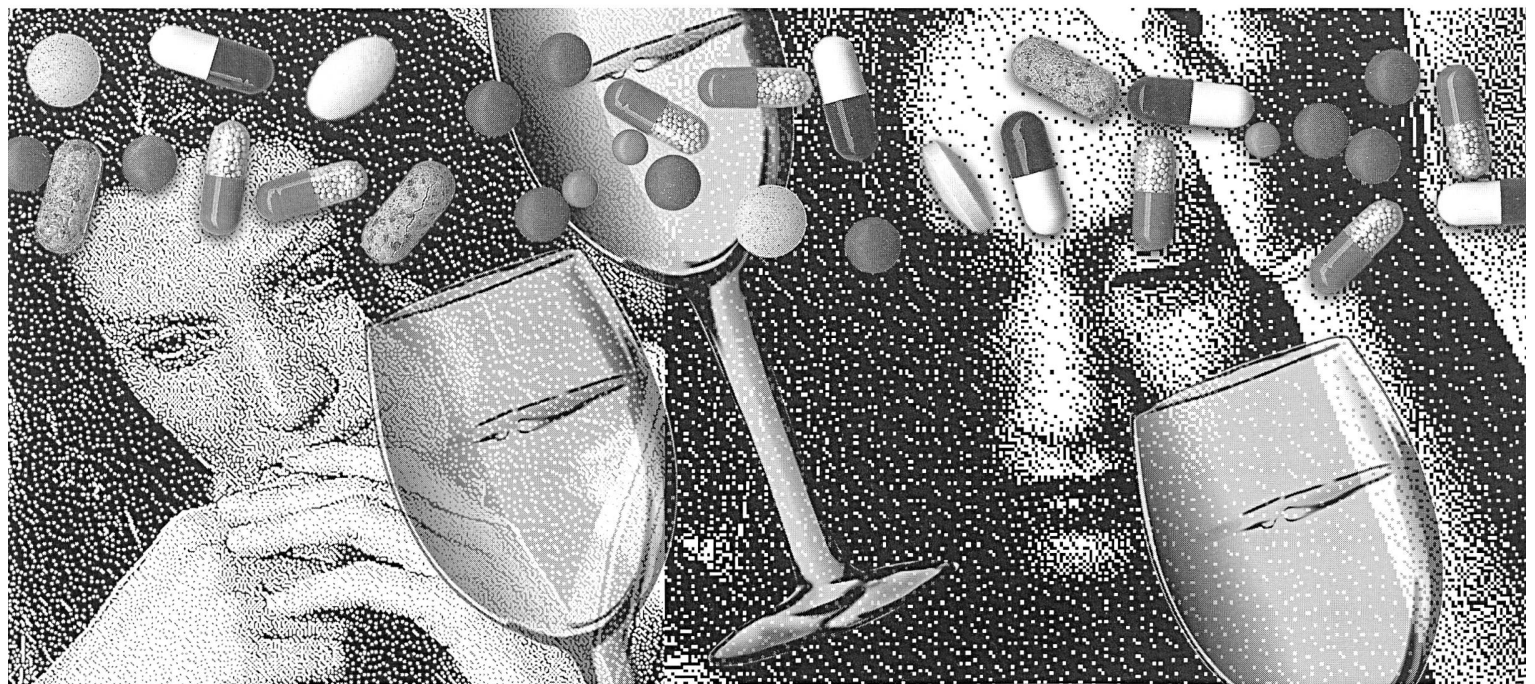
Diese geschilderten Phänomene sind vermutlich weitgehend soziologisch erklärbar, wirken sich aber selbstverständlich auf die Behandlungsplanung bei Alkoholikerinnen aus. Der therapeutische Umgang mit diesem sozialen Diffusitätssyndrom muss künftig noch konzeptionalisiert werden. Ansätze dazu finden sich im Therapiekonzept des Hirschen¹.

Alkoholismus und Depression

Die Unterschiede der Häufigkeit von Alkoholabhängigkeit und Depression bei Frauen und Männern sind umstritten. Nach Goodwin werden Frauen häufiger als Männer während oder nach einer Depression alkoholkrank. In einer aktuellen wissenschaftlichen Studie der Forel Klinik, die allerdings noch nicht abgeschlossen ist, zeichnen sich dagegen keine Differenzen zwischen Männern und Frauen ab¹². Das ist insofern erstaunlich, als in der frauenspezifischen Literatur immer wieder gesagt wird, Frauen neigten aufgrund ihrer Sozialisation und ihrer Verarbeitungsmodi eher zur depressiven Verarbeitung konflikthafter Situationen.

Alkoholismus und Essstörungen

Alkoholismus bei Frauen tritt sehr häufig zusammen mit Essstörungen auf. Aufgrund unserer klinischen Beobachtungen glauben wir übrigens einen re-



levanten Zusammenhang sehen zu können zwischen sexuellem Missbrauch in der Kindheit und der Trias Borderline-Störung/Esstörung/Alkoholismus (was vermutlich auch für andere Abhängigkeitserkrankungen gilt).

Bedeutung der Arbeitslosigkeit

Frauen sind nach Austritt aus einer stationären Behandlung seltener im Besitz einer Stelle als Männer (Tab. 3).

Jahr	Frauen (N=915)	Männer (N=2265)
1990	54,2 Prozent	72,9 Prozent
1991	60,8 Prozent	65,7 Prozent
1992	46,5 Prozent	61,9 Prozent
1993	51,9 Prozent	57,7 Prozent
1994	48,3 Prozent	48,2 Prozent

Tab. 3: Stellenbesitz nach Austritt aus stationärer Behandlung bei Frauen und Männern¹³

Bei stellenlosen Frauen ist tendenziell das Trinkverhalten günstiger als bei arbeitslosen Männern, die möglicherweise gesellschaftlich durch die Arbeitslosigkeit stärker stigmatisiert und in ihrem Selbstbild durch Arbeitslosigkeit massiver verletzt werden.

Umgekehrt zeigen die katamnesticen Untersuchungen der Forel Klinik bei ganztags arbeitenden Männern und Frauen, dass diese Männer einen besseren Verlaufsindex haben. Vollbeschäftigung scheint also bei Männern eher protektiv zu wirken als bei Frauen⁹.

Strukturelle und psychodynamische Aspekte – Selbststörung

Fast regelhaft scheint bei Frauen mit Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit eine relevante Selbststörung vorzuliegen. Je nach (Ich-)struktureller Entwicklung handelt es sich dabei um Störungen:

- des Selbstgefühls mit Störungen der psycho-physischen Grundbefindlichkeit und primären Identitätsstörungen
- der Selbstsicherheit, verbunden mit dem Gefühl mangelnder eigener Kompetenz und Gestaltungskraft
- des Selbstwertgefühls

Somatoforme Störungen

Auffallend häufig finden sich somatoforme Störungen unterschiedlicher Prägung, z.B.:

- Somatisierungssyndrom
 - Psychogene Schmerzstörung
 - Hypochondrische Symptombildung
- Dem Alkohol als sehr toxischer Substanz kommt bei der Auslösung und Ausprägung dieser Störungsbilder sicher eine zentrale Bedeutung zu. Auf psychologischer Ebene stehen zwei wesentliche Entstehungsmechanismen zur Diskussion:

Bei den eingangs beschriebenen Frauen mit defizitären Entwicklungsbedingungen in ihrer persönlichen Lebensgeschichte dürfte die somatoforme Symptomatik Ausdruck des oben beschriebenen defizitären Selbstgefühls,

d.h. eines umfassenden, basalen Unbehagens sein, das auch eines differenzierten emotionalen und verbalen Ausdrucks nicht imstande ist, wie dies u.a. im Alexithymiekonzept konzeptualisiert wird.¹⁴

Bei der psychisch besser differenzierten Gruppe könnte die somatoforme Symptomatik als Ausdruck eines sekundären Abwehrmechanismus (Abspaltung, Verschiebung, respektive Projektion in den eigenen Körper) verstanden werden.

Beiden Störungsbildern gemeinsam sind erhebliche körperliche Wahrnehmungsstörungen, die in ihrer Gesamtheit sehr häufig zu finden sind.

Regressiv-adynam-masochistischer Modus

Viele der betroffenen Frauen scheinen (vermutlich aufgrund ihrer Sozialisation) auf ihre konflikthafte Situation in einem regressiv-adynam (schwunglos-antriebsarmen) Modus zu reagieren. Männer scheinen eher projektiv-externalisierend («mit dem Kopf durch die Wand; die andern sind schuld») zu funktionieren. Aus dieser regressiv-adynam-masochistischen Modalität ergeben sich die bei abhängigen Frauen häufig zu treffenden Symptome:

- Dysphorische Missbefindlichkeit
- Ängstlichkeit, Unsicherheit
- Antriebsmangel und Schwunglosigkeit
- Somatisierung

- Verharren in völlig desperaten, destruktiven Beziehungen

In therapeutischer Hinsicht ist das Verharren in der regressiv-defensiven Position gewissermassen das «Pièce de résistance» und dies viel ausgeprägter als bei Männern. Möglicherweise findet sich hier eine psychodynamisch begründete Erklärung für die eher schlechteren Behandlungsverläufe bei Frauen.

Stereotypie der Beziehungsmuster

Auffallend sind bei alkohol- und medikamentenabhängigen Frauen die Stereotypen ihrer Beziehungsmuster, respektive die Wahl ihrer Beziehungspartner. Auch hier meinen wir wieder zwei Typen zu erkennen:

Bei den bereits oben beschriebenen Frauen mit defizitären Entwicklungsbedingungen in ihrer Lebensgeschichte, mit häufigen frühkindlichen Missbrauchs- und Gewalterfahrungen, scheint ein eigentliches Unterwerfungsritual unter einen mächtigen (sprich: gewalttätigen), potenten (sprich: sexuell groben und fordernden) «Herrscher» vorzuliegen. Zu längeren Beziehungspausen nach Beziehungsabbrüchen kommt es kaum. Lebensgeschichtlich findet sich hier in der Regel eine ununterbrochene, süchtig anmutende Serie gleichartiger Beziehungspartner. In diesen Beziehungen scheinen sich die Frauen übrigens häufig über die Sexualität (nicht Erotik und auch nicht sexuelle Liebe) zu definieren. Immer wieder sind wir erstaunt, wie gross die sexuelle Aktivität bei diesen Paaren ist (und dies nicht nur auf die Forderung des Mannes hin).

Bei den oben beschriebenen Frauen mit primär hoher Anpassung mit sekundärem Scheitern scheinen die Beziehungen von völliger Abhängigkeit von einem einzigen signifikanten Partner

gekennzeichnet zu sein (was am ehesten einer depressiven Konstellation nach Arieti¹⁵ entspricht). Das Scheitern solcher Beziehungen zieht in der Regel schwere depressive Krisen und längere Beziehungspausen nach sich.

Therapeutische und konzeptionelle Konsequenzen

Grundsätzlich muss bezüglich konzeptioneller Überlegungen zwischen Frauenspezifität fördernden Rahmenbedingungen einer Institution und inhaltlichen Aspekten der Therapieangebote unterschieden werden. Zwischen beiden Dimensionen besteht eine Wechselwirkung.

Institutionelle Rahmenbedingungen

Zur Beurteilung der Geschlechtsspezifität institutioneller Rahmenbedingungen wurde der Frauenorientierungs-

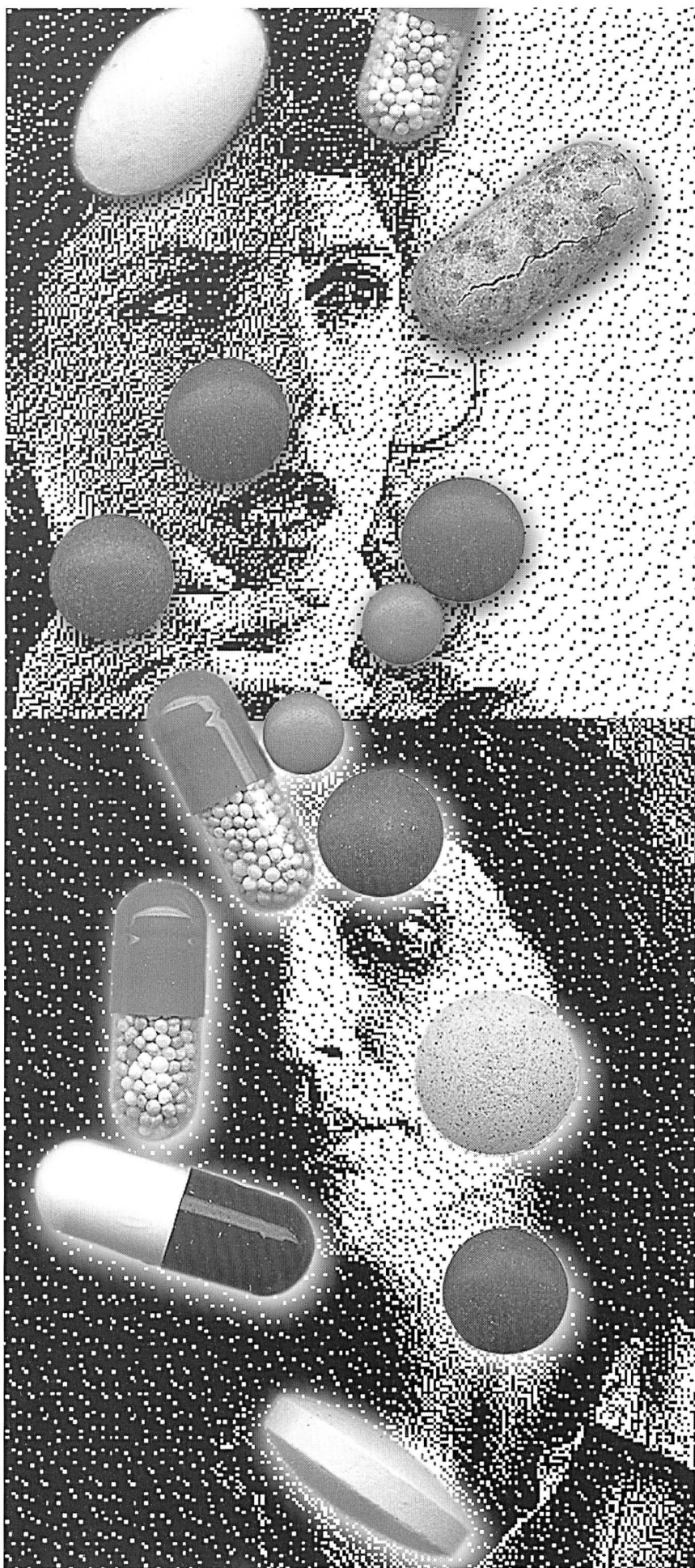
index entwickelt¹⁶. Dazu wurde, basierend auf den in der Literatur formulierten Forderungen, die an die Gestaltung der Behandlungsangebote für alkoholabhängige Frauen gestellt wurden, ein Index (Tab. 4) gebildet, der das Ausmass der Frauenorientierung der Behandlungsangebote in den Kliniken beschreibt. Die Verwendung des Index erlaubt den direkten Vergleich der verschiedenen Kliniken.

Die Items des Kriterienkatalogs lassen nur ja/nein-Antworten zu. Eine gemischte Klinik kann zwischen 0 und 18 Punkten erreichen. Frauenkliniken erfüllen bereits aufgrund der Tatsache, dass nur Frauen behandelt werden, 8 Kriterien. Sie können daher zwischen 8 und 18 Punkten auf dem Index erreichen.

Bei der konzeptionellen Ausrichtung einer Institution sind, wenn immer möglich, Voraussetzungen zu schaffen, welche die genannten Kriterien erfüllen.

- Der Patientinnenanteil in der Klinik beträgt mindestens 33 Prozent.
- Zur Sicherung des Frauenanteils werden Therapieplätze für Frauen bereitgehalten.
- Die Wartezeit für Frauen beträgt höchstens 4 Wochen.
- Die Aufnahme von Müttern mit Kindern ist möglich.
- Der Frauenanteil im Leitungsgremium beträgt mindestens 50 Prozent.
- Im Bereich Medizin/Psychotherapie beträgt der Mitarbeiterinnenanteil mindestens 50 Prozent.
- Räumliche Angebote für Frauen sind vorhanden (Frauenstockwerk, Aufenthaltsraum u.ä.).
- Frauengruppen werden angeboten.
- In den gemischten Therapiegruppen beträgt der Frauenanteil mindestens 50 Prozent (entfällt in Frauenkliniken).
- Indikative Angebote speziell für Frauen vorhanden.
- Angebote speziell für Frauen im Sport vorhanden.
- Angebote speziell für Frauen in der Beschäftigungstherapie vorhanden.
- Weitere Angebote speziell für Frauen vorhanden.
- Mitarbeiterinnen speziell für die Behandlung von Frauen.
- Mitarbeiter/innen, die Fortbildungen zum Thema Frauenalkoholismus besucht haben.
- Wahl zwischen Therapeutin oder Therapeuten ist möglich.
- Wahl zwischen Ärztin oder Arzt ist möglich.
- Patientinnen haben Entscheidungsmöglichkeiten.

Tab. 4.: Kriterienkatalog des Frauenorientierungsindex¹⁶



Korrigierende emotionale Erfahrung

Viele alkohol- und medikamentenabhängige Frauen haben von früher Kindheit an sehr traumatisierende Erlebnisse mit Männern, oft mit ihren nächsten männlichen Angehörigen gehabt. Diese Erfahrungen führen vermutlich zu den oben beschriebenen destruktiven Beziehungstereotypen, oft weiten sie sich aber zu einem allgemeinen Misstrauen aus. Von daher scheint uns ein «reines» Frauenhaus am ehesten Gewähr für den Einstieg in einen therapeutischen Prozess zu bieten.

Sehr oft machten die gleichen Patientinnen aber auch mit ihren Müttern un gute, wenn nicht gar schlechte Erfahrungen. Vor diesem Hintergrund ist die häufig ideologisierend geführte Debatte über das Geschlecht der Therapeutin/des Therapeuten zu betrachten. Wesentlicher als das Geschlecht scheint eher die Möglichkeit einer korrigierenden emotionalen Erfahrung innerhalb der therapeutischen Beziehung zu sein.

Einschränkend muss dazu gesagt werden, dass die Aufarbeitung sexuellen Missbrauchs eher bei einer Therapeutin möglich und sinnvoll ist. Die methodische Schwierigkeit dabei ist, dass sexueller Missbrauch von den Patientinnen häufig verschwiegen wird oder gar verdrängt ist (und erst im Laufe der Therapie, meist nicht einmal in der ersten Psychotherapie, erinnert wird).

Behandlungsansätze für Selbststörungen

Als praktikabel bei den oft zentralen Selbststörungen alkohol- und medikamentenabhängiger Frauen erweisen sich zunehmend verhaltenstherapeutische Ansätze. Konkret seien hier Möglichkeiten des sozialen Kompetenztrainings, des Widerstandstrainings, des

Selbstverteidigungstrainings genannt. Für den Behandlungserfolg entscheidend ist dabei eine realistische Zielsetzung in einem realistischen Zeitrahmen. Wir neigen zunehmend zu bescheideneren Zielsetzungen in umschriebenem Zeitrahmen, betrachten dafür die Wiederaufnahme einer Behandlung nicht als Wiederholung nach einem Scheitern, sondern eher als Fortführung der Therapie. Diese Betrachtungsweise scheint uns angesichts der Chronizität der Störungen angemessen – und für die Patientinnen entlastend.

Somatisierungsmuster

Die Häufigkeit somatoformer und psychosomatischer Störungen bei alkohol- und medikamentenabhängigen Frauen und die beschriebenen körperlichen Wahrnehmungsstörungen legen den Einsatz körper- und körperpsychotherapeutischer Therapiemethoden nahe. Zielsetzungen sind dabei u.a.:

- Wahrnehmungsverbesserung im Körperbereich (damit ist häufig auch eine verbesserte Wahrnehmung der psychischen Befindlichkeit verbunden)
- Aktivgesundung
- Aktivierung psychischer Thematik durch Körperarbeit

Die dafür eingesetzten Mittel sind vielfältig und sprengen bei weitem den Rahmen dessen, was üblicherweise mit Körperpsychotherapie umschrieben wird, und umfassen u.a. folgende Möglichkeiten:

- Fitnesstraining
- Bewegungstherapie
- Schwimmen
- Entspannungstraining (AT, PMR)
- Selbstverteidigungstraining
- Gesunde Ernährung (Theorie und Praxis)
- Gesundheitslehre im Zusammenhang mit Kosmetik, Solarium, Diätmassnahmen und Kleidung

Schlussbemerkungen

Es ist wohl unumstritten, dass die Entwicklung von Frauen durch soziologische Faktoren mitgeprägt ist und dass damit logischerweise auch psychische Fehlentwicklungen bei Frauen gesellschaftlich mitbedingt sind. Das Ausklammern dieser Zusammenhänge aus einem umfassenden Therapiekonzept wäre falsch. Unseres Erachtens bewährt es sich, diese Inhalte auf kognitiver Ebene in ein Therapiekonzept einzubringen.

Dazu kommt, dass sich die empirische Forschung bei Abhängigkeitserkrankungen bisher weitgehend auf ein Männerklientel beschränkt hat. Es ist unseres Erachtens unerlässlich, eine ebenso differenzierte Forschung für Patientinnen mit Abhängigkeitserkrankungen zu etablieren. Nur dadurch lassen sich künftig sachbezogene, entideologisierte Therapiekonzepte entwickeln. ■

Literatur

- ¹ Meyer, T., 1999: Entwurf zu einem therapeutischen Konzept des Hirschen, unveröffentlicht
- ² Vogelsang, M., 1999: Substanzabhängigkeit und abhängige Persönlichkeitsstörung – Eine vergleichende Gegenüberstellung, SUCHT 45 (2), S. 108–116
- ³ Kessler und Mc Lead, 1984; Gove, 1985; Dahrenwend und Dahrenwend, 1981, in: Hurrlemann, K. (1994), Sozialisation und Gesundheit, S. 106, 1994
- ⁴ Keupp, L.: Zur Problematik der weiblichen Delinquenz, Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 65, SS 219–229, 1982, zit. nach Hurrlemann (1994), Sozialisation und Gesundheit, S. 104
- ⁵ Haanel, T., 1992: Suizidgefahr: Ein Mensch braucht Hilfe, Schweizerische Ärztezeitung, Band 73, S. 1137–1140
- ⁶ Michel, K.; Spuler, T., 1988: Suizid in der Schweiz 1970–1986, Schweizerische Ärztezeitung, Band 69, S. 1732–1737
- ⁷ Hirschen, 1999: Jahresbericht 1998
- ⁸ SAKRAM, 1991: Das spezialisierte Behandlungssystem für Alkoholabhängige – Stationäre Therapie und Rehabilitation 1984–1990, S.35, SFA, Lausanne

Inserat

Systemische Supervision

Teamsupervision

Fallsupervision (Einzel/Team)

- Einzelberatung
- Paar-/Familienberatung
- Gruppe

Philippe Hasler

Luzern Tel/Fax 041/360 97 58

Erfahrungshintergrund:

- Lehrtätigkeit Primar-/Ober- & Sekundarschule
- Psychotherapie (ambulant & teilstationär)
- systemische Suchttherapie (stationär)

- ⁹ Sieber, M., 1999: Behandlungserfolg bei alkoholabhängigen Männern und Frauen, Publikation in Vorbereitung
- ¹⁰ Körkel, J. (Hrsg.), 1991: Praxis der Rückfallbehandlung, Blaukreuz-Verlag, Wuppertal/Bern
- ¹¹ Körkel, J.; Lauer, G.; Scheller, R. (Hrsg.), 1995: Sucht und Rückfall, Enke, Stuttgart
- ¹² Fehr, M., 1999: Alkoholismus und Depression, Dissertation in Bearbeitung
- ¹³ SAKRAM, 1995: Mehrfachabhängigkeit und Suchtverlagerung bei stationär behandelten alkohol- und medikamentenabhängigen Personen, 1990–1994, S. 15, SFA, Lausanne
- ¹⁴ Burian, W., 1985: Das Alexithymiekonzept in der Suchttherapie, Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 8, S. 33–37
- ¹⁵ Arieti, S., 1978: Severe and mild depression, Basic books, New York
- ¹⁶ Winkler, K., 1999: Frauenorientierungsindex – ein Instrument zur Beurteilung des Ausmasses der frauenspezifischen Orientierung von Behandlungsangeboten im Suchtbereich, Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg. 22, Nr. 1, S. 3–9