

Emanzipatorische Kunsttherapie: ein Fallbeispiel einer alkoholabhängigen Frau

Gugger, Bärbel

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Gugger, B. (1995). Emanzipatorische Kunsttherapie: ein Fallbeispiel einer alkoholabhängigen Frau. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 19(2/3), 25-48. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-249277>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Bärbel Gugger

Emanzipatorische Kunsttherapie

Ein Fallbeispiel einer alkoholabhängigen Frau

ich bin eine frau
ich bin
ich
?
ich
ich bin
ich bin ich

(Ulli, S., 1988, In: Frauen und Sucht, S. 201)

Eines Tages war das Maß überschritten. Eilig wurde die 60-jährige Frau mit dem Notarztwagen in die Psychiatrie eingeliefert. Sie überlebte das Delir. Sechs Wochen später, nachdem die Entzugstherapie abgeschlossen war, begegnete ich dieser Frau, als sie zu mir in die Kunsttherapie kam.

Ich arbeitete mit einer gemischtgeschlechtlichen Gruppe aus der Suchtabteilung des Bezirkskrankenhauses Gabersee, vornehmlich Männer und Frauen, die einen Alkoholentzug hinter sich hatten. Ich betreute mehrere KlientInnen dieser Suchtstation in der Regel sechs Wochen bis zu deren Entlassung. Es war also nur eine kurze Zeit, in der ich mit den Menschen Kontakt hatte und mit ihnen arbeiten konnte.

Eine besondere Aufmerksamkeit richtete ich auf die 60-jährige Frau, die mich aus mehreren Gründen interessierte. Da mich ältere Menschen mit psychischen Störungen seit längerem beschäftigen, vor allem die Theorie und Praxis im ambulanten Bereich (Evaluationsstudie, Gugger/ Schneider, 1994), wollte ich bei dieser Frau den Weg in die Alkoholabhängigkeit und gleichzeitig ihre Bewältigungsstrategien herausfinden.

Frauen und Sucht – diese kritische Reflexion begann in den frühen 80-er Jahren aus feministischer Sicht. Damals wurde gefordert:

»Suchtmittelabhängigkeit und süchtiges Verhalten von Frauen auf dem Hintergrund spezifischer Anforderungen, Konflikte, Gewalterfahrungen und Grenzverletzungen im weiblichen Lebenszusammenhang zu thematisieren« (Kurth, 1992, S. 131). Mit dem Wissen um die Nöte der Frauen, ihr »Schlucken und Schweigen« (Ernst/ Füller, 1988) war dies ein Focus für mich in der Kunsttherapie. Ich wollte das selbstzerstörerische Denken und Handeln problematisieren, die Handlungskompetenz mobilisieren, die im Aufdecken der Strategien sichtbar wird – und bislang in sehr destruktiven Bahnen endete. Mein Augenmerk galt den Bewältigungsstrategien der 60-jährigen Frau, die sich im Laufe ihres Lebens in konflikthafte Widersprüche verstrickte, d.h. zwischen eigenen Wünschen und Geschlechtsrollenanforderungen hin- und hergerissen war. Wichtigstes Kriterium auf der Suche nach Handlungskompetenz war, den Blick auf diese Widersprüche zu lenken, letztlich an die Ressourcen zu gelangen, die sie mit ihren 60 Jahren Leben in sich trug. Zur präzisen Begriffsbestimmung verwende ich den anglo-amerikanischen Begriff »Empowerment« (Rappaport, 1985, S. 257), der die Selbstbemächtigung der Betroffenen betont. Die KlientInnen werden sich mit diesem Focus ihrer eigenen Ressourcen bewußt. Perspektiven können mit diesem theoretischen Hintergrund aufgebaut, therapeutische Abhängigkeit thematisiert und abgebaut werden.

»Frauenspezifische Therapie orientiert sich an der Interdependenz der sozialen und wirtschaftlichen Situation von Frauen und ihrer psychischen Befindlichkeit und an frauenspezifischen Bewältigungsstrategien in kritischen Phasen weiblicher Lebenszyklen. Sie erforscht die inhärenten Widersprüche in den vorgezeichneten Sozialrollen der Frau, grenzt sich vom sexistischen Bezugsrahmen traditioneller Therapie ab und arbeitet an Neudefinitionen psychologischer Begriffe, was zu einem eigenen Interpretationswinkel bezüglich Diagnose und Ätiologie traditioneller Krankheitsbilder führt« (Wirtz, 1991).

Die eingangs erwähnte Klientin kam zu fünf kunsttherapeutischen, gruppodynamischen Sitzungen, in einer Gruppe mit vier bis acht KlientInnen, jede Woche eineinhalb Stunden. Die kunsttherapeutischen Übungen bestanden aus einer Serie von spontan gemalten Körperumrißbildern. Ziel war es, gruppodynamische und individuelle Aussagen anhand der Bilder aufzuzeigen, vor allem die Ressourcen zu entdecken und die Beziehungsfähigkeit zu fördern, weisende In-

teraktion und Kommunikation in der Gruppe zu erleben und damit einen Ausbruch aus der Isolation stützend zu begleiten. Meine therapeutische Intervention hatte den Anspruch, dem »nährenden« Alkoholmißbrauch eine kreative, nährnde, gestalterische Arbeit entgegenzusetzen. Das Material waren entweder ein großes Leintuch oder große Papierbögen, ca. acht bis zehn Quadratmeter groß. Die Größe der Papier- bzw. Leintuchfläche bestimmte die Gruppe selbst. Außerdem standen Dispersionsfarbe, Ölkreide und Farbstifte zur Verfügung.

Nach dem vierten Bild führte ich ein dreistündiges qualitatives Interview mit der Klientin. Beim Interview war die Klientin sehr gepflegt, und hatte sichtlich Interesse, mir von ihrem Leben zu erzählen. Eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung war entstanden. »Sie sagen nie, daß es schlecht gewesen wäre, daß wir gesoffen haben« (Zitat). In ihrem Verhalten und in ihren Äußerungen entsprach sie dem Klischee der bodenständigen, lebensfrohen, kumpelhaften Frau.

Suchtverhalten – eine Suche zur Konfliktbewältigung

Die Alkoholabhängigkeit hat sich schleichend entwickelt. Die Trinkgewohnheit der Klientin war lange Zeit ohne Suchtverhalten und steuerbar. Eine vermeintliche Konfliktlösung¹ durch Alkoholabusus versuchte die Klientin im Geheimen, am Abend in ihrem Zimmer, vor dem laufenden Fernseher, über zwanzig Jahre hinweg². Ihr gelang es in diesen Jahren immer wieder vom Alkohol wegzukommen und trockene Phasen zu erleben, die ihr suggerierten, nicht alkoholabhängig zu sein.

»Unterstellt wird allemal, daß der Erkrankungsprozeß für Männer und Frauen idealtypisch betrachtet gleich abläuft, daß das Geschlecht also unerheblich ist, wenn es um die Beschreibung und Diagnostik von Sucht geht. Eine genauere Betrachtung der Trinkmuster, der Entwicklung von Sucht und Abhängigkeit sowie der Manifestation der Krankheit zeigt sehr schnell, daß es ganz erhebliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt« (Mantek, 1979; Vogt, 1986; Wilsnack & Beckmann, 1984; In: Vogt, 1994, S. 83).

Die stille, sozial angepasste Rolle ist das bewährte Handlungsmuster. »Viele Frauen sind heimlich tabletten- und/ oder alkoholabhängig. Sie

sind überfordert durch das Übermaß an sich zum Teil widersprechender Anforderungen in Familie und Beruf. Doch es darf nicht sichtbar werden, daß sie nicht ausreichend 'funktionieren' und ein Leben dieser Art nicht mehr bewältigen« (Egartner & Holzbauer, 1994, S. 183). Vor dem Klinikaufenthalt (Frühjahr '94) versuchte die Klientin wieder einen Selbstheilungsversuch, der aber im Delir endete und sie nach ihren Worten nur knapp überleben ließ.

»Suchtmittelgebrauch und süchtiges Verhalten (...) sind für Frauen eine Form des kurzfristig helfenden, langfristig destruktiven Konflikt- und Bewältigungshandelns geworden« (Kurth, 1992, S. 134).

Meine Hypothese war, daß die Klientin Zeit ihres Lebens mit großer Energie ihre Probleme alleine zu lösen versuchte und mit einem enormen Anpassungswillen an das soziale Umfeld den Alkoholabusus benützte, um ihre Trauer unfühlbar zu machen. Eine Verschiebung der Depression in autoaggressive Handlungen, in denen exzessives Trinken von Schnaps die Gefühlsunterdrückung leistete. Im Hintergrund steht ein süchtiges Verlangen nach einer schnellen Konfliktlösung.

Biographische Aussagen aus dem Gedächtnisprotokoll

Es handelt sich um eine 60-jährige Frau, verheiratet, drei erwachsene Kinder, berufstätig, in einem oberbayerischen dörflichen Milieu aufgewachsen und ansässig. Aufgewachsen ist die Klientin bei einer Großtante und einem Großonkel, der Schwester und dem Schwager ihrer Großmutter. Ihre 18-jährige Mutter hatte sie bei ihrer Geburt zuerst deren Mutter zur Obhut überlassen. Wenige Wochen alt, kam sie dann zu den Erziehungseltern, der Großtante und dem Großonkel. Sie beschreibt ihre Kindheit als behütet mit einer guten Erziehung. Der Ziehvater sei gut, aber sehr streng gewesen. Sie habe das Gefühl, daß er alles für sie getan habe: Sie habe z.B. die ersten Ski mit Stahlkanten geschenkt bekommen. Sie fühlte sich »in festen Händen«. Ihre eigene Mutter »war nur Chaos«, zu der sie nie eine gute Beziehung aufbauen konnte. Sie habe auch nicht um ihren Tod getrauert, als sie an Krebs verstarb, im Unterschied zu der Trauer um ihre verstorbenen Erziehungseltern. Ihren leiblichen Vater hat die Klientin im 14. Lebensjahr auf ihr Drängen hin kennengelernt. Sie insistierte

bei ihrer Mutter, wollte die ganze Wahrheit über ihre Herkunft wissen, die zuvor verschleiert wurde, erfuhr die Adresse ihres Vaters und fuhr dorthin, um ihn kennenzulernen. Die Frau und die zwei Töchter des Vaters akzeptierten sie als Stief-Tochter und Halb-Schwester. Die Besuche waren jedoch nicht regelmäßig. Die Geschenke des Vaters waren große Ereignisse. Die Klientin erinnert sich an das Geschenk der goldenen Uhr. Sie habe ein Foto ihres Vaters von der Mutter »abgebettelt« und im Wäscheschrank versteckt und immer wieder bewundert. Es sei ein Soldatenfoto gewesen, das ihre Phantasie sehr angeregt habe: Sie legte lauter gute Charaktereigenschaften in diesen Mann, sie idealisierte ihn als überaus sympathischen, liebenswerten Vater. Das Foto wollte sie nicht in ihrem Zimmer aufstellen, »den konnte ich doch nicht aufhängen« (und ging damit auf die Verschlei-erungsstrategie ihrer Mutter ein).

Die Klientin erzählte mir von ihrem traumatischen Ereignis im 17. Lebensjahr. Sie hatte ihre erste Liebesgeschichte und beim ersten Geschlechtsakt wurde sie auch schon schwanger (eine Wiederholung des Schicksals ihrer Mutter). Mit der Schwangerschaft gingen Schuld- und Schamgefühle einher. Die Klientin heiratete diesen Jugendfreund. Nach eineinhalbjähriger Ehe wurde die Partnerschaft auf ihr Betreiben hin wieder geschieden, da der Ehemann wechselnde Beziehungen zu anderen Frauen einging. »Die Scheidung war furchtbar«. Angehörige und FreundInnen hätten sie vor der Eheschließung liebevollst gewarnt und sie ermutigt, dieses Kind als Alleinerziehende anzunehmen. Diesen Ratschlag habe sie nicht befolgt und deshalb »in mir selber versucht« die Krise zu bewältigen und »damit fertig zu werden«. Mit dem Problem alleine, verzichtete die junge Frau jedoch nicht auf soziale Kontakte. Sportliche Aktivitäten waren das Bindeglied zu gleichaltrigen FreundInnen. Sie fuhr gerne in die Berge zum Bergsteigen oder Skifahren. Sie war der »gute Kumpel«.

Wenige Jahre später ging die Klientin eine zweite Ehe ein, im Vertrauen darauf, daß der Mann sich mit ihrer Tochter gut verstehe. Aus dieser Ehe stammen zwei Kinder, ein Sohn und eine Tochter. Ihr Mann habe aber immer die Tochter aus erster Ehe bevorzugt, was sie im Lauf ihres weiteren Lebens als äußerst konflikthaft erlebte. Nach der Geburt der jüngsten Tochter waren keine sexuellen Kontakte mit dem Ehemann mehr möglich, gegen das Interesse der Klientin und die Gefühle für den Ehepartner. Die Klientin suchte Hilfe wegen

dieses Partnerschaftsproblems bei ihrem Hausarzt und dem Arzt ihres Mannes. Sie suchte auch Kontakt zu dem Bruder des Ehemannes, der ihr kompetent und einfühlsam erschien. Dieser Schwager schlug dem Ehepaar vor, beim Max-Planck-Institut (MPI) in München Rat zu holen und/oder Urlaub zu machen und hätte dafür alle Kosten übernommen. Der Ehemann wollte dieses Angebot jedoch nicht annehmen. Zu dieser Zeit war er auch nicht mehr bereit auf ihre Wünsche einzugehen, um mit ihr auf Bergtouren, zum Skifahren zu gehen, geschweige denn, daß er ihr noch Zärtlichkeiten oder Interesse schenkte. Die Klientin beschloß daraufhin, sich scheiden zu lassen. Dieser Entschluß wurde von dem Ehemann mit einem Kompromißangebot entkräftet, daß er nämlich dem Rat des Bruders folge, sich in München am MPI beraten zu lassen. Außerdem sprachen familiäre und wirtschaftliche Erwägungen gegen die Trennung: Die Kinder wären noch klein gewesen und auf dem neugebauten Haus lasteten noch Schulden. Die Klientin wurde am MPI in die Beratung mit einbezogen. Das Ergebnis stellte sich für sie folgendermaßen dar: Nach Aussagen der Experten am MPI könne nur sie ihrem Mann in der sexuellen Beziehung helfen. Für seine Unruhe bekam der Ehemann Valium verschrieben (von dem er bis heute abhängig ist und man deshalb auch von einer Co-Abhängigkeit oder wechselseitigen Abhängigkeit sprechen kann). Vom MPI wurde ihr geraten, wenn sie es verkraftete, so könne sie der Phantasie ihres Mannes Gestalt geben und einer Liebesbeziehung zu einem 'unberührten Mädchen' zustimmen.

Die Klientin ging mehrere Male auf ihren Mann zu, wurde aber immer wieder abgewiesen und gekränkt. Daraufhin stimmte sie dem Vorschlag zu, daß der Ehemann im Nebenhäuschen auf dem Grundstück, das er selbst einrichtete und mit Vorhängen, Deckchen und Kerzen dekorierte, eine sexuelle Beziehung mit einem 'unberührten Mädchen' eingehen könne. »Und das hat mich runtergehauen. Ich stand am Fenster und fing an zu trinken. Nicht jeden Tag, aber immer allein«. Der Ehemann war nach dieser Erfahrung nicht befriedigt, es sei ihm vorgekommen, als habe er »ein Paket aufgemacht und mit dem Inhalt nichts anfangen können«. Diese Worte vergesse sie nie.

Ihre Wahrnehmung, daß ihr Mann latente homoerotische Gefühle bei jungen Männern habe, bewiesen ihr die jahrelangen Besuche ihres

Mannes bei einer befreundeten Familie in Niederbayern, zu denen er immer alleine und mit vielen Geschenken ausgerüstet fuhr. Sie habe sich bei einem Besuch darüber auch Gewißheit verschafft und die enge Verbundenheit mit dem Sohn dieser Familie erlebt. Auch heute noch bevorzuge der Ehemann Männerfreundschaften, die in ihrem Bekanntenkreis dann auch seine Fürsorge, Freundlichkeit und Interesse am stärksten erfahren. Im Laufe der Jahre sei ihr auch die Bevorzugung ihrer ersten Tochter, der Stieftochter ihres Mannes, ein Dorn im Auge. Sie reagierte immer mit Eifersucht, Haß und Rückzug auf die Aufmerksamkeiten ihres Mannes gegenüber dieser Tochter, bis zum Zeitpunkt des Klinikaufenthaltes. Die Tochter wohnt mit ihrer Familie im gleichen Anwesen. Der Ehemann habe sie in allem unterstützt, ihr mehr finanzielle Hilfe gegeben als den eigenen Kindern. Sie habe ihre älteste Tochter deshalb angeklagt und ihr dieses innige Verhältnis vorgeworfen, mit Streit und Rückzug reagiert und im Alkoholabusus ausagiert. »Ich habe gekämpft und getrunken, bis eine Gleichgültigkeit einzog«. Die Tochter habe diesen Konflikt nicht verstanden, von ihrer Seite aus auch heftig reagiert und ihr schließlich auch nicht mehr die Enkelkinder geschickt. Schuldzuweisungen und aggressive Gefühle haben bei der Klientin ein diffuses Bild vom eigenen Versagen ausgelöst.

Eine Verstrickung von sexuellen Wünschen, familiären Schwierigkeiten und Schuldgefühlen durch den Alkoholabusus waren alltägliche Belastungen, gefangen in den Wünschen nach sozialer Anpassung, die keine Schritte in weniger sozial gesichertes Terrain zuließen. Keine Ausbruchversuche, keine Veränderungsstrategie, nur Klagen ohne Konsequenzen für das soziale Umfeld.

Traumatische Folgen hatte ein Schwangerschaftsabbruch, heimlich vollzogen, wegen einer außerehelichen Beziehung. Es war die Folge eines berausenden Fests mit einem Bekannten, der sie in dieser Nacht schwängerte. Sie war zu dieser Zeit Mitte dreißig. »Da war ich verzweifelt«. In dieses Geheimnis habe sie nur ihre älteste Tochter und den Arzt eingeweiht. Sonst habe sie mit keinem Menschen darüber geredet. Zwar hätten der Arzt, ihre Familie und die FreundInnen von der asexuellen Ehe gewußt, aber mit diesem Trauma fühlte sie sich alleine, da sie mit dem Schwangerschaftsabbruch Schuld auf sich geladen habe. »Das nagt noch heute an mir«. Selbstvorwürfe wegen des Schwangerschaftsabbruchs wechseln sich ab mit

Schulduweisungen, die sie als »Verrufene« befürchtete, hätte sie dieses Kind ausgetragen.

Schuld belastet die Klientin auch mit dem Sterben ihres Großonkels, ihrem Erziehungsvater. Er war bei ihr in Pflege und sie habe nicht erkannt, daß er in der Nacht stirbt, als sie ihren Geburtstag im Nebenzimmer mit FreundInnen feierte. Sie habe ihn in der letzten Stunde allein gelassen, nachdem er – wie so oft geklagt habe er fühle sich alleine – »Du feierst und ich muß sterben«. Mit diesem Schuld-komplex habe sich die Klientin in ihrer Familie immer wieder auseinanderzusetzen versucht, aber nur Unverständnis geerntet.

Im 50. Lebensjahr freundete sich die Klientin mit einem Mann aus dem Bekanntenkreis an. »Ich habe den Mann kennengelernt, der zu mir gepaßt hat«. Er war der ideale Partner für ihre sportlichen und erotischen Wünsche. Sie genoß diese Beziehung ohne zu moralisieren. »Es war die herrlichste Zeit für mich«. Nach sieben Jahren war jedoch die Beziehung zu Ende, da sie die Ehefrau des Geliebten kennengelernt hatte und Scham- und Schuldgefühle sie beherrschten. Ausgelöst wurden diese Gefühle durch die körperliche Behinderung der Ehefrau des Geliebten und deren Freundlichkeit und Fürsorge anläßlich eines Besuchs in deren Haus. »Wenn die Frau gleichwertig gewesen wäre, hätte ich den Kampf aufgenommen und der Mann hätte sich auch scheiden lassen«. »Es war ein ewiger Kampf, da gingen viele Gefühle mit mir durch«. Die Alkoholabhängigkeit wurde nach dieser Trennung für die Klientin offensichtlich. »Ich hau' mir die Burre voll, daß ich nichts mehr höre und sehe«. Drei Jahre liegen zwischen diesem Ereignis und dem Klinikaufenthalt.

In diesem Zeitabschnitt des exzessiven Trinkens hat die Klientin auch die Ablehnung ihrer Familie und der FreundInnen erfahren, die sie so hinstellten »als ob ich nicht mehr mitreden kann«.³ Verstärkt habe sie um ihre Anerkennung gekämpft und oft Bestätigungen von anderen Menschen geholt um diese Ablehnung als ungerechtfertigt darzustellen. »Dann bin ich aufs Zimmer gegangen, mit der versteckten Flasche in der entsprechend großen Handtasche und habe getrunken«.

Bewältigungsstrategien und Anpassungsleistungen

Frühe Traumatisierung durch wechselnde Bezugspersonen haben die Klientin geprägt. Ihre Erziehungseltern hat sie liebend angenommen und erst als Jugendliche nach ihrem leiblichen Vater geforscht. Der idealisierte Vater und dessen Familie blieben distanziert, nur unregelmäßige Kontakte waren möglich. Mit dem »Chaos« der Mutter belastet, suchte die Klientin FreundInnen, zu denen sie kumpelhafte Beziehungen pflegte. Die Krise der ersten Schwangerschaft spitzte sich auf die Frage zu, ein uneheliches Kind zu bekommen oder zu heiraten. Die Klientin hat die erste Schwangerschaft mit Einschränkung der eigenen Entwicklungsmöglichkeiten auf sich genommen und geheiratet.

Nachdem die Beziehung nicht tragfähig war, hat sie die Scheidung eingereicht und für sich und die Tochter alleine gesorgt. Die Bewältigung der Scheidung hat die Klientin alleine versucht, da alle guten FreundInnen, der Arzt, der Pfarrer ihr wohlwollend von dieser Beziehung abgeraten haben. Der zweite Ehemann schien für sie der ideale Partner zu sein, da er das Kind akzeptierte und mochte. Nach zwei weiteren Kindern war das sexuelle Interesse des Ehemanns erloschen und sie versuchte Hilfe zu bekommen unter Einbezug von FreundInnen, dem Schwager und Experten des MPI. Einer Scheidung hat der Ehemann nicht zugestimmt. Die Hilfe und die Ratschläge brachten die Klientin in eine langandauernde Krise, die sie schließlich zum exzessiven Trinken veranlaßte. Sie konnte aber in dieser Zeit den Alkoholabusus steuern, war unauffällig und versuchte die Probleme alleine zu meistern, im Stillen.

Eine traumatische Situation war ein Schwangerschaftsabbruch, den sie bis heute nicht verschmerzt hat. In der damaligen Situation fürchtete sie als »Verrufene« nicht mehr weiterleben zu können. Sie wollte den guten Ruf der Familie nicht zerstören und ließ deshalb das Kind abtreiben. Familienfürsorge und Familienzusammenhalt sind bis heute Wertmaßstäbe, die auch für die Sorge um die alten Erziehungseltern galten. Die Klientin hat die Pflege bis zu deren Tod übernommen. Schuldig fühlt sie sich gegenüber dem Erziehungsvater, da sie ihm in der Sterbestunde nicht geholfen habe, nicht bei ihm war.

Eine erfüllte Liebesbeziehung waren die glücklichsten sieben Jahre im Leben der Klientin. Nachdem sie aber die körperlich behin-

derte Frau des Geliebten kennengelernt hatte, waren ihre Skrupel so groß, daß sie gegen den Willen des Freundes die Beziehung abbrach. Ihre Bewältigungsversuche lagen verstärkt im exzessiven Trinken in den letzten drei Jahren vor dem Klinikaufenthalt. Rückschläge sind für die Klientin Situationen, bei denen mangelnde Anerkennung im Lebensumfeld eine große Rolle spielen, »einfach, daß man nicht geliebt wird«.

Warum hat die Klientin zum Mittel des Alkohols gegriffen? Die Klientin hat nach einem Suizidversuch mit Tabletten die autoaggressiven Impulse weiter mit Alkohol betrieben und die Gefühlsunterdrückung fortgesetzt. »Das innerliche Alleinsein – es bringt eher Vergessen. Und so habe ich auch wieder schlafen können«. Das Suchtverhalten schließt auf eine sehr frühe Störung, die in der Trennung von der leiblichen Mutter zu suchen ist, die »nur Chaos war« und keine Stabilität geben konnte. Die entwickelte Pseudo-Autonomie hat sie und ihr persönliches Umfeld gefühllos gemacht für ihre Ängste und ihre Bedürftigkeit. Lange Zeit wurde durch sportlichen Ehrgeiz, angepaßtes, kumpelhaftes, lustiges Verhalten, dem Anspruch mit allem alleine fertig werden zu können, eine Fassade errichtet, hinter der niemand vermutete, daß dies nur ein angepaßtes Verhalten war, um überleben zu können. Irgendwann war dieser Bewältigungsmechanismus nicht mehr leistbar. Zu viele Kränkungen gingen mit der Ablehnung durch ihren zweiten Ehemann einher. Der Alkoholabusus überlagerte die Spannungen, soziale und psychische Konflikte, dämpfte die Ängste und Selbstzweifel, unterstützte passives Verhalten, Verweigerung selbständiger Schritte. Er ist sowohl Anpassung an die widersprüchliche soziale Wirklichkeit als auch Widerstand der engen Verhaltensgrenzen, die diese soziale Umgebung fordert.

Kunsttherapie in Aktion – Körperumrißbilder

Die kunsttherapeutische Anweisung, die den Bildern zugrunde liegt habe ich folgendermaßen gegeben:

Die Gruppe bestimmt die Leintuch- bzw. Papiergröße. Es sollen Körperumrisse entstehen. Jede TeilnehmerIn legt/setzt sich auf die Leintuch- bzw. Papierfläche und läßt sich von einer anderen TeilnehmerIn umreißen. Die Umriss geben die Orientierung für die 2. Phase, in der sie die Umriss zur Ausgestal-

tung des Gemeinschaftsbildes nutzen, wobei Absprache mit den angrenzenden TeilnehmerInnen getroffen werden soll, wenn die eigenen Grenzen überschritten werden.

Diese kunsttherapeutische Übung habe ich über mehrere Monate hinweg mit den KlientInnen aus der Suchtabteilung angeboten. Ich war stets bedacht, die Variationen zu unterstützen, die von den Umrisslinien weg, zu neuen Bildern hinführten. Das »Sozio-Imago« (Boelke, 1995, S. 37) wurde durch die Anordnung, Überschneidungen, Berührungen, gleiche Farben, Strukturen und Symbolik ausgedrückt. Der individuelle Aspekt lag in der Art der Farbigkeit, der Strukturierung, der Bildersprache bzw. der hervorgebrachten Symbolik und in der Begegnung mit den übrigen TeilnehmerInnen. Dies ist im Ansatz eine körpertherapeutische Methode, die aber nicht auf der Körperebene aufhört, sondern eine kreative und intellektuelle Auseinandersetzung ermöglicht und erfordert. Hervorzuheben sind auch die nicht-gemalten Körperteile, Leerstellen, Abgrenzungen. Die kunsttherapeutische Übung zeigt die Interaktionsmuster auf, macht die Spannungspunkte und Ungleichgewichte sichtbar. Es hat sich herausgestellt, daß viele TeilnehmerInnen von der Übung zuwenig »Nährendes« mitnehmen konnten, da sie sich zu stark mit ihrer eigenen Person, ihrem Portrait konfrontiert sahen. Es ist ein prozeßhafter, therapeutischer Vorgang, der diese Defizite sorgsam, stützend aufarbeiten läßt. Einige KlientInnen sind auf Blumen-Landschafts-Märchenbilder ausgewichen, Fabelwesen entstanden. Viele KlientInnen haben sich nicht in der vollen Körpergröße auf die Bildfläche gelegt. Wenigen KlientInnen gelang es, einen Hintergrund für das Gemeinschaftsbild zu initiieren bzw. zu gestalten.

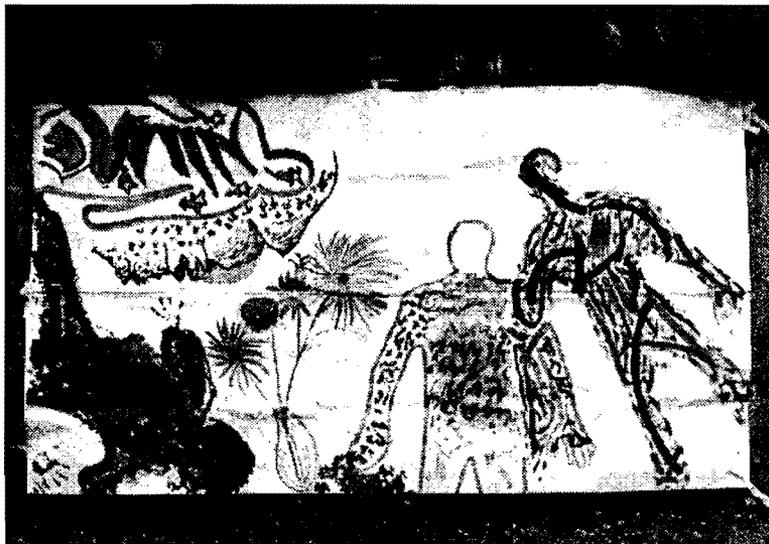


Abb. 1: 1. Gruppenbild ca. 4,0 x 2,0 m, Papier, Dispersion, Kreide.
Foto: Rotraut Fischer

Bildbesprechung

Die Bildbesprechung bringt nur die Inhalte zum Ausdruck, die mit der Klientin besprochen und gedeutet wurden. Es gibt mehrere Variationen des Themas, je nach dem Blick der TherapeutIn und den Aussagen der KlientIn. »Beide erforschen die Bilder wie eine Landkarte, entdecken unbekanntes Gelände, finden neue Wege« (Schottenloher, 1994, 2, S. 140)⁴. Mit den Möglichkeiten der kunsttherapeutischen Intervention hatte ich Bilder an der Hand, die eigenen Ressourcen der Klientin sichtbar, um ihre Ängste und depressiven Strukturen verständlicher zu machen und den hohen Leistungsanspruch, das niedrige Selbstwertgefühl und die Gefühlsunterdrückung anzusprechen.

Die Klientin wirkte auf mich in den ersten Stunden körperlich und psychisch vorgealtert. Ihre Bilder und ihre gestalterische Kraft standen im Gegensatz zu diesem Eindruck und machten mich aus diesem Grund neugierig. Außerdem war sie sehr kommunikativ, wenn

auch der Zugang zu ihrer Gefühlswelt schwer war. Ich konnte von ihr zu Anfang – auch wegen der Gruppensituation – keine gefühlsbezogene Aussagen erwarten. Die therapeutische Beziehung, bzw. die Übertragung verbesserte sich in der zweiten Sitzung (Baumbild) durch die Frage nach ihrer einschränkenden Lebensveränderung, die sich symbolisch in der Stammdarstellung des Baumes manifestierte⁵.

1. Bild (siehe Abb. 1 und 2): Körperumriß mit Landschaftsgestaltung.



Abb.2: Bildausschnitt (1. Bild), 1.60 x 2.40 m, Papier, Dispersion.
Foto: Rotraut Fischer

Die Farbwahl und die Symbolik sind sehr ausdrucksstark. Das Bild kann interpretiert werden als Widerstand und Abwehr gegen jegliche Intervention. Das Bergpanorama wird vorgeschoben, die Gefühlswelt bleibt abgeschottet.

Hoher Leistungsanspruch und Selbsthilfestrategien drücken die Berglandschaft aus. Gleichzeitig ist das Bergpanorama auch ein Schutzwall zu den anderen Gruppenmitgliedern. Die Farbgebung des Körpers ist »schrill« – »schreiend«. Die innere Bewegtheit kann noch nicht nach Außen dringen. Wut, aggressive Impulse werden sichtbar. Möglicherweise kann diese Energie in Zukunft zur Selbstbehauptung, als »Empowerment«-Ressource eingesetzt werden.

Die schwarz umrandeten Enzianblüten könnten folgende Menschen symbolisieren: Im Kopf den Geliebten, der Ehemann im Bauchraum (Bereich der Leber), links der Sohn, oben rechts die jüngste Tochter und unten rechts die älteste Tochter. Auch außerhalb des Körpers liegen die Ressourcen, Schutzräume (Erinnerungen an die Bergtouren). Jedoch sind die Barrieren (Landschaft in grau) zwischen dem Ich und den anderen auch als Grenzen der Kontaktebene einsetzbar zur Vermeidung von Interaktion. Eine »Grauzone«, in der Alkoholmißbrauch »verschleiert« werden kann. Wichtig scheint mir der Ausdruck der zaghaften Teilnahme am Gruppenprozeß. Die Klientin legt sich an den Rand, der rechte Arm fehlt und die Beine sind nicht auf dem Bild (d.h. Bewegungs- und Handlungsmöglichkeiten sind auf dem Bild noch nicht sichtbar).

2. Bild: Körperumriß wird zur Landschaft. Landschaft mit einem Baum, mit drei schwarzen Vögeln und einem übergroßen Käfer. »Ein alter knorriger Baum, wie ich, wo die Blätter fallen«. Krisen sind erkennbar. Einbrüche, Einengung, Astbrüche, und eine asymmetrische Baumkrone, wo die rechte Seite mehr Äste und Blätter trägt. Von allen Seiten fallen die grünen Blätter ab. »Ich habe die Grenze zum Altwerden erreicht. Jetzt kriegst Du auch nicht mehr was Du wolltest, das ist der Schluß vom Leben. Es ändert sich ja nichts mehr, je älter daß man wird«. Der Baum sagt zum Käfer »bring mir Glück«. Der Käfer sagt: »Kopf hoch, du Baum bist noch nicht zu alt. Die Blätter brauchen nicht alle zu fallen«. Hier wird zum ersten Mal eine Selbstermutigung ausgesprochen, eine neue Sichtweise der Lebenssituation erkannt, trotz der pessimistischen Altersperspektive.

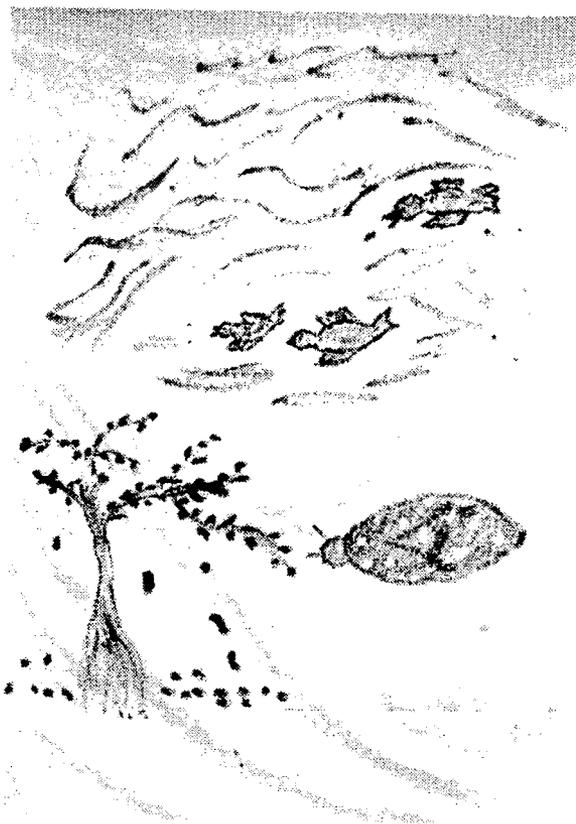


Abb. 3: Bildausschnitt (2. Bild), Leintuch ca. 1.60 x 2.40 m
Dispersionsfarbe. Foto: Rotraut Fischer

Hier ist es der Himmel, den die Klientin benutzt um sich von den übrigen Gruppenmitgliedern abzugrenzen. Jedoch ist alles in Bewegung, keinesfalls mehr so starr: Hoffnung wird sichtbar, da eine Integration möglich scheint. Der Himmel und die Vögel bewirken diesen Eindruck.

Der Bruch in diesem Bild ist der übergroße Käfer. Der Käfer kommt wie eine bedrohliche Walze auf den Baum zu. Die Übergröße bewirkt die Bedrohung. Der Käfer, der Glück bringen soll, hat keine Beine (analog der Unbeweglichkeit in Konfliktsituationen). Der Käfer ist als Symbol zu verstehen, ein Persönlichkeitsanteil »Glück im Le-

ben beanspruchen«, der nicht integriert werden konnte (Glück haben die anderen).

Das 3. Körperumrißbild wird wieder in ein Landschaftsbild verwandelt. Landschaft, Kirche, Kreuz. Das Bild wird von der Klientin gemalt kurz nach einer medizinischen Untersuchung auf Tumorverdacht.

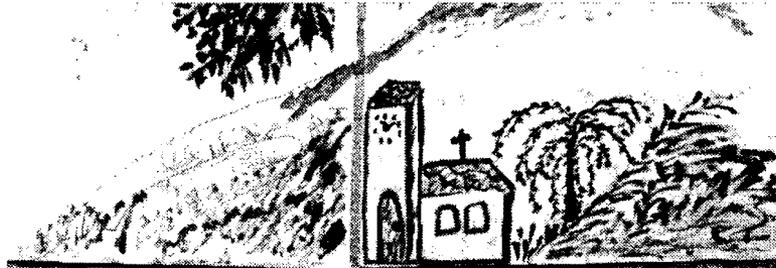


Abb. 4: Bildausschnitt (3. Bild), Leintuch ca. 0.70 x 2.00 m, Dispersionsfarbe.
Foto: Rotraut Fischer

Die Klientin bezieht ihre bildnerische Aussage also auf das unmittelbar traumatisch Erlebte. Die Uhr zeigt »kurz nach 12 Uhr« (Zitat) obwohl sichtbar die Zeiger gerade die elfte Stunde anzeigen. Auf dem First steht ein schwarzes Kreuz. Eine Trauerweide an einem steilen Berghang drückt Trauer aus und Todesängste, bedingt durch die angstvolle vorhergehende Untersuchung. Die Klientin hat damit ihren Lebenswillen bekundet und der Bedrohung Ausdruck gegeben. Ein großes Schutzbedürfnis kommt durch die Symbolik der Kirche zum Ausdruck. Wiederum wird das Abschirmbedürfnis zu den anderen Gruppenmitgliedern deutlich. Die Zweiteilung des Bildes fällt hier besonders auf. Die linke Bildsituation stellt eine Alm dar, mit mehreren Berghütten. Sie zeigt eine Wegbeschreibung und das Panorama an. Erinnerungen an glückliche Vergangenheitsmomente werden der bedrohlichen Gegenwartssituation gegenübergestellt.

4. Bild: Die KlientInnen variieren ihre Ausdrucksmöglichkeiten und finden in symbolischer Darstellung zu ihrem individuellen und dem Gruppenthema.

Ambivalenz zeigt sich in der Farbigkeit und in den Symbolen. Vitalität und Eingrenzung wurden sichtbar im eingeschlossenen Herz, beim zaghaft gezeichneten Schneemann, der Spinne im Netz, dem Geißbock mit den überdimensionierten Beinen und der Frau, deren Blüten am Körper Lebenslust signalisieren, deren Beine jedoch fehlen.



Abb. 6: Bildausschnitt (Bild 4), ca. 1.20 x 1.60 m
Papier, Dispersionsfarbe. Foto: Rotraut Fischer

Die besprochene Klientin wird als ganze Person sichtbar (Abb.6). Die Ignoranz gegenüber den Beinen und Füßen ist in der KlientInnen-Gruppe typisch für einen autosuggestiven Appell: »Nicht weglaufen«. Auch die Hände sind nur rechts mit Fingern gezeichnet, die linke Hand ist kleiner, nicht differenziert. Zaghaftes »Handeln« mit der rechten Hand rückt in die Nähe. Die Handlungsversuche wurden mit vielen Kränkungen erlebt, deshalb heißt der Selbstschutz möglicherweise auch »nicht mehr hinfassen«.

Die Blüten sind rot und kräftig. Die Klientin hat damit eine starke Lebensenergie ausgedrückt. Die roten Blüten im Genital- und Bauchbereich werden durch den blauen Gürtel unterbrochen. Der Kopf schaut angepaßt freundlich. Die Grenze zu den anderen Gruppenmitgliedern ist nicht mehr sichtbar und notwendig. Barrieren sind durch den Gruppenprozeß abgebaut. Ein freundliches, offenes Gesicht zeugt von der Bereitschaft, sich selbst anzuschauen. Das Portrait erschreckt die Klientin nicht mehr. Die Mittellinie (als Symbolik der Abhängigkeit) im oberen Brustbereich ist betont. Im Halsbereich ebenfalls eine blaue Kontrolllinie, die diese Abhängigkeitstendenz unterstreicht.

»Das griechische Wort 'Symbol' steht für das deutsche Wort 'Sinnbild'. Das nicht nur sich selbst meint, sondern Träger eines Sinnes ist, d.h. auf ein anderes, auf ein vom ihm inhaltlich selbständiges Bild, wegen seiner assoziativen Nähe zu ihm, also sinngemäß, hinweist« (Benedetti & Peciccia, 1994, S. 107).

So erinnert z.B. die rote Blume als Symbol der Liebe an die Liebe. Der flüchtig hingemalte Schneemann als Symbol für die Kälte oder die Vergänglichkeit. Die schwarze Spinne als Symbol der Vergiftungsgefahr an die Angst.

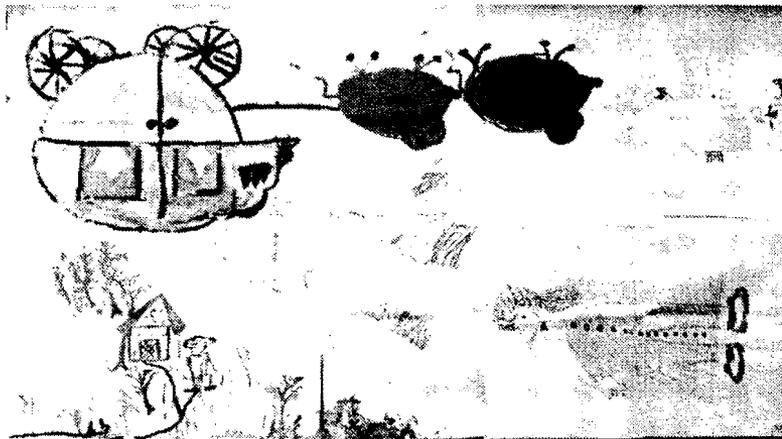


Abb. 7: (5. Bild), ca. 4.0 x 2.0 m, Papier, Dispersionsfarbe, Ölkreide.
Foto: Rotraut Fischer

Als 5. Bild entsteht ein Gemeinschaftsbild, bei dem sich die Gruppe auf ein Märchenthema einigt. In das Körperumrißbild wird eine Märchengeschichte integriert.

Die Klientin wählt die Märchendarstellung von Hänsel und Gretel. Die Kinder Hänsel und Gretel befinden sich auf einem schwarz gezeichneten Weg, der sich gabelt. Ein Weg führt zum Haus, (vergiftet, verschlossen) der andere zu der Hexe (frei). Die Gretel kniet vor dem Hans, fleht um Hilfe und weint. Die Hexe steht mit beiden Beinen auf der Erde, hat Arme und Hände und greift zu einer Keule. Sie wirkt aggressiv und autonom.



Abb. 8: Bildausschnitt (5. Bild), ca. 1.6 x 2.0 m, Papier, Dispersionsfarbe, Ölkreide. Foto: Rotraut Fischer

Bei der Besprechung wird die Entwicklungslinie deutlich – von der Abhängigkeit, Ängstlichkeit zur Autonomie oder von der hilflosen Gretel zur autonomen Hexe. Die gefährliche Situation der Gretel, die keinen Ausweg weiß, haben wir mit der selbstbewußten alten Hexe verglichen, die sich u.U. mit der Keule zur Wehr setzen kann, möglicherweise sogar einen Besen zum Fliegen benutzen könnte.

Auffallend, daß die Klientin die ersten drei Körperumrißbilder in Landschaften umsetzte, zur großflächigen Abgrenzung. Der Wunsch,

Füße zu zeigen, Gehversuche zu machen, wird im 4. Bild noch stark abgewehrt. Die Klientin hat weder im Bild noch im Interview in Erwägung gezogen, ihre familiäre Lebenssituation zu verändern. Sie beschreibt ihre gegenwärtige Situation: »Mein Mann will aus dem Haus nicht ausziehen. Für mich bedeutet das Zuhause aber auch Heimat, Altwerdenkönnen, Kinder, Berge, die ich gerne sehe und mir deshalb eine Veränderung nicht vorstellen kann«. Im 5. Bild sind zukünftige Wege aufgezeigt. Der eine Weg führt zur der hilflosen, flehenden Gretel, der andere zu der autonomen Hexe, die Arme und Beine hat und mit einer Keule sich zu wehren weiß.

Die Klientin wird nach sechs Wochen Therapie entlassen. Sie will eine Selbsthilfegruppe aufsuchen. »Die Herren haben mir zugesagt«, die diese Selbsthilfegruppe in der Klinik vorstellten. Einzeltherapie zieht die Patientin auch in Betracht – eine emanzipatorische Entwicklung bahnte sich an.

Überlegungen zur Prognose

Die Klientin geht in das konfliktreiche Milieu zurück, deshalb sind Entwicklungsmöglichkeiten eingeschränkt und Rückschläge zu befürchten. Die Entwicklungsschritte, die im 5. Bild aufgezeigt sind (hier vergittertes, verschlossenes Haus, dort autonome Frau) werden von der Klientin angstvoll abgewehrt. Sie fühle sich zu alt, um sich zu verändern. Sie wolle jedoch wieder an die alten Freundschaften im Skiclub anknüpfen. Darin sehe ich eine reale Chance, daß die Klientin ihre Kontakte wieder erweitert und zu dem Kränkungs-Eifersuchts-Beziehungsgeflecht Abstand gewinnt. Eine therapeutische, regelmäßige Unterstützung könnte die Klientin stabilisieren, in einer Beziehungsform, in der ihre Gefühle ernst genommen werden und sie ein Stück ihrer 'verlorenen Kindheit' nachholen kann. In der Selbsthilfegruppe, mit den entdeckten Ressourcen ist es der Klientin möglich, sich auf ihre eigene Kraft zu besinnen und ihre Konflikte, die psychischen Störungen – ohne Suchtverhalten – zu bewältigen.

»Emanzipatorische Kunsttherapie« (Gugger, 1991) will die Abhängigkeitsmuster, Gewalt- und Mißbrauchserfahrungen, Ängste und Zweifel, die verlorengegangenen Wünsche, Interessen und Lebensziele thematisieren. Deshalb ist eine Kurzzeit-Therapie in der Psychiatrischen Klinik äußerst fragwürdig, wenn nicht ein gemeindepsycho-

logisches Unterstützungsnetzwerk (Keupp, 1994), außerhalb der Klinik aufgebaut wird. Eine Fortführung auf ambulanter Basis ist für viele betroffene Frauen erstrebenswert (LebensART, 1995), da eine emanzipatorische Entwicklung nicht in sechs Kunsttherapiesitzungen abgeschlossen sein kann, obwohl sich anhand des Fallbeispiels ein Weg dahin – zur autonomen Frau – aufzeigen ließ.

Eine interdisziplinäre Gruppe von Münchner PsychologInnen, KünstlerInnen, SozialpädagogInnen und KunsttherapeutInnen hat sich zum Ziel gesetzt, eine Wirkungsstätte für Frauen ins Leben zu rufen.

»Wir wollen stadtteilbezogen als Kunstwerkstatt unterstützend tätig werden und den ehemaligen Psychatriepatientinnen und/ oder Frauen in Krise in einer kreativen Umgebung mehr Selbstbestimmung über ihre Gesundheit, ihren weiteren Lebensweg und ihren beruflichen Werdegang ermöglichen. (...) Eine stufenweise Eingliederung in einen lebhaften Lebens- und Arbeitsalltag oder einer Erschließung von neu zu gestaltenden Lebensformen wird professionell unterstützt« (LebensART, 1995).

Diese Kunstwerkstatt wird in den nächsten Wochen installiert und ist auf FörderInnen angewiesen⁶. Unter Beweisnot steht das Projekt nicht. Die vorangegangenen Argumente sprechen für eine differenzierte Unterstützung betroffener Frauen.

*Die Arbeit wurde von
Thurid Stewart, M.A. Kunsttherapie, München, supervidiert.*

Anmerkungen

- 1 Unter den geschätzten 2,5 Millionen Menschen in Deutschland sind über 800 000 Frauen, mit steigender Tendenz. »Wenn (...) Belastungen und Frustrationen unerfüllter Erwartungen im individuellen Fall unerträglich werden, dann bietet unsere industrielle Massenproduktion Suchtmittel mit raffinierten Formen der Werbung und des Vertriebs sowohl für die Männer wie Frauen (...) an« (Wurzbacher, 1981, S. 31).
- 2 Beschränkt man sich auf die Abhängigkeit von Alkohol und illegalen Drogen, dann belegen die Ergebnisse von Umfragen ebenso wie von Beobachtungsstudien, daß sich die Konsummuster von Frauen und Männern handfest voneinander unterscheiden. Dazu kommen unterschiedliche Reaktionen der Umwelt auf den Alkohol- und Drogenkonsum von Frau-

en und Männern. Beispielsweise gilt Alkoholkonsum in der Öffentlichkeit und insbesondere Alkoholabusus neben anderem als Symbol individueller wie gesellschaftlicher Macht (Mac Andrew & Edgerton, 1969; Morgan, 1983; Roizen, 1992; Vogt, 1985, 1993; In: Vogt, 1994, S. 83). Die symbolische Vorführung von Macht ist noch immer den Männern vorbehalten. Frauen, die sich herausnehmen, in ähnlicher Weise in aller Öffentlichkeit zu trinken und sich zu betrinken wie die Männer, müssen mit Zu-rechtweisungen und Abwertungen rechnen.

- 3 »Eine detaillierte Analyse macht deutlich, daß noch weiter zu differenzieren ist. Je enger das soziale Netz ist, in dem sich Frauen bewegen, umso eher stoßen sie auf Warnsignale, wenn sie alkoholisiert sind, schließlich auf Ablehnung und Abwertung« (Vogt, 1994, S. 84).
- 4 Leider sind die Bilder nur in schwarz/weiß Abzügen wiederzugeben. Die Wahl und Leuchtkraft der Farben kann ich nur im Text betonen.
- 5 Ein spontan gemalter Baum »berührt weit mehr als der Baumtest die unbewußte Dimension« (Schmeer, 1990, S. 64), dargestellt im kunsttherapeutischen Kontext: »von dem manifesten Bildgehalt lassen sich durch Assoziation latente Bedeutungen ableiten« (ebd., S. 45). Der Stamm des Baumes wurde im Verlauf nach oben dünner, das deutete auf eine Traumatisierung hin, die Ressourcen für den weiteren Lebensweg verringerten sich (Schwangerschaft, kurzzeitige Ehe, Scheidung).
- 6 LebensART e.V., Verein für Kunst, Kultur und Therapie, Christrosenweg 2, 81377 München. Auskunft über die Kontaktadresse der Autorin.

Literatur

- Benedetti, G. & Peciccia, M. (1994). Symbol und Schizophrenie. In: G. Schottenloher (Hrsg.), Wenn Worte fehlen sprechen Bilder. München.
- Boelke, B. (1995). Zum Thema Kunsttherapie. KUKK, 1, S. 36–37. München.
- Egartner, E. & Holzbauer, S. (1994). »Ich hab's nur mit Gift geschafft ...«. Frauen und illegale Drogen. Pfaffenweiler.
- Ernst, A. & Füller, I. (1988). Schlucken und Schweigen. Wie Arzneimittel Frauen zerstören können. Köln.
- Gugger, B. (1991). Emanzipatorische Kunsttherapie. Wider die Einbahnstraße der Psychiatrie. München.
- Gugger, B. & Schneider, A. (1994). Evaluationsstudie eines Gerontopsychiatrischen Dienstes in der Großstadt (bislang unveröffentlicht). München.
- Haberlandt, M. (1993). Freundinnen. Eine qualitative Studie über Frauenfreundschaft. (Diplomarbeit unveröffentlicht). München.
- Keupp, H. (1994). Psychologisches Handeln in der Risikogesellschaft. Gemeindepsychologische Perspektiven. München.
- Kurth, A. (1992). Sucht. In: H. Bilden (Hrsg.), Das Frauentherapie Handbuch. München.

- Lambrou, U. (1993). Familienkrankheit Alkoholismus. Im Sog der Abhängigkeit. Hamburg.
- LebensART e.V. (1995). Verein für Kunst, Kultur und Therapie. Überarbeitetes Konzept für eine Frauenkulturwerkstatt, (unveröffentlicht). München.
- Merfert-Diete, Chr. & Soltau, R. (Hrsg.), (1988). Frauen und Sucht. Die alltägliche Verstrickung in Abhängigkeit. Frankfurt.
- Rappaport, J. (1985). Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit: Ein sozialpolitisches Konzept des »empowerment« anstelle präventiver Ansätze. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 2, S. 257 – 278.
- Reiter, A. (1991). »Die sollen mich doch mal ausspinnen lassen!« Ver-rückte Frauen, psychiatrische »Behandlung« und ein feministisches Nachsorgeprojekt. (Diplomarbeit, unveröffentlicht). München.
- Schmeer, G. (1990). Heilende Bäume. Baumbilder in der psychotherapeutischen Praxis. München.
- Schottenloher, G. (1994). Wenn Worte fehlen, sprechen Bilder. Bildnerisches Gestalten und Therapie. Bd. 1, 2, 3. München.
- Wurzbacher, G. (1982). Suchtentwicklung und Rolle der Frau aus sozialwissenschaftlicher Sicht. DHS: Frau und Sucht, S. 28 – 39.
- Vogt, I. (1994). Frauenspezifische Beratung und Therapien in der Suchtkrankenhilfe: Stellenwert, Rahmenbedingungen und Arbeitskonzepte. P & G, 3/4, S. 81 – 94. Oldenburg.
- Voigt, D. & Jawad-Estrak, H. (1991). Von Frau zu Frau. Feministische Ansätze in Theorie und Praxis psychotherapeutischer Schulen, Reihe Frauenforschung, Bd. 17. Wien.
- Wienberg, G. (1992). Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Bonn.
- Wirtz, U. (1991). Therapeutische Arbeit mit Frauen. In: D. Voigt & H. Jawad-Estrak (Hrsg.), Von Frau zu Frau. Feministische Ansätze in Theorie und Praxis psychotherapeutischer Schulen, Bd. 17, S. 7 – 13. Wien.