

# POLYLOGE

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“  
(peer reviewed)

Materialien aus der „Europäischen Akademie für  
biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien  
und Kreativitätsförderung“

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen,  
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,  
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. (emer.) **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Uni. Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale  
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

PD Dr. **Sylvie Petitjean**, Universität Basel

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,  
Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 37/2019

Integrative Suchttherapie mit Frauen \*

*Lara Buechi, Basel* \*\*

---

\* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper. Mail: [forschung@integrativ.eag-fpi.de](mailto:forschung@integrativ.eag-fpi.de), oder: [info@eag-fpi.de](mailto:info@eag-fpi.de), Information: <http://www.eag-fpi.com> ).

\*\* Teilnehmerin der EAG-Weiterbildung ‚Integrative Psychotherapie‘.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. EINLEITUNG .....</b>	<b>2</b>
<b>2. GENDERKOMPETENTE PSYCHOTHERAPIE .....</b>	<b>4</b>
2.1 GENDER IN KURZFASSUNG .....	4
2.1.1 Was ist Gender? .....	4
2.1.2 Wie entsteht Gender? .....	5
2.1.3 Wie kann Gender verändert werden? .....	6
2.2 WEIBLICH ..... MÄNNLICH? EIN PAAR EINDRÜCKE AUS DER GENDERFORSCHUNG: .....	8
2.3 DER EINFLUSS VON GENDER IN DIE THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG .....	10
2.4 «GENDER-THEMEN» .....	12
2.5 GENDERINTEGRITÄT .....	13
2.6 IT-KONZEPTE UND GENDER .....	14
2.6.1 Das Ko-Respondenzmodell .....	14
2.6.2 Die vier Wege der Heilung und Förderung .....	14
2.6.3 Transversale Machttheorie .....	15
2.6.4 Anthropologische Krankheitslehre .....	16
<b>3. INTEGRATIVE SUCHTTHERAPIE .....</b>	<b>18</b>
3.1 Das Ko-Respondenzmodell .....	19
3.2 Die vier Wege der Heilung und Förderung .....	20
3.3 Transversale Machttheorie .....	21
3.4 Anthropologische Krankheitslehre .....	21
<b>4. INTEGRATIVE SUCHTTHERAPIE MIT FRAUEN .....</b>	<b>22</b>
4.1 Ko-Respondenzmodell .....	22
4.2 Die Vier Wege der Heilung und Förderung .....	23
4.3 Transversale Machttheorie .....	24
4.4 Anthropologische Krankheitslehre .....	25
4.5 «Gender-Themen» in der Suchtarbeit mit Frauen .....	26
<b>5. DISKUSSION .....</b>	<b>28</b>
<b>ZUSAMMENFASSUNG / SUMMARY .....</b>	<b>31</b>
<b>6. LITERATUR .....</b>	<b>32</b>

## 1. Einleitung

Als erstes möchte ich erwähnen, dass ich diese Arbeit – natürlicherweise – aus der Perspektive einer Frau schreibe. Als ich mit der therapeutischen Arbeit im Suchtbereich begann, war ich für zwei Wohngruppen zuständig, die mit Frauen besetzt waren. Von meinen Mitarbeiter\_innen wurde mir öfters gesagt, dass «die Frauen ja besonders schwierig» seien (die restlichen fünf Wohngruppen waren mit Männern besetzt). Meine Nachfragen, was damit denn genau gemeint sei, konnten sie mir nicht wirklich erklären: da laufe mehr «unterschwellig», «das ganze Rumzicken». Ich selbst hatte den Vergleich nicht, da ich bisher nicht mit Männern gearbeitet hatte. Zumindest nicht im vergleichbaren Umfang.

Im Bewerbungsgespräch für diese Stelle wurde ich gefragt, ob ich lieber mit Frauen oder mit Männern arbeiten möchte, da gerade zwei Stellen offen waren. Als junge Berufseinsteigerin fiel meine Wahl auf die Frauen. Einerseits, weil ich mich selbst privat immer wieder mit meiner weiblichen Identität auseinandergesetzt habe, aber auch, weil ich das Risiko deutlich kleiner einschätzte, mit Frauen in eine erotisierte Atmosphäre zu geraten, als mit Männern, was mir Sicherheit vermittelte.

Nach ein paar Jahren wechselte ich die Stelle. Die Institution ist vergleichbar: Eine abstinenz-orientierte Suchtklinik, in der Patient\_innen nach einem stationären Entzug etwa ein halbes Jahr wohnen und Therapie machen. Ein Unterschied ist allerdings, dass in der ersten Klinik «Gendersensibilität» im Konzept verankert war (zum Beispiel mit eigenen Wohn- und Therapiegruppen, Paartherapien, Übernachtungsmöglichkeiten für eigene Kinder), in der folgenden nicht. Am neuen Ort sind, wenn überhaupt, eine oder zwei Patientinnen in einer Gruppe mit sonst nur Männern. Hier bin ich dementsprechend vor allem mit Patienten in Kontakt.

Zum zweiten ist es mir wichtig zu betonen, dass Frauen selbstverständlich nicht nur weibliche und Männer nicht nur männliche Eigenschaften haben. So kann ein Mann durchaus weibliche und eine Frau männliche Anteile haben. Eine Studie aus dem Jahr 1986 postuliert sogar, dass gerade bei süchtigen Menschen diese Stereotypen nicht sehr zutreffend seien. So schrieben sich männliche und weibliche süchtige Teilnehmer\_innen mehr weibliche als männliche Eigenschaften zu (Griffin-Shelley, 1986). In diesem Zusammenhang ist auch die Intersektionalität zu erwähnen<sup>1</sup>. Weisse Frauen werden anders wahrgenommen als dunkle – auch Faktoren wie Ethnizität, Religiosität, Schicht, Alter oder sichtbare Behinderungen beeinflussen die Fremdwahrnehmung stark. Diese Faktoren sprengen allerdings den Rahmen dieser Arbeit und kommen hier nicht zu tragen. Im Weiteren werden intersexuelle Menschen oder Menschen, welche zwar ein eindeutiges biologisches Geschlecht haben, sich damit aber nicht identifizieren, nicht besonders berücksichtigt. Damit sie nicht ausgeschlossen werden, habe ich mich für den Gender\_Gap entschieden, welcher zwischen dem männlichen und weiblichen Geschlecht Platz für andere Geschlechter lässt (Bsp. Klient\_innen).

Spannend fand ich eine Studie, die besagt, dass in wirtschaftlich gut entwickelten Ländern, in denen vermehrt Chancengleichheit besteht, Genderunterschiede (Frauen seien zum Beispiel altruistischer und vertrauensvoller, Männer unter anderem risikofreudiger) deutlicher hervortreten. Die Schweiz ist sowohl wirtschaftlich sehr gut entwickelt und im internationalen Vergleich besteht hierzulande mehr

---

<sup>1</sup> Siehe dazu auch Petzold 2016q.

Chancenannäherung zwischen Frauen und Männern, als in vielen anderen Ländern (was nicht heissen soll, dass nicht auch die Schweiz durchaus noch Entwicklungspotential hat, A.d.A.). Der Studie entsprechend bestehen hierzulande deutliche Genderunterschiede (Falk & Hermle, 2018). Diese Resultate unterstützen die Tendenz zur Sozialisierung als Entstehungsmodell von Gender. Auf der anderen Seite steht die Anlage als Erklärungsmodell. In der aktuellen Forschungslage liegt der Trend eher auf dem Sozialisierungsmodell (Genkova in Stein, 2010, S. 290). Darauf wird im Kapitel 2.1 genauer eingegangen.

In der folgenden Arbeit widme ich mich zuerst dem Bereich Gender in der Psychotherapie. Dieser Abschnitt fokussiert auf die zentralen Aspekte. Für weitere Informationen, gerade zu verschiedenen gendertheoretischen Diskursen, empfehle ich die Bücher zweier integrativer Therapeutinnen und Supervisorinnen «Genderkompetenz in Supervision und Coaching» von Surur Abdul-Hussain (2012) oder Schigl, Brigitte (2012): «Psychotherapie und Gender». Für einen vertiefenden Einblick durch die «Gender-Brille» in andere Spezialgebiete der Psychologie (Neuro- oder Motivationspsychologie zum Beispiel) empfehle ich «Handbuch Psychologie und Geschlechterforschung» von Gisela Stein (2010), in dem die dazugehörige Forschung kritisch hinterfragt wird. In einem zweiten Teil geht es um die Integrative Suchttherapie und als Abschluss werden die beiden Teile miteinander in Zusammenhang gesetzt.

## 2. Genderkompetente Psychotherapie

Einleitend sei gesagt, dass das Ignorieren der Genderperspektive zu androzentristischen<sup>2</sup> Vorstellungen führen kann, die nicht nur Frauen ausschliessen, sondern auch Männer, welche nicht diesen kollektiv-mentalenen Repräsentationen entsprechen (Abdul-Hussain, 2012, S. 61). Deshalb ist es wichtig, Unterschiede, wo welche sind, anzuschauen und kritisch zu beleuchten.

### 2.1 Gender in Kurzfassung

#### **2.1.1 Was ist Gender?**

Auf **biologischer Ebene** lässt sich noch relativ einfach definieren, was eine Frau und was ein Mann ist – aber auch hier gibt es Trennungsunschärfen. Carol Hagemann-White, zit. nach Abdul-Hussain (2012), führt fünf aufeinander folgende Etappen auf, die Männer zu Männern und Frauen zu Frauen machen:

1. Das Chromosomengeschlecht: Üblicherweise hat jemand ein XX- oder ein XY-Chromosomen-Paar und ist dementsprechend eine Frau (XX) oder ein Mann (XY).
2. Das Keimdrüsen- oder Gonadengeschlecht: Innerhalb der ersten drei Monate nach der Befruchtung werden Föten durch Hormone, dem Chromosomenpaar entsprechend, differenziert.
3. Das morphologische Geschlecht: Die Chromosome beeinflussen ab dieser Etappe nur noch indirekt, direkt sind es die Hormone, welche über die weitere Entwicklung entscheiden. Beim morphologischen Geschlecht geht es um die Bildung der inneren und äusseren Geschlechtsorgane.
4. Das Hormongeschlecht: Die Konzentration der Geschlechtshormone unmittelbar vor der Pubertät entscheidet dann über den weiteren Verlauf der Geschlechtsentwicklung.
5. Das Hirngeschlecht: Je nach Geschlecht nimmt der Hypothalamus und die Hypophyse eine andere Rolle ein, dieses System steuert geschlechtsrelevante Hormone.

Bei jeder dieser Etappen gibt es jedoch auch andere Ausprägungen als die klassische «Frau» und der klassische «Mann». Beispielsweise gibt es XXX-Chromosomentrios oder auch einzelne Xo, bei denen ein Chromosom fehlt. Weiter soll das hier nicht vertieft werden. Dies kann bei Carol White-Hagemann (1984) nachgelesen werden. Wichtig an dieser Stelle ist das Bewusstsein darüber, dass es auch auf biologischer Ebene Unklarheiten in der Geschlechtertrennung gibt.

Auf **sozialer Ebene** wird es schwieriger, wenn nicht gar unmöglich, zu definieren, was eine Frau von einem Mann unterscheidet. Brigitte Schigl (2012) fasst Folgendes bezüglich der Geschlechterforschung zusammen: Es werden oft stereotyp-entsprechende Resultate in Studien gefunden. Spätestens ab dem 3. Monat werden Kinder geschlechtsspezifisch sozial erzogen: Mädchen werden zu mehr Hilfeleistungen angeleitet und zeigen weniger offene Feindseligkeiten und Dominanz (prosoziales Verhalten), dafür erhöhtes Interesse an harmonischen Beziehungen (Affiliationsmotivation). Auch wenn diese Unterschiede in sehr frühen Stadien schon beobachtbar sind, kann daraus noch nicht geschlossen werden, ob dieses Verhalten genetisch bedingt oder sozialisiert wurde. Betrachtet man das prosoziale Verhalten genauer und zieht genügend verschiedene Kontexte in Betracht, ist es bei Männern und

---

<sup>2</sup> i.e. Männer werden als Zentrum, Massstab und Norm gesehen

Frauen gleich verteilt. Die Affiliationsmotivation ist bei Frauen vor allem dann grösser, wenn man den Fokus auf dyadischen Beziehungen legt – Männer haben den Fokus eher auf Gruppen. Oft werden für solche Studien Studentinnen und jüngere Erwachsene der weissen Mittelschicht befragt. Diese Resultate sind somit natürlich nicht verallgemeinerbar. Ausserdem werden viele Ergebnisse anhand von Selbsteinschätzungen eruiert. Bei der Emotionspsychologie zum Beispiel ist das ein grosser Stolperstein, da detailliertere Forschungen zeigen, dass Männer und Frauen im Moment selbst gleich stark emotional reagieren, Frauen aber im Anschluss über intensivere Gefühle berichten (siehe für eine detaillierte Übersicht zu Geschlecht in Emotionspsychologie: Lozo in Stein, 2010, S. 43 – 54). Als ganz zentral erachte ich den Punkt, dass die Unterschiede innerhalb von Frauen oder Männern allermeist grösser sind, als die Unterschiede zwischen deren Mittelwerten. Ausserdem repliziert die Genderforschung oft, was die Forscher\_innen wollen oder glauben, da sie dementsprechend die Kategorien definieren und auswählen (siehe Beispiel oben «Affiliationsmotivation»). Ergebnisse können in experimentellen Studien oft nicht repliziert werden und werden unzulässig generalisiert (Schigl, 2012, S. 59-69). Anders gesagt replizieren Forscher\_innen ihre subjektiven mentalen Repräsentationen und machen so kollektive daraus. Und umgekehrt: Unsere subjektiven Bilder, «wie Männer und Frauen so sind», sind geprägt von den kollektiven Bildern, die biographisch geprägt werden, und fliessen in eigene Untersuchungen mit ein (Schigl, 2012, S. 169).

### **2.1.2 Wie entsteht Gender?**

So ist es nahezu unmöglich, auf sozialer Ebene zu definieren, was Gender ist. Für die Entstehung von Gender ist der soziale Aspekt sehr zentral. Ilse Orth geht dieses Thema folgendermassen an: Erzählungen über Frauen beeinflussen die Identitäten von Frauen. *«Vorstellungen von männlicher und weiblicher Identität sind von gesellschaftlichen Identitätsmustern abhängig. Diese sind in jedem von uns durch Sozialisationseinflüsse verankert, können aber genau über diese beeinflussbar werden und bedürfen deshalb individueller und kollektiver Veränderungsbemühungen, wenn diese denn gewollt sind.»* (Orth, 2002, S.9f) Identität entsteht also durch Sozialisation und Enkulturation (Orth, 2002). Wichtig scheint mir dabei, dass männliche Eigenschaften oft für Frauen und Männer erstrebenswert sind, weibliche Eigenschaften sind allerdings selten erstrebenswert für Männer (Schigl, 2012, S. 69).

Dieses Frau-Sein, wie auch das Mann-Sein, ist ein Teil unserer Identität. Daher ist es wichtig zu verstehen, wie Identität entwickelt wird. Laut Ilse Orth (2002) geschieht der Identitätsprozess aus Sicht der integrativen Identitätstheorie (Petzold & Mathias 1983, Petzold 2012a) folgendermassen: Ich werde von Mitmenschen wahrgenommen und ein Teil dieser Fremdzuschreibungen wird mir bewusst – weil ich sie spüre oder weil sie mir mitgeteilt wird. Ich bewerte solche Fremdzuschreibungen auf drei verschiedenen Ebenen. Zuerst findet eine, oft nur subliminale, unbewusste Wahrnehmung der Fremdtribution statt und ich bewerte diese mit einem leiblich gespürten bewussten oder unbewussten Stimmigkeits- oder Unstimmigkeitsgefühl. Diese erste Bewertung geschieht auf psychophysiologischer Ebene und nennt sich «marking». Auf psychischer Ebene kommt die emotionale Bewertung zustande («valuation»): Erlebe ich mich auch so, wie mein Gegenüber mich mir spiegelt? Diese Ebene kann bewusst oder unbewusst sein. Die kognitive Bewertung («appraisal») findet meist bewusst statt. Wenn ich eine Fremdzuschreibung als passend bewerte, schreibe ich sie mir auch zu (Selbstzuschreibung

oder Identifikation). Werden diese Selbstzuschreibungen dauerhaft verinnerlicht und im Langzeitspeicher verankert, spricht man von «Internalisierung».

*„Geschlechtsidentität (gender identity) beginnt mit dem Wissen und dem Bewusstsein, ob bewusst oder unbewusst, dass man einem Geschlecht (sex) angehört und nicht dem anderen. Geschlechtsrolle (gender role) ist das äußerliche Verhalten, welches man in der Gesellschaft zeigt, die Rolle, die man spielt, insbesondere mit anderen Menschen“ (Stoller 1968, zit. in Petzold & Orth, 2011, S. 218).*

Ob die so entwickelte *Geschlechtsidentität* dann in einer Situation zum Tragen kommt, ist allerdings nicht nur von der betroffenen Person abhängig, sondern auch von ihrem Gegenüber mit dessen *Geschlechterstereotypen* und der *Salienz von Geschlecht in der konkreten Situation*, also wie präsent ist das Thema Geschlecht in dieser konkreten Situation (Hannover in Stein, 2010, S. 27). Situationen, welche die Salienz vom Aspekt «Geschlecht» erhöhen können, sind gemischtgeschlechtliche Gruppenkonstellationen, soziale Vergleiche zwischen den Geschlechtern, geschlechtstypisierte Aktivitäten und die Betonung von Aspekten physischer Attraktivität (Hannover in Stein, 2010, S. 37).

### **2.1.3 Wie kann Gender verändert werden?**

Das Entwickeln dieser Geschlechtsidentitäten kann eine teilweise Entfremdung von sich selbst mit sich bringen (Moehring, 2004, S. 6). Entfremdung ist ein zentraler Aspekt der anthropologischen Krankheitsentstehung in der Integrativen Therapie (Petzold & Schuch, 1991). Verhalten, das den Geschlechterklischees entspricht, kann eine pathologische Wirkung haben (Schigl, 2012, S. 123-33). Es gibt also durchaus Gründe, die dafürsprechen, mentale Repräsentationen zu verändern, bzw. aufzulockern.

Diese kollektiv-mentale Repräsentationen zu verändern dauert lange und ist nicht einfach. Genkova (in Stein, 2010, S. 291) fasst modellartig drei Wege dafür zusammen. Diese Wege sind mit Untersuchungen noch zu prüfen, stellen aber ein praktikables Modell für die Praxis dar.

1. Book-keeping-Modell: Sammeln von Verhalten, das nicht den Stereotypen entspricht. Dabei zählt nicht das mathematische Verhältnis von Verhalten, das den Stereotypen entspricht und gegenläufigem Verhalten, sondern die reine Menge an Verhalten, das nicht dem Stereotyp entspricht. Entsprechend der integrativen Identitätstheorie muss dieses untypische Verhalten geprüft und kognitiv und emotional bewertet werden.

Ich muss dafür ein Verhalten wahrnehmen und auch, dass dieses Verhalten nicht meinen Stereotypen entspricht. Dafür müssen mir meine Stereotypen auch bewusst sein. Laut Genkova wird dann nicht mathematisch korrekt abgewogen, wie oft dieses stereotype Verhalten auftritt und wie oft ein anderes, sondern es reicht, wenn ich *geföhlt* oft ein Verhalten wahrnehme, das meinem Stereotyp nicht entspricht.

2. Konversions-Modell: Ein einzelnes Schlüsselereignis (vgl. «vitale Evidenz», Petzold 2003a, S. 633, 694, 751) kann ein Stereotyp verändern, indem ein Exemplar einer Gruppe ein Verhalten zeigt, welches nicht meinem Stereotyp entspricht und ich dieses Verhalten entsprechend der hermeneutischen Spirale (Petzold, 2003a, S.404) verarbeite (wahrnehme, erfasse, verstehe

und erkläre). Diese Veränderung tritt vor allem ein, wenn ein besonders typisches Exemplar einer Gruppe ein Verhalten zeigt, das nicht dem Stereotyp entspricht.

Hier wird ein alter Aspekt des Stereotyps durch einen neuen ersetzt.

3. Subtypingmodell: Dies ist keine eigentliche Veränderung des übergreifenden Stereotyps. Abweichendes Verhalten wird in einer Unterkategorie abgespeichert als Ausnahme.

Meine subjektiv-mentale Repräsentation wird in diesem Falle also nicht von Grund auf verändert, ich registriere jedoch, dass es Ausnahmen gibt. Die Regel bleibt gleich wie zuvor, wird aber differenzierter.

Stereotypen lösen sich also nicht einfach auf, sondern haben das Potential, sich zu verändern und zu differenzieren. Sie bleiben somit weiterhin bestehen, haben aber andere oder teilweise veränderte Inhalte. Das heisst, wir können nach einer solchen Veränderung nicht automatisch offener auf Leute zugehen, über die wir Stereotypen haben. Dies ist noch am ehesten beim Book-keeping-Modell der Fall, da hier ein «sowohl als auch» möglich ist.

In der Integrativen Theorie ist das Konzept des «komplexen Lernens» fein ausgearbeitet (Sieper, Petzold 2002/2011). Für das Verständnis der Zusammenhänge in dieser Arbeit sind folgende Aspekte daraus zentral: Bei einem komplexen Lernbegriff müssen verschiedene Optiken mitbegriffen sein. D.h. behaviorale Neuorientierung, entwicklungsbezogene und psychodynamische Aspekte (Lernen als Prozess über die Lebensspanne), wie auch eine systemisch-interaktionale, ökologische Optik. Lernen findet nicht auf nur einer Ebene statt, sondern muss als Prozess auf geistig-kognitiver, seelisch-emotionaler, körperlich-somatomotorischer, volitiver und sozial-ökologischer Ebene verstanden werden, bei dem Veränderungen auf Körper-Seele-Geistebene stattfinden, ohne dass das Kontext/Kontinuum vernachlässigt wird. Lernen mobilisiert – oder auch labilisiert – Strukturen und lässt diese sich neuformieren oder ganz neue entstehen. Solche Veränderungen finden neurophysiologisch (Epigenetik, Neurotransmitter, neue Bahnungen, Zuwachs von Neuronen) und personologisch (Entwicklung neuer Kompetenzen und Performanzen, Wahrnehmungs-, Fühlens-, Wollens-, Denk- und Handlungsweisen) statt.

Statt von Stereotypen oder Vorurteilen wird in der Integrativen Theorie von «sozialen Repräsentationen» gesprochen, welche sich an Moscovici anlehnen. Über seinen Begriff von sozialen Repräsentationen hinaus, wird dieser in der IT allerdings um den emotionalen und volitionalen Aspekt erweitert.

*„Soziale Repräsentationen sind ein System von Werten, Ideen und Praktiken mit einer zweifachen Funktion: einmal, um eine Ordnung herzustellen, die Individuen in die Lage versetzt, sich in ihrer materiellen und sozialen Welt zu orientieren und sie zu beherrschen, zum anderen um zu ermöglichen, dass zwischen den Menschen einer Gemeinschaft Kommunikation stattfinden kann, indem ihnen ein Code zur Verfügung gestellt wird für sozialen Austausch und ein Code für ein unzweifelhaftes Benennen und Klassifizieren der verschiedenen Aspekte ihrer Welt und individuellen Gruppengeschichte.“* (Moscovici (1976, XIII) zit. in Sieper, Petzold 2002/2011).

»Komplexe soziale Repräsentationen – auch 'kollektiv-mentale Repräsentationen' genannt - sind Sets kollektiver Kognitionen, Emotionen und Volitionen mit ihren Mustern des Reflektierens bzw. Metareflektierens in polylogischen Diskursen bzw. Korespondenzen und mit ihren Performanzen, d.h. Umsetzungen in konkretes Verhalten und Handeln. Soziale Welten als intermentale Wirklichkeiten entstehen aus geteilten Sichtweisen auf die Welt und sie bilden geteilte Sichtweisen auf die Welt. Sie schließen Menschen zu Gesprächs-, Erzähl- und damit zu Interpretations- und Handlungsgemeinschaften zusammen und werden aber zugleich durch solche Zusammenschlüsse gebildet und perpetuiert – rekursive Prozesse, in denen soziale Repräsentationen zum Tragen kommen, die wiederum zugleich narrative Prozesse kollektiver Hermeneutik prägen, aber auch in ihnen gebildet werden.'

In dem, was sozial repräsentiert wird, sind immer die jeweiligen Ökologien der Kommunikationen und Handlungen (Kontextdimension) zusammen mit den vollzogenen bzw. vollziehbaren Handlungssequenzen mit repräsentiert, und es verschränken sich auf diese Weise Aktionale-Szenisches und Diskursiv-Symbolisches im zeitlichen Ablauf (Kontinuumdimension). Es handelt sich nicht nur um eine repräsentationale Verbindung von Bild und Sprache, es geht um Filme, besser noch: dramatische Abläufe als Szenenfolgen oder - etwas futuristisch, aber mental schon real -, um sequentielle Hologramme, in denen alles Wahrnehmbare und auch alles Vorstellbare anwesend ist. Verstehensprozesse erfordern deshalb (Petzold 1992a, 901) eine diskursive und eine aktionale Hermeneutik in Kontext/Kontinuum, die Vielfalt konnektiviert und Bekanntes mit Unbekanntem verbindet und vertraut macht.« (Petzold 2000h, zit. in Sieper, Petzold, 2002(2011), S.25).

Abschliessen möchte ich dieses Kapitel mit einer Integrativen Definition von Gender von Surur Abdul-Hussain (2012, S. 47):

*Gender beschreibt soziokulturelle Aspekte der Geschlechtlichkeit von Subjekten, welche sie in Enkulturations- und Sozialisationsprozessen und in Rekursivität mit ihren biologischen Prozessen in ihren jeweiligen soziokulturellen Kontexten erwerben und gestalten. In sozialen Welten werden Wert- und Normvorstellungen von Gender ausgebildet, welche von Machtdiskursen und -konstellationen geprägt sind und sich in kollektiv- und subjektiv-mentalenen Repräsentationen des Denkens, Fühlens und Handelns in ihre Interaktionsmustern und ihrer Körpersprache (Doing Gender) sowie ihrer sprachlichen Performanz (Performing Gender) zeigen mit ihren Auswirkungen bis in die neurobiologischen Strukturen.*

Im Gegensatz zu den biologischen Komponenten von Geschlechtlichkeit (im Englischen «sex»), sind mit Gender also die Facetten von Geschlechtlichkeit angesprochen, die unser Denken, Fühlen und Verhalten betreffen. Mit diesen bestätigen oder verändern wir diese kollektiven mentalenen Repräsentationen (Petzold, 2003a, S.1052) immer wieder.

## 2.2 Weiblich ..... Männlich? Ein paar Eindrücke aus der Genderforschung:

Frauen erreichen durchschnittlich tiefere Werte in Offensivität, Assertiveness und Aggression, Probleme internalisieren sie eher und der «locus of control» wird eher extern gesehen. Somit kommt es bei Frauen wahrscheinlicher zu erlernter Hilflosigkeit. Sie leben zwar länger und achten mehr auf ihre Gesundheit, erhalten aber mehr Diagnosen in ihrem Leben. Psychische Diagnosen, die öfter auf Frauen als auf

Männer zutreffen, sind: Essstörungen (9:1), Depressionen (2:1), Ängste (2:1) und Phobien (3:1). Zusammengefasst sind Frauen dreimal öfters von diesen Störungen betroffen als Männer (Schigl, 2012, S. 125ff zit.: Franke & Kämmerer 2001, Riecher-Rössler & Rohde, 2001, Ebner & Fischer 2004, Rohde & Marneros 2007, Vogelsang 2009). Ein negativeres Körperbild gilt als Prädiktor für depressive Verstimmungen, Selbstwertbeeinträchtigungen und Essstörungen bei jugendlichen Mädchen und Frauen. Bei Jungen und Männern ist dies weniger der Fall. Diese Resultate sind allerdings mit Vorsicht zu geniessen, da sie vornehmlich aus dem anglo-amerikanischen Raum stammen. So ist es fraglich, ob sie auf Europa oder andere Orte übertragbar sind. Dagegen spricht, dass in den USA mehr Diäten gehalten werden und Afro-Amerikanerinnen trotz höherem BMI zufriedener mit ihrem eigenen Körper sind (Boeger in Stein, 2010, S. 147).

Krause-Girth & Oppenheimer (zit. in Schigl, 2012, S. 129) fassen folgende Unterschiede in den Lebensläufen bei chronisch psychisch kranken Menschen zusammen:

Chronisch psychisch kranke Patientinnen	Chronisch psychisch kranke Patienten
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Negatives Muttervorbild</li> <li>• Im Rollenbild gefangen</li> <li>• Frühe sexuelle Erfahrungen</li> <li>• Sexualität nicht zentral für Identität, eher der Wunsch nach Beziehung und Geborgenheit</li> <li>• Sexuelle Gewalterfahrungen durch männliche Familienmitglieder</li> <li>• Gewalt, psychische Herabsetzungen werden als selbstverständlich angenommen</li> <li>• Meist frühe Mutterschaft und Ehe</li> <li>• Unterordnung in Beziehungen zu Männern</li> <li>• Geborgenheitsmangel</li> <li>• Versorgungshaltung</li> <li>• Passivität</li> <li>• Weniger berufstätig und schlechtere Ausbildung</li> <li>• Emotionale Erzählweise</li> <li>• Starke innere moralische Zwänge</li> <li>• Verliessen früh das Elternhaus</li> <li>• Starke Minderwertigkeitsempfindungen</li> <li>• Positives Selbstwertgefühl durch Äusseres</li> <li>• Selbst-Schulduweisung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Negatives Vaternvorbild</li> <li>• Keine direkte männliche Bezugsperson in der Familie / kein direktes positives Rollenvorbild</li> <li>• Durch männliche Rolle überfordert</li> <li>• Bruch mit Rolle, aber darin verhaftet</li> <li>• Späte sexuelle Erfahrungen</li> <li>• Sexualität ist zentral für Identität</li> <li>• Sexuelle Gewalterfahrungen durch männliche Mitklienten</li> <li>• Keine Vaterschaft, späte / keine Ehe, permanente Suche nach Partnerin</li> <li>• Geborgenheitsmangel</li> <li>• Passivität</li> <li>• Öfters berufstätig und bessere Ausbildung</li> <li>• Technisch-sachliche Erzählweise</li> <li>• Geringe innere moralische Zwänge</li> <li>• Leben lang im Elternhaus</li> <li>• Eher konservatives Weltbild</li> </ul>

Hier lässt sich die Kritik an der Geschlechterforschung vom vorangehenden Kapitel natürlich wiederholen: Welche Kategorien werden von wem wie definiert? Wie werden Informationen erhoben (mit Selbst- oder Fremdbeurteilungen, durch «objektivierte» psychophysiologische Parameter, ...)? Wie sehen die Stichproben genau aus (weisse junge Mittelschicht oder vielseitiger)? So möchte ich diese Unterschiede nicht als definitiv gesetzt verstanden haben, da geschlechtsspezifische Forschung kollektiv-mentale Repräsentationen immer auch festigen kann («doing gender», z.B. Abdul-Hussain, 2012, 34f). Trotzdem geben diese Ergebnisse einen Eindruck davon, wie mentale Repräsentationen über «Frauen» oder «Männer» aussehen können, die für unsere Kultur typisch sind. Solche zu kennen, ist wichtig für gendersensible Psychotherapeut\_innen.

### 2.3 Der Einfluss von Gender in die therapeutische Beziehung

Da es in dieser Arbeit um frauenspezifische Suchtarbeit geht, gehe ich in diesem Kapitel explizit von Dyaden mit Patientinnen aus – sei es mit Therapeutinnen oder Therapeuten. Männlichen Patienten und andere Geschlechter werden nicht berücksichtigt. Zuerst gebe ich einen kurzen Einblick in Dynamiken, die gehäuft mit Patientinnen auftreten, anschliessend geht es um eine gendersensible Grundhaltung.

Folgende Dynamiken (Schigl, 2012, S. 116ff) sind natürlich nicht zwingend der Fall, sondern es handelt sich um Häufungen. In der Therapie kann es sich selbstverständlich auch anders verhalten. Trotzdem gibt es Tendenzen, die ich hier zusammenfassen möchte. Typisch für eine Patientin-Therapeutin-Konstellation ist, dass sich in dieser Konstellation ein Gefühl der Vertrautheit und Nähe am raschesten einstellt. Das kann allerdings dazu führen, dass sich die Therapeutin zu sehr auf die Seite der Patientin stellt und sich zu stark mit ihr identifiziert. Wenn sich beide als heterosexuell betrachten, lassen sich homoerotische Atmosphären in gleichgeschlechtlichen therapeutischen Beziehungen am schlechtesten greifen. Es können Konkurrenzgefühle auftauchen, zum Beispiel bezüglich Aussehens, Lebensumständen, Biografien, Leistungen oder ähnlichem.

Auch Therapeuten fällt es bei Patientinnen leichter, eine tragfähige therapeutische Beziehung aufzubauen, als mit Patienten. Von einem Therapeuten werden in der Arbeit mit Patientinnen erotische Atmosphären am leichtesten erfasst. Gleichzeitig kommen in diesem Falle Übergriffe am meisten vor. Bei gemischtgeschlechtlichen Konstellationen wird von den Therapeuten von einem «grundlegenden Gefühl des Andersseins» berichtet. Je nach eigener Gender-Sozialisation fühlen sich Therapeuten bei weinenden Patientinnen manipuliert oder es kommt ein Übertragungsgefühl auf, schuld an der Trauer zu sein.

Unabhängig vom Geschlecht des Therapeuten, der Therapeutin berichten Patienten eher positiv von einem Erstkontakt, wenn dieser kritisch war, bei Patientinnen führt ein empathischer Kontakt zu grösserem Wohlbefinden (Gross und Stein, zit. von Schigl, 2012, S. 132).

Grundhaltungen von feministischer Psychotherapie (Hofmeister, 1997 und Scheffler, 2004 in Schigl, 2012, S. 86f) lassen sich gut mit der genderkompetenten Haltung nach Krause-Girth und Oppenheimer kombinieren (2004, zit. von Schigl, 2012, S. 93).

- **Lernen am Modell:** Die Therapeutin kann Modell für die Klientin sein: Therapeut\_in hat die «restriktiven Grenzen tradierter Geschlechterrollen» überwunden (siehe Abdul-Hussain, 2012,

S. 63, Krause-Girth und Oppenheimer, 2004, Hofmeister, 1997 und Scheffler, 2004 zit. von Schigl, 2012, S. 86f und S. 93).

- **Ziel:** Neue Handlungsstrategien erarbeiten, die nicht gendertypisch zu sein brauchen (Abdul-Hussain, 2012, S. 57).
- **Gendersensible Sprache:** Sprache schafft Realitäten, deshalb ist es wichtig, dass die Fachperson dafür sensibilisiert ist (Hofmeister, 1997 und Scheffler, 2004, zit. von Schigl, 2012, S. 86f)
- Das **Machtgefälle** in der therapeutischen Arbeit muss angesprochen werden und möglichst minimiert werden (Hofmeister, 1997 und Scheffler, 2004, zit. von Schigl, 2012, S. 86f).
- Die Patientin darf **wählen**, ob sie zu einem Therapeuten oder einer Therapeutin geht (Krause-Girth und Oppenheimer, 2004, zit. von Schigl, 2012, S. 93).
- Orientierung an **weiblichen Entwicklungsaufgaben** (schicht-, kontext- und ethniespezifisch) (Hofmeister, 1997 und Scheffler, 2004, zit. von Schigl, 2012, S. 86f)
- **Wertschätzende Grundhaltung:** Symptome werden als bestmögliche Überlebensstrategie, krankmachende Mikro- und Mesogesellschaft als Teil davon, «weibliche» Eigenschaften als wertvoll und lebensnotwendig erachtet (Hofmeister, 1997 und Scheffler, 2004, zit. von Schigl, 2012, S. 86f).
- **Geschlechtsstereotypen** werden in der Therapie berücksichtigt und aufgedeckt, nicht nur als Leiden auf individueller Ebene, sondern auch als Gesellschaftssymptom (Hofmeister, 1997 und Scheffler, 2004, zit. von Schigl, 2012, S. 86f)
- Besonderer Fokus gilt der **Leiblichkeit und Sexualität**. Körperliche Berührungen sollen sensibel und bewusst gehandhabt werden und ein respektvoller Umgang mit sexuellen Gefühlen sollte selbstverständlich sein (Krause-Girth und Oppenheimer, 2004, Hofmeister, 1997 und Scheffler, 2004, zit. von Schigl, 2012, S. 86f, S. 93).
- Achtsamkeit bei **marginalisierten Gruppen** und deren spezifischen Themen (Migrantinnen, lesbische Frauen, Mädchen, alte Frauen, ...) (Hofmeister, 1997 und Scheffler, 2004, zit. von Schigl, 2012, S. 86f)
- Dafür braucht es eine ständige **Auseinandersetzung mit eigenen geschlechtsspezifischen Prägungen**, Bewusstmachung eigener Vorurteile, usw. (Hofmeister 1997 und Scheffler 2004, zit. von Schigl, 2012, S. 86f)

Diese gendersensible Grundhaltung in der Therapie möchte ich mit Surur Abdul-Hussains Definition (2012, S. 56) von Genderkompetenz und -performanz ergänzen. Im Sinne der IT, die Wert auf die Unterscheidung von theoretischem Wissen (Kompetenz) und praktischem Umsetzen davon (Performanz) legt, nennt sie es Genderkompetenz und -performanz. Folgende Definition bezieht sich zwar auf Supervision und Coaching, ist aber gut auf die Psychotherapie übertragbar.

*«Genderkompetenz und -performanz in Supervision und Coaching gründen auf einem sozialpsychologisch, biologisch, ethnomethodisch und diskurstheoretisch, machttheoretisch, rechtlich und politikwissenschaftlich begründeten Genderbegriff und bedeuten, supervisorische und Coachingkompetenz und -performanz mit Genderkompetenz und -performanz zu verknüpfen und Gender als einen zentralen Aspekt menschlichen Miteinanders zu verstehen. Genderkompetenz und*

*-performanz beschreiben die Fähigkeit und die Umsetzung der bewussten und theoriegeleiteten aktionalen Analyse und systematischen Reflexion von Praxissituationen, Strukturen, Denksystemen, Organisationen und Institutionen aus Genderperspektive, um daraus adäquates und gendergerechtes Handeln zu entwickeln und bei der Umsetzung dieses Handelns Unterstützung zu bieten.*

*Genderkompetenz und -performanz braucht gendertheoretisches Wissen. Damit ist folgendes gemeint:*

- Wissen über genderspezifische Enkulturations- und Sozialisationsprozesse*
- über sozialpsychologische Grundlagen – im Speziellen ist es sinnvoll, sich mit social worlds, subjektiv-mental und kollektiv-mental Repräsentationen auseinanderzusetzen, welche sich z.B. in gendertheoretischen Diskursen zeigen*
- damit verbunden Wissen über gendertheoretische Diskurse*
- über sozialkonstruktivistische und diskurstheoretische Kenntnisse zum alltäglichen Kommunizieren, Interagieren und Handeln auf Genderebene*
- über biologische und soziologische Grundlagen in Bezug auf Gender, im Speziellen organisations- und institutionssoziologische Forschungsergebnisse im Genderbereich*
- sowie über relevante Genderforschungsergebnisse im jeweiligen Berufsfeld»*

#### 2.4 «Gender-Themen»

Im letzten Kapitel wurde deutlich, dass es für eine genderkompetente Therapie ein Wissen darum braucht, welche Themen stark von Gender beeinflusst werden können. Daher möchte ich in diesem Kapitel eine Übersicht darüber geben. Eine Sammlung von Themen, bei denen die Geschlechtszugehörigkeit von Therapeut\_in und Patient\_in eine besonders wichtige Rolle hat, findet sich in Schigl (2012, S. 113ff).

- Sexualität: Grenzüberschreitungen, sexuelle Funktionsstörungen, Perversionen, Promiskuität, Sexsucht, Pornokonsum, Attraktivität (Selbstwert), Begehren in der Beziehung (immer bzgl. Patient\_in und Partner\_in)
- Leiblichkeit: Körperdysmorphie Störungen, kosmetische Operationen, ...
- Geschlechtsidentität: bei Jugendlichen, sexuelle Orientierung
- Reproduktion: Erkrankungen der Geschlechtsteile, Kinderwunsch, Reproduktionsmedizinische Behandlungen, Schwangerschaftsabbrüche, Sterilisation, Geburtserlebnisse, Stillprobleme, ...
- Macht: psychische oder physische Gewalterfahrungen – als Opfer und Täter\_in
- Paarbeziehungen: hetero- oder homosexuell, Trennungen, Untreue / Treue, Sehnsucht nach Beziehung, ...
- Problemkonstellationen entlang der gesellschaftlichen Arbeitsteilung / Geschlechterstruktur: Pflege von Angehörigen, Kindererziehung, Karriere, ...
- Risikoreiches Verhalten, Selbstverletzung, Suchtmittelkonsum
- Intersektionalität (kumulierte Diskriminierungen): Ethnie-, herkunftsspezifische Probleme (Zwangsheirat, kulturbedingte Geschlechternormen, ehre-, scham-, racheverbundene Traditionen), körperliche Behinderungen, Armut
- Mutter- / Vater-Entbehrung, Überfürsorge eines Elternteils, schwierige Ablöseprozesse, ...

Diese Themen können alle in gleich- und gemischtgeschlechtlichen Dyaden besprochen und thematisiert werden. Die Geschlechterkombination soll dabei angesprochen werden und eine genderkompetente Haltung ist dabei besonders wichtig (vgl. Schigl, 2012, S. 113ff)..

Je nach Gender gibt es Unterschiede in den Themen, die Patient\_innen in die Therapie bringen. Laut Fremdeinschätzungen bringen Frauen öfter Themen ein, bei denen es um 1) gescheiterte Beziehungen, 2) Enttäuschungsproteste (d.h. Hoffnungen und Erwartungen in Beziehungen wurden enttäuscht und daraufhin gibt es Protest) und 3) depressive Ohnmacht geht (Rudolf, 2002, zit. Schigl, 2012, S. 132f) Allerdings gilt auch hier: Achtung vor dem Reporting Bias.

## 2.5 Genderintegrität

Da Gender – und Psychotherapie – auch eine ethische Ebene hat, möchte ich diese hier ebenfalls kurz erörtern. Als Basis dazu dient der Text von Petzold und Orth (2011) über Genderintegrität (in Abdul-Hussain, 2012).

Unterschiedlichkeiten und Diversität sind aus der IT-Perspektive wertvoll (vgl. auch Diversity, Intersektionalität (siehe Kapitel 2.4)). Da sie aber Themen wie «*Macht, Ohnmacht, Unrecht und Gerechtigkeit, Schuld und Schuldfähigkeit (Petzold 2003d), Menschenwürde und Menschenrechte (Petzold, Orth 2004b), Macht und Machtmissbrauch, die Opfer und Täter schaffen, Zugehörigkeit und Fremdheit*» (zit. Petzold & Orth, 2011) mitansprechen, ist die Diskussion darüber nicht einfach. In der Therapie ist mit dem Ko-Respondez-Modell (vgl. Kapitel 2.6.1) die Wertschätzung und Achtung der «Andersheit des Andern» (sensu Levinas) Grundlage für die therapeutische Beziehung. Das gemeinsame Menschsein und die gemeinsame Lebenswelt verpflichten zu gegenseitiger Verantwortung (Petzold & Orth, 2011).

Integrität – und damit auch Genderintegrität – wird in der IT mehrperspektiv betrachtet. Einerseits betrifft sie eine leibliche Unversehrtheit eines Subjekts, welche die Integrität erlebt (personale Qualität), andererseits wird Integrität von Individuen gelebt, weil sie entsprechende Werte und Prinzipien durch eine Wertegemeinschaft interiorisiert haben (moralische Qualität). Beide Seiten beeinflussen sich gegenseitig (ibid. S. 286). Damit Integrität entstehen, oder sich wieder entwickeln kann, nachdem sie verletzt wurde, braucht es einen konvivialen<sup>3</sup> Raum (ibid. S. 216). Wie da schon anklingt, ist Genderintegrität nicht ein fester Wert, der sich einmal entwickelt und dann beständig ist, sondern sie muss immer wieder umgesetzt werden (ibid. S. 248).

Integrität ist Teil unserer Identität, dementsprechend wird sie ebenfalls kognitiv und emotional bewertet (valuation und appraisal) und kann so nicht einfach von aussen vorgegeben werden, sondern braucht eine entsprechende Selbsteinschätzung (kognitiv, wie emotional). Das bringt es mit sich, dass Personen, die, aus welchen Gründen auch immer, nicht mehr selbst für ihre Integrität einstehen können, bei der Wahrung ihrer Integrität (und damit auch ihrer Würde) unterstützt werden müssen von der Gesellschaft. Gerade in solchen Situationen braucht es besondere Sorgfalt (ibid. S. 287).

---

<sup>3</sup> Siehe zu Konvivialität Petzold, 2003e.

## 2.6 IT-Konzepte und Gender

Es gibt viele IT-spezifische Modelle. Es wäre wohl bei jedem spannend, es durch die «Gender-Brille» zu betrachten. Da dies aber definitiv den Rahmen sprengen würde für diese Arbeit und einige Vorarbeit schon geleistet wurde, beschränke ich mich auf eine kleine Auswahl. 2006 wurde der Grundregel der IT die «Gender- und Antidiskriminierungserklärung» angehängt, aus der ich vor allem einen Punkt in dieser Arbeit hervorheben möchte: die Pflege partizipativer und partnerschaftlicher Strukturen (Petzold, 2000).

### **2.6.1 Das Ko-Respondenzmodell**

Da das Ko-Respondenzmodell vielleicht das Konzept der IT schlechthin ist und die Basis bildet für die weiteren, möchte ich hier darauf eingehen. Das Ko-Respondenzmodell (Petzold, 2003a, Band I, S. 93-140) wurde von Brigitte Schigl (2012, S. 165-170, siehe auch Abdul-Hussain, 2012, S. 63f) mit der Gendersensibilität verknüpft, daher betone ich hier nur das Essentielle: Das Bewusste und Unbewusste der Patientinnen und der Therapeut\_innen ist vom Genderthema eingetönt. «Hier wird [...] das Doing Gender jener frühen Bezugspersonen virulent, dessen Dynamiken die aktuelle Therapiesituation dann einfärbt» (Schigl, 2012, S. 168). Durch „subjektiv-mentale Repräsentationen“ beeinflusst die Genderzugehörigkeit den Ko-Respondenzprozess in der Therapie. Man kann davon ausgehen, dass in jeder der vier möglichen Kombinationen der therapeutischen Beziehung männlich-männlich, männlich-weiblich, weiblich-männlich und weiblich-weiblich andere Muster der Beziehungsgestaltung auftauchen. Diese Muster als reine Übertragung / Gegenübertragung zu bezeichnen greift zu kurz. Die Genderperspektive muss miteinbezogen werden. Werden diese Muster bewusst gemacht (Exzentrizität), kann dies therapeutisch wirksam sein (insbesondere da Verhalten, welches nicht dem Stereotyp des Genders entspricht, zur Genese beitragen kann (Schigl, 2012, S. 128). Bleiben diese Muster unbewusst, können sie sich gegenseitig verstärken oder blockieren, was den therapeutischen Prozess behindern kann.

*«Gender und Genderintegrität müssen in polylogische Ko-respondenzprozesse unter Einbezug aller Beteiligten und ihrer soziokulturellen Kontexte gestellt werden, Polylogpartner\_innen, zwischen denen Konsens-/Dissensklärungen über diese zentralen Qualitäten der Hominität, des Männlichen und Weiblichen, stattfinden. Sie müssen zu Konsens und handlungsrelevanten Konzepten (z.B. Konstruktionen über Frauen und Männer) führen, die man persönlich und gemeinschaftlich bejaht, die also von der Konsensgemeinschaft getragen, wertgeschätzt und in Kooperationen realisiert werden können, ja ggf. zu schützen und zu verteidigen sind (etwa zur Sicherung der Integrität von Frauen und Männern – auf individuellen und auf kollektiven Ebenen).» (zit. Petzold & Orth, 2011, S. 263f)*

### **2.6.2 Die vier Wege der Heilung und Förderung**

Im Standardwerk von Hilarion Petzold werden die vier Wege der Heilung und Förderung beschrieben (Petzold, 2003a Band I, S. 76).

1. Weg: Bewusstseinsarbeit. Eigene Männer- und Frauenbilder (kollektiv-mentale Repräsentationen, sensu Moscovici 2001) können in die jeweilige Biografie und Identität eingeordnet und deren Einflüsse reflektiert werden (Schigl, 2012, S. 177f). Dies kann gemäss dem Konzept der hermeneutischen Spirale geschehen (Schigl, 2012, S. 169f, Petzold, 2003a, Band II, S. 403f): wahrnehmen und erfassen von

Phänomenen, Strukturen und Entwürfen, in denen Gender eine Rolle spielt. Mithilfe von Gender-Theorien kann die Gender-Dimension eingeordnet, verstanden und im Ko-Respondenzprozess gemeinsam erklärt werden.

2. Weg: Nach- und Neusozialisation. Hier kann es einen Unterschied machen, ob Therapeut\_in und Patient\_in dasselbe Geschlecht haben. In geschlechtshomogenen Konstellationen können Therapeut\_innen ein Rollenmodell sein, in gegengeschlechtlichen Konstellationen kann es ein wichtiger Punkt sein, wie die Patient\_innen auf die Therapeut\_innen wirken (Schigl, 2012, S. 178).

3. Weg: Erlebnisaktivierung. Ist eine Patientin gehemmt, ihre «männlichen» Seiten wahrzunehmen, zuzulassen und auszuleben, ist dieser Weg von Bedeutung um dies zu fördern. So kann eine Patientin beispielsweise darin unterstützt werden, einem Fussballclub beizutreten, oder ihre Position einem Vorgesetzten gegenüber klar zu verteidigen.

4. Weg: Solidaritätserfahrung und Engagement. Für die Solidaritätserfahrung sind vor allem geschlechtshomogene Konstellationen, beziehungsweise Gruppen geeignet, in denen ein Austausch und gegenseitige emotionale Annahme stattfinden können. Natürlich gibt es auch zwischen den Geschlechtern Solidaritätserfahrungen. In diesem Kontext sind jedoch Solidaritätserfahrungen gemeint, die sich auf das Frau-Sein beziehen.

### **2.6.3 Transversale Machttheorie**

Ein zentrales Konzept der IT für die Genderthematik ist jenes der Machttheorie (Petzold, 2009d, Haessig, 2008).

*«Wir verstehen 'direkte Macht' als ausgeübte oder ausübbar, als die willensgeleitete Möglichkeit von Personen (Gruppen, Institutionen), durch das Verfügen über Informationen, materielle Ressourcen und Mittel der Gewalt die Willensentscheidungen, das Leben und die Lebensumstände von Menschen in einer Weise zu bestimmen, die von diesen nicht direkt beeinflusst werden kann, sondern für sie den Rekurs auf Instanzen der Machtkontrolle - so sie vorhanden sind - erforderlich macht (Petzold 1968f II, 12). Ausgeübte und erfahrene Macht ist konfiguratив (Macht-Ohnmacht-Struktur), eingebunden in Machtgefüge, die Freiräume bemessen und kontrollieren.*

*Indirekte Macht und strukturelle Gewalt sehen wir als eine Vernetzung anonymer, diffus verteilter Wirkmechanismen der Unterdrückung, der nicht legitimierten Reglementierung und Normierung in sozialen Netzwerken, Institutionen, Gesellschaften, unbewussten Selbstzwangsapparaturen in den Köpfen und Herzen, in den Mustern des Denkens, Fühlens und Wollens der Menschen, in den Texturen ihrer Gesellschaft und Kultur. Indirekte Macht durchfiltert die direkte Macht an jeder Stelle, verhindert Wirklichkeitserkenntnis und die elementare Freiheit der Wahl.» (Petzold, 2009d, S. 5)*

Übertragen auf das therapeutische Setting lässt sich sagen, dass eigene «subjektive Machttheorien», «persönliche Macht- und Ohnmachtsgefühle» und «Machtmotive» in die therapeutische Beziehung mit einfließen – von Seiten der Patientin wie auch der/des Therapeut\_in (ibid. S. 20). Machtbiografien sind ebenfalls genderspezifisch eingefärbt (ibid. S. 24-31). Therapeutisches Ziel hierbei ist, die Patient\_innen zu einem Umgang mit der Macht zu motivieren, d.h. auch «Macht haben zu dürfen», ihre Potentiale zu fördern und ihnen Expert\_innenmacht über sich selbst und ihr Leben zuzugestehen (ibid. S. 44).

## 2.6.4 Anthropologische Krankheitslehre

Die anthropologische Krankheitslehre ist sehr weit gefasst und Basis für die spezielle, klinische Krankheitslehre. Das zentrale Moment der anthropologischen Krankheitslehre ist das Konzept der Entfremdung. Der Entfremdungsbegriff in der IT bezieht sich auf Hegel und Marx und wird um die soziale und existenzialphilosophische Sichtweise ergänzt (Petzold & Schuch, 1991, S. 411-13). Petzold spricht von „multipler Entfremdung“ „Verdinglichung“. Gegenstrategie von Entfremdung ist Förderung von „Zugehörigkeit, Oikeiosis“, bei „Verdinglichung“ ist das Antidot „Erlebnisaktivierung“ und „Verlebendigung“ (Petzold, 1994c/2015 und Petzold, 1987d/2017).

Entfremdungsdimensionen nach Petzold (1994c, S. 153):

- die Entfremdung vom Leib,
- die Entfremdung von der Zwischen-leiblichkeit, d. h. vom Mitmenschen,
- die Entfremdung von der Arbeit,
- die Entfremdung von der Lebenswelt,
- die Entfremdung von der Lebenszeit,
- die Entfremdung von der Natur,
- die Entfremdung von der Dimension der Werte

Entfremdung führt letztlich zur Zerstörung des Lebens schlechthin, sie verändert das Verhältnis des Menschen zu sich selbst und zu anderen Menschen. Es gibt somit eine Trennung zwischen meinem Leib und meinem Selbst, der Leib wird verdinglicht. Dadurch verstehe ich die Sprache meines Körpers auch nicht mehr (Entfremdung vom Leib). Wenn ich mir selbst fremd bin, kann ich auch nicht mehr mit meinen Mitmenschen in Kontakt oder Beziehung kommen. Die Gesellschaft tritt vor der Individualität in den Hintergrund, sie ist nicht Geborgenheit, sondern Bedrohung, in ihr aufzugehen, sich selbst zu verlieren. Daraus folgt typischerweise ein Konkurrenzdenken (Entfremdung von der Zwischen-leiblichkeit, vom Mitmenschen). Die Entfremdung von der Lebenswelt oder auch von der Natur zeigt sich am deutlichsten in der Zerstörung der Umwelt. Die Entfremdung von der Lebenszeit hat zur Folge, dass ich die Zeit, meine Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft nicht mehr als Kontinuum begreife und erlebe, sondern einzelne Teile abspalte. Ein anderer Aspekt ist die ökonomisierte Zeit, welche ich nicht meinen eigentlichen Bedürfnissen entsprechend leben konnte oder kann (Petzold & Schuch, 1991, S. 423-7). Dabei ist immer die Frage nach den «Ursachen hinter den Ursachen» bedeutsam. Es geht nicht nur um die Frage «Warum ist die\_der Patient\_in krank?», sondern auch um die Frage «Warum sind die Umstände, in welchen der\_die Patient\_in lebt, krankmachend?» (Petzold, 1994c). Gegen Entfremdung steht Zugehörigkeit, gegen Domestizierung (Fremdbestimmtheit) Selbstbestimmung (Orth, 1994).

Bezüglich Gender ist die Entfremdung vom Leib ein wichtiger Aspekt. Durch starre internalisierte Geschlechterrollen kann eine Entfremdung von sich selbst (also vom Leib) stattfinden. Dies geschieht über die kognitive und emotionale Bewertung dieser Geschlechterrollen (s. Kapitel 2.1.2). Gerade während der Pubertät (aber auch in anderen Lebensphasen) kann es dadurch zu Verunsicherungen kommen, wenn zum Beispiel eine junge Frau sich selbst als «ruppig» erlebt, aber grundsätzlich das Bild von Frauen hat, sie seien sehr feinfühlig – oder sie haben sehr feinfühlig zu sein. Sie bemerkt, dass sie ihrem eigenen Bild von Frauen nicht entspricht. Darauf kann auf verschiedene Varianten reagiert werden. Einerseits könnte eine Anpassungsleistung erfolgen und sie könnte ihr Verhalten von «ruppig»

auf «feinfühlig» ändern. Oder sie könnte sich als «minderwertige» Frau ansehen. Andererseits könnte sich auch ihr Bild von Frauen wandeln oder aufweichen – Frauen sind nicht immer feinfühlig, manchmal sind sie ruppig – dies fällt wohl leichter, wenn sich diese junge Frau nicht nur selbst manchmal als ruppig erlebt, sondern auch andere Frauen (s. Kap. 2.1.3). Oder sie sieht sich selbst gar nicht mehr als Frau. Dass es dazu kommt, braucht es wohl mehr, als ein einmaliges solches Ereignis. So kann zu Entfremdung vom Leib oder auch von Werten kommen.

Zu Entfremdung von Mitmenschen kommt es unter anderem über Prozesse von sozialer Kontrolle. Werden Prozesse sozialer Kontrolle verinnerlicht, ist dies einerseits eine kulturelle Leistung, aber auch Ausdruck von Entfremdung (Orth, 2015, Petzold, 1993d). Bei starren internalisierten Geschlechterrollen geht man mit entsprechenden Erwartungshaltungen auf die Welt und seine Mitmenschen zu, was zu Entfremdungsphänomenen führen kann.

### 3. Integrative Suchttherapie

Zu diesem Thema wurden bereits viele Arbeiten geschrieben – allen voran «Integrative Suchttherapie» von Petzold, Schay und Ebert (2004) und «Integrative Suchtarbeit» von Petzold, Schay und Scheiblich (2006). Weiter zu empfehlen sind folgende Graduierungsarbeiten: «Salutogenetische Aspekte in der Suchttherapie – Die Bedeutung der Sinnfrage sowie der Reflexion und Neuorientierung der Werte im Genesungsprozess von Suchtkranken» von Doris Ostermann und «Die Bedeutung von Struktur in der Behandlung von suchtabhängigen Menschen» von Gabriele Lorenz. Die IT hat ebenfalls schon Literatur zur männerspezifischen Suchtarbeit.<sup>4</sup> Vor dem Hintergrund dieser Fülle von Fachtexten habe ich entschieden, im Folgenden einen prägnanten Überblick über das Thema zu geben. Anschliessend stelle ich die Konzepte in den Fokus, die ich aus der Gender-Perspektive beleuchtet habe und behandle diese im Kontext der Suchtarbeit.

*«Sucht bzw. Abhängigkeit werden in der IT verstanden als dysfunktionaler Versuch der Konflikt- und Problemlösung in einem supportarmen Kontext durch eine geschädigte Persönlichkeit mit einem defizienten Selbst, einem schwachen Ich und einer sich selbst entfremdeten Identität. Diese stellen das Resultat multipler Schädigungen in der Lebensspanne bei Abwesenheit protektiver Faktoren und Resilienzen dar, wobei in der Regel vielfältige Negativfaktoren (z.B. zeitextendierte Belastung oder Überlastung, chains of adverse events) kumulativ zum Tragen kommen.»* (Petzold, 2006, S. 79f)

Unter anderen könnten folgende Ziele den therapeutischen Prozess mitbestimmen: Pluriformes, vielgestaltiges Leben ertragen und geniessen können, prekäre Lebenslagen bewältigen können, Sinn generieren und Biografie integrieren (Sinnerfassungskapazität erleben), Identität nähren, stützen und fördern (Ebert & Könnecke-Ebert in Petzold et al., 2004, S. 177). Ganz zentral für die IT ist dabei, dass es sich bei der Suchttherapie niemals um «reine Psychotherapie» handeln kann. Sie ist indes immer Biographiearbeit (Petzold, 2016f).

Weiterhin müssen auch Körper und Geist beachtet werden, sowie das soziale und ökologische Umfeld. So ergeben sich Somato-, Noo-, Soziotherapie und ökologische Interventionen (Petzold in Petzold et al., 2004, S. 517 – 529). Bei der **Somatotherapie** geht es nicht nur um die «Instandsetzung» des Körpers, sondern auch um die Sensibilisierung für Leiblichkeit. Sucht bringt ein destruktives Verhältnis zum Leib mit sich, eine Suchtkranke verdinglicht ihren Leib und entfremdet sich von ihm. Wichtig für diesen Bereich ist eine sorgfältige Leibfunktionsanalyse (z.B. Schneider in Petzold, 2004, S. 353ff). Schwerpunkt in der **Nootherapie** sind Sinn- oder Wertefragen und Lebensziele. Perspektivlosigkeit ist oft ein aufrechterhaltender Faktor für die Sucht und Sucht wiederum führt oft zu Perspektivlosigkeit. Das Thema Tod schwingt in der Suchtarbeit mit, wenn auch teilweise nicht explizit oder verdrängt. Häufig sind viele Ungerechtigkeiten prägend für die Lebensgeschichten von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen – dies verdeutlicht die Wichtigkeit der Sinnfragen in der Drogenarbeit.<sup>5</sup> In der **Soziotherapie** kann es einerseits um den Bezug unter den Patient\_innen gehen (Stichwort Klinik

---

<sup>4</sup> Spilles, G., Weidig, U. (2004): Überlegungen zu männerspezifischen Behandlungsansätzen in der Suchtkrankenhilfe am Beispiel der Ambulanten Rehabilitation Sucht (ARS) unter besonderer Berücksichtigung des Modells der Integrativen Therapie. Hückeswagen: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/nr-10-2005-spilles-georg-ueberlegungen-zu-maennerspezifischen-behandlungsansaetzen.html>

<sup>5</sup> Siehe dazu auch Ostermann, 2003.

als «Netzwerk-Prothese»). Andererseits ist die Arbeit mit Familien oft essentiell. Diesen Kontakt gilt es, falls möglich, wiederherzustellen oder zu stabilisieren. Es geht aber nicht ausschliesslich um die reale Beziehung mit den Eltern, Kindern, etc., sondern auch um die Bearbeitung verinnerlichter Personen. Des Weiteren kann der Aufbau von einem tragenden sozialen Netz, zum Beispiel mit dem Besuch eines Vereines, Ziel einer Therapie sein. Auch Konsumbeziehungen zu trennen, traumatische Beziehungen und Missbräuche aufzuarbeiten oder Enttäuschungen zu thematisieren, können als Teil der Soziotherapie gesehen werden. **Ökologische Interventionen** (Petzold, Ellerbrock, Hömberg 2018) sind ebenfalls wertvoll, unter anderem, wenn die Patient\_innen in prekären Verhältnissen leben (krankmachender Lebensraum). Wenn die Lebensräume verbessert werden, steigen die Erfolgsaussichten einer Therapie. In den Räumlichkeiten der Behandlung soll ein Wohlbefinden gefördert werden.

### 3.1 Das Ko-Respondenzmodell

Die Basis des Ko-Respondenzmodells (Petzold, 2003, Band I, S. 93-140) bildet die Begegnung auf Augenhöhe. Gerade bei Suchtpatient\_innen ist dies aus verschiedenen Gründen ein entscheidendes Moment: «Wenn du wirklich wollen würdest, würdest du einfach nicht mehr trinken / keine Drogen mehr nehmen» ist weiterhin eine weit verbreitete Ansicht und schafft ein Gefälle – süchtige Menschen werden nicht ernst genommen, bzw. Sucht nicht als Krankheit verstanden. Süchtige Menschen stehen oft am Rande der Gesellschaft und werden stark abgewertet. Viele abhängigkeiterkrankte Menschen haben dies über sich verinnerlicht. Um hier gegenzusteuern ist es ausschlaggebend, dass dieses Gefälle in der therapeutischen Beziehung nicht wiederholt wird. Ausserdem braucht es eine werteoffene Haltung auf Seite der Therapeut\_innen, um die Patient\_innen dazu zu ermuntern, offen über ihr ambivalentes Verhältnis zu den Substanzen und über Rückfälle sprechen zu können.

Da viele süchtige Menschen ihre Sucht immer wieder verstecken mussten, sind die Themen Transparenz und Misstrauen oft Teil des therapeutischen Prozesses – auch auf der Beziehungsebene: Wie gehe ich damit um, wenn eine Urinprobe positiv ist und der\_die Patient\_in mir sagt, sie habe nicht konsumiert? Stelle ich mich über sie, weil ich ein «objektives» Testresultat habe und somit «weiss», was Sache ist?<sup>6</sup> Nehme ich mich aus der Beziehung heraus, indem ich sage «Für mich als Therapeutin spielt es keine Rolle, ob sie konsumiert hat oder nicht, sie muss das selbst wissen»? Oder gehe ich in Beziehung und spiegle ihr meine Sicht, Zweifel und Ohnmacht?

Klumpp (in Petzold et al., 2006, S. 302f) nennt noch weitere wichtige Aspekte, die im Ko-Respondenzmodell verortet werden können: Teilweise verfällt man als Behandler\_in im Suchtsystem einem «blinden Aktionismus». Plötzlich muss alles schnell gehen, selbst wenn der\_die Patient\_in davor jahrelang auf der Strasse war. In diesem Fall gilt es, Tempo aus dem Prozess zu nehmen und der Beziehungsanfrage nicht auf diese Weise entgegenzukommen. Viele Suchtpatient\_innen zeigen Schwierigkeiten in der Nähe-Distanz-Regulation. Diese Regulation muss von der\_dem Therapeut\_in übernommen werden, zumindest zu Beginn der Therapie. Es ist immer wieder wichtig, die alten Abschiedsmuster der Patient\_innen nicht zu wiederholen – selbst wenn es einen Abbruch seitens der\_des Patient\_in gibt, sollte dies keinen Beziehungsabbruch seitens des\_der Therapeut\_in bedeuten.

---

<sup>6</sup> Und damit ignoriere ich die Tatsache, dass es auch falsch-positive Resultate geben kann.

### 3.2 Die vier Wege der Heilung und Förderung

1. Weg: Bewusstseinsarbeit. Wie schon bei dem Abschnitt zur Nootherapie thematisiert wurde, spielt die Sinnfindung eine wichtige Rolle in der Suchtarbeit. Diese ist Teil der Bewusstseinsarbeit. Konfliktzentrierte Arbeit ist in erster Linie bei Störungen und Konflikten indiziert. Bei Traumata ist Vorsicht geboten, da süchtige Menschen oft eine geringe Frustrationstoleranz haben und eine Regression eine Labilisierung des Selbst, des Ichs und der Identität mit sich bringt. Eine fokale Regression bei der Bearbeitung eines Traumas ist jedoch nötig, damit die Störungen und Konflikte nicht nur kognitiv besprochen werden, sondern nochmals erlebt werden (und auf dem 2. Weg dann gegebenenfalls eine Nachsozialisation stattfinden kann (Petzold et al. in Petzold et al. 2006, S.87f)). Die Sinnfrage kann auch im Zusammenhang mit der Therapie selbst auftauchen. Schliesslich bleibt stets eine die Unsicherheit, ob man nach der Therapie stabil suchtfrei bleiben könne. In diesen Zeiten kann es möglich sein, dass Patientinnen neue Lösungsstrategien finden, mit diesen Unsicherheiten umzugehen. Werden diese Unsicherheiten erfolgreich bewältigt, ist ein grosser Schritt getan. Falls es zu einem Therapieabbruch kommt und die Patientin zu einem späteren Zeitpunkt einen Neuanfang wagt, ist es wesentlich, bei der Rückkehr diesen Abbruch als wichtige persönliche Erfahrung zu validieren. (Klumpp in Petzold et al., 2006, S. 297). Ein weiterer Teil der Bewusstseinsarbeit in der Suchttherapie ist natürlich das Verstehen der Funktion der Droge und der Entstehung der Sucht (ibid. S. 299).

2. Weg: Nach- und Neuzozialisation. Quellen, die das Grundvertrauen nähren können sind: «Gewissheit des leiblichen Funktionierens», «die Sicherheit des mütterlichen Schosses» und «der pränatale und postnatale Bereich zwischenmenschlicher Koexistenz mit seinen Formen primärer Liebe im sozialen Netzwerk». In der Suchttherapie kann das Ziel selten kurativ sein. Meist geht es darum, genug Kraft für einen «Neubeginn» und für fokale Regressionen zu sammeln. Das Zugehörigkeitsgefühl muss auch ausserhalb der therapeutischen Beziehung gefördert werden (mit dem 3. und 4. Weg). Ebenso die Beziehungsfreudigkeit (Petzold et al. in Petzold et al., 2006, S. 88f). In stationären Kliniken werden Übertragungen auch zwischen Patient\_innen deutlich, durch welche ebenfalls eine Nach- oder Neuzozialisation stattfinden kann. Die Strukturen solcher Therapien führen dazu, dass eine Nacherziehung durch das Team fast unumgänglich wird (Klumpp in Petzold et al., 2006, S. 301). Bezüglich der oben erwähnten Abschiedsmuster können über den 2. Weg alternative oder korrigierende Erfahrungen gemacht werden (Klumpp in Petzold et al., 2006, S. 305f). Ein weiteres Ziel des 2. Weges ist die emotionale Regulation, welche in der Sucht eine wichtige Rolle spielt, da Konsum meist für Emotionsregulation benutzt wurde (Petzold et al. in Petzold et al., 2006, S. 709).

3. Weg: Erlebnisaktivierung wirkt der Verdinglichung durch einen Aufbau der Ressourcen entgegen (Petzold et al. in Petzold et al., 2006, S. 89f). Der Umgang mit Suchtdruck ist Performanztraining (ibid., S. 709). Vor allem zu erwähnen ist hier die Freizeitgestaltung und die Reintegration in die Arbeitswelt, wobei hier auch oft Motivationsarbeit vom Team geleistet werden muss (Klumpp in Petzold et al., 2006, S. 306ff).

4. Weg: Solidaritätserfahrung und Engagement. Ziel dabei ist es, für sich und andere in die Verantwortung gehen zu können (Petzold et al. in Petzold et al., 2006, S. 90f). Das heisst sowohl helfen als auch sich helfen lassen, bzw. um Hilfe bitten. In stationären Suchtkliniken wird das oft dadurch ermöglicht, dass «ältere» Patient\_innen «jüngere» zu Beginn derer Therapie bei der Hand nehmen und

von allen Verantwortlichkeiten übernommen werden. Dieser Weg ist ebenfalls gegen Entfremdung wirksam, insbesondere gegen Entfremdung der Welt und deren sozialen Kontakte. Dieser Weg führt in die Gesellschaft, während Suchtpatient\_innen oft von der Gesellschaft marginalisiert werden (Klump in Petzold et al., 2006, S. 314).

### 3.3 Transversale Machttheorie

Die integrative Machttheorie (Petzold, 2009), die oft in Zusammenhang mit Gender gestellt wird, lässt sich gut auf die Suchtarbeit übertragen. Zum Beispiel bei der Frage nach dem Umgang mit Rückfällen. Werden Patient\_innen für solche bestraft, allenfalls gar mit einem Therapieabbruch? Sehen sie eine anschließende «Schutzphase», in der Freiheiten (aufgrund des erhöhten Konsumrisikos nach einem Rückfall (Watzl & Cohen, 2013, S. 131)) eingeschränkt werden, als Strafe oder Schutz?

Als Randständige haben süchtige Personen in der Gesellschaft wenig Macht. «Natürlich reflektieren diese Machtdiskurse die kollektiven „mentalen Repräsentationen“ (Moscovici 2001), die in einer Kultur wirksam sind» (Petzold, 2009d, S. 48). Dagegen steuern kann man zumindest zum Teil mit der Transparenz der Machtverteilung, denn «die Diskurse wirken umso mehr, je weniger diese Hintergründe offen gelegt und bearbeitet sind» (ibid.).

### 3.4 Anthropologische Krankheitslehre

Verschiedene Entfremdungsprozesse sind kennzeichnend für die Sucht. Die **Entfremdung des Menschen von sich als Leib** ist vielleicht am prägnantesten. Durch den Konsum wird der Körper betäubt – die Wahrnehmung, aber auch die Expression und u.U. die Memoriation, wird gestört und anästhesiert. Der Leib wird als Maschine gesehen, die zu funktionieren hat. Um die verschiedenen Einflüsse der Sucht auf den Körper zu erfassen, sei an dieser Stelle nochmals auf eine detaillierte Leibfunktionsanalyse (z.B. Schneider in Petzold et al., 2004, S. 353ff) hingewiesen. Die Entfremdung vom Leib bei der Sucht zeigt sich auch dadurch, dass die Sucht den Hormonhaushalt durcheinanderbringt oder durch Folgekrankheiten wie Hepatitis, HIV und Leberzirrhose (Petzold in Petzold et al., 2004, S. 517f).

Sucht hat immer eine soziale Komponente: Beziehungen kommen durch den Konsum zu Schaden, sei es, weil Substanzen eine grössere Wichtigkeit zu haben scheinen als nahe Personen, oder sei es, dass die Sucht verborgen werden soll und so Distanzierungen stattfinden. Prekäre Lebenslagen können ausserdem zu Konkurrenzdenken und zu einer geringen Identifikation mit anderen führen. So entstehen **Entfremdungen von Mitmenschen** (Petzold et al. in Petzold et al., 2004, S. 101).

Die **Entfremdung von der Zeit** (Kontinuumsdimension) (ibid.) zeigt sich unter anderem in der häufigen Perspektivlosigkeit von Suchtpatient\_innen und je nach Biographie auch in einer Abspaltung von der eigenen Geschichte.

## 4. Integrative Suchttherapie mit Frauen

Als typischer Risikofaktor zur Entstehung einer Suchterkrankung bei Frauen nennt Becker-Schmidt (zit. von Vogel in Petzold et al., 2004, S. 68) die doppelte Vergesellschaftung, also die Doppelbelastung von Haus-, Erziehungs- und Beziehungsarbeit, die Frauen neben der Erwerbstätigkeit zu leisten haben. Scheffler ergänzt (ebd.) mit weiteren strukturellen Risikofaktoren wie gesellschaftspolitische Diskriminierungen, Erwartungen an Aussehen, Bedrohung durch körperliche und psychische Gewalt, so wie Über- oder Unterforderung durch die Hausfrauenrolle. Dementsprechend ist bei der Anamnese ein Fokus auf folgende Aspekte wichtig (Vogel in Petzold et al., 2004, S. 69, ergänzt und spezifiziert entsprechend der Liste der genderspezifischen Themen, Kapitel 2.4):

- Geschlechtsidentität: bei Jugendlichen, sexuelle Orientierung
- Problemkonstellationen entlang der Gesellschaftlichen Arbeitsteilung / Geschlechterstruktur: Pflege von Angehörigen, Kindererziehung, Karriere, ...
- Leiblichkeit: Körperdysmorphie Störungen, Kosmetische Operationen, ...
- Selbstwertproblematik: z.B. Schönheits-, Schlankheitsideale, die nicht erfüllt werden, negative Selbstkonzepte, Abwertungen / Entwertungen, erlernte Hilflosigkeit, ...
- Paarbeziehungen: hetero- oder homosexuell, Trennungen, Untreue / Treue, Sehnsucht nach Beziehung, Beziehungsdynamik in der Partnerschaft, ...
- Sexualität, inkl. Grenzüberschreitungen und sexuelle Missbräuche, sexuelle Probleme oder Funktionsstörungen, Perversionen, Promiskuität, Sexsucht, Pornokonsum, Attraktivität, Begehren in der Beziehung (immer bzgl. Patient\_in und Partner\_in), ...
- Reproduktion: Erkrankungen der Geschlechtsteile, Kinderwunsch, Reproduktionsmedizinische Behandlungen, Schwangerschaftsabbrüche, Sterilisation, Geburtserlebnisse, Stillprobleme, ...
- Brüche in der Ausbildung / Beruf wegen Schwangerschaft / Mutterschaft
- Risikoreiches Verhalten, Selbstverletzung
- Machtverhältnisse: psychische oder physische Gewalterfahrungen – als Opfer und Täter
- Mutter- / Vater-Entbehrung, Überfürsorge eines Elternteils, schwierige Ablöseprozesse, Parentifizierung, Sozialisation zur Anpassung oder Unterordnung, Erziehung, geschlechtstypisches Verhalten der Eltern, ...
- Schulische Sozialisation
- Intersektionalität (kumulierte Diskriminierungen): Ethnie-, herkunftsspezifische Probleme (Zwangsheirat, kulturbedingte Geschlechternormen, ehre-, scham-, racheverbundene Traditionen), körperliche Behinderungen, Armut, ...

Für die therapeutische Arbeit möchte ich bei der Verschränkung der vorangehenden Kapitel die vier vorgestellten Konzepte auf die frauenspezifische Suchtarbeit beziehen. Dies möglichst prägnant, ohne vorhergegangene Kapitel allzu stark zu wiederholen.

### **4.1 Ko-Respondenzmodell**

Die Begegnung auf Augenhöhe ist immer wichtig, ebenso bei Frauen und Suchtpatient\_innen. Süchtige Frauen werden vermutlich nochmals stärker marginalisiert, so ist die Bedeutung dieses Modells in diesem Fall zu betonen. Bei alkoholkranken Frauen in heterosexuellen Paarbeziehungen gehören

autoritärer Anpassungsdruck und destruktives Verhalten des Partners und die Unfähigkeit, sich dem Partner anzuvertrauen, zu den spezifischen Risikofaktoren (Haller in Stahr, 1995, S. 67). Um diese Dynamiken in der therapeutischen Beziehung nicht zu wiederholen, ist eben dieser Kontakt auf Augenhöhe von zentraler Bedeutung.

Wie im vorangehenden Kapitel schon erwähnt, besteht bei Suchtpatient\_innen häufig eine Schwierigkeit in der Nähe-Distanz-Regulation. Abhängig davon, ob es sich um eine\_n Therapeut\_in handelt, sind die eigenen Reaktionen wohl unterschiedlich, ob eine Patientin oder ein Patient mir zu nahe tritt. Je nach Kombination kommen andere Übertragungen und Gegenübertragungen vor. Dies gilt nochmals verstärkt, wenn es sich bei der Patientin um eine Prostituierte handelt, oder um ein Opfer von (sexueller) Gewalt. Als Fachperson darf man eine Patientin nicht auf die Folgen einer allfälligen Gewalterfahrung reduzieren (siehe Kapitel 2.4).

#### **4.2 Die Vier Wege der Heilung und Förderung**

1. Weg: Bewusstseinsarbeit. Identitätsarbeit ist ein wichtiger Teil bei der gendersensiblen Therapie, bei der Suchttherapie und dementsprechend auch bei süchtigen Frauen. Dabei geht es unter anderem darum, die Anderen «in den Diskurs des Selbst hineinzuholen» (Petzold, 2001, S. 14). Ziel dabei ist, die inneren Repräsentationen von Anderen nutzbar zu machen, zum Beispiel als inneren Beistand, und zu verstehen, wie Andere zur jetzigen Identität beigetragen haben (Chudy, 2011, S. 84). Ein weiterer wichtiger Aspekt der Identitätsarbeit mit süchtigen Frauen ist der Abgleich von kollektiven mentalen Repräsentationen. Welche Repräsentationen gibt es bezüglich süchtiger Frauen? Diese Frage steht mitunter vor dem Hintergrund, dass viele süchtige Frauen sich prostituieren oder Opfer sexueller Gewalt wurden. Gemäss der Hermeneutischen Spirale ist beispielsweise folgendes Vorgehen möglich:

- Wahrnehmen: Welche Repräsentationen wirken im jeweiligen Prozess?
- Erfassen: Wie prägen sie die Selbstwahrnehmung?
- Verstehen: Will und muss ich diesen Repräsentationen – kollektiven wie subjektiven – entsprechen?
- Erklären: Diesen Prozess ko-respondierend sich erklären (lassen).

2. Weg: Nach- und Neusozialisation. Wie in Kapitel 2.2 aufgeführt, haben Frauen, die chronisch psychisch krank sind, vermehrt ein negatives Vorbild durch ihre Mütter erlebt und wurden oft früh selbst Mutter. Über den zweiten Weg kann es möglich werden, ein positives Mutterbild zu erfahren, für sich selbst sowie als ein Modell für die eigene Mutterrolle. Im weiteren Sinne können Frauen von Therapeutinnen vorgelebt bekommen, wie man als gesunde, nicht konsumierende Frau sein kann. Wichtig ist hierbei, dass man sich als Therapeutin der Gefahr von Konkurrenz bewusst ist (siehe Kapitel 2.3). Vor allem bei Traumata in der Biographie spielt die Nachbeelung eine wichtige Rolle, damit eine gewisse Stabilität erreicht werden kann.

3. Weg: Erlebnisaktivierung. Hier geht die Identitätsarbeit des ersten Weges weiter. Nachdem kollektiv-mentale Repräsentationen hermeneutisch bewusst gemacht wurden, geht es anschliessend darum, das Neugelernte umzusetzen (Performanz). Das könnte bedeuten, dass eine süchtige Patientin vermehrt männliche Seiten oder solche, die nicht ihrer «süchtigen Identität» entsprechen, zulassen und ausleben kann. Dazu gehört auch eine Auseinandersetzung mit Frauenrollen (siehe Kapitel 2.3) und das Finden eines neuen Umgangs damit.

Ein wichtiger Punkt des dritten Weges ist die Kreativität. Kreativ sein bedeutet immer auch Arbeit an der eigenen Person und setzt so eine Identitätsentwicklung in Gang (Orth & Petzold in Petzold et al., 2004, S. 308). Wie in Kapitel 2 gesehen, ist Identitätsarbeit oft ein zentraler Punkt bei der therapeutischen Arbeit mit Frauen, da Frauen zu solchen sozialisiert werden. Identitätsarbeit ist ebenso bei vielen süchtige Menschen ein wichtiger Punkt, da sich die Sucht negativ auf die Identitätsentwicklung auswirken kann (Petzold in Petzold et al., 2004, S. 524). Bei der (kreativen) Arbeit mit Patientinnen ist es wichtig, dass die\_der Therapeut\_in von der Patientin als ko-kreativ erlebt wird. Die\_der Therapeut\_in muss bereit sein «in Begegnung und Auseinandersetzungen mit den Patient[inn]en einzutreten, oft im Nahraum, in dem 'zugewandte Integrität und Klarheit' (...) und *Grenzen als Angrenzungs- und Abgrenzungsmöglichkeiten* jeweils ausgehandelt werden müssen.» (Orth & Petzold in Petzold et al., 2004, S. 314).

4. Weg: Solidaritätserfahrung und Engagement. Laut Greenfield (2018) besteht nicht die Notwendigkeit von reinen Frauenangeboten im stationären Setting, da diese nicht erfolgreicher seien. Zentral seien aber frauenspezifische Angebote in gemischten Kliniken. So zum Beispiel Frauengruppen mit einem Schwerpunkt auf deren Ressourcen, auf Beziehungsarbeit und Traumata. Stahr (1995, S. 118ff) betont allerdings einerseits das Risiko der «Fleischschau» in gemischten Settings. Die ein oder zwei Frauen würden in einer gemischten Gruppe von den Männern als mögliche Sexualpartnerinnen in Betracht gezogen. So kann der Status einer Frau davon abhängen, mit welchem der Mitpatienten sie intim werde. Andererseits besteht das Risiko, dass sich alte Beziehungsmuster wiederholen, da Opfer und Täter von ähnlichen Gewalttaten, Prostituierte und Freier in einer Gruppe sein können, was Solidaritätserfahrungen und Engagement erschweren kann. Für den 4. Weg der Heilung und Förderung sind geschlechtshomogene Konstellationen, beziehungsweise Gruppen besonders geeignet, in denen ein Austausch und gegenseitige emotionale Annahme erlebt werden kann. Ein wichtiges Ziel dabei ist die Förderung der Beziehungsfähigkeit.

#### **4.3 Transversale Machttheorie**

Machtbiografien sind genderspezifisch eingefärbt (Petzold, 2009d, S. 24-31). Therapeutisches Ziel hierbei ist, die Patientinnen zu einem Umgang mit dem Machtthema zu motivieren, d.h. «Macht haben zu dürfen», ihre Potentiale zu fördern und ihnen Expertinnenmacht über sich selbst und ihr Leben zuzugestehen (ibid. S. 44). Wie in Kapitel 3.3 gesehen, ist die Offenlegung der Machtverhältnisse wichtig – ich als Therapeutin stehe in gewissen Bereichen über der Patientin. Zum Beispiel wenn ich Drogenscreenings verlange oder bei gewissen Strukturen und Regeln, die es in der Therapie einzuhalten gilt. In anderen Bereichen steht allerdings auch die Patientin über mir als Therapeutin und es ist wichtig, dieses Machtverhältnis transparent zu machen. Einerseits ist die Patientin Expertin über sich selbst. Andererseits kennt sie sich zum Beispiel in der Szene besser aus als ich.

Es ist wahrscheinlich, dass es eine Wiederholung vom Machtgefälle gibt, wie es die Patientin schon aus der Vergangenheit kennt. Kennt sich die Patientin in der untergeordneten Rolle, ist dieser Aspekt wohl auch in der Therapie salient. Das gilt nicht nur in der Konstellation Therapeut\_in und Patientin, sondern auch zwischen den Patient\_innen (Stahr, 1995, S. 118 & 121). Das Machtgefälle zwischen Patienten und Patientinnen kann dadurch verstärkt werden, dass die klassischen Substanzen bei Frauen Alkohol und Medikamente sind. Diese werden im Vergleich zu Heroin oder anderen illegalen Drogen teilweise

bagatellisiert. So kann entlang der Substanzen, nach denen man abhängig ist, ein Machtgefälle entstehen. Des Weiteren kann sich auch der «Szenestress» in der Therapie wiederholen: Frauen sind von mehr Männern umgeben, welche penetrante Beziehungsangebote machen. Dabei kann es sich nicht nur um Mitpatienten, sondern auch um Therapeuten handeln. Stahr (1995, S. 30) nennt dies (und andere zwischenmenschliche Konflikte) als Grund dafür, dass Frauen zwar im Durchschnitt höhere Werte in der Therapiemotivation und -bereitschaft haben, allerdings seltener eine Therapie absolvieren.

Stahr (1995) setzt ihren Fokus darauf, den Frauen die Macht über ihre Therapie zu überlassen, soweit möglich – sei es zum Beispiel in der Dauer der Therapie (S. 121) oder bei der Themenwahl und Zielformulierung (S. 127).

#### **4.4 Anthropologische Krankheitslehre**

Das Geschlecht prägt die Identität. Ebenso wird das Selbstbild einer süchtigen Frau von entsprechenden kollektiven und subjektiven mentalen Repräsentationen geprägt – mit derselben Wirkung. Genderspezifische Angebote können diesen Entfremdungsprozessen durch Erfahrungen der Zugehörigkeit zumindest teilweise entgegenwirken.

Auch hier lässt sich die integrative Identitätsarbeit, wie Chudy sie beschreibt, heranziehen: Dass das soziale Umfeld für die eigene Identität unentbehrlich ist, ist gerade bei süchtigen Menschen zentral, die ja oft an den Rand der Gesellschaft geschoben werden und die durch ihre Suchtgeschichte oft viele tragende Beziehungen beschädigten. Der Verbindung von «persönlichen Bedürfnissen und gesellschaftlichen Anforderungen oder Normierungen» kommt hier ein wichtiger Stellenwert zu. Ebenso der «Passung und Verknüpfung unterschiedlicher Teilidentitäten» (Chudy, 2011, zit. von Keupp, S. 83).

Hartling (in Gahleitner und Gunderson, 2008) nähert sich dem Thema süchtige Frauen mit dem Fokus auf die soziale Veranlagung des Menschen und der Frauen. Sie postuliert, dass der Drogenkonsum dabei helfe, sich mit anderen Menschen verbunden zu fühlen und bei der Bewältigung von Beziehungsproblemen (ebd, S. 118)<sup>7</sup>. Der Konsum von Drogen kann die Hemmschwelle senken, mit Mitmenschen in Kontakt zu treten, die Angst vor Zurückweisung reduzieren und sexuelle Lustgefühle steigern (je nach Menge und Droge kann sie diese natürlich auch senken) (ebd, S. 119).

Opfer von sexueller Gewalt, die dabei auf ein Sexualobjekt reduziert wurden, erfahren diese Reduktion erneut, wenn in der Therapie nicht die Frau als Ganze zum Vorschein treten kann, sondern sie auf die Folgen dieser Gewalttat reduziert wird. Wichtig ist hier, auf den Überlebenswillen sowie ihre Ressourcen zu schauen und diese zu stärken (Stahr, 1995, S. 73, zu Ressourcenarbeit mit Suchtpatient\_innen siehe Ostermann, 2003). Substanzmissbrauch ist sowohl ein Risikofaktor für sowie auch Folge von Gewalterfahrungen in intimen Partnerschaften. Ein wichtiges Ziel in der Therapie muss es also sein, diesen Teufelskreis zu durchbrechen (Cohen, 2013).

---

<sup>7</sup> Dazu passt, dass Petzold (2005r) affilialer Stress als psychophysiologischer Stress erster Ordnung beschreibt.

#### 4.5 «Gender-Themen» in der Suchtarbeit mit Frauen

Abschliessend zu diesem Kapitel möchte ich auf verschiedene Themenbereiche hinweisen, die in der Suchtarbeit mit Frauen einen besonderen Fokus benötigen.

Die Wechselwirkungen von **Traumata oder Gewalterfahrungen in intimen Partnerschaften und Sucht** und das Risiko gegenseitiger Verstärkung wurde eben beschrieben. Dazu gibt es verschiedene Literatur, insbesondere empfohlen an dieser Stelle «Frauen Trauma Sucht» von Silke Birgitta Gahleitner und Connie Lee Gunderson (Hrsg.) oder «Sucht – Bindung – Trauma» von Christel Lüdecke, Ulrich Sachse und Hendrik Faure. Wobei zu erwähnen ist, dass Letzteres nicht spezifisch auf das Thema Gender eingeht.

Zu Interventionen während der **Schwangerschaft** gibt es ein systematisches Review (Terplan, Rhamanadhan, Locke, Longinaker und Lui, 2015), wobei hier nur Studien miteinbezogen werden konnten, die entweder auf dem «Motivational Interview» oder auf dem «Contingency Management» beruhten, da keine anderen Studien gefunden wurden. Für eine Übersicht zu integrierten Behandlungsprogrammen für **Mütter** und deren Kinder ist der systematische Review von Niccols und Mitarbeiter\_innen zu empfehlen (Niccols, Miligan, Smith, Sword, Thabane & Henderson, 2011).

**Prostitution** wurde in dieser Arbeit ein paar Mal angesprochen. Allgemein lässt sich sagen, dass Drogenkonsum zu erhöhtem Risikoverhalten bei der Prostitution führt (Sanders, 2001). In verschiedenen Studien wird die Bedeutung von Kokain oder Methamphetamin für Prostitution beschrieben: Wird Sex gegen Drogen getauscht, bzw. bei Beschaffungsprostitution wird die Fähigkeit verringert, auf Verhütung zu bestehen. Persönlichkeitsmerkmale, die mit Methamphetaminkonsum in Verbindung stehen, erhöhen das HIV-Risiko. Dazu zählen sensation seeking, erhöhte Libido oder mangelnde Impulskontrolle (Ulibarri, 2010 und Rhodes, 1996). Das lässt sich grundsätzlich auf Krankheiten übertragen, die durch sexuellen Kontakt übertragen werden und andere Substanzen, wie Kokain, MDMA, Alkohol.

Ein wichtiger Beitrag zu diesem Thema haben Lisa Guggenbühl und Christa Berger geleistet. Sie haben mit verschiedenen Frauen, die drogensüchtig sind und sich teilweise auch prostituieren, ein offenes Interview geführt. Ausserdem hat ein Fachaustausch mit verschiedenen Fachpersonen stattgefunden. Bei diesem Beitrag handelt es sich nicht um eine repräsentative Studie, sondern um eine Art Standortbestimmung der Situation von der Beschaffungsprostitution in der Schweiz. Als künftige Arbeitsgrundlage werden Punkte gesammelt, die aus Sicht der interviewten Frauen und der Fachpersonen für frauenspezifische Hilfsangebote wichtig sind (Guggenbühl & Berger, 2001, S. 132-138):

- **Ausreichende finanzielle Unterstützung**  
Viele seien zwar bei der IV oder dem Sozialamt angebunden, dieses Geld reiche aber oft nicht – und würde auch ohne den Drogenkonsum nicht reichen.
- **Unterstützung im Beruflichen**  
Zwar seien oft gute Schulbildung vorhanden, aber keine Berufsausbildung.
- **Informationsarbeit**

Ausreichende Information über Ansteckungsgefahren kann nicht als gegeben erachtet werden. Allerdings seien diese Frauen oft auch übersättigt von Präventionsbotschaften.

- Individuelle Hilfe in zielgruppenspezifischen und allgemeinen Einrichtungen  
Ein Vertrauensverhältnis zu Bezugspersonen ist in dieser Arbeit essentiell. Das heisst in diesem Kontext: kleine Einrichtungen und langjährige Beziehungen. Idealerweise würden die Kontakte nicht im Rahmen von Hilfseinrichtungen spezifisch für Prostitution oder süchtige Menschen stattfinden, da diese auch von den Frauen selbst stigmatisiert werden.
- Niederschwellige und bedarfsgerechte Hilfe  
Frauen, die Hilfsangebote nicht nützen, haben oft nichts an den Angeboten selbst auszusetzen, aber das Gefühl, dass nur sie selbst ihr Schicksal in die Hand nehmen können. Was die Frage aufwirft, wie man diese Frauen erreichen kann. Niederschwelligkeit ist hier wichtig und dass die Fachpersonen die Frauen als Expertinnen für ihre Situation sehen. Angebote sollten auch in der Nacht offen sein, da dies dem Leben der Frauen entspricht, z.B. Duschkmöglichkeiten oder einfach einen «sicheren Ort» in der Nacht. Hilfsangebote zur Alltagsbewältigung und für kontrollierten Konsum werden gewünscht.
- Bedarfsgerechte Arbeits-, Beschäftigungs- und Bildungsangebote:  
Wie oben schon erwähnt haben süchtige Prostituierte oft keine Berufsausbildung, was den Ausstieg auch von der finanziellen Seite her stark erschwert.
- Bedarfsgerechte Wohnangebote  
Betreutes Wohnen wird oft nicht als unterstützend für die eigene Abstinenz gesehen. Daher bräuchte es finanzierbare Wohnungen für einzelne Frauen, in denen gelegentlich jemand vorbeischaut.
- Entstigmatisierung der Beschaffungsprostitution

Der letzte Themenbereich, den ich noch erwähnen möchte sind **delinquente abhängige Frauen**. In der Literatur besteht da ein Fokus auf inhaftierte abhängige Frauen, wobei dazu ein systematischer Review fehlt. Was Studien nahelegen ist, dass vor allem bei Frauen mit traumatischen Erfahrungen eine überdauernde Therapie wichtig ist, die im Gefängnis beginnt und darüber hinaus weitergeht (Saxena, Grella & Messina, 2016). Ein allfälliger gender-sensibler Ansatz wirkt sich auch hier positiv auf die Entwicklung aus: So dauert es länger bis zu einer allfälligen erneuten Inhaftierung (Saxena, Messina & Grella, 2014, Kissin, Tang, Campbell, Claus & Orwin, 2014), bei Frauen mit Missbrauchserfahrungen sinken die Depressionswerte stärker und der Konsum ist geringer (Kissin et al., 2014) im Vergleich zu therapeutischen Gemeinschaften, die nicht gender-sensibel ausgerichtet sind. Therapeutische Gemeinschaften erzielen bei der Häufigkeit des Drogenkonsums, Kriminalität, Traumaexposition, psychischer Gesundheit und längerer Dauer, bis sie erneut in Gefängnis kommen bessere Werte als kognitive Verhaltenstherapie (Sacks, McKendrick & Hamilton, 2012).

## 5. Diskussion

Gender kann biologisch oder sozial definiert werden und bei beiden Blickwinkeln gibt es Trennschärfen. Durch unsere Sozialisation entwickeln sich bei uns allen Bilder von Männern und Frauen: «subjektive mentale Repräsentationen». Diese sind durch folgende Prozesse veränderbar: das «Book-keeping-Modell»: Ich habe das Gefühl, dass ich oft untypisches Verhalten erlebe; das «Konversions-Modell»: Ich erlebe ein Schlüsselereignis, das meine subjektiven mentalen Repräsentation beeinflusst; das «Subtypingmodell»: Abweichendes Verhalten führt zu einer Unterkategorie. Wichtig dabei ist, dass durch diese Prozesse Stereotypen nicht aufgelöst, sondern verändert werden. Dabei ist das «Book-keeping-Modell» das offenste, da hierbei ein «sowohl als auch» möglich ist.

Für eine **gendersensible Psychotherapie** ist die Auseinandersetzung mit den eigenen subjektiven mentalen Repräsentationen über die Geschlechter zentral. Ob eine Patientin zu einer Therapeutin oder einem Therapeuten geht, ist natürlich ihr überlassen. Ziele einer solchen Therapie können neue Handlungsstrategien sein, die nicht gendertypisch sind. Das Machtgefälle in der Therapie soll angesprochen werden, genauso wie Geschlechtsstereotypen. Während der ganzen Therapie braucht es eine gendersensible Sprache, eine wertschätzende Grundhaltung und eine Orientierung an weiblichen **Entwicklungsaufgaben** – mit einem Fokus unter anderem auf Leiblichkeit und Sexualität. Dabei kann die Therapeutin, falls es sich um eine Frau handelt, ein Modell für die Klientin sein. Der Intersektionalität soll ebenfalls Rechnung getragen werden. Sorge um eine unbedingte Gendergerechtigkeit und Genderintegrität ist ein zentrales Anliegen.

Für die **Suchttherapie mit Frauen** ziehe ich verschiedene Schlüsse. Als zentrale Erkenntnis sehe ich die Wichtigkeit von Begegnungen auf Augenhöhe (in der IT eine Prämisse therapeutischer Arbeit, siehe **Ko-Respondenzmodell** und **Grundregel** der IT (Petzold 2000a, Petzold, Müller et al. 2020)) und die Gewährleistung von Genderintegrität. Entlang der **4 Wege der Heilung und Förderung** ist Identitätsarbeit ein wichtiger Teil der Therapie (dabei kann es um Selbstwert gehen, um negative Selbstkonzepte, erlernte Hilflosigkeit, Passivität, starke innere moralische Zwänge, Selbst-Schuldzuweisungen oder eine Versorgungshaltung, die besteht). Weiter zu nennen sind innere Beistände, welche etabliert werden, das Abgleichen von kollektiven und subjektiven mentalen Repräsentationen, das Erleben eines korrektiven Mutterbildes (gerade dann, wenn die Patientin selbst Mutter ist), Kreativität und das Ausleben von «männlichen» Seiten. Für das Solidaritätserleben sind reine Frauengruppen wichtig. Idealerweise handelt es sich um kleine Gruppen von vier bis maximal sieben Frauen, die möglichst stabil sein sollen, damit die Gruppe Sicherheit erleben kann. Homogen sollen sie sein, da gemischtgeschlechtliche Gruppen Stereotypen fördern und Wiederholungen in Beziehungsdynamiken stattfinden können. In der Gruppe soll die physische Attraktivität aus demselben Grund nicht betont werden und auch Aktivitäten stattfinden, die nicht geschlechtstypisch sind. Das sind natürlich Idealvoraussetzungen, die in der Praxis so kaum entstehen. Zudem ist es fraglich, ob sich Gruppennormen entwickeln lassen, die der physischen Attraktivität wenig Gewicht geben.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Risiken und Nebenwirkungen von Gruppentherapie können sein:

- Reproduktion von Verletzungen und neuerlichen Verwundungen
  - Freiwilligkeit zur Teilnahme ist nicht gegeben

Durch die Auseinandersetzung mit der **transversalen Machttheorie** wurde deutlich, dass möglichst viel Macht der Patientin übergeben werden soll. Das entspricht auch der „Grundregel der IT“ (Petzold, Müller et al. 2020). Das kann heissen, dass sie nach Möglichkeit das Geschlecht des\_der Therapeut\_in wählen, die Einrichtung der Zimmer und Gruppenräume mitgestalten, den Tagesablauf mitbeeinflussen können, u.s.w. Den Machtverhältnissen ist in der Therapie mit den Therapeut\_innen und unter Patient\_innen ein besonderes Augenmerk zu geben. Hierzu passt beispielsweise die Situation einer ehemaligen Patientin, die «nur» kiffte und sich im Vergleich zu den heroinsüchtigen Mitpatient\_innen «unkrass» fühlte. Sie fühlte sich ihnen in der Hierarchie unterstellt. In anderen Zusammenstellungen kann es sich allerdings auch genau umgekehrt verhalten.

Der transversalen Machttheorie entsprechend kann aversive Medikation kontraindiziert sein, da es eine externale Veränderung ist, die Patient\_innen eine «Heilung» bringt und so wenig Selbstwirksamkeit erlebt werden kann. Ebenso entmündigt die traditionelle Patient\_innenrolle, wenn sich die Patient\_innen als passiv Empfangende erleben. Grundsätzlich geht es darum, gemeinsame Ziele zu erarbeiten. Versteht man Sucht hingegen als «erlerntes Fehlverhalten» besteht das Risiko, dass die Komplexität und die Vielschichtigkeit der Sucht unterschätzt und Potentiale überschätzt werden (vgl. Schneider & Funke in Märtens & Petzold, 2002, S. 271-9).<sup>9</sup>.

In der **anthropologischen Krankheitslehre** mit seiner Grundidee **multipler Entfremdung** und **Verdinglichung** liegt der Fokus dieser Arbeit besonders auf Entfremdung und Verdinglichung des Leibes und der Beziehungen zu den Mitmenschen. **Entfremdung und Verdinglichung des Leibes** kann sich auch in körperdysmorphen Störungen oder kosmetischen Operationen, in risikoreichem Verhalten wie Selbstverletzung oder Promiskuität zeigen, wobei die Selbstverdinglichung (sich selbst zum Objekt machen) auch meist eine Reifizierung des Anderen bedeutet (z. B. in der Prostitution). Sexualität ist wie erwähnt ein zentrales Thema. Gab es Grenzüberschreitungen, oder sogar sexuelle Gewalterfahrungen? Wann fanden die ersten sexuellen Erfahrungen statt? Wie ist die sexuelle Orientierung? Eine Intervention für die Aufdeckung solcher Themen kann der Bodychart sein. Gegen **Entfremdung von Mitmenschen** steht Zugehörigkeit, gegen Verdinglichung die Lebendigkeit von Beziehungen (etwa von Freundschaften und Liebesbeziehungen). Dafür braucht es einen Abgleich zwischen dem, was ich für mich will und dem, was die Gesellschaft von mir will, respektive meinen Vorstellungen darüber, was gesellschaftlich von mir erwartet wird. Zentrale Fragen sind: Wie steht es um die erlebten Machtverteilungen in Beziehungen und was für Beziehungsmuster gibt es?

- 
- Indikationsfrage ist nicht geklärt und Mitglied (wird) überfordert
  - Kalter Leitungsstil
  - Aggressives Klima, destruktive Kommunikation
  - Rigide Gruppennormen
  - Destruktive Gruppenprozesse bleiben unerkant
  - Negative (Gegen)Übertragungen werden nicht beachtet
  - Mit Widerstand wird nicht oder inadäquat umgegangen
  - Entwicklung von Abhängigkeiten
  - Zuweisungen von Rollen, die nicht erkannt werden
  - Reproduktion maladaptiver Beziehungsmuster
- (Strauss & Eckert in Märtens & Petzold, 2002, S. 246-65)

<sup>9</sup> Weitere Risiken und Nebenwirkungen in der Suchtarbeit sind Suchtverlagerungen, differentialdiagnostische Ungenauigkeit, bzw. Diagnosen ausser der Sucht werden zu wenig beachtet,

**Rollenbilder** bedeuten immer auch Entfremdung. Frauen sind oft doppelt belastet durch Erwartungen an Haus-, Erziehungs- und Beziehungsarbeit, die sie zusätzlich zur Erwerbstätigkeit zu leisten haben, sowie Erwartungen an ihr Aussehen, die – werden sie **interiorisiert** – auch maligne Selbsterwartungen werden. Ein wichtiger Aspekt darin sind auch die Rollenvorbilder, welche die Eltern und insbesondere die Mutter vorlebten: Waren beide Elternteile körperlich, geistig, seelisch anwesend? Verhielten sich die Eltern geschlechtstypisch? War jemand überfürsorglich oder gab es schwierige Ablöseprozesse? Auch die Dynamik innerhalb der ganzen Familie spielt eine Rolle: Wer muss zum Beispiel in die Verantwortung gehen, wenn die Eltern ausfallen? Wurde man dazu sozialisiert, sich anzupassen, sich unterzuordnen? Wer kümmerte sich um Angehörige, Erziehung oder Karriere? Gibt es einen flexiblen Umgang mit solchen Rollenbildern?

Bei der ersten Arbeitsstelle, die ich in der Einleitung erwähnte, stand frauenspezifische Therapie im Konzept. Frauenspezifisch bedeutet in diesem Fall unter anderem eigene Wohnungen sowie homo- und heterogene Gruppensettings, Paartherapie gehörte zum Standard und sexuelle Beziehungen waren grundsätzlich erlaubt, solange sie paartherapeutisch begleitet wurden. In der folgenden Arbeitsstelle war dies nicht der Fall. Es überrascht daher nicht, dass am ersten Ort etwa ein Viertel der Patient\_innen Frauen waren, am zweiten Ort deutlich weniger.

Was für mich im Unterschied in der Arbeit mit Frauen und Männern sehr spürbar wurde, sind vor allem Aspekte auf der Beziehungsebene.<sup>10</sup> Das Thema Sexualität wurde bei mir in den Therapieverläufen öfter von Männern angesprochen, was mich überraschte. Obwohl es natürlich auch Ausnahmen gab und ich mich noch sehr gut an einen Patienten erinnern kann, der das Thema Sexualität erst während einer Urlaubsvertretung besprechen konnte, die von einem männlichen Therapeuten gemacht wurde. Was fast ausschliesslich mit Männern aufkam, waren erotisierte Atmosphären – mit einer weiblichen Ausnahme, bei der die Fantasie entstand, sie habe sich in mich verliebt. Bei den Männern, bei denen eine erotisierte Atmosphäre auftauchte, ging es weniger um ein verliebt sein, sondern mehr um eine Art Nähe herzustellen. Teilweise hatte es auch manipulativen Charakter. Ein ganz klarer Unterschied ist, ob und wie Berührungen stattfinden oder nicht. Bei Patienten geschah das eher selten, mit Patientinnen gab es vermehrt spontane Berührungen die durch Berührtheit entstanden.

Diese Arbeit schärfte meinen Blick für eine achtsame prozessuale Diagnostik, insbesondere eine sorgfältige Leibfunktionsanalyse. Der hermeneutische Prozess vom «So-Geworden-Sein», vom «Solch-eine-Frau-Geworden-Sein» zu begleiten und dabei das Tempo der Patientin zu überlassen, steht deutlicher in meinem Fokus. Darauf zu achten, was allenfalls nachgeholt werden muss und wo es um einen Anstoss in die Aktivität geht: So kann der Marginalisierung einer süchtigen Patientin (also der Entfremdung der Gesellschaft) mit Begegnung entgegnet werden.

---

<sup>10</sup> Wenn ich von meinen Erfahrungen berichte, ist mir die Ergänzung wichtig, dass ich keine Statistik geführt habe und diese Berichte dementsprechend auch von meinen subjektiven mentalen Repräsentationen eingefärbt sind.

## Zusammenfassung / Summary

### **Zusammenfassung: Integrative Suchttherapie mit Frauen**

Die vorliegende Arbeit gibt einen Überblick über gendersensible Psychotherapie und integrative Suchttherapie, beide mit dem Fokus auf folgende vier Modelle der *Integrativen Therapie*: das Ko-Respondenzmodell, die vier Wege der Heilung und Förderung, die transversale Machttheorie und die anthropologische Krankheitslehre. Anschliessend werden die beiden Bereiche miteinander zu einem Ansatz verbunden: «*Integrative Suchttherapie mit Frauen*». Dabei wird deutlich, dass eine Begegnung auf Augenhöhe zentral ist. Identitätsarbeit, Erlebnisaktivierung (vor allem von «männlichen» Charakteristika der Patientinnen) und frauenspezifische Gruppentherapieangebote unterstützen den Prozess. In der Auseinandersetzung mit der transversalen Machttheorie zeigt sich, dass die Macht über die Therapie, wenn möglich, in die Hände der Patientinnen gegeben werden soll oder zumindest gemeinsame Ziele erarbeitet und Machtverhältnisse expliziert werden sollen. Ein weiterer wichtiger Aspekt dieser therapeutischen Arbeit sind die Entfremdungen des Leibes und von Mitmenschen. Auch Rollenbilder werden als Entfremdung gewertet, da man durch sie davon abgehalten werden kann, sich in seiner vollen Individualität zu leben.

**Schlüsselwörter:** Sucht, frauenspezifisch, Gender, *Integrative Therapie*

### **Summary: Integrative Addiction Therapy with Women**

This paper gives an overview over gender sensitive psychotherapy and *integrative addiction therapy*. It reviews four integrative models: the co-respondency model, the four paths of healing and fostering, transversal power theory and anthropological pathology. Subsequent, gender sensitivity and integrative addiction therapy are joined to one approach: «*Integrative Addiction Therapy with Women*». Engaging at eye level is one crucial point of that approach. What supports this process are a quest for identity, activation of experiences (especially when it comes to «male» characteristics of women) and women-only group therapies. Examining transversal power theory highlights the impact of women regaining power over themselves. Alienation of body and fellow human beings is further crucial part of the therapeutic process, as are stereotypes about men and women.

**Keywords:** addiction, female-specific, gender, *Integrative Therapy*

## 6. Literatur

- Abdul-Hussain, Surur (2012): Genderkompetenz in Supervision und Coaching. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.
- Chudy, Mareike (2011): Identität als Thema in der Supervision in Theorie und Praxis. In: SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung, 13/2011.
- Cohen, Lisa R., Field, Craig, Campbell, Aimee N. C. & Hien Denise A. (2013): Intimate Partner Violence Outcomes in Women with PTSD and Substance Use: A Secondary Analysis of NIDA Clinical Trials Network «Women and Trauma» Multi-Site Study. Addictive Behaviors, 38(7), 2325-2332.
- Ebner, Nina & Fischer, Gabriele (2004): Psychiatrie. In: Rieber, Anita & Lohff Brigitte (Hrsg.): Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis. Springer. Wien.
- Falk, Armin & Hermle, Johannes (2018): Relationship of gender differences in preferences to economic development and gender equality. Science, 362(6412), eaas9899.
- Franke, Alexa & Kämmerer, Annette (Hrsg.) (2001): Klinische Psychologie. Ein Lehrbuch. Horgrefe. Göttingen.
- Gahlleitner, Silke Birgitta & Gunderson, Connie Lee (2008): Frauen Trauma Sucht. Asanger. Kröning.
- Greenfield Shelly F. (2016): Treating Women with Substance Use Disorders. The Women's Recovery Group Manual. The Guilford Press. New York.
- Griffin-Shelley Eric (1986): Sex Roles in Addiction : Defense or Deficit? The International Journal of the Addiction, 21(12), 1307-12.
- Gross, Anita & Stein, Gisela (1998): Geschlechtsspezifische Auswirkungen von empathischem vs. kritischem Kommunikationsstil auf die Befindlichkeit in einem therapeutischen Erstgespräch. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 27, S. 262-70.
- Guggenbühl, Lisa & Berger, Christa (2001): Subjektive Risikowahrnehmung und Schutzstrategien sich prostituierender Drogenkonsumentinnen: Eine qualitative Studie unter besonderer Berücksichtigung HIV-relevanten Risiko- und Schutzverhaltens. ISGF. Zürich.
- Haessig, Hans (2008): Transversale Macht in der Supervision – integrative und differentielle Perspektiven. In: SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung, 10/2008.
- Hagemann-White, Carol (1984): Sozialisation: Weiblich – männlich? Leske + Budrich. Opladen.
- Krause-Girth, Cornelia & Oppenheimer Christa (Hrsg.) (2004): Lebensqualität und Beziehungen. Geschlechtersensible Betreuung psychisch Kranker. Psychiatrie-Verlag. Bonn.
- Lüdecke, Christel, Sachsse, Ulrich & Faure, Hendrik (2010): Sucht – Bindung – Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext. Schattauer. Stuttgart.
- Märtens, Michael & Petzold, Hilarion (2002): Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Matthias-Grünwald-Verlag. Mainz.
- Moscovici, S. (2001): Social Representations. Explorations in Social Psychology. Polity Press. New York.
- Niccols A, Milligan K, Smith A, Sword W, Thabane L & Henderson J. (2011): Integrated programs for mothers with substance abuse issues and their children: a systematic review of studies reporting on child outcomes. Child Abuse and Neglect, 36(4), 308-22.
- Orth, I. (1994): Der „domestizierte Körper“. Integrative Bewegungstherapie Nr. 1, S. 4–19.

- Orth, Ilse (2002): Weibliche Identität und Leiblichkeit – Prozesse «konvivaler» Veränderung und Entwicklung – Überlegungen für die Praxis. In: Integrative Therapie, 4, S. 303-24.
- Petzold, H.G.(1987d/2017): Kunsttherapie und Arbeit mit kreativen Medien - Wege gegen die "multiple Entfremdung" in einer verdinglichenden Welt. Vortrag beim Studientag „Entfremdung und Kreativität“ an der EAG 1. 03. 1987, Hückeswagen. POLYLOGE Jg. 2016; gekürzte in: Richter, K. (Hrsg.), Psychotherapie und soziale Kulturarbeit - eine unheilige Allianz? Schriftenreihe des Instituts für Bildung und Kultur, Bd. 9, Remscheid, 38-95; repr. in: Matthies, K., Sinnliche Erfahrung, Kunst, Therapie, Bremer Hochschulschriften, Univ. Druckerei, Bremen 1988. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-1987d-2017-kunsttherapie-kreative-medien-gegen-multiple-entfremdung-polyloge-06-2017.pdf>
- Petzold, Hilarion (1994c): Metapraxis: Die "Ursachen hinter den Ursachen" oder das "doppelte Warum" - Skizzen zum Konzept "multipler Entfremdung" und einer "anthropologischen Krankheitslehre" gegen eine individualisierende Psychotherapie. In: Hermer, M. (1995) (Hrsg.): Die Gesellschaft der Patienten. Tübingen: dgvt-Verlag. 143-174.
- Petzold, Hilarion (2000): Die «GRUNDREGEL» der «Integrativen Therapie» 2000 und die «Gender- und Antidiskriminierungserklärung» der EAG 2006. In: Polyloge, 1/2000.
- Petzold, Hilarion (2003): Integrative Therapie. Modelle, Theorien & Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie. Junfermann. Paderborn.
- Petzold, Hilarion (2009): «Macht», «Supervisorenmacht» und «potentialorientiertes Engagement». Überlegungen zu vermiedenen Themen im Feld der Supervision und Therapie verbunden mit einem Plädoyer für eine Kultur «transversaler und säkular-melioristischer Verantwortung». In: SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung, 04/2009.
- Petzold, Hilarion (2012a): Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie – interdisziplinäre Perspektiven. Wiesbaden: Springer VS Verlag.
- Petzold, H. G. „et al.“ (2016f): NARRATIVE BIOGRAPHIEARBEIT & BIOGRAPHIEERARBEITUNG in der Integrativen Therapie, Integrativen Poesie- & Bibliothherapie und in Schreibwerkstätten mit „kreativem Schreiben“ Praxeologisches Material zur Vor- u. Nachbereitung biographischer Arbeiten Hückeswagen: Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit und im Interent-Archiv „Heilkraft der Sprache“ 2/2016 <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/12-2016-petzold-h-g-2016f-narrative-biographiearbeit-biographieerarbeitung-in-der/>
- Petzold, H. G. (2016q): Kulturtheoretische und neuropsychologische Überlegungen zu Fundamentalismusproblemen, Migration und prekärer Identitätsbildung in „unruhigen Zeiten“ am Beispiel dysfunktionaler neurozerebraler Habitualisierung durch Burka, Niqab, Genital Mutilation POLYLOGE 21/2016.
- Petzold, H. G., Ellerbrock, B., Hömberg, R. (2018a): Die neuen Naturtherapien. Handbuch der Garten-, Landschafts-, Waldtherapie und Tiergestützten Therapie, Green Care und Green Meditation. Bd. I. Bielefeld: Aisthesis.
- Petzold, Hilarion, Mathias, U. (1983): Rollenentwicklung und Identität. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, Hilarion, Orth, Ilse (2017a): Interozeptivität/Eigenleibliches Spüren, Körperbilder/Body Charts – der „Informierte Leib“ öffnet seine Archive: „Komplexe Resonanzen“ aus der Lebensspanne des „body-mind-world-subject“. POLYLOGE 2017.

- Petzold, Hilarion, Schay, Peter & Ebert, Wolfgang (Hrsg.) (2004): Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.
- Petzold, Hilarion, Schay, Peter & Scheiblich, Wolfgang (Hrsg.) (2006): Integrative Suchtarbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.
- Petzold, Hilarion & Schuch, Hans Waldemar (1991): Grundzüge des Krankheitsbegriffes im Entwurf der Integrativen Therapie. In: Pritz, Alfred & Hilarion, Petzold: Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie. Junfermann. Paderborn. S. 371-486.
- Rhodes, Tim, Stimson, Gerry, Quirk, Alan (1996). Sex, Drugs, Intervention, and Research: From the Individual to the Social. *Substance Use & Misuse*, 31(3), 375-407.
- Riecher-Rössler, Anita & Rhode, Anke (Hrsg.) (2001): Psychische Erkrankungen bei Frauen. Für eine gendersensible Psychiatrie und Psychotherapie. Karger. Basel.
- Rohde, Anke & Marneros, Andreas (Hrsg.) (2007): Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie. Ein Handbuch. Kohlhammer. Stuttgart.
- Rudolf, Gerd (2002): Gibt es nachweisbare Einflüsse der Geschlechtszugehörigkeit auf die Psychotherapie? In: Schweizer Charta für Psychotherapie (Hrsg.): Mann oder Frau? Wie bestimmend ist das Geschlecht in der Psychotherapie. Edition Diskord. Tübingen, S. 75-95.
- Sanders T. (2001): Female street workers, sexual violence, and protection strategies. *Journal of Sexual Aggression*, 7(1), 5–18.
- Saxena, Preeti, Messina, Nena, Grella, Christine E. (2014): Who Benefits from Gender Responsive Treatment ? Accounting for Abuse History on Longitudinal Outcomes for Women in Prison. *Criminal Justice and Behavior* 41(4), 417-432.
- Saxena, Preeti, Grella, Christine E., Messina, Nena. (2016): Continuing Care and Trauma in Women Offenders' Substance Use, Psychiatric Status, and Self-Efficacy Outcomes. *Women and Criminal Justice*. 26(2): 99–121.
- Schigl, Brigitte (2012): Psychotherapie und Gender. Konzepte. Forschung. Praxis. Welche Rolle spielt die Geschlechtszugehörigkeit im therapeutischen Prozess? Springer VS. Wiesbaden.
- Schottenfeld, Richard S., Moore, Brent, Pantalon, Michael V. (2011): Contingency management with community reinforcement approach or twelve-step facilitation drug counseling for cocaine dependent pregnant women or women with young children. *Drug and Alcohol Dependence*, 118(2011), 48-55.
- Sieper, Johanne & Petzold, Hilarion (2002/2011): Der Begriff des „Komplexen Lernens“ und seine neurowissenschaftlichen und psychologischen Grundlagen – Dimensionen eines „behavioralen Paradigmas“ in der Integrativen Therapie. Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining. Düsseldorf/Hückeswagen.
- Stahr, Ingeborg, Barb-Priebe, Ingrid & Schulz, Elke (1995): Suchtarbeit mit Frauen. Ein praktischer Leitfaden zur Aus- und Fortbildung in Beratung, Therapie und sozialer Arbeit. Juventa Verlag. Weinheim.
- Stein, Gisela (Hrsg.) (2010): Handbuch Psychologie und Geschlechterforschung. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.
- Terplan, Mishka, Ramanadhan, Shaalini, Locke, Abigail, Longinaker, Nyaradzo, & Lui, Steve (2016) : Psychosocial interventions for pregnant women in outpatient illicit drug treatment programs

compared to other interventions. Cochrane Database Systematic Reviews, (4), CD006037-CD006037.

Ulibarri, Monica D., Strathdee, Steffanie A. & Patterson, Thomas L. (2010): Sex and Drug Use Behaviors Associated with HIV and Other Sexually Transmitted Infections among Female Sex Workers in the Mexico-U.S. Border Region. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(3), 215-220.

Vogelsang, Monika (2009): *Psychotherapie für Frauen. Ein Lehrbuch für weibliche und männliche Psychotherapeuten.* Pabst Science Publisher. Lengerich.

Watzl, Hans & Cohen, Rudolf (2013): *Rückfall und Rückfallprophylaxe.* Springer-Verlag.