

CORINNA OBRIST

FEMINISTISCHE KONZEPTE UND SYSTEMISCHE MODELLE

Synergieeffekte in der psychotherapeutischen Arbeit mit drogenabhängigen Frauen in Haft



DER VORLIEGENDE ARTIKEL befasst sich einerseits mit emanzipatorischen feministischen Überlegungen zur Behandlung drogenabhängiger inhaftierter Frauen und illustriert andererseits die Brauchbarkeit systemisch familientherapeutischer

Interventionen und Modelle in diesem Zusammenhang.

Im Vorfeld geht es um eine kritische Auseinandersetzung mit der Ausübung von Psychotherapie bzw. deren besonderer Bedingungen im Zwangskontext, der Schwerpunkt des Artikels ist den Lebenswelten süchtiger Frauen und den daraus resultierenden Bedingungen für hilfreiche Behandlungskonzepte gewidmet. Zur Abrundung dieser Thematik beschreibe ich das emanzipatorisch orientierte Therapieprogramm des Frauen-Vollzugs der Justizanstalt Wien-Favoriten und der ausgelagerten Therapiestation Münchendorf. Anhand eines Therapie-Protokolls stelle ich die Anwendbarkeit systemisch familientherapeutischer Interventionen im Gruppen-Setting mit drogen-süchtigen inhaftierten Frauen dar.

1. PSYCHOTHERAPIE IM ZWANGSKONTEXT

Das Postulat der Freiwilligkeit in der psychotherapeutischen Behandlung hat seit jeher für heftige und kontroversielle Diskussionen innerhalb der Fachwelt gesorgt. Schon Goffman (1973, zit. n. Wagner, Werdenich 1998) hat den sogenannten „Reparatur-Zyklus“ beschrieben: Behandlungswillige suchen BehandlerInnen auf, um sich eines bestimmten Problems zu entledigen.

„Grundlage der ritualisierten Interaktionen bleibt auch hier das Konzept einer *freiwilligen, ehrerbietigen Arbeitsübereinkunft*, um aufgetretene Defizite durch Experten beseitigen zu lassen. Die in eine derartige Interaktion involvierten Rollen werden jedoch besonders dann kompliziert, wenn sich der Patient nicht freiwillig in der Behandlungssituation befindet und die Reparatur im Auftrag Dritter stattfinden soll.“ (Goffman 1973, zit. n. Wagner, Werdenich 1998, S. 37; Hervorh. v. mir)

Ein wesentlicher „Störfaktor“ für die psychotherapeutische Arbeit im Zwangskontext, in diesem Fall im Ge-

fängnis, ist die Täuschung. An sich sind beide Seiten mit diesem Phänomen konfrontiert, die BehandlerInnen sind diesbezüglich aber dem größeren Risiko ausgesetzt: Sie sind gerade in der Arbeit im Strafvollzug häufig mit Meinungen, die „richtige, echte“ Therapie in diesem Kontext infrage stellen, konfrontiert, und neigen dazu, ihre eigene Arbeit abzuwerten. Das kann in weiterer Folge zu Pseudoaktivitäten und dem Vortäuschen ernsthafter psychotherapeutischer Arbeit führen und ist somit „Teil des korrumpierenden Potenzials totaler Institutionen“ (ebd.).

Wenn sich beide Seiten – PatientInnen bzw. InsassInnen und TherapeutInnen – über die Behandlung einig sind, dann gilt das „klassische Dienstleistungsmodell“, sind die beiden aber uneins, können grob zwei Strategien unterschieden werden: In einem Fall können sich TherapeutInnen darum bemühen, die InsassInnen von ihrer Behandlungsbedürftigkeit zu überzeugen, im anderen Fall können „auf scheinbar absichtslose Art Beziehungsangebote“ gemacht werden, um die PatientInnen in eine Beziehung zu locken, die zu gegebener Zeit das Problematisieren bestimmter Verhaltensweisen erlaubt. „In jedem Fall bleibt eine gewisse Anfälligkeit für Doppelbödigkeit, Täuschung und Korruption [...] erhalten“ (Wagner, Werdenich 1998, S. 43).

In totalen Institutionen – und nicht nur dort – spielt Sekundärmotivation eine nicht zu unterschätzende Rolle. Menschen begeben sich in Therapie, um drohenden Nachteilen zu entgehen. Auf die Situation des Strafvollzugs umgelegt, kann das angenehmere Haftbedingungen, die Hoffnung auf vorzeitige Entlassung u. v. a. m. bedeuten. In der therapeutischen Arbeit im Zwangskontext ist aber weniger die Sekundäranpassung an sich problematisch, sondern das Misstrauen, mit dem dieser begegnet wird. Das wird am Beispiel drogenabhängiger PatientInnen bzw. InsassInnen besonders deutlich: Diese nehmen einiges an Anstrengungen auf sich, um einen Therapieplatz zu ergattern, zeigen sich motiviert und veränderungsbereit in den psychotherapeutischen Gruppen und schmuggeln gleichzeitig Drogen in die Einrichtung oder versuchen, ihr Substitutionsmittel zu missbrauchen. Das kann einerseits als mangelnde Motivation gesehen und dementsprechend sanktioniert werden, andererseits zeigen sich hier aber die Störungen der In-

sassInnen. Im zweiten Fall gewinnt das Wissen um solche Ereignisse und die daraus möglicherweise resultierende Konfrontation in der Therapie an Bedeutung für den gesamten Prozess der Genesung. Dadurch wird also ein gewichtiger Teil der Störung zugänglich und die Arbeit an ambivalenten Gefühlen überhaupt erst möglich. Nichtsdestotrotz werden aber auch bei diesem Erklärungsmodell bei „Regelverstößen“ üblicherweise Sanktionen verhängt. Dadurch greifen TherapeutInnen mit Belohnungs- und Bestrafungsmustern direkt auf simple Modelle der Verhaltenssteuerung zurück und verlassen das therapeutische Handlungsfeld (ebd.).

Die AutorInnen argumentieren weiter, dass totale Institutionen „einen geschärften Blick“ auf die PatientInnen erlauben, und „dass hier Kontrolle stattfindet, weil Kontrolle so einfach ist“ (ebd., S. 44). Die Ergebnisse der Überwachung müssen immer wieder zum Gegenstand der Therapie gemacht werden, nicht zuletzt dadurch wird auch für die Behandelten deutlich, dass sie sich in einer durch Zwang definierten Situation befinden. Aber auch das andere Extrem, „das scheinbar absichtslose Beziehungsangebot“, ist nicht ohne Tücken: Wenn TherapeutInnen vermuten, dass jede Konfrontation die therapeutische Beziehung gefährdet, werden sie sich auf eine ausschließlich empathische Haltung zurückziehen. So kann jedoch kein Arbeitsbündnis entstehen, „der Therapeut ist eine stillschweigende Koalition mit der Abwehr des Patienten eingegangen, er verbündet sich mit ihm gegen den außenstehenden Auftraggeber, indem er den Schein, dass Psychotherapie durchgeführt wird, aufrechterhält, ohne diesen Anspruch wirklich einzulösen oder auch nur dem Patienten gegenüber zu vertreten.“ (Ebd., S. 45).

Im Lauf der Geschichte hat sich in der Arbeit mit Randgruppen weniger das „Dienstleistungsmodell“, sondern vermehrt das Modell der therapeutischen Gemeinschaften durchgesetzt. Die größten Unterschiede zwischen diesen beiden Konstrukten liegen – wie oben gezeigt wurde – in Kontrolle und Sanktionsmacht der TherapeutInnen. Letztlich wird die Idee der therapeutischen Gemeinschaften in erster Linie von der Überzeugung getragen, dass Dienstleistungsmodelle den Anforderungen von komplexen institutionellen Situationen nicht genügen.

2. FRAUEN UND SUCHT

„Auf dem Weg aus der Abhängigkeit haben es Frauen etwas schwerer als Männer, denn in der weiblichen Sozialisation dominiert immer noch die Vermittlung so genannter ‚weiblicher‘ Fähigkeiten und Haltungen [...]. Von Frauen wird erwartet, dass sie für andere da sind und sich für deren Konflikte einsetzen.“ (Singerhoff 2002, S. 224)

Weibliche Sozialisation und die damit verbundenen spezifischen Lebensbedingungen spielen eine entscheidende Rolle bei Entstehung und Verlauf von Drogenabhängigkeit bei Frauen. Konsequenterweise müssen diese auch bei therapiegestützten Ausstiegsversuchen berücksichtigt werden und in konkreten Behandlungsangeboten ihren Niederschlag finden.

Mittlerweile ist das Wissen um Zusammenhänge zwischen (sexuellen) Gewalterfahrungen und späterer Suchtentwicklung (unterschiedliche Studien belegen Korrelationen je nach Definition der Übergriffe zwischen 50 % und 90 %, vgl. Obrist 1996; Singerhoff 2002) in der feministischen Fachliteratur zu weiblicher Suchtentwicklung fest verwurzelt. Drogenabhängigkeit erscheint als Überlebensstrategie und Selbstheilungsversuch der betroffenen Frauen, jedenfalls als aktiver Bewältigungsschritt. Dazu kommt, dass süchtige Mädchen und Frauen fast nie nur von ihrem Suchtmittel abhängig sind, sondern auch von ihren Beziehungen zu Männern. Sie fühlen sich erst dann vollständig und anerkannt, wenn sie einen Partner haben, und werten sich und andere Frauen häufig ab. Bereits in den frühen 80er Jahren des vergangenen Jahrtausends wiesen Munro & Waldmann auf Zusammenhänge zwischen unsicherer weiblicher Geschlechtsrolle und Suchtentwicklung bei Frauen hin.

„Fragt man Männer und Frauen in einer Therapiegruppe nach ihrer Bewertung der eigenen Geschlechtsrolle, so zeigen sich deutliche Unterschiede. Die Männer bejahen ihre Geschlechtsrolle mit Überbetonung im Sinne eines meist primitiven Maskulinismus. Die Frauen zeigen sich indifferent oder bedauern ihre Geschlechtszugehörigkeit.“ (Munro, Waldmann 1981, zit. n. Obrist 1996, S. 69)

Singerhoff bemerkt dazu, dass bei Mädchen und Frauen die Drogensucht vor allem „mit dem Fehlen einer siche-

ren, positiv ausgerichteten Geschlechtsidentität“ zusammenhängt (Singerhoff 2002, S. 43).

Weibliche Drogenkonsumentinnen haben mit ganz besonderen Lebensbedingungen zu kämpfen: Sie sind häufiger Opfer von Gewalt, sie leiden (dadurch) oftmals an einer sehr unsicheren Geschlechtsidentität, sie kommen sehr viel seltener und später als Männer ins Gefängnis (Frauen wenden ihre Aggressionen eher gegen sich selbst, ein guter Teil kann den Drogenkonsum über einen längeren Zeitraum durch Prostitution oder ähnliche ausbeutende Verhältnisse finanzieren) und sie finden kaum frauenspezifische Angebote und Einrichtungen vor, die bei einem Ausstieg aus der Sucht hilfreich sein können. Süchtige Frauen sind also wesentlich länger als Männer schädigenden und risikobehafteten Lebensumständen ausgesetzt, bevor sie entweder freiwillig oder durch richterliches Urteil in Therapieeinrichtungen kommen oder ihre Haftstrafe im Gefängnis antreten müssen. Dort werden sie dementsprechend als „kränker“, „gestörter“ und „schwieriger“ als männliche Patienten oder Insassen wahrgenommen und diagnostiziert.

Drogenabhängige Frauen sehen sich darüber hinaus mit vielen Schwierigkeiten und Vorurteilen konfrontiert, wenn sie Mütter sind: Sie haben üblicherweise kaum materielle und emotionale Ressourcen zur Verfügung und aus den Bedingungen der Abhängigkeit sind sie meist schlecht in der Lage, für ihre Kinder zu sorgen. Adoptionen, Fremdunterbringungen und Sorgerechtsentzug sind häufige Folgen. Das Auftreten von Scham- und Schuldgefühlen heizt den Suchtkreislauf oft von vorne an. Weibliche Drogenkonsumentinnen mit Kindern werden darüber hinaus durch die gesellschaftliche Verurteilung und die Zuschreibung als „Rabenmütter“ stärker in die Schuldfrage gedrängt als drogensüchtige Väter.

3. DER FRAUEN-VOLLZUG DER JUSTIZANSTALT WIEN-FAVORITEN (JAF)

Frauen werden – wie oben gezeigt wurde – aus unterschiedlichen Gründen sehr viel seltener kriminell als Männer. Im österreichischen Strafvollzug kann dzt. von einem Frauenanteil um die 5 % ausgegangen werden. Vorsichtige Schätzungen des medizinischen Dienstes aus den Justizanstalten Wiener Neustadt und Schwarzau gehen von einem Anteil an Drogenkonsumentinnen zwischen 25 % und 50 % aus, es muss allerdings auch eine relevante Dunkelziffer berücksichtigt werden.

IN ÖSTERREICHISCHEN GEFÄNGNISSEN GIBT ES MIT AUSNAHME DER JAF KEINE SYSTEMATISCHEN FRAUENSPEZIFISCHEN DROGENTHERAPIE-ANGEBOTE. AUCH IN FREIHEIT ORIENTIEREN SICH EINSCHLÄGIGE EINRICHTUNGEN AN DEN BEDÜRFNISSEN DROGENABHÄNGIGER MÄNNER. FRAUEN FÜHLEN SICH DADURCH WENIGER ANGESPROCHEN UND ZIEHEN DIE MÖGLICHKEIT EINER THERAPIE SELTENER ODER ERST ZU EINEM SPÄTEREN ZEITPUNKT IN IHREM LEBEN IN BETRACHT. SIE SIND ALS „SOZIALE PROBLEMGROUPE“ KAUM SICHTBAR.

In österreichischen Gefängnissen gibt es mit Ausnahme der JAF keine systematischen frauenspezifischen Drogen Therapie-Angebote. Auch in Freiheit orientieren sich einschlägige Einrichtungen – wie schon erwähnt – an den Bedürfnissen drogenabhängiger Männer. Frauen fühlen sich dadurch weniger angesprochen und ziehen die Möglichkeit einer Therapie seltener oder erst zu einem späteren Zeitpunkt in ihrem Leben in Betracht. Sie sind als „soziale Problemgruppe“ kaum sichtbar.

Die in der JAF inhaftierten Frauen unterteilen sich grundsätzlich in zwei Gruppen: Insassinnen, die vom Gericht zu einer Behandlung verurteilt wurden (§22 StGB; Sucht wird hier als Ursache der Kriminalität der

zu verurteilenden Person qualifiziert) und solche, die sich freiwillig einer Therapie während der Haftzeit unterziehen wollen. Letztere machen den weitaus größeren Teil der Population aus. Die „Freiwilligkeit“ ist aber nicht nur Resultat einer primären Behandlungsmotivation, sondern angenehmere Haftbedingungen und die Hoffnung auf vorzeitige Entlassung spielen häufig eine wesentliche Rolle bei der Entscheidung für einen Therapieplatz.

„In diesem Punkt sind unserer Meinung nach die Unterschiede zu einer Behandlung Suchtmittelabhängiger in Freiheit nicht allzu groß. Auch dort sind Klientinnen oft von anderen Umständen zu einer Behandlung motiviert [...]. Eine echte Therapiemotivation bei einer Suchttherapie ist nicht zwingend Therapievoraussetzung, sondern oft erstes Behandlungsziel.“ (Obrist, Trinkl 2004, S. 88)

Zum besseren Verständnis der Organisation des Behandlungsvollzugs in der JAF bzw. in der Außenstelle Münchendorf muss erwähnt werden, dass analog zu den Abteilungen der männlichen Strafgefangenen auch die Frauen-Stationen nach dem Modell des „Wohngruppen-Vollzugs“ organisiert sind: Der „Wohngruppen-Vollzug“ für straffällig gewordene suchtkranke Menschen entspricht der Idee der „therapeutischen Gemeinschaften“ in Freiheit (s. a. Kap. 1). Diese Organisationsform zeichnet sich durch ein stark strukturiertes Alltagsleben (gemeinsames Sauberhalten und Kochen, gemeinsame Gruppen-Sitzungen, Arbeitspflicht für alle Bewohnerinnen) aus. Es stehen sowohl in der Hauptanstalt als auch in der Therapiestation neben den Zellen eine (Wohn-)Küche, ein Aufenthaltsraum mit Fernseher und sanitäre Einrichtungen zur Verfügung. Die Insassinnen können sich in diesem Bereich auch während der Nachstunden frei bewegen. Der Schwerpunkt liegt auf der gemeinschaftlichen Bewältigung des Alltags, die psychotherapeutische Versorgung erfolgt hauptsächlich durch Gruppen-Settings. Anhand regelmäßiger Harnabgaben unter Sicht wird die Drogenfreiheit der Insassinnen überprüft.

Grundsätzlich ist den Insassinnen und auch den Insassen der JAF bis zu einem gewissen Grad die Teilhabe an der institutionellen Macht möglich: Durch das System der Selbstversorgung in den Wohngruppen, durch die

Mitgestaltung am Behandlungsplan und durch die demokratische Wahl eines Insassensprechers und einer Insassinnensprecherin übernehmen sie mehr Verantwortung für die Gestaltung ihrer Lebensumstände als sonst im Strafvollzug üblich ist.

Historisch gesehen kamen die ersten drogensüchtigen Frauen im Herbst 1993 als Freigängerinnen aus der JA Schwarzau in die JA Favoriten. Schnell stellte sich heraus, dass die Insassinnen ohne entsprechende Vorbehandlung den Bedingungen des Freigangs nur schlecht gewachsen waren und rasch rückfällig wurden. Um diesen Zustand zu beseitigen, wurde eine dem gelockerten Vollzug „vorgeschaltete“ Stabilisierungs- und Behandlungsphase erfolgreich etabliert. In all den Jahren hat sich das Therapieprogramm immer wieder gewandelt und sich den Bedürfnissen der Insassinnen angepasst. Bei der Entwicklung der jeweiligen Konzepte ist Überlegungen und Modellen feministischer und frauenspezifischer Drogenarbeit große Wichtigkeit zugekommen. Eine Folge daraus ist unter anderem, dass Leitung und Fachpersonal ausschließlich weiblich besetzt wurden.

Um all den bisher erwähnten Umständen Rechnung zu tragen und den Insassinnen einerseits bessere Behandlungs- und Lebensbedingungen und andererseits auch Chancengleichheit zu bieten, wurde im Februar 2009 die Therapiestation Münchendorf - die Außenstelle der JAF, ca. 20 km südlich von Wien, und bis dahin traditionell männlichen Strafgefangenen vorbehalten - für Frauen adaptiert. Dadurch wurden und werden alle daran beteiligten Personen durch veränderte strukturelle Rahmenbedingungen vor große Herausforderungen gestellt: Leitung und Behandlung werden weiterhin von Frauen getragen, das Team der Justizwache hingegen besteht überwiegend aus Männern. Die gesellschaftlich üblicherweise vorherrschenden Machtverhältnisse und Rollenklischees werden dadurch auf den Kopf gestellt, was immer wieder für Unsicherheiten und Irritationen sorgt und in unterschiedlichen Veranstaltungen (Dienstbesprechungen, Kommunikations-Tage und Teams für die einen, psychologische und therapeutische Gruppen für die anderen) thematisiert werden kann.

Das traditionelle Behandlungsprogramm der Therapiestation Münchendorf mit maximal 15 Belagsplätzen fußt auf der Kombination von Vollzugslockerungen und

psychotherapeutischer Behandlung im Unterschied zum diesbezüglich getrennten Konzept in der Hauptanstalt. Auf den Nutzen dieser Struktur für frauenspezifische Behandlungsmodelle gehe ich im Folgenden noch genauer ein.

DAS BEHANDLUNGSPROGRAMM FÜR SÜCHTIGE FRAUEN IN DER JAF UND IN DER THERAPIESTATION MÜNCHENDORF

Die relativ kleinen Einheiten des Frauen-Vollzugs machen einen weitaus höheren Grad an individueller Behandlung- bzw. Vollzugsplanung möglich.

„In Anlehnung an die Bedürfnisse drogenabhängiger inhaftierter Frauen und deren besondere Problemlage haben sich frauenspezifische bzw. feministische Modelle mit stark strukturgebender Orientierung als weitgehend hilfreich erwiesen. Einerseits geht es darum, die Frauen als erwachsene Menschen in einer schwierigen Lebenssituation mit meist traumatischen Lebensverläufen, jedenfalls als Expertinnen ihrer Lebenswelten zu betrachten. Andererseits soll Verantwortlichkeit weitgehend erhalten bzw. erlernt werden [...]“ (Obrist, Trinkl 2004, S. 90 f.)

Die für einen Therapieplatz auf der geschlossenen Frauen-Abteilung in der Hauptanstalt bzw. in der Therapiestation Münchendorf infrage kommenden Insassinnen sind mit der Bewältigung zahlreicher, aus den Anforderungen einer „kooperativen Zwangsgemeinschaft“ entstehenden Aufgaben konfrontiert. Die sich daraus ergebenden Schwierigkeiten und Spannungsfelder werden auf beiden Abteilungen in wöchentlich abgehaltenen „Organisations-Gruppen“ in Zusammenarbeit mit dem zuständigen Wach- und Fachpersonal besprochen. Um der mit dem bisherigen Lebensstil der Insassinnen meist einhergehenden Verwahrlosung auf einer praktischen Ebenen entgegen wirken zu können, haben in diesen Gruppen auch andere, milieuthérapeutisch relevante Themen Platz (z. B. geordneter Tagesablauf, regelmäßige Arbeit, gesunde Lebensführung u. a. m.).

Fertigkeiten wie Auseinandersetzungs- und Kooperationsbereitschaft, Konflikt- und Kommunikationsfähigkeit und Durchsetzungsvermögen sind für (drogenabhängige) Frauen häufig problematisch, weil sie zum Teil

im Widerspruch zu weiblichen Rollenzuschreibungen stehen und nochmalige Adaptionen auf/an die Vorstellungen der Insassinnen durch die psychologischen und therapeutischen Gruppen brauchen, um letztlich als gute Alternativen in das eigene Verhaltens-Repertoire übernommen werden zu können. Darüber hinaus liegen die Vorteile des Gemeinschaftslebens besonders für weibliche Drogenkonsumentinnen im Erwerb von Erfahrungen und Kompetenzen durch das Miteinander-Tun und Voneinander-Lernen. Damit kann der bei süchtigen Frauen in der Literatur beschriebenen „Ablehnung der eigenen Geschlechtsidentität“ durch die Entwicklung alternativer und v. a. auch attraktiver Modelle von Weiblichkeit gut entgegengewirkt werden.

„Psychologische und psychotherapeutische Behandlungsangebote für süchtige Frauen müssen so gestaltet werden, dass Lernprozesse in Gang kommen können, die Entwicklungsmöglichkeiten hin zu einer größeren emotionalen und ökonomischen Unabhängigkeit eröffnen. Mit dem Begreifen und Hinterfragen der Bedingungen gesellschaftlicher Ungleichbehandlung, der Frauen ausgesetzt sind, und durch deren Mechanismen ihre Autonomie- und Selbstständigkeitsbestrebungen unterdrückt werden, wird Drogensucht nicht mehr nur als ein individuelles Problem, sondern auch als eine – wenn auch ungesunde und kriminelle – Bewältigungsstrategie deutlich. Aufgabe der Behandlerinnen ist einerseits die Vermittlung des Wissens um diese komplexen Zusammenhänge und andererseits die Ermutigung und Unterstützung zur Entdeckung alternativer Frauenrollen.“ (Obrist, Werdenich 2004, S. 47 f.)

Das Behandlungskonzept für drogenabhängige Frauen in der JAF bzw. in der ausgelagerten Therapiestation Münchendorf gliedert sich in zwei grobe Phasen, deren jeweilige Dauer von der Straflänge bzw. dem Strafrest, der persönlichen Stabilität und der Vertragsfähigkeit der jeweiligen Insassin abhängig ist. Den Beginn ihres Aufenthalts verbringen die Frauen auf der „geschlossenen“ Frauen-Abteilung (11 Plätze) in der Hauptanstalt. Das Therapieprogramm hier ist grundsätzlich flexibel und kann individuell auf die Bedürfnisse bzw. an die Stabilität der Frauen angepasst werden. Der Schwerpunkt dieser Phase liegt einerseits auf einem Bündel psychologischer Maßnahmen (z. B. die Bereiche Ernährung, Be-

wegung, Entspannung im körperlichen Bereich, aber auch Konflikt-Management und Kommunikations-Training im psychischen Bereich betreffend) und andererseits auf vorwiegend vertrauensbildenden und angst-reduzierenden Interventionen im psychotherapeutischen Bereich als Einstimmung auf die weiteren Behandlungsschritte. Als wichtiges Ziel wird die Erarbeitung und

den typischen systemerhaltenden Tätigkeiten über EDV-Kurse bis hin zu Trainings, in denen verschiedene - besonders für Frauen am Arbeitsmarkt relevante - Fähigkeiten und Fertigkeiten vermittelt werden.

Das grundsätzliche Ziel des Behandlungskonzeptes für drogenabhängige Insassinnen liegt in der Herstellung möglichst realitätsnaher Bedingungen. Das ist durch die Voraussetzungen und Anforderungen des Wohngruppen-Vollzugs definiert und auch durch die starke Strukturierung des Tagesablaufs in Arbeits- und Freizeit, die nicht in allen Gefängnissen selbstverständlich ist, gegeben.

Die Therapiestation Münchendorf zeichnet sich einerseits durch die aus gesundheitspsychologischer Sicht relevanten Umgebungsbedingungen (kleine, autonome Station mit Naturnähe und vielen gesundheitsfördernden Möglichkeiten) und damit angenehmeren Lebensumständen und andererseits durch das Behand-

lungsprogramm aus, das psychologische und psychotherapeutische Behandlung mit Vollzugslockerungen vereint. Eine strukturelle Besonderheit, die eine große Herausforderung für die Gemeinschaft darstellt, besteht in den sehr unterschiedlichen Graden von Vollzugslockerungen der Insassinnen: Einige der Frauen haben ihren Arbeitsplatz bereits außerhalb der Anstalt und verlassen diese regelmäßig bei ihren Ausgängen, andere stehen noch ganz am Anfang ihres Aufenthaltes und können diese Vergünstigungen nicht in Anspruch nehmen. Das führt häufig zu Spannungen und Interessenkonflikten innerhalb der Gruppe. Die Verführung, zu schmuggeln bzw. die Regeln anderweitig zu umgehen, ist hier sicherlich größer als in der Hauptanstalt, wo es diese Möglichkeiten gar nicht erst gibt.

Darüber hinaus können sich die Insassinnen in Arbeitsbereichen erproben, in denen der Umgang mit Tieren (Kleintierzucht) erfahren werden kann und landwirt-

FERTIGKEITEN WIE AUSEINANDERSETZUNGS- UND KOOPERATIONSBEREITSCHAFT, KONFLIKT- UND KOMMUNIKATIONSFÄHIGKEIT UND DURCHSETZUNGSVERMÖGEN SIND FÜR (DROGENABHÄNGIGE) FRAUEN HÄUFIG PROBLEMATISCH, WEIL SIE ZUM TEIL IM WIDERSPRUCH ZU WEIBLICHEN ROLLENZUSCHREIBUNGEN STEHEN. JEDOCH LIEGEN DIE VORTEILE DES GEMEINSCHAFTSLEBENS BESONDERS FÜR SIE IM ERWERB VON ERFAHRUNGEN UND KOMPETENZEN DURCH DAS MITEINANDERTUN UND VONEINANDERLERNEN.

Gestaltung tragfähiger Arbeitsbündnisse definiert. Vollzugslockerungen sind hier ausschließlich in Form von begleiteten oder Gruppen-Ausgängen möglich.

Den Insassinnen stehen insgesamt drei Gruppen zur Verfügung: eine Organisations-Gruppe, die praktische Belange des Zusammenlebens zum Inhalt hat; eine psychologische Gruppe, in der übende und trainierende Maßnahmen im Vordergrund stehen und in der Alltagskompetenz und Gruppenfähigkeit gefördert werden und eine therapeutische Gruppe, die v. a. einem Therapieeinstieg mit oben erwähnten Schwerpunkten dient. Einzelgespräche und -therapien werden bei Bedarf angeboten. Darüber hinaus ist an eine vermehrte Einbeziehung von Angehörigen in das Behandlungsprogramm gedacht, um in einem therapeutischen Kontext Chancen und Risiken naher Beziehungen für den Genesungsprozess der Frauen nutzen zu können.

Die Arbeitsmöglichkeiten der Insassinnen reichen von

schaftliche, gärtnerische und handwerkliche Tätigkeiten erlernt werden können. Die positiven Effekte von naturnahen Arbeitsplätzen und tierpflegerischen Aufgaben im Rahmen von Rehabilitationsprogrammen für (süchtige) StraftäterInnen stehen mittlerweile außer Streit.

Die damit betrauten Frauen berichten durchgängig über einen – auch von außen beobachtbaren – Anstieg ihrer Lebensfreude und ihrer Motivation. Der regelmäßige Kontakt zu Tieren kann an sich schon für zum Teil schwer traumatisierte und belastete Frauen sinnstiftend und heilsam sein. Die restlichen Tätigkeiten – abgesehen von den systemerhaltenden Leistungen – erstrecken sich von den oben erwähnten Aufgaben über Gebäudeinstandhaltung und Buchbinderei innerhalb des Anstaltsgeländes hin zu Friedhofs- und Ortsbildpflege in verschiedenen Gemeinden außerhalb der Anstalt. Die Insassinnen können sich in „traditionell männlichen“ Arbeitsbereichen erproben und Erfahrungen jenseits der „klassischen Frauen-Rollen“ sammeln.

Und nicht zuletzt sei nochmals auf die für einen gelungenen Ausstieg aus der Sucht notwendigen gesundheitsfördernden Bedingungen hingewiesen: Für süchtige Frauen, deren über meist lange Zeiträume hinweg gepflegter selbstschädigender Lebensstil sich in hohen Krankheitsbelastungen unterschiedlicher Natur auswirkt, sind Erfahrungen in und mit gesünderen Lebensumständen ein wesentlicher Bestandteil des Behandlungskonzeptes. All das sind im Hinblick auf die eingangs erwähnten Problembereiche drogenabhängiger Frauen notwendige Voraussetzungen, um Kompetenzen und Fähigkeiten für eine erfolgreiche Genesung bzw. eine deutliche Verbesserung ihrer Leiden auch außerhalb eines therapeutischen Kontextes zu erwerben.

Der Behandlungsvollzug der Therapiestation Münchendorf lässt sich in drei Stufen unterteilen: Am Beginn ihres Verbleibs werden den Insassinnen, ähnlich wie in der geschlossenen Frauen-Abteilung der JAF, zwei therapeutische Gruppen und eine Organisations-Gruppe in der Woche angeboten, Einzelgespräche bzw. –therapien werden nach Bedarf vergeben. Darüber hinaus gibt es eine Kooperationschiene mit dem Verein „Frauen beraten Frauen“, um den Insassinnen bereits während der Haft die Anbindung an externe Behandlungseinrichtungen – nicht nur an „klassische“ Drogentherapie-Einrichtungen

– zu ermöglichen. Ein gelungener Ausstieg aus der Drogensucht hängt für süchtige Frauen immer auch stark mit der Veränderung ihrer Geschlechtsidentität bzw. –rolle zusammen. Diese Therapieplätze sollen v. a. auch nach der Entlassung weiterhin in Anspruch genommen werden können, um der bisherigen Entwicklung einen geschützten Rahmen außerhalb des Gefängnisses zu geben. Die Beschäftigungsmöglichkeiten in dieser Phase sind innerhalb der Anstalt bzw. innerhalb des Anstaltsgeländes angesiedelt (Systemerhaltung, Buchbinderei, Hausmeisterei, Garten- und Tierpflege).

In der zweiten Stufe können die Insassinnen von einer der beiden Therapie-Gruppen befreit werden, damit wird einerseits eine zunehmende Realitätsangleichung ermöglicht und andererseits die Gewichtigkeit der Tagesstruktur in Richtung Erwerbsarbeit außerhalb der Anstalt (Friedhofs- und Ortsbildpflege, diverse andere Arbeitsplätze) verschoben.

Im letzten Abschnitt der Haftstrafe – vorausgesetzt sind immer ausreichende persönliche Stabilität und Paktfähigkeit der Insassinnen – treten psychotherapeutische und psychologische Behandlungsangebote zugunsten von begleitenden Betreuungsformen zurück. Die Frauen sind jetzt nur mehr zur Teilnahme an der Organisations-Gruppe (das einzige Forum, in dem alle Bewohnerinnen der Therapiestation Münchendorf versammelt sind) verpflichtet, dadurch wird den Bedingungen und Anforderungen des Gemeinschaftslebens Rechnung getragen.

SYSTEMISCHE BAUSTEINE DES BEHANDLUNGSKONZEPTES FÜR DROGENABHÄNGIGE FRAUEN

Grundsätzlich setzt sich das Behandlungsangebot der JAF sowohl für Männer als auch für Frauen seit jeher aus unterschiedlichen therapeutischen Schulen und Methoden zusammen. Die Konzepte haben sich im Lauf der Zeit immer wieder gewandelt und sich den veränderten Bedürfnissen und Möglichkeiten der Insassenpopulation angepasst.

Nicht nur der Frauen-Vollzug bedarf eigenständiger Überlegungen und Modelle, sondern auch die Gruppe sehr junger Drogenkonsumenten, die Gruppe kriegstraumatisierter Insassen und Asylwerber und die Grup-

pe der süchtigen Einwanderer zweiter bzw. dritter Generation, um die wichtigsten Beispiele zu nennen, erfordert besondere Betreuungsprogramme. Alle diese Anforderungen haben eine zunehmende Individualisierung bzw. Spezialisierung der therapeutischen Versorgung nach sich gezogen.

In diesem Zusammenhang haben wir begonnen, „systemische Bausteine“ in das Drogentherapie-Konzept der JAF, in erster Linie in das des Frauen-Vollzugs, aufzu-

GRUNDSÄTZLICH ERSCHEINEN ALS METHODEN FÜR DIE PSYCHOTHERAPEUTISCHE UND PSYCHOLOGISCHE BEHANDLUNG IM STRAFVOLLZUG JENE INTERVENTIONSFORMEN BESONDERS GEEIGNET, DURCH DIE AUF VIELFÄLTIGE WEISE DIE RESSOURCEN DER FRAUEN AKTIVIERT WERDEN KÖNNEN, DIE SICH BEI DER BEWÄLTIGUNG VON TRAUMEN UND KRITISCHEN LEBENSEREIGNISSEN ALS HILFREICH ERWEISEN.

nehmen. Das geht z. B. vom Abhalten längerer Therapie-Einheiten („Therapie-Tage“), der Organisation einzelner Veranstaltungen im Modulcharakter (Kleingruppen-Arbeit zu einem bestimmten Thema) bis hin zur vermehrten Einbeziehung naher Angehöriger in den therapeutischen Prozess (Paar- und Familiengespräche). Das Modell des Langzeit- oder Familienbesuchs (Strafgefangene können unter bestimmten Voraussetzungen unbewacht bis zu 14 Stunden mit nahen Angehörigen verbringen) gehört zu den jüngeren Errungenschaften, die das Angebot ergänzen.

Grundsätzlich erscheinen als Methoden für die psychotherapeutische und psychologische Behandlung im Strafvollzug jene Interventionsformen besonders geeignet, durch die auf vielfältige Weise die Ressourcen der Frauen aktiviert werden können, die sich bei der Bewältigung von Traumata und kritischen Lebensereignissen als hilfreich erweisen, die auch in den non-verbalen Bereich gehen, die ein flexibles Setting gestatten und die letztlich auch für therapeutische Gruppen-Sitzungen adaptiert werden können.

Viele theoretische Modelle und Konzepte der systemischen Familientherapie lassen sich gut auf die Bedingungen totaler Institutionen anwenden: Konstruktivistische Theorien (hier wird der Idee „vieler Wahrheiten“ Rechnung getragen, und die Anerkennung der InsassInnen als ExpertInnen erhält dadurch ihren theoretischen Hintergrund), systemtheoretische Modelle (sie beschäftigen sich u. a. mit der – geringen – Beeinflussbarkeit lebender Systeme und gehen in der Entwicklung von therapeutischen Interventionen über individuelle Ansätze hinaus) und Konzepte der Kybernetik 2. Ordnung (sie reflektieren in konsequenter Weise die Rolle der TherapeutInnen) können hier beispielhaft genannt werden.

Auf die Schwächen und Nachteile der oben angeführten systemischen Theorien und Modelle, v. a. im Hinblick auf deren Verträglichkeit mit feministischen

und frauenspezifischen Konzepten, werde ich in den abschließenden Überlegungen am Ende des Artikels noch eingehen.

Die praktische Anwendbarkeit der systemischen Familientherapie im Strafvollzug zeigt sich in schnell wirksamen Behandlungs-Modellen (z. B. Kurzzeittherapie), in der Idee von „Verschreibungen“ (diese versuchen den Transfer der persönlichen Entwicklung über die Therapiestunde bzw. über die Haft hinaus im „richtigen“ Leben zu sichern und die Selbstaufmerksamkeit zu schärfen), in einer großen Palette von stützenden Maßnahmen für traumatisierte Menschen (z. B. ressourcenorientierte und distanzierende Techniken, Imaginations-Übungen) und eher aufdeckenden Interventionen für stabilere InsassInnen (z. B. Teile-Arbeit, Aufstellungsarbeit), in der Entwicklung und Etablierung einer therapeutischen Haltung, die Begegnungen in „Augenhöhe“ ermöglicht und jeden noch so geringen Grad an Freiwilligkeit würdigt (allein das erscheint im Strafvollzug schon als heilsam) und letztlich in ihrer Kernkompetenz, der Integration von Angehörigen in den therapeu-

tischen Prozess (dadurch können die Chancen und Risiken sozialer Beziehungen für beide Seiten deutlich gemacht werden).

Bei der Behandlung Suchtkranker in Haft gewinnt die Kooperation mit Angehörigen besondere Bedeutung, weil sowohl an der Entstehung von Sucht als auch dann später bei etwaigen Gefängnisaufenthalten immer auch andere mitbeteiligt bzw. -betroffen sind. In diesem Zusammenhang ergänzt das oben erwähnte Projekt des Langzeitbesuchs ein Behandlungsprogramm, das über rein individuelle Ansätze hinausgehen soll.

Der strikte Abschluss nach außen bzw. die strengen Kontrollen bei Durchbrechungen (Briefzensur, Besuchskontakte hinter Glasscheibe, Überwachung von Telefonaten, Leibesvisitationen bei Verdacht u. v. a. m.) ist ein wesentliches Merkmal totaler Institutionen und bringt eine hohe Belastung der oft ohnehin schon sehr brüchigen familiären und privaten Beziehungen mit sich.

Bei der Etablierung eines geeigneten Begleitkonzeptes für den Langzeitbesuch kommen folgende inhaltliche Überlegungen zum Tragen: Wir nehmen an, dass sich vermehrter (intimer) Kontakt zu nahen Angehörigen auf den Genesungsprozess auswirkt und umgekehrt. Im besten Fall können durch diese Begegnungen Ressourcen aktiviert werden, die den Ausstieg aus der Sucht unterstützen bzw. erleichtern. Im schlechtesten Fall wiederholen sich suchterzeugende bzw. -aufrechterhaltende (Beziehungs-) Muster, die, wenn sie nicht in den therapeutischen Prozess der InsassInnen integrierbar sind, riskant im Sinne von Rückfälligkeit und Therapieabbruch werden können. Wie aus systemischen Theorien und Fallgeschichten bekannt, stößt die Veränderungsbereitschaft eines Familienmitglieds (in diesem Fall der Ausstiegsversuch aus Drogensucht und Kriminalität) nicht immer nur auf einhellige Begeisterung. Wird das „Sorgenkind“ gesund oder das „schwarze Schaf“ bürgerlich, geraten andere

Themen bzw. andere Familienmitglieder in den Mittelpunkt von Fürsorge und Kontrolle.

Ich gehe davon aus, dass Liebesbeziehungen bzw. Beziehungen zu nahen Angehörigen für drogenabhängige Frauen und Männer mit jeweils unterschiedlichen Chancen und Risiken verbunden sind. Wie eingangs erwähnt, waren oder sind süchtige Frauen deutlich häufiger gewalttätigen (und sexuellen) Übergriffen ausgesetzt, meistens durch männliche Täter. Sie finden sich oft in Paarbeziehungen wieder, in denen sie erneut Gewalt, Ausbeutung und Abwertung erfahren. Typischerweise suchen sie die Schuld bei sich und versuchen, die Brutalität ihrer Männer zu entschuldigen. Sie haben darüber hinaus signifikant häufiger ebenfalls abhängige Partner als umgekehrt – der Drogenkonsum ist dann oft die einzig

DURCH DAS MODELL DES LANGZEITBESUCHS WERDEN NAHE BEZIEHUNGEN ALS WICHTIGE RESSOURCE BZW. DIE BELEBUNG ENTFREMDETER UND BRÜCHIGER BEZIEHUNGEN ALS STABILISIERENDES ELEMENT IN DEN RESOZIALISIERUNGSPROZESS INTEGRIERT. DARÜBER HINAUS IST ES EINE HAFTERLEICHTERUNG, INTIME BEZIEHUNGEN ZUMINDEST IN EINEM BESTIMMTEN AUSMASS PFLEGEN ZU KÖNNEN.

verbleibende Gemeinsamkeit (vgl. Obrist 1996). Beim Ausstieg nur eines Teils des Paares wird dadurch gleichzeitig die Beziehung gefährdet. Frauen erscheinen in diesem Zusammenhang anfälliger, ihre persönlichen Ziele einem Beziehungsideal unterzuordnen. Letztlich liegen darin auch die Schwierigkeiten in einer frauenspezifisch bzw. feministisch orientierten Therapie: Die Frauen sehen ihre Beziehungen – und nicht nur die zu ihren Partnern – durch ihre Autonomiebestrebungen gefährdet und wählen den Weg zurück in die Sucht, wenn nicht alternative Strategien zur Beziehungsgestaltung im therapeutischen Prozess etabliert werden können.

Mit dem bisher Gesagten wird ein Stück der meist symbiotisch geprägten Beziehungsdynamik zwischen süchtigen Paaren deutlich. Drogensüchtige Männer sind –

wie oben erwähnt – häufiger mit abstinenter Partnerinnen liiert und erleben durch diese höchstwahrscheinlich mehr Unterstützung für den Ausstieg aus der Sucht, weil das ein gemeinsames Ziel in dieser Beziehungskonstellation darstellt.

Vorbereitende bzw. begleitende Gespräche für Langzeitbesuche müssen daher die unterschiedlichen Gefährdungsmomente für beide Geschlechter im Blick haben. Wenn es möglich wird, Beziehungsmuster zu reflektieren (z. B. in den therapeutischen Gruppen oder auch in Paar-Gesprächen), kann es den Betroffenen gelingen, die „suchterzeugende Dynamik“ zu durchbrechen und Alternativen zur Herstellung von Gemeinsamkeiten zu finden.

Der Kontakt zu Kindern stellt einen weiteren Schwerpunkt des Projektes dar: Auch hier sind (drogensüchtige) Väter und Mütter ganz unterschiedlichen gesellschaftlichen Zuschreibungen und Erwartungen ausgesetzt. Frauen leiden im Allgemeinen mehr unter Schuldgefühlen ihren Kindern gegenüber, Männer haben zum Großteil den Kontakt zu ihrem Nachwuchs völlig verloren, Wünsche nach Kontaktaufnahme sind des Öfteren Thema in den Therapiegruppen.

Durch das Modell des Langzeitbesuchs werden nahe Beziehungen als wichtige Ressource bzw. die Belebung entfremdeter und brüchiger Beziehungen als stabilisierendes Element in den Resozialisierungsprozess integriert.

Darüber hinaus ist es eine Hafterleichterung, intime Beziehungen zumindest in einem bestimmten Ausmaß pflegen zu können. Bei kritischer Betrachtung stellt allerdings bereits die Prozedur um die Gewährung eines Langzeitbesuchs einen markanten Eingriff in die Intimsphäre der Betroffenen dar: Beziehungen müssen offen gelegt werden, deren Dauer und Qualität muss überprüft werden, Gespräche mit allen Beteiligten müssen fortlaufend geführt werden und letztlich müssen sich Freiheitspersonen (alle BesucherInnen, auch Kinder) zumindest für die Besuchsdauer dem Gefängnis-Regime unterwerfen.

Abschließend soll noch das in totalen Institutionen gut bekannte Phänomen der sekundären Motivation Erwähnung finden. Es zeigt sich nicht nur in der Entscheidungsfindung für die Bewerbung um einen Therapieplatz in der JAF, sondern auch in Projekten wie dem

Langzeitbesuch: Handys, Drogen, Bargeld und andere verbotene Gegenstände können dadurch gut in die Anstalt geschmuggelt werden.

4. SYSTEMISCHE INTERVENTIONEN IN DER GRUPPEN-THERAPIE MIT SÜCHTIGEN FRAUEN

Das folgende Protokoll eines so genannten „Therapie-Tages“ auf der geschlossenen Frauen-Abteilung im Juli 2007 mit meiner Kollegin Dr.in Elisabeth Wagner (Leiterin des psychiatrischen Dienstes in der JAF, Systemische Familien-Lehrtherapeutin der LA:SF) und mir (Leiterin der geschlossenen Frauen-Abteilung, Klinische und Gesundheitspsychologin, damals noch Systemische Familientherapeutin i. A. u. S.) zeigt einerseits auf struktureller Ebene ein systemisch orientiertes Therapie-design (am Beispiel der therapeutischen Gestaltung von Zielarbeit) und andererseits die inhaltliche Anwendbarkeit systemisch familientherapeutischer Interventionen (am Beispiel der Erarbeitung praktischer konkreter Entwicklungsschritte) und deren Anwendbarkeit im Gruppen-Setting.

Die konkrete Lebenssituation der Frauen und das grundsätzliche Behandlungsprogramm wurden eingangs schon geschildert. Im Rahmen der ebenfalls bereits beschriebenen Individualisierung der Therapiekonzepte werden immer wieder systemische familientherapeutische Blöcke („Therapie-Tage“) bzw. auch Kleingruppen-Arbeit zu bestimmten Themen auf der geschlossenen Frauen-Abteilung angeboten.

DIE TEILNEHMERINNEN:

Von den insgesamt neun teilnehmenden Frauen sind zwei das erste Mal in Haft, drei Frauen sind das erste Mal in der JAF und zwei Frauen kennen E. W. vom letzten Therapie-Block im vorigen Jahr. Die Insassinnen (zwei davon haben keine psychotherapeutischen oder psychologischen Behandlungserfahrungen) sind – bis auf eine wegen Betrugs – wegen diverser Verstöße gegen das Suchtmittelgesetz und damit einhergehenden Delikten zu Haftstrafen zwischen 10 Monaten und 10 Jahren (im letzten Fall mehrere Raubüberfälle) verurteilt und befinden sich in sehr unterschiedlichen Bewältigungsstadien ihrer Suchterkrankung.

DIE THERAPIEZIELE:

Ziel des heutigen Therapie-Blocks ist die Erarbeitung und Formulierung von erreichbaren Therapie-Zielen und die Entwicklung der nächsten persönlichen, konkreten Entwicklungsschritte im Gruppen-Setting. Dazu gehört in erster Linie der Entwurf differenzierter und emotional bedeutsamer Vorstellungen zukünftiger Perspektiven, die für die betreffende Frau genügend Motivation und Anreiz zur tatsächlichen Veränderung bieten. Die heute erreichten Ergebnisse bilden die Basis zur Weiterarbeit in den fortlaufenden Gruppen-Sitzungen.

DIE LEITENDEN HYPOTHESEN:

Im Folgenden werden die für die Vorbereitung des Therapie-Tages wichtigsten leitenden Überlegungen und Hypothesen genannt:

- Differenzierte Zielarbeit bedarf besonderer Aufmerksamkeit in der therapeutischen Arbeit mit drogensüchtigen Frauen. Sie pendeln häufig zwischen „Entweder“- und „Oder“-Konstruktionen hin und her, in beiden Fällen gehen Möglichkeiten und Gelegenheiten verloren. Die Integration verschiedener Anteile und die Veränderung der inneren Haltung hin zu einer „Sowohl-als-auch“-Position ist wichtiger Inhalt therapeutischer Bemühungen.
- Durch das Aushalten und Akzeptieren von Ambivalenzen kann der persönliche Handlungsspielraum erweitert werden. Autonomie und Entscheidungsmöglichkeiten werden erfahrbar und spürbar, das ist ein wesentliches Merkmal eines Behandlungskonzeptes für süchtige Frauen, das Sucht und Abhängigkeit nicht nur als individuelle Probleme begreift und emanzipatorische Entwicklungsziele fördern will.
- Persönliche Ziele brauchen emotionale Färbung, Dichte und Einbettung in einen größeren Sinnzusammenhang, um langfristig aufrechterhalten werden zu können, auch in krisenhaften und weniger motivierten Lebensphasen.
Wie bereits erwähnt, neigen drogensüchtige Frauen eher dazu, ihre eigenen Bedürfnisse und Ziele denen ihrer Partner und Familien unterzuordnen. Die häufig sehr hohe Abhängigkeit von männlichen Bezugspersonen und damit von einem sehr eingeschränkten

weiblichen Rollenbild stellen besondere Anforderungen an beide Seiten des therapeutischen Bündnisses.

- Konkrete Veränderungswünsche bzw. Entwicklungsziele brauchen einen Anfang und ein Ende: Ein erreichtes Ziel – eine bewältigte Entwicklungsaufgabe – muss markiert und damit bemerkbar werden. Drogenabhängige Frauen sind im Allgemeinen wenig sensibel im Hinblick auf die Anerkennung ihrer eigenen Leistungen, sie entwerten häufig ihre erreichten Ziele und nehmen sich nicht als kompetent und aktiv handelnd wahr.

DAS THERAPIE-DESIGN:

Nach dem üblichen „Aufwärm-Ritual“ (Begrüßung, kurze Vorstellungsrunde, Frage nach aktuellen Themen) werden die Frauen in der *ersten Übung* („Hinstellen“) gebeten, sich nach bestimmten Kriterien (nämlich nach Aufenthaltshäufigkeit in der JAF; nach gesamter Verweildauer in der JA; nach Haftzeiten insgesamt; nach Anzahl der Kinder; nach Dauer der „normalen Zeiten“, d. h. regelmäßige Arbeit, eigene Wohnung u. ä. m.; nach Dauer der nüchternen Zeiten ab dem 15. Lebensjahr und nach Länge der Reststrafe) im Raum aufzustellen.

Unserer Beobachtung nach nehmen die Frauen bereitwillig daran teil und die Stimmung untereinander lockert sich rasch. Teilweise treten Überraschungen auf, so z. B. werden Unterschiede in der Selbst- und Fremdeinschätzung deutlich und die Teilnehmerinnen erfahren Neues übereinander.

Diese Übung erscheint als gute Möglichkeit – sowohl für uns wie auch für die Frauen – einen ersten Überblick über relevante Lebensabschnitte, über Ressourcen und Stressoren und über die Stimmung untereinander zu gewinnen. Im Sinne einer Aufmerksamkeits-Fokussierung werden durch körperliche Aktivität Gefühle gut aktualisiert und auf die jeweilige Aufgabe gerichtet.

Um den hohen Komplexitätsgrad zu reduzieren, sollen folgende Fragen im Anschluss überlegt werden: Welche Gefühle sind im Hinblick auf die noch zu verbüßende Haftzeit aufgetaucht? Wie viel an Veränderung ist noch nötig bis zur Entlassung?

In einem *zweiten Schritt* soll sich jetzt jede Frau still für sich überlegen, was in ihrem Leben gut und was schlecht gelaufen ist, was sich noch verändern soll/muss und wie

weit der Weg noch ist. Die Teilnehmerinnen werden gebeten, sich genügend Zeit zu lassen und zu beobachten, was an Gefühlen, Bildern, Gedanken und Ideen auftaucht.

Durch diese „Stillbeschäftigung in der Gruppe“ werden die Frauen auf ihre Gefühlswelt eingestimmt, und dem großen theoretischen Thema „Zielarbeit“ kann Individualität und emotionale Färbung verliehen werden. Darüber hinaus sollen unklare bzw. „große“ Zielvorstellungen differenziert und damit besser erreichbar gemacht

KONKRETE VERÄNDERUNGSWÜNSCHE BZW. ENTWICKLUNGSZIELE BRAUCHEN EINEN ANFANG UND EIN ENDE: EIN ERREICHTES ZIEL – EINE BEWÄLTIGTE ENTWICKLUNGSAUFGABE – MUSS MARKIERT UND DAMIT BEMERKBAR WERDEN. DROGENABHÄNGIGE FRAUEN SIND IM ALLGEMEINEN WENIG SENSIBEL IM HINBLICK AUF DIE ANERKENNUNG IHRER EIGENEN LEISTUNGEN, SIE ENTWERTEN HÄUFIG IHRE ERREICHTEN ZIELE UND NEHMEN SICH NICHT ALS KOMPETENT UND AKTIV HANDELND WAHR.

werden. Bei der Veröffentlichung der Überlegungen im Plenum wird deutlich, dass die Teilnehmerinnen noch ganz unterschiedliche Wegstrecken vor sich haben: Die meisten geben „noch Einiges zu tun“ an, eine Frau sieht sich „fast am Ziel“, sie steht knapp vor der Entlassung. Wir erleben die überwiegende Mehrheit sehr realistisch in ihrer Selbsteinschätzung.

Für die *dritte Übung* werden nachstehende Fragen von E. W. auf ein Flipchart-Plakat geschrieben:

1. Ein bis zwei Themen, die mich in letzter Zeit hauptsächlich beschäftigt haben und
2. ein bis zwei Themen, mit denen ich mich in nächster Zeit genauer beschäftigen sollte.
3. Was brauche ich dafür, um mich mit diesen Themen auseinandersetzen zu können?

Jede der Frauen soll diese drei Fragen auf je einem Zettel in Stichworten beantworten und als Signal für die

Beendigung der Aufgabe die Zettel verkehrt vor sich auf den Boden legen. Für die weitere Bearbeitung in Kleingruppen zählen die Teilnehmerinnen dann von eins bis drei durch und setzen sich dementsprechend zusammen.

Durch diese Übung werden starre Sitzordnungen als Zeichen fixer Rollenverteilungen in der Gruppe bzw. auch als Stuserhaltung und Machtfestigung spielerisch verändert, und „neue Nachbarschaften“ entstehen. Dazu kommt eine weitere Präzisierung und Vertiefung der in

den beiden ersten Abschnitten vorbereiteten therapeutischen Zielentwicklung, die Planung konkreter, aktiver und praktischer Schritte soll leichter angebar werden. Durch den Prozess der Gruppen-Bildung haben die Teilnehmerinnen – wie oben erwähnt – die Möglichkeit, etwas über die Frauen zu erfahren, mit denen sie im Alltag weniger Kontakt pflegen.

Nachdem sich die drei Gruppen zusammengefunden

haben, soll die *vierte Aufgabe* bewältigt werden: Gruppe 1 überlegt sich für jede Frau aus Gruppe 2 Themen zu den Punkten, die am Flipchart stehen, Gruppe 2 für die Frauen aus Gruppe 3 und Gruppe 3 für die Frauen aus Gruppe 1.

Nach anfänglichem Durcheinander, Gelächter und einigen Rückfragen arbeiten die Frauen konzentriert und ernsthaft an ihrer Aufgabe. Unterschiede in der Selbst- und Fremdeinschätzung können hiermit gut erfahren werden, darüber hinaus bekommt das „Übereinander-Reden“ eine neue, positive und konstruktive Qualität. Durch das Üben von Selbst- und Fremdbeobachtung und das Erfassen von Unterschieden werden Sensibilität und Wahrnehmung geschärft.

Im *fünften Abschnitt* erfolgt die Rückmeldung der Ergebnisse aus den einzelnen Gruppen in zwei Schritten:

1. Wie ist es den Teilnehmerinnen mit der Aufgabe ge-

gangen? Ist die Beantwortung der Fragen bei anderen Personen leichter oder schwerer gefallen?

2. Jede einzelne Frau soll von der jeweiligen Gruppe Rückmeldungen bekommen, dann veröffentlichen auch die Betroffenen ihre eigenen Gedanken dazu.

Die Frauen haben aus unserer Sicht die Aufgabe gut bewältigt, den meisten sind Fremdeinschätzungen leichter als Selbsteinschätzungen gefallen. Die Beobachtungen und Rückmeldungen der anderen Gruppenmitglieder lösen ganz unterschiedliche Reaktionen aus: Eine Frau weint, weil sie sich so gut beschrieben sieht und „kein offenes Buch“ sein will, einige Frauen stimmen in ihren Einschätzungen völlig überein, die meisten Frauen differenzieren ein wenig in ihren Selbst- und Fremdbeobachtungen.

In dieser Einheit liegt der Schwerpunkt auf der Wahrnehmung unterschiedlicher – manchmal gegensätzlicher – Einschätzungen und Rückmeldungen, damit wird auch die Ambivalenzfähigkeit gefördert bzw. gestärkt.

In der Mittagspause besprechen wir die nächsten Einheiten. Wir erleben die Frauen sehr motiviert und kooperativ.

Nach der üblichen Frage von „Überbleibseln“ aus dem vorigen Teil ergibt sich spontan eine kurze Rückmeldungsrunde an uns: Kurz zusammengefasst lässt sich sagen, dass die Frauen aufgrund ihrer bisherigen Erfahrungen eine fest in der Anstalt verankerte Gruppen- bzw. Abteilungsleitung und eher strukturierte Sitzungen vorziehen. Sie scheinen klare Rahmenbedingungen und „feste Leitung“ als Orientierungshilfe und Entlastung zu empfinden. Die daraus für die Therapeutinnen entstehende „Falle“ besteht darin, dass sie nicht zu viel an Verantwortung für den Gruppen-Prozess und die inhaltliche Arbeit übernehmen und damit erst recht Wachstums- und Entwicklungsschritte verhindern. Andererseits werden bei genügend Transparenz und Klarheit seitens der „Machtinhaberinnen“ die Schwierigkei-

ten der eingangs diskutierten psychotherapeutischen Behandlung im Zwangskontext entschärft. Darüber hinaus schützt ein klares Regelwerk beide Seiten vor Übergriffen, es verführt die einen weniger zum Übertreten der Grenzen und die anderen weniger zur autoritären Machtausübung.

Die *sechste Übung* („Waagschale“) ergibt sich aus der vorangegangenen Diskussion: Die Teilnehmerinnen sollen mit ihren Händen eine Waage bilden: In einer Waagschale liegt „wenn die Therapeutin nichts macht, dann geht auch nichts weiter“, in der anderen liegt „es geht

IM HIER DARGESTELLTEN THERAPIE-BLOCK WIRD DIE VIELFALT DER SYSTEMISCH FAMILIENTHERAPEUTISCHEN DESIGNS, MODELLE UND METHODEN ERSTENS DURCH DIE „CHOREOGRAFIE“ DES PROZESSES, ZWEITENS DURCH DIE GESTALTUNG UNTERSCHIEDLICHER SETTINGS INNERHALB DER GRUPPE UND DRITTENS DURCH INTERVENTIONEN AUF INHALTLICHER EBENE AM BEISPIEL VON ZIELARBEIT GEZEIGT.

um mein Leben und um meine Zeit, ich muss dafür was tun“.

Drei Frauen zeigen ihre Waagen ausgeglichen, beim Rest hat die zweite Waagschale mehr Gewicht.

Der *siebente und letzte Schritt* befasst sich mit folgender Aufgabe: Jede Frau soll ein Thema finden, mit dem sie sich in nächster Zeit beschäftigen will. Zwei Fragen sollen dabei hilfreich sein, nämlich was wäre ein guter erster Schritt in diese Richtung und wer aus der Gruppe könnte „Hilfsperson“ dafür sein? Zum Abschluss stellen alle Teilnehmerinnen ihre Überlegungen im Plenum vor.

Damit kann ein erster, praktischer Veränderungsschritt mithilfe einer anderen Person und unter der „Zeuginenschaft“ der Gruppe skizziert werden. Die heute gesammelten Ideen und Erfahrungen werden in den fortlaufenden Gruppen-Sitzungen Eingang finden und können dort weiter bearbeitet werden.

In einer *kurzen Rückmeldungsrunde* – die Frauen signalisieren durch die Höhe ihrer Handflächen ihre Bewertung des heutigen Tages – wird sichtbar, dass der Therapie-Block für beide Seiten sehr zufriedenstellend verlaufen ist.

Im hier dargestellten Therapie-Block wird die Vielfalt der systemisch familientherapeutischen Designs, Modelle und Methoden erstens durch die „Choreografie“ des Prozesses, zweitens durch die Gestaltung unterschiedlicher Settings innerhalb der Gruppe (die therapeutische Arbeit mit Teilen der Gruppe, in diesem Fall Einzel- und Kleingruppen-Arbeit und Arbeit mit der ganzen Gruppe) und drittens durch Interventionen auf inhaltlicher Ebene am Beispiel von Zielerarbeit (Komplexitätsreduktion und Verflüssigung „großer Themen“, einer Kernkompetenz systemtherapeutischer Tätigkeit) gezeigt.

Weiters wird deutlich, dass in (therapeutischen) Gruppen immer auch ein großes Maß an Ressourcen und Kompetenzen zur Verfügung steht. Das hat im Hinblick auf die Behandlung süchtiger Frauen eine ganz besondere Bedeutung: Wie ich eingangs beschrieben habe, neigen drogenabhängige Frauen häufig dazu, sich selbst und andere Frauen abzuwerten. In diesem Zusammenhang können Interventionen wie das Einführen einer Hilfsperson bzw. der „Zeuginenschaft“ von Gruppenmitgliedern auf einer emanzipatorischen Ebene wirk- und heilsam sein.

5. ZUSAMMENFASSUNG

Im hier vorliegenden Artikel über Synergieeffekte von feministischen Konzepten und systemischen Modellen in der psychotherapeutischen Arbeit mit drogenabhängigen inhaftierten Frauen habe ich versucht, der Komplexität dieses Themas durch theoretische Schwerpunkte einerseits und praktische Illustrationen andererseits gerecht zu werden: Der inhaltliche Bogen reicht von der Beschäftigung mit den Bedingungen von Psychotherapie im Zwangskontext, der Beschreibung der besonderen Lebensumstände von weiblichen Drogenkonsumentinnen und den daraus abzuleitenden Forderungen für frauenspezifische Therapiekonzepte bis hin zur Darstellung des Behandlungskonzeptes des Frauen-Vollzugs der Justizanstalt Wien-Favoriten.

Um dem Thema Tiefe und praktische Relevanz zu verleihen, habe ich als Beispiel für die – meiner Ansicht nach gut gelungene – Integration systemischer Bausteine in ein feministisch orientiertes Behandlungskonzept für drogenabhängige Insassinnen die Illustration eines so genannten „Therapie-Tages“ gewählt.

Auf den ersten Blick mag der Versuch, Abhängigkeitserkrankungen in einem System, das in hohem Maß durch Hierarchie und Zwangsausübung definiert ist, zu behandeln, paradox erscheinen. In diesem Zusammenhang möchte ich auf die von Schweitzer und v. Schlippe (2006) beschriebenen isomorphen Strukturen von Suchtbehandlungseinrichtungen verweisen: Solche Einrichtungen sind immer auch gefährdet, einen Teil des Problems durch Bevormundung und Machtausübung selbst zu produzieren, um die fehlende Verantwortung der KlientInnen zu ersetzen. Diese Dynamik wirkt sich auf drogenabhängige Frauen fatal aus: Anstatt einen Zugewinn an Autonomie und Selbstständigkeit zu ermöglichen, fördert das helfende System ein „Mehr von demselben“, nämlich mehr Kontrolle und mehr Abhängigkeit von anderen.

Die Diskussion über die sensible Machtfrage in der systemischen Therapie kann in der Behandlung von (süchtigen) Frauen nicht ohne Kritik geführt werden. Feministische Denkerinnen beschreiben den so genannten „Justifikationismus“ der systemischen Familientherapie: Damit sind Erklärungsmodelle gemeint, die auf einer zirkulär-kausalen Epistemologie basieren und Anteile des Täters und des Opfers auf dieselbe Stufe stellen. Im Verständnis der Kritikerinnen ist die Macht- (und Gewalt-) Beziehung eine asymmetrische Beziehung der Ungleichheit und macht eine forensische Intervention notwendig (Boscolo 2000).

Im Abschnitt über Frauen und Sucht wird deutlich, dass viele der drogenabhängigen Frauen (sexuellen) Gewaltverfahrungen ausgesetzt waren. Umso wichtiger erscheinen in diesem Zusammenhang die Einwürfe feministischer Theoretikerinnen, damit systemische Psychotherapie für Frauen nicht zu einem weiteren Anpassungs- und Unterdrückungsinstrument verkommt.

Claudia Bepko, amerikanische Feministin und systemische Familientherapeutin, schreibt schon zu Beginn der 90-er Jahre des vergangenen Jahrtausends, dass „Sucht

als Ausdruck eines gestörten Machtverhältnisses, eingebettet in das soziale Geschlecht, verstanden werden kann“ (Bepko 1991, zit. n. Obrist 1996, S. 93). Sie verknüpft Überlegungen aus der konstruktivistischen systemischen Therapie mit feministischen Ansprüchen und macht sie so für die Arbeit mit süchtigen Frauen relevant: Im Mittelpunkt dabei stehen u. a. die Aufdeckung der Kommunikations- und Geheimhaltungsmuster, das Kreieren neuer Lebensgeschichten und die Rekrutierung privater und öffentlicher Unterstützungssysteme.

MAG. CORINNA OBRIST

ist Psychotherapeutin SF in freier Praxis, Klinische und Gesundheitspsychologin; Schwerpunkt Essstörungen, Paartherapie, Trennung und Scheidung; seit 1994 an der Justizanstalt Favoriten im Frauenvollzug tätig
corinna.obrist@justiz.gv.at
Absolventin des LG 17 der Ia:sf

LITERATUR

- Bepko, C. (Ed.) *Feminism and addiction*. The Haworth Press, New York, London, Sydney 1991
- Beubler, Haltmayer, Springer (Hg.) *Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis*. Springer-Verlag/Wien 2003
- Boscolo, L., Bertrando, P. *Systemische Einzeltherapie*. Carl-Auer-Systeme Verlag, Heidelberg 2000
- Egartner, E., Holzbauer, S. „Ich habs nur noch mit Gift geschafft ...“ Centaurus-Verlagsgesellschaft, Pfaffenweiler 1994
- Gegenhuber, B. Spirig, H., Malfent, D. *Substitutionsbehandlung im österreichischen Strafvollzug*. Untersuchungsbericht im Auftrag der Vollzugsdirektion, Wien 2008
- Goffman, E. *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main 1973
- Kryspin-Exner, I., Treichl, K., Werdenich, W. (Hg.) *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin. Themenheft: Forensische Psychologie*. 25. Jahrgang, Pabst Science Publishers, Heft 1 2004
- Lind-Krämer, R., Timper-Nittel, A. *Drogenabhängige Frauen – das Besondere an ihrer Lebenslage*. In: Sickinger, R. et al. (Hg.) *Wege aus der Drogenabhängigkeit*. Lambertus, Freiburg/Breisgau 1992
- Muno R., Waldmann, H. *Sucht und Geschlechtsrolle bei opiatabhängigen Frauen*. In: DHS (Hg.) *Frau und Sucht. Beobachtungen, Erfahrungen, Therapieansätze*. Bd. 23, Hamm 1981
- Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren: *Frau und Sucht. Berichtsband der Tagung vom April 1989*, Neuland-Verlags-gesellschaft, Hamburg 1990
- Obrist, C. *Weibliches Selbstverständnis heroinabhängiger Frauen*. Unveröff. Diplomarbeit, Wien April 1996
- Obrist, C., Trinkl, B. *Fordern und Fördern – Überlegungen zur psychologischen Behandlung süchtiger Frauen im Gefängnis*. In: Kryspin-Exner, I., Treichl, K., Werdenich, W. (Hg.), *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin. Themenheft: Forensische Psychologie*. 25. Jahrgang, Pabst Science Publishers, Heft 1 2004
- Obrist, C., Werdenich, W. *Drogentäter*. In: Pecher, W. (Hg.), *Justizvollzugspsychologie in Schlüsselbegriffen*. Kohlhammer, Stuttgart 2004
- Obrist, C., Werdenich, W. *Substanzabhängigkeit und Strafvollzug*. In: Beubler, Haltmayer, Springer (Hg.), *Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis*. Springer-Verlag/Wien 2003
- Pecher, W. (Hg.) *Justizvollzugspsychologie in Schlüsselbegriffen*. Kohlhammer, Stuttgart 2004
- Schweitzer J., v. Schlippe, A. *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2006
- Simon, F. u. Weber, G. *Vom Navigieren beim Driften*. Carl-Auer-Verlag Heidelberg, 2. Aufl. 2006
- Singerhoff, L. *Frauen und Sucht*. Beltz Verlag, Weinheim und Basel 2002
- Vollzugsdirektion *Rahmenerlass für die Durchführung von Langzeitbesuchen*. VD 2/2008, Wien
- Wagner, E., Werdenich, W. (Hg.) *Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle*. Facultas-Universitätsverlag, Wien 1998
- Wagner, E., Werdenich, W. *Die Kunst der Zwangsbehandlung*. In: Wagner, Werdenich (Hg.), *Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle*. Facultas-Universitätsverlag, Wien 1998