

PSiFF

**PSYCHOSOZIALE
INITIATIVE FÜR FRAUEN**

**BERATUNG
UND
PROBLEM LÖSE GRUPPEN**

FÜR FRAUEN

**ERFAHRUNGEN
+ PERSPEKTIVEN
ZUR PRAXIS**

**DER
PSiFF**

INHALTSVERZEICHNIS

Seite

I.	EINLEITUNG	1
I a)	Selbstdarstellung unserer Gruppe	1
I b)	Unsere Ziele	1
II.	DIE GESELLSCHAFTLICHE SITUATION DER FRAU	2
II a)	Weibliche Sozialisation und die Funktion der Frauenrolle	2
II b)	Erwerbstätigkeit der Frau	3
II c)	Erwerbsbereiche der Frau	3
II d)	Auswirkungen der weiblichen Erwerbstätigkeit	4
III.	AUSWIRKUNGEN DER GESELLSCHAFTLICHEN SITUATION DER FRAU AUF IHRE PSYCHISCHE LAGE	4
III a)	Psychisches Leiden der Frau	4
III b)	Psychische „Krankheitsbilder“ der Frau	5
IV.	PSYCHOTHERAPEUTISCHE VERSORGUNG FÜR FRAUEN	
IV a)	Bestehendes ambulantes Therapieangebot und stationäre psychiatrische Versorgung in Berlin-West	6
IV b)	Die Bedeutung der P S I F F für die sozial- psychiatrische Versorgung West-Berlins	7
V.	ARBEITSWEISE UND –ZIELE DER PSIFF	8
V a)	Allgemeines	8
V b)	Beratung	9
V c)	Unsere Arbeit in Problemlösungsgruppen für Frauen – Gruppenstruktur und Verlauf – Übungen	9
V d)	Erfolgskontrolle und wissenschaftliche Begleituntersuchungen	10
VI.	FINANZIERUNG	13
VI a)	Bisherige Finanzierung	
VI b)	Begründung für die notwendige Erweiterung der P S I F F	13
VI c)	Kostenplan	14
	Literatur	16

PSIFF

Psychosoziale Initiative für Frauen

Horstweg 27, 1000 Berlin 19, Telefon: (030) 321 98 70

I. EINLEITUNG

I a) SELBSTDARSTELLUNG UNSERER GRUPPE

Unsere Gruppe bildete sich im Sommer 1975. In ihr schlossen sich die Frauen aus der B i f f (Beratung und Information für Frauen), die seit Februar 1975 regelmäßig im Frauenzentrum Frauen mit psychischen und sozialen Problemen berieten, und Frauen der Gruppe „Frau im Gesundheitswesen“ zusammen.

Die Frauen der B i f f hatten in ihrer Beratungstätigkeit festgestellt, daß eine einmalige oder mehrmalige Beratung nicht ausreicht und die Frauen für eine Veränderung ihrer psychischen oder sozialen Lage eine feste, kontinuierlich stattfindende Gruppe benötigen.

Das gemeinsame Interesse unserer beiden Gruppen war, für Frauen, die ihre psychischen und sozialen Probleme nicht mehr allein in oder mit ihrer Umwelt lösen können, eine Gruppentherapie zu entwickeln und durchzuführen, in der die Frauen lernen, ihre Bedürfnisse als Frau zusammen mit anderen Frauen zu entwickeln und durchzusetzen.

Wir setzten uns daher mit dem Problemlösungsgruppen-Konzept von Hogie Wyckoff (1971) auseinander und bauten auf dieser Grundlage im Dezember 1975 unsere ersten Gruppen auf.

Im Frühjahr 1976 gründeten wir einen Verein mit dem Namen „Psychosoziale Initiative für Frauen“ – P S I F F – und im Juli desselben Jahres eröffneten wir unsere Beratungsräume im Horstweg 27 in Berlin – Charlottenburg. Neben der Arbeit mit Problemlösungsgruppen richteten wir drei regelmäßige Beratungstermine ein.

Aus der Erfahrung, daß für Frauen, die sich schlecht fühlen, gerade die Wochenenden besonders schwer zu ertragen sind, boten wir einmal im Monat sonntags eine offene Problemlösungsgruppe an.

Zur Zeit sind wir elf Frauen mit abgeschlossenen Berufsausbildungen im psychosozialen Bereich (Sozialarbeiterin, Diplompädagogin, Krankenschwester und Philosophin, Ärztin und Psychologinnen). Viele von uns haben in psychiatrischen Einrichtungen gearbeitet bzw. arbeiten noch dort. Wir alle setzen uns theoretisch wie praktisch mit den herkömmlichen Therapiemethoden auseinander (d. h. Gestalttherapie, Transaktionsanalyse, Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie, Psychoanalyse, Psychodrama, als auch Körperarbeit) und wenden Elemente davon unter frauengerechten Gesichtspunkten in unserer Arbeit an. Als eine wesentliche Voraussetzung für unsere Arbeit sehen wir unsere eigenen Erfahrungen in unterschiedlichen Frauengruppen an, z. B. Frauenhochschulgruppen, Frauenforen an den Volkshochschulen, Universitätsseminare, Selbsthilfe- und Selbsterfahrungsgruppen, Frauenbetriebsgruppen, als auch künstlerisch tätige Frauengruppen.

I b) UNSERE ZIELE

Ziel unserer über zweijährigen Arbeit ist die „psychosoziale Beratung und Betreuung von Frauen in sozialen, gesellschaftlichen, psychischen und familiären Konfliktsituationen ohne Rücksicht auf Herkunft, Rasse, Religion und politische Einstellung.“

Die Arbeitsschwerpunkte der Mitglieder des Vereins sind die „Hilfe und Beratung, Information, psychosoziale Therapie und sozialpädagogisches Training“ (Zitate aus der Vereinssatzung).

Hintergrund für die Notwendigkeit unserer Arbeit ist unserer Meinung nach die historisch bedingte gesellschaftliche Situation der Frau und die daraus resultierende psychische Problematik.

Dies soll in Abschnitt II und III kurz skizziert werden. Im Anschluß daran wollen wir die Prinzipien unserer Arbeit und deren konkrete Vorgehensweisen darstellen.

II. DIE GESELLSCHAFTLICHE SITUATION DER FRAU

II a) WEIBLICHE SOZIALISATION UND DIE FUNKTION DER FRAUENROLLE

Wesentliches Merkmal der Rolle der Frau ist die Orientierung auf die Tätigkeit als Hausfrau und Mutter. Die hierfür notwendigen Eigenschaften und Fähigkeiten – wie: Aufopferungsbereitschaft, Einfühlungsvermögen, Duldsamkeit etc. oder allgemeiner zusammengefaßt von Ursula Scheu (1977 S. 113 ff) zu den Überbegriffen von „Personenorientiertheit, größere Emotionalität und soziales Verhalten“ – zeichnen sich dadurch aus, daß sie erst durch die Anerkennung durch andere Geltung erlangen, da sie immer auf andere ausgerichtet sind. Zudem sind die einer Frau als positiv zugeschriebenen und anerkannten Qualitäten dann negativ und sozial wenig anerkannt, wenn es um „allgemein menschliche“ Eigenschaften geht (siehe Untersuchung von I. D. Brovermann et al, 1970). Dann ist die Frau zu gefühlvoll, kann nicht logisch denken, hat kein Durchsetzungsvermögen, ist passiv, zu wenig leistungsorientiert, risiko- und konfliktscheu.

Die Frau sieht sich also einer weitgehenden Ignoranz auf gesellschaftlicher Ebene gegenüber, die ihre Fähigkeiten nicht als gesellschaftlich nützlich anerkennt, und sie diskriminiert, wenn sie eben nicht der gesellschaftlichen Definition von Weiblichkeit entsprechen.

Ihre Tätigkeit im Haushalt, die nicht nur Putzen, Waschen, Kochen usw. umfaßt, sondern auch die Verantwortung und Durchführung der Kindererziehung und emotionale Stabilisierung der Familienmitglieder, wird nicht als Arbeit anerkannt, die für die Aufrechterhaltung der Gesellschaft notwendig ist. Ihre Tätigkeit wird als „Liebesdienst“ erwartet und geleistet und ist selbstverständlich unbezahlt – da es ja dem „Wesen ihrer Natur“ entspricht.

So implizieren die gesellschaftlich definierten weiblichen Eigenschaften die Unterlegenheit und soziale Minderwertigkeit der Frau. Die Abhängigkeit von anderen – sowohl psychisch als auch ökonomisch – verhindert die Entwicklung einer eigenständigen und selbstverantwortlichen Persönlichkeit.

Diese psychischen und physischen Fähigkeiten werden während der Sozialisation des Mädchens entwickelt (siehe hierzu auch Ursula Scheu). Schon früh erfährt das Mädchen eine Einengung seines Aktionsradius. Um Liebe und Anerkennung zu erhalten, lernt es früh, aggressive Äußerungen zu unterdrücken und sich nach den Erwartungen anderer zu orientieren. Es erfolgt eine frühe Konditionierung auf den reproduktiven Bereich, was sich ganz augenfällig auch im Spielzeugangebot für Mädchen zeigt. Zusätzlich erfährt es im Laufe seiner Entwicklung, daß die zuerst als omnipotent erlebte Mutter sozial schwach und unterlegen ist.

Es erlebt, daß „die Welt draußen“ der Bereich des Mannes ist (siehe hierzu S. de Beauvoir, 1973 b. S. 83 ff).

Sind diese psychischen Dispositionen funktionell für die traditionelle weibliche Rolle, so geraten sie teilweise in Widerspruch zu den Anforderungen, die an Frauen durch Berufstätigkeit und neue Partnerschaftsvorstellungen, denen ein abstrakter Gleichheitsanspruch zugrunde liegt, gestellt werden.

Auf den daraus entstehenden psychischen Konflikt, der eine weitere Komponente für das psychische Leiden von Frauen darstellt und eine Identitätsfindung zusätzlich erschwert, soll in Abschnitt III näher eingegangen werden.

II b) ERWERBSTÄTIGKEIT DER FRAU

„Das geltende Muster der weiblichen Rolle sieht den ein- oder mehrmaligen Wechsel zwischen Berufsausübung und Berufsausschließung je nach sozialer Situation und Lebensabschnitt der Frau vor“ (Zinnecker 1972, S. 180).

In den letzten hundert Jahren erfolgte eine zunehmende Eingliederung der Frau in den außerhäuslichen Arbeitsprozeß.

Heute sind ca. 34% der erwerbsfähigen Frauen erwerbstätig, über die Hälfte von ihnen ist verheiratet und unterliegt damit fast ohne Ausnahme der Doppelbelastung von Berufstätigkeit und unbezahlter Hausarbeit (siehe auch die Untersuchung von H. Pross über den deutschen Mann in „Brigitte“, Heft 8/1977: nur 28% der Männer betätigen sich – nach ihrer eigenen Einschätzung – „häufig“ im Haushalt, und auch dies fällt nur unter die Rubrik „Helfen im Haushalt“).

II c) ERWERBSBEREICHE DER FRAU

Die Beschäftigungsstruktur der Frau sieht nach einer Untersuchung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, zitiert bei Breuer, S.152, für 2/3 der Frauen folgendermaßen aus:

98,8% der in den hauswirtschaftlichen Berufen Tätigen sind Frauen, in den Reinigungsberufen sind es 87,2%, in den Gesundheitsberufen 74,2%, in den Textilberufen 71,1%, in den Erziehungs- und Lehrberufen 58,3%, in den Gaststättenberufen 55%, in den Organisations-, Verwaltungs- und Büroberufen 53,8% und in den Handelsberufen 49,5%.

Frauen werden demnach überwiegend dort in das Erwerbsleben integriert, wo sie entsprechend ihrer quasi „natürlichen“ Fähigkeiten – wie Fingerfertigkeit, soziales Engagement, Belastbarkeit für monotone Arbeit etc. – problemlos – eingesetzt werden können.

Die für diese Bereiche notwendigen Verhaltensweisen werden als den Frauen von Natur aus mitgegeben bezeichnet und bedürfen häufig keiner Lehrzeit, da sie bereits im Sozialisationsprozeß ohne institutionelle Kontrolle erworben wurden, und legitimieren von daher auch die geringe Bezahlung der Frauenarbeit.

Allgemein kann gesagt werden, daß sogar für die gleiche Arbeit die Bezahlung der Frauen bis um 1/3 weniger ist.

Weiterhin erfolgt die Integration in die außerhäusliche Arbeitssphäre vorwiegend in solchen Bereichen, in denen die Frau keine Konkurrentin für den Mann darstellt.

Obwohl der Frau in den genannten Bereichen besondere Fähigkeiten zugesprochen werden, finden sich auch hier – wie Brauer (S. 156) für den Bereich des Gesundheitswesens nachweist – die Frauen auf den untersten Stufen der hierarchischen Ordnung, was sich auch für die anderen genannten Bereiche nachweisen läßt.

So läßt sich über die Berufstätigkeit der Frau zusammenfassend sagen: Frauen sind überwiegend in Berufen tätig, die auf „geschlechtstypischen Ausbildungen“ (Breuer) beruhen. Auch hier sind sie in der Mehrzahl in sozial wenig anerkannten Stellungen.

Aufgrund ihrer teilweise fehlenden und teilweise unzureichenden Ausbildung sind sie auf Arbeitsplätzen, auf die bei konjunktureller Flaute am ehesten verzichtet werden kann.

Dies hat bei den verheirateten Frauen wieder eine ausschließliche Tätigkeit im Haushalt zur Folge und eine totale ökonomische Abhängigkeit vom Mann.

II d) AUSWIRKUNGEN DER WEIBLICHEN ERWERBSTÄTIGKEIT

Da die Erwerbstätigkeit der Frau nicht als ihre „eigentliche“ Lebensaufgabe angesehen wird, denn diese ist Hausfrau, Mutter und evtl. auch Geliebte zu sein, wird deren Notwendigkeit häufig als Übergangsregelung oder als „Zuverdienst“ (obwohl viele Familien ohne diesen sog. Zusatzverdienst überhaupt nicht existieren könnten) abqualifiziert.

Dadurch sind Frauen auch nur wenig motiviert, sich bessere Arbeitsbedingungen – sowohl bei der außerhäuslichen wie auch bei der häuslichen Arbeit – zu schaffen.

Hinzu kommt, daß der Sozialstatus der Frau immer noch durch den des Mannes bestimmt wird und somit eine Verbesserung der eigenen Lage die soziale Stellung der Frau nicht verändern würde.

Diese gesellschaftliche Situation, die die Frau einerseits auf die traditionelle weibliche Rolle verpflichtet, die von ihr fordert, für andere da zu sein und darin Erfüllung zu finden, andererseits von ihr verlangt, je nach Notwendigkeit im Beruf ihren „Mann“ zu stehen und in der privaten Sphäre eine gleichberechtigte Partnerin mit eigenen zusätzlichen Pflichten (man muß sich schon mit ihr unterhalten können; – aber sie soll nicht klüger sein als der Mann etc.), muß zu weiteren psychischen Schwierigkeiten und Konflikten führen.

III. AUSWIRKUNGEN DER GESELLSCHAFTLICHEN SITUATION DER FRAU AUF IHRE PSYCHISCHE LAGE

III a) PSYCHISCHES LEIDEN DER FRAU

Wie eine repräsentative Untersuchung an 18- bis 60-Jährigen nachweist (Richter, 1973, S. 294), leiden Frauen weit häufiger an psychischen Kon-

flikten als Männer. Dieses Leiden verstärkt sich mit zunehmendem Alter noch mehr.

Dem entspricht auch der größere Anteil von Frauen in psychiatrischen Einrichtungen. Zwei Drittel der dort Versorgten sind Frauen; Auch ambulante Einrichtungen werden häufiger von Frauen aufgesucht, wenn auch hierfür keine ähnlich exakten Zahlen wie bei der stationären Versorgung ermittelt werden können.

Diese Tatsache wird dann der größeren psychischen Anfälligkeit der Frau zugeschrieben, der sowieso weniger Verhaltensweisen als „normal“ zugebilligt werden. Wie die Untersuchung von Brovermann et al. zeigt, weicht sie signifikant von der allgemeinen Norm seelischer Gesundheit ab, wenn sie sich als Frau seelisch gesund fühlt. Entspricht sie dem allgemeinen Standard seelischer Gesundheit, so ist sie eine seelisch kranke Persönlichkeit.

Mit anderen Worten: die schon in der Sozialisation kanalisierte Personenorientiertheit des Mädchens und das Objektinteresse beim Jungen (siehe auch U. Scheu, 1977) und die damit verbundenen Verhaltensnormen finden sich bei der Beurteilung seelischer Gesundheit wieder: Männer sind leistungsorientiert, sie zeigen „Angstunterdrückung, Demonstration erotischer Sicherheit, emotionelle Stabilität, Stärke im allgemeinen, Dominieren, Ehrgeiz — andererseits Egozentrizität, Unordentlichkeit und Bequemlichkeit. Dazu passen dann die kontrastierenden weiblichen Merkmale von offen eingestandener Ängstlichkeit, Triebunsicherheit, Depressivität, Schwäche, Lenksamkeit und Konkurrenzverzicht“. (Richter, S. 36).

Diese Verhaltensformen, die zudem gesellschaftlich wenig anerkannt sind, weisen der Frau ein geringeres Spektrum an akzeptablen Verhaltensweisen zu. Weicht sie dann davon in die eine oder andere Richtung ab (ist sie zu gefühlvoll oder zu stark und dominant), dann stimmt etwas nicht mit ihrer seelischen Gesundheit. In diesem Zusammenhang erfährt die gesellschaftliche Situation der Frau keine Berücksichtigung.

III b) PSYCHISCHE „KRANKHEITSBILDER“ DER FRAU

Vorab sei angemerkt, daß wir die folgenden Bezeichnungen im Sinne einer Zustandsbeschreibung verstehen, die jedoch kaum Lösungsmöglichkeiten implizieren. Die Verhaltensweisen, die einer bestimmten psychiatrischen Kategorie zugeordnet werden, sehen wir als Ausdruck der psychischen Verarbeitung eines realen Konfliktes. Für uns sind psychische Störungen eine „begriffliche Reaktion auf ein konflikterzeugendes und wirklichkeitsverzerrendes soziales Milieu, das über lange Zeit hin eingewirkt hat“ (Liungman).

Die psychischen „Erkrankungen“ der Frau sind unserer Meinung nach eng mit ihrer gesellschaftlichen Situation verknüpft, obgleich die mißlungenen Versuche der Konfliktbewältigung, die sich eben in den „Symptomen“ niederschlagen, bei jeder Frau ihren individuellen Ausdruck finden und aus der jeweiligen Biographie ableitbar und verstehbar sind.

Durch die schon früh erfahrene Leugnung der eigenen Wahrnehmung, eigener Wünsche und Bedürfnisse durch andere, ist die Frau häufig in eine doublebind — Situation gestellt (siehe auch Laing, 1974), die ihr keine Möglichkeit läßt, eine eigene Identität zu entwickeln, sondern sie verrückt macht.

Kennzeichnend für das psychische Leiden der Frau ist die Feindseligkeit gegen sich selbst, oder, wie Szasz (1974) es ausdrückt: „die Furcht vor dem Glück“. Frauen stellen den größten Anteil bei den depressiven Erkrankungen, den paranoiden Zuständen, den Suizidversuchen und den chronisch Kranken. Weiterhin zeigen sich spezifische psychosomatische Störungen (z. B. Mager-sucht).

Durch die frühzeitige Unterbindung von aggressiven Äußerungen müssen sich feindselige Gefühle nach innen richten (Bardwick, 1971, S. 127 ff). Durch die Erfahrung der Minderwertigkeit und Unterlegenheit des weiblichen Geschlechts bis hin zur Wertlosigkeit befinden sich Frauen häufig in einem Zustand, der als Depression beschrieben wird.

Eng verknüpft mit dem depressiven Zustand ist der Suizidversuch, der dem eigenen Leben kein Ende setzen will, sondern auf passive Art um Hilfe bittet, indirekt Wünsche signalisiert.

Da die Frau gelernt hat, sich in andere einzufühlen, für andere verantwortlich zu sein, Vorgänge zu erspüren, ehe sie anderen bewußt sind, ist es erklärlich, daß Frauen weit häufiger Beziehungsideen entwickeln und keine stabilen Ich-Grenzen entwickeln können.

Die Unterdrückung realer Ängste und einer adäquaten Auseinandersetzung verbunden mit mangelndem Selbstvertrauen, findet ihren Ausdruck häufig in paranoiden Verfolgungsvorstellungen.

IV. PSYCHOTHERAPEUTISCHE VERSORGUNG FÜR FRAUEN

IV a) BESTEHENDES AMBULANTES THERAPIEANGEBOT UND STATIONÄRE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG IN BERLIN-WEST

Die im Auftrage der Bundesregierung in der 7. Wahlperiode von einer unabhängigen Sachverständigen — Kommission verfaßte Enquete zur Lage der „Psychisch Kranken“ zeigt erhebliche Mißstände in der Versorgung auf. Bezeichnenderweise wird auch hier die Situation „psychisch kranker“ Frauen nicht besonders berücksichtigt.

In Berlin hat die Enquete Kritik zu Versuchen geführt, der Psychiatrisierung und Kasernierung von „psychisch Kranken“ durch Streichung von Betten in den großen Nervenkliniken (bis 1990 lt. Tagesspiegel 1000 Betten) entgegenzuwirken. Das heißt, stattdessen sollen mehr offene psychiatrische Stationen und Krisenzentren an Allgemeinkrankenhäusern im Bezirk eingerichtet werden.

Es fehlen jedoch nach wie vor für jeden unabhängig vom Einkommen zugängliche ambulante Einrichtungen zur Prävention, Therapie und Nachsorge, denn Therapie im Sinne kontinuierlichen Aufarbeitens der psychischen Probleme der Patienten(-innen) kann in der Klinik nicht geleistet werden, im besten Falle kann sie begonnen werden. Hier wird wie eh und je mit Psychopharmaka gearbeitet, da Psychiater und Pflegepersonen meist einseitig medizinisch ausgebildet sind. Selbst wenn diese sich aus eigener Initiative eine therapeutische Zusatzausbildung erworben haben, können sie diese aus Zeitmangel kaum anwenden. Zudem ist eine intensivere Gruppenarbeit dadurch erschwert, daß sich die Zusammensetzung der Patienten(-innen) auf der Station dauernd ändert und sie nicht genug Zeit haben, Vertrauen zueinander zu entwickeln.

Weiterhin erschwerend ist, daß die Patienten(-innen) aus den Lebensbereichen, in und an denen sie krank geworden sind, ausgesondert werden, d.h.: die krankmachende Situation zu Hause und am Arbeitsplatz kann im allgemeinen in der Klinik nicht ausreichend aufgearbeitet werden.

Durch den Klinikaufenthalt entstehen zusätzliche Probleme (z.B. durch soziale Isolierung und Auswirkung der medikamentösen Behandlung): Wenn dann nach der Entlassung die Patienten(-innen) wieder mit dem

Alltag konfrontiert werden, kommt es häufig zu einem erneuten Zusammenbruch mit Klinikeinweisung (Drehtürpsychiatrie). Für Frauen, deren Probleme vor allem daraus resultieren, daß sie zur Passivität erzogen sind und Aggressionen nach innen richten, statt sich auseinanderzusetzen, sind die hierarchisch bürokratischen Klinikstrukturen mit den in ihnen üblichen Reglementierungen besonders ungünstig, da sie jene Verhaltensweisen stärken.

Die Situation der Nachsorge sieht in Berlin auf den ersten Blick zwar etwas günstiger aus als im übrigen Bundesgebiet, da es neben den Praxen der niedergelassenen Neurologen(-innen) und Psychiater(-innen) die sozialpsychiatrischen Dienste gibt, die den Gesundheitsämtern zugeordnet sind. Aber der Schein trügt. Gerade unter dem Aspekt der ständig wachsenden Anzahl von Menschen, die mit ihren Problemen nicht mehr alleine fertig werden, (Laut Enquete, Abs. 21 hat etwa jede dritte Person in der Bundesrepublik in ihrem Leben eine „psychische Krankheit“ durchgemacht), gibt es immer noch zu wenig therapeutische Einrichtungen. Die bestehenden, wie z. B. die sozialpsychiatrischen Dienste sind von der Anzahl der Stellen und der Qualifikation her nicht dafür ausgerüstet, eine kontinuierliche therapeutische Betreuung der Patienten(-innen) zu gewährleisten. Laut „Richtlinien des Senats für die Tätigkeit der sozialpsychiatrischen Dienste“ sind die den SPD zugeordneten Aufgaben vielmehr diagnostischer, gutachterlicher, verwaltungstechnischer und fürsorglicher Art. Dementsprechend sieht der Stellenplan nur Sozialarbeiter(-innen) und Ärzte(-innen) und seit neuestem 1 Therapeuten pro Bezirk vor. Die eigentliche therapeutische Arbeit bleibt weiterhin den privaten Institutionen überlassen. Von den Kassen bezahlt wird jedoch nur die sogenannte große Psychotherapie (unter der zur Zeit nur die Psychoanalyse verstanden wird). Bekanntlich schließen deren Auswahlkriterien einen wesentlichen Teil der therapiebedürftigen Personen aus.

IV b) DIE BEDEUTUNG DER P S I F F FÜR DIE SOZIAL-PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG WEST-BERLINS

Wie aus dem vorangegangenen Kapitel ersichtlich wurde, ist die Lage der ambulanten sozialpsychotherapeutischen Versorgung, die gemeindenah und nicht nur kurativ, sondern in erheblichem Maße auch präventiv wirksam werden soll, aus den dargestellten Gründen völlig unzureichend.

Besonders für Frauen, die ja wesentlich häufiger als Männer (siehe Kapitel II und besonders Kapitel III) psychische Konflikte erleben, ist diese Situation katastrophal.

Diese Situation wollen wir mit unserem Projekt verändern helfen, wozu es jedoch notwendig ist, unsere Arbeit über den bisherigen Rahmen ausdehnen zu können.

Wir erfüllen durch unsere interdisziplinäre Zusammensetzung von im psychosozialen Bereich Beschäftigten ohne hierarchische Strukturierung eine wesentliche Voraussetzung für eine integrierte, die verschiedenen Persönlichkeits- und sozialen Bereiche umfassende und nicht aufsplittende Versorgung mit gemeindenaher Ausrichtung.

Da wir nicht in öffentliche Einrichtungen eingebunden sind, wird die

Angstschwelle der betroffenen Frauen, bei bestehenden Problemen schon frühzeitig Hilfe in Anspruch zu nehmen, erheblich herabgesetzt, wodurch eine effektivere Prävention gefördert wird.

Zudem können wir auf zeitraubendes bürokratisches Vorgehen verzichten und inhaltliche Auseinandersetzungen in den Vordergrund rücken.

Da der Schwerpunkt unserer Arbeit auf der Betonung des Handlungsaspektes und der Hilfe zur Selbsthilfe liegt und auch durch die zeitliche Begrenzung der Gruppe auf zunächst 40 Sitzungen, wird möglichen neuen Abhängigkeiten entgegengewirkt und Selbstständigkeit gefördert. Dies ist ein wesentlicher Teil unserer frauengerechten Vorgehensweise (siehe dazu auch Kapitel V).

Auch für den Bereich der Nachsorge leistet unser Projekt einen wichtigen Beitrag. Durch kontinuierliche Arbeit und unterstützende Gruppenzusammenhänge kann die Frau ihre krankmachende Lebenssituation so umstrukturieren, daß ein erneuter stationärer Aufenthalt vermieden werden kann, da die Frau Selbständigkeit und Eigenverantwortung für sich entwickeln konnte. Um sowohl Prävention, Problembearbeitung als auch Hilfe nach einem stationären Aufenthalt wirkungsvoller gestalten zu können, bauen wir den Kontakt zu Institutionen und Verbänden auf bzw. weiter aus: so zu Sozialpsychiatrischen Diensten der Bezirke, psychiatrischen Krankenhäusern, Frauenhaus, Feministisches-Frauen-Gesundheits-Zentrum (FFGZ), niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern, Frauenforen in den Volkshochschulen, als auch die Mitarbeit in BGSP, DGVT und anderen nicht berufsständisch orientierten Verbänden.

V. ARBEITSWEISE UND -ZIELE DER P S I F F

V a) ALLGEMEINES

Die Beratung der P S I F F wird 3 x wöchentlich seit September 1976 durchgeführt. In Anspruch genommen wurde sie bisher von ca. 3-5 Frauen pro Beratungseinheit, im ersten Jahr. Von diesen Frauen kamen rund 1/3 mehrmals zur Beratung. Wir werden von Frauen verschiedener Problemlagen Alters- und Berufsgruppen aufgesucht. Der Tendenz nach kann festgestellt werden, daß Berufsgruppen wie Hausfrauen, soziale Berufe (Krankenschwestern, Erzieherinnen), Lehrerinnen, Erzieher- und Schwesternschülerinnen einen großen Teil der Hilfesuchenden ausmachen.

Als großes soziales Problem stellt sich auch bei uns das Problem der allein-stehenden Frauen mit Kindern dar.

Bisher suchten Frauen alle Altersgruppen (16 - 60) die Beratung auf.

Durch verstärkte Öffentlichkeitsarbeit wollen wir erreichen, daß mehr und mehr auch ältere Frauen den Weg zu uns finden. Beziehungs-, Arbeits- und Durchsetzungsschwierigkeiten, Straßen-, Kontakt- und Isolationsängste und Depressionen wurden am häufigsten als Probleme benannt.

Mehr als ein Drittel der die Beratung aufsuchenden Frauen haben psychiatrische Erfahrungen, d. h.: sie haben sich mindestens 1 x einer stationären oder ambulanten psychiatrischen Behandlung unterzogen.

V b) BERATUNG

Entgegen der herkömmlichen Beratungspraxis, die meist in Form von Einzelgesprächen zwischen Berater(in) und zu Beratender erfolgt, wird in der PSIFF Beratung grundsätzlich nur als Gruppenberatung durchgeführt. Die unsere Beratung aufsuchenden Frauen und zwei Beraterinnen bilden eine „Spontan“-Gruppe. Vorteil dieser Gruppensituation ist, daß die Frauen die Erfahrung machen, mit ihren Problemen nicht isoliert zu sein. Sie erkennen häufig ihre Probleme als gemeinsame, was die Schwere und Ausweglosigkeit ihrer Problemsicht oft schon innerhalb der ersten Beratungssitzung relativiert und verändert.

Die Frauen werden von uns in der Beratung ermutigt, zu den Problemen der anderen Frauen Stellung zu beziehen. Darin sehen wir eine Möglichkeit, das Gefälle zwischen Beraterin und Klientin auszugleichen, – von der vorherrschenden Sichtweise der Frauen: „Nur der Fachmann kann mein Problem lösen“ – wegzukommen und als Alternative eine Perspektive zu entwickeln, – beispielsweise über die Arbeit in einer Problemlösungsgruppe – ihre Probleme mit Hilfe von anderen Frauen und eigenverantwortlich angehen zu können.

Die Beratung der PSIFF erfolgt – wie schon erwähnt – in Gruppen. Durch ein intensives Gespräch hat jede Frau die Möglichkeit, ihre Probleme anzugehen und Veränderungsvorstellungen mit Hilfe der Gruppe zu entwickeln. In diesem Zusammenhang sei die Methode der kurzfristigen Verträge und Zeiteinteilung erwähnt (siehe Abschnitt unten: „Plgs“), die sich auch als erfolgreich in der bisherigen Beratungsarbeit erwiesen hat.

Zudem werden in dem Beratungsgespräch Informationen zur Vorgehensweise in den Problemlösegruppen gegeben und geklärt, ob es ratsam, bzw. notwendig für die betreffenden Frauen ist, an einer festen Gruppe teilzunehmen, um dort kontinuierlich an ihren Problemen zu arbeiten. Ist es nicht notwendig oder zur Zeit auch nicht möglich, haben die Frauen die Möglichkeit, unsere Beratung auch mehrmals in Anspruch zu nehmen, was sich manchmal auch schon als ausreichend erweist.

Am Ende jeder Beratung füllt jede Frau einen Fragebogen aus, indem sie zu Fragen, die ihre Probleme und Veränderungsvorstellungen betreffen, Stellung bezieht.

Zusätzlich bietet die Beratung auch eine Möglichkeit für bestehende feste Gruppen (ohne Leiterin) – wie SE und Selbsthilfegruppen – die in ihrer Gruppe aufgetretenden Schwierigkeiten und Konflikte anzusprechen und alternative Kommunikationsmöglichkeiten zu entwickeln (z.B. Aggressionen erkennen und ausdrücken lernen, solidarische Kritik üben und annehmen lernen). Um diese Gruppen zu fördern, bestehen Überlegungen, dieses Konzept auszubauen, d.h. beispielsweise auch außerhalb der Beratungszeiten Termine anzubieten, – in der Form von Wochenendtrainings.

V c) UNSERE ARBEIT IN PROBLEMLÖSUNGSGRUPPEN FÜR FRAUEN

Wie im Teil II bis IV dargestellt, haben wir eine Betrachtungsweise der Probleme von Frauen, die die gesellschaftliche Unterdrückung der Frau als wesentlichen Faktor mit einbezieht.

Wir gehen davon aus, daß unsere eigene Betroffenheit von Unterdrückung und unsere Konsequenz daraus, in Frauengruppen dagegen anzugehen,

uns besonders befähigt, die Probleme von Frauen zu verstehen und ihnen helfen zu können. Eine Therapie, die die gesellschaftliche Situation von Frauen nicht mitreflektiert, ist unzulänglich, sogar gefährlich. Sie verstärkt Minderwertigkeitsgefühle von Frauen, indem sie ihnen suggeriert, die Ursachen ihrer Leiden ausschließlich in sich selbst zu suchen.

Für uns beinhaltet eine erfolgreiche Problemlösung drei Komponenten: Bewußtheit + Kontakt + Handeln. Was das konkret für einen Problemlösungsprozeß bedeutet, soll im Folgenden an einem Beispiel erläutert werden:

Eine Frau die in einer unserer Problemlösungsgruppen (Plg) arbeitet, erfährt durch die Auseinandersetzung mit der Gruppe, daß sie ständig danach strebt, ein negatives Bild von sich selbst aufrechtzuerhalten (z.B.: ich bin dumm, häßlich, verrückt, krank, und kann nichts ...). Wir finden heraus, welche gesellschaftlichen Faktoren ihr negatives Selbstbild begünstigen: „Um schön zu sein, muß ich dem „Brigitte“-Ideal entsprechen. Ich bin dumm und kann nichts, denn mein Mann kann alles besser. Ärzte verschreiben mir Tabletten gegen „Depressionen“ und ich habe das Gefühl, daß ich einer Krankheit ausgeliefert bin, gegen die man mir Medikamente verschreiben muß. Ich kann also nichts für mich selbst tun, um meine Lage zu verändern“. Sie findet im weiteren heraus, was sie selbst tut, um dieses Bild von sich zu unterstützen: sie weist Anerkennung, die sie von anderen erhält, oft zurück und/oder setzt etwas Negatives dagegen (eine Frau aus der Gruppe sagt ihr: ich finde dich schön. Sie antwortet: Dabei bin ich doch heute so pickelig). Oft nimmt sie auch Zuwendung und Anerkennung von anderen nicht wahr. Sie vergleicht sich ständig mit andern (alle anderen sind besser als ich).

Im Verlauf der Gruppe lernt sie, Handlungsstrategien zu entwickeln, die ein positives Selbstbild und das Gefühl der eigenen Stärke fördern: Sie fragt nach Anerkennung / Zuwendung in der Gruppe und außerhalb, verändert oder löst sich aus Beziehungen, die darauf basierten, ihre Unzulänglichkeitsgefühle zu verstärken. Sie schließt sich zusätzlich einer Frauenselbsthilfegruppe an, in der sie lernen will, ihren Körper mehr zu akzeptieren (mit Hilfe von Massagen und Atemtechniken).

Wir gehen davon aus, daß die Frauen, die in unsere Gruppen kommen, lernen wollen, Verantwortung für ihr eigenes Leben zu übernehmen. Wir gehen weiter davon aus, daß sie aufgrund früherer – bewußter oder nicht bewußter – Entscheidungen, die heute noch wirksam sind, ihre problematische Lebenssituation auch selbst mit aufrechterhalten. Frauen werden bei uns darin unterstützt, neue Entscheidungen zu treffen, die ihre jetzigen Lebensbedingungen verändern und damit die früheren Entscheidungen außer Kraft setzen. Damit versetzen sie sich selbst in die Lage, eine von der gesellschaftlichen Norm unabhängige und selbstgewählte Lebensweise anzustreben.

GRUPPENSTRUKTUR UND VERLAUF

In den Plgs kommen sechs bis acht Frauen mit einer oder zwei Leiterinnen zusammen. Eine Plg dauert gewöhnlich ein dreiviertel Jahr, das sind 30 bis 40 Sitzungen. In der Regel findet eine Sitzung pro Woche statt. Zusätzlich werden während der Dauer einer Plg ein bis zwei Intensivsitzen an den Wochenenden abgehalten. Ein Lernziel, das wir in den Gruppen fördern wollen, ist, daß Frauen lernen, sich wichtig zu nehmen. Um dieses zu unterstützen, lernen sie, Zeit für sich zu beanspruchen und die Zeiteinheit, die sie brauchen, für sich zu bestimmen.

In den ersten Sitzungen findet jede Frau mit Hilfe der Gruppe heraus, was sie für sich verändern will und schließt darüber einen Vertrag mit der Gruppe. Dieser Vertrag beinhaltet das Änderungsziel der Frau und ihren Entschluß, Lebensentscheidungen, die sie behindern, aufzuheben, z.B.: „Ich will mich nicht immer für andere verantwortlich fühlen, sondern in erster Linie für mich selbst.“ Oder: „Ich will meinen Arbeitskollegen gegenüber eine eigene Meinung vertreten“.

Sie entscheidet selbst, welche Lernschritte sie unternehmen wird, um ihr Ziel zu erreichen. Durch kleinere Einzelaufgaben oder „Hausaufgaben“ nähert sie sich ihrem Vertragsziel. Die Schwierigkeiten, die beim Ausführen der Hausaufgaben (oder auch kurzfristige Verträge genannt) auftreten können, geben wichtige Hinweise für die betreffende Problemstellung und werden genauso wichtig genommen wie Erfolgsmeldungen.

Die Gruppe gewährleistet solidarische Unterstützung in Form von Anteilnahme und Konfrontation. Am Ende jeder Sitzung erfolgt ein Gruppenfeedback, in dem die Frauen mit Kritik umgehen lernen und sich Anerkennung geben.

Nach einem gewissen Zeitabschnitt wird in den Gruppen Zwischenbilanz gezogen, um das bisher Erreichte festzuhalten und weitere Ziele zu besprechen. Aus dem gleichen Grund werden auch von den einzelnen Frauen reihum Kurzprotokolle angefertigt.

ÜBUNGEN

Ein Teil unserer Gruppenarbeit besteht darin, Übungen durchzuführen. Übungen dienen dazu, das Problem, an dem eine Frau arbeiten will, deutlicher, anschaulicher, zu erkennen und Ansatzpunkte zu entwickeln, es schon in der Gruppenarbeit umzusetzen, d.h. neue Handlungen auszu probieren. Eine Möglichkeit zur Erweiterung des Handlungsspektrums sehen wir in der Durchführung von Rollenspielen: Das eigene Verhalten wird in der Wirkung auf andere bewußter erfahren, und es werden positive Äußerungsformen für die eigenen Bedürfnisse entwickelt. Übungen sollen weiterhin die Fähigkeiten zur Eigen- und Fremdwahrnehmung erweitern, z.B.: wie werde ich von anderen gesehen, wie sehe ich die anderen und welche „Vorurteile“ spielen dabei eine Rolle?

Übungen ermöglichen zudem den Zugang zur eigenen Geschichte. Für besonders wichtig halten wir in diesem Zusammenhang die Erfahrung von geschlechtsstereotypen Verhaltensweisen (z. B.: was habe ich in meiner persönlich-sozialen Geschichte darüber gelernt, wie Mädchen und Frauen sein sollen, wie richte ich mich auch heute noch daraufhin aus, wo und wie behindern mich diese Ausrichtungen oder Orientierungen?). Jedoch haben Übungen nicht nur einen Stellenwert für die Entwicklung der einzelnen Frau, sondern wir halten es für wichtig, daß sie den Gruppenprozeß (in Richtung Vertrauen und gegenseitige Unterstützung) fördern. Diesen Prozeß können nonverbale Übungen unterstützen, die auf gegenseitigen Körperkontakt orientiert sind.

Es bleibt abschließend zu erwähnen, daß die oben beschriebenen Vorgehensweisen je nach Zusammensetzung und Erfahrung der Leiterinnen variieren. Unsere Diskussionen und der Austausch über die Gruppen führen dazu, daß wir unsere Plg-Arbeit kontinuierlich weiterentwickeln im Sinne der Erstellung eines frauengerechten Therapiekonzepts.

V d) ERFOLGSKONTROLLE UND WISSENSCHAFTLICHE BEGLEITUNTERSUCHUNGEN

Anhand eines Fragebogens, den jede Frau nach der Beratung ausfüllt, erhalten wir erste Anhaltspunkte über psychosoziale Probleme und Änderungswünsche der betreffenden Frau.

Wir entnehmen dem Fragebogen Informationen zur sozialen Lebenssituation und psychischen Problematik der Frauen, nach denen wir die einzelnen Gruppen zusammenstellen.

Von uns vorgesehen ist ein weiterer Fragebogen, der zur ersten Therapiesitzung vorgelegt wird und sowohl von den Problemlösegruppenteilnehmerinnen als auch von den Leiterinnen für jede Frau ausgefüllt wird. Dieser soll eine differenzierte Problembeschreibung, -analyse und Therapieplanung ermöglichen.

Am Ende jeder Sitzung wird von den Leiterinnen ein individueller und ein Gruppenverlaufsbogen angelegt, um den therapeutischen Prozeß kontinuierlich analysieren zu können.

Die Therapieverlaufskontrolle erfolgt in zwei Stufen:

Nach der Hälfte der Gruppensitzungen führen wir eine „Zwischenbilanz“ durch. Anhand der bisherigen Verlaufsbögen, der Gruppeneinschätzungen und aus der Sicht der betreffenden Frau werden bislang erreichte Änderungen beschrieben und festgehalten. Weiterhin ermöglicht die „Zwischenbilanz“ eine genauere, erweiterte oder veränderte Formulierung der Änderungsziele.

Am Ende der Therapiegruppe werden für jede Frau die eingangs formulierten Verträge oder Ziele überprüft (Vorgehensweise wie bei „Zwischenbilanz“);

Um die Stabilität der Änderungen überprüfen zu können, beabsichtigen wir ein bis zwei Treffen der Gruppenmitglieder nach einem viertel oder halben Jahr (follow-up).

Regelmäßig findet eine Gruppensupervision aller Leiterinnen statt. Hier werden eigene Unsicherheiten eingebracht und problematische Therapieentscheidungen diskutiert.

Jede Gruppe wird nach den oben genannten Begleituntersuchungen ausgewertet. Dabei sind uns folgende Fragen besonders wichtig:

1. Wie lassen sich Gruppenzusammensetzung und Gruppenverlauf miteinander vergleichen und hinsichtlich des Therapieerfolges auswerten?
2. Welche verschiedenen Erscheinungsformen psychischen Leidens lassen sich als frauenspezifische Problembereiche systematisieren?
3. Wie können wir darauf unsere Interventionsformen angemessen weiterentwickeln und differenzieren?

Bisher konnten wir diese Untersuchungen und Auswertungen nur ansatzweise durchführen, da uns Forschungsmittel noch nicht zur Verfügung stehen. Eine entsprechende Förderung wäre im Interesse der Klientinnen als kontinuierliche Kontrolle und Weiterentwicklung unserer Arbeit erforderlich und dringend erwünscht.

VI. FINANZIERUNG

VI. a) Bisherige Finanzierung

Der Verein trägt sich zurzeit durch folgende Einnahmen:
Die Mitglieder des Vereins (siehe Ia) zahlen einen monatlichen Mitgliederbeitrag von DM 10,- bis DM 20,- je nach Einkommen.
Die Teilnehmerinnen der Problemlösegruppen zahlen einen monatlichen Beitrag von DM 80,-. Ein Viertel dieses Betrages wird für die laufenden Kosten (siehe unten) gerechnet, der Rest an die Gruppenleiterinnen ausgezahlt.

Durchschnittliche Ausgaben pro Monat:	
Miete:	DM 438,-
Telefon:	DM 60,-
Büromaterial:	DM 30,-
Reinigung / Hygiene:	DM 20,-
Fachzeitschriften:	DM 24,-
Mitgliedsbeitrag für FZ:	DM 50,-
Raumausstattungskosten:	DM 30,-
Versicherung:	DM 18,-
Steuerberatung:	DM 70,-

insgesamt: DM 740,-

VI b) BEGRÜNDUNG FÜR DIE NOTWENDIGE ERWEITERUNG DER P S I F F

1. Zur Zeit können nur drei Beratungstermine wöchentlich durchgeführt werden. Das Telefon ist nur zu diesen Zeiten besetzt. (Während der Gruppensitzungen kann es wegen der Störung des Gruppenprozesses nicht abgenommen werden). Das hat zur Folge, daß:
 - a) die Möglichkeit einer Krisenintervention entfällt,
 - b) viele Frauen dadurch entmutigt werden, daß sie vergeblich anrufen,
 - c) für manche Frauen die angebotenen Zeiten überhaupt nicht in Frage kommen,
 - d) wir als unmittelbare Anlaufstelle und ambulante Nachfolgeeinrichtung für psychiatrische Institutionen und andere Einrichtungen, die mit uns zusammenarbeiten wollen, schwer erreichbar sind.
2. Die im Moment zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten sind völlig unzureichend in Bezug auf Anzahl, Größe und Lärmempfindlichkeit. Die beiden zur Straße liegenden Räume können nicht gleichzeitig für zwei parallel laufende Gruppen benutzt werden, da der eine Raum a) als Durchgangsraum zum anderen dient, b) aufgrund der Türverbindung nicht genügend schallisoliert werden kann, c) der Lärm von der Straße sich sehr störend auswirkt. Die Küche ist aufgrund von Größe und Schnitt ebenfalls als Gruppenraum ungeeignet.
Es kann also jeweils nur ein Raum für Gruppensitzungen (einschließlich Team- und Supervisionssitzungen) benutzt werden. Das hat zur Folge, daß wöchentlich höchstens 6 – 7 Gruppen stattfinden

können, während der aktuelle Bedarf (trotz der durch die wenigen Beratungszeiten begrenzt gehaltenen Besucherinnenanzahl) bereits etwa doppelt so hoch ist.

3. Zur Zeit entfällt auf jede Mitarbeiterin ein hoher Prozentsatz unbezahlter und zu gering bezahlter Arbeit.
Um die Versorgung, auch im Sinne einer notwendigen Ausdehnung unserer Kapazität sicherzustellen, benötigen wir folgende Stellen.

VI. c) KOSTENPLAN

STELLENBEDARF

Zahl und Zusammensetzung der Mitarbeiterinnen ergibt sich aus unserer bisherigen und zu erweiternden Arbeit. Diese umfaßt psychosoziale, pädagogische und medizinische Beratung sowie die Leitung unserer Problemlösegruppen. Hinzu kommen wissenschaftliche Auswertung, Organisation, Öffentlichkeitsarbeit und Kontakte zu anderen Einrichtungen.

- 2 Diplompsychologinnen, ganztags
- 2 Diplompsychologinnen, halbtags
- 1 Sozialarbeiterin, ganztags
- 1 Diplompädagogin, halbtags
- 1 Ärztin (mit Therapieerfahrung), halbtags
- 1 Verwaltungskraft, halbtags

Voraussetzung für die Mitarbeit ist darüber hinaus die inhaltliche Übereinstimmung mit dem vorliegenden Konzept sowie Praxiserfahrung in dem beschriebenen Bereich.

LAFUENDE KOSTEN, GESCHÄTZT	DM monatl.
Raumkosten (5-6 Räume)	ca. 2.000,-
Telefon	150,-
Fachliteratur	200,-
geringwertige Wirtschaftsgüter	200,-
Verwaltungskosten und Arbeitsmittel	300,-
Bewirtungskosten	150,-
Steuerberatung	250,-
Raumpflege	500,-
Summe	3.950,-

ERSTAUSSTATTUNG

D M

Ausstattung der Gruppenräume und des Büroraumes	15.000,-
Videogerät mit Kamera und Bändern	5.000,-
3 Kassettenrekorder 350,-	1.150,-
Elektr. Schreibmaschine	800,-
Kopiergerät	600,-
Summe	22.550,-

Wir planen, verschiedene öffentliche und freie Träger der Wohlfahrtspflege anzusprechen, um finanzielle Unterstützung zu erhalten. Dabei gehen wir davon aus, daß unser Verein weiterhin Träger unserer Einrichtung bleibt.

LITERATUR

- Bardwick, J. M., Psychology of Women, New York 1971
 Beauvoir, S. de, Das andere Geschlecht, Reinbek, 1973
 Beauvoir, S. de, Gelebte Erfahrung, in: Bönner, K.H. (Hrsg.) Die Geschlechterrolle, München 1973
 Belotti, E.G. Was geschieht mit kleinen Mädchen?, München 1975
 Brovermann, I.D. et al., Sex-role Stereotypes and Clinical Judgements of Mental Health, in: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1970, Bd. 34, S. 1-7
 Breuer, L., Frauenhandbuch, Koblenz 1974
 Chesler, Ph., Frauen— das verrückte Geschlecht?, Reinbek, 1974
 Deutscher Bundestag 7. Wahlperiode, Bericht der Sachverständigen Kommission zur Unterrichtung der Bundesregierung über die Lage der Psychiatrie in der BRD. Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung. Drucksache 7/4200
 Laing, R.D., Das geteilte Selbst, Editione continua, 1974
 Laing & A. Esterson, Wahnsinn und Familie, Köln, Kiepenheuer und Witsch, 1975
 Liungman, C.G., Sozialprodukt Geisteskrankheit. Ursachen psychischer Störungen und Methoden der Psychiatrie, Reinbek, 1974
 Richter, H.-E., Patient: Familie, Reinbek 1970
 Richter, H.-E., Konflikte und Krankheiten der Frau; in: D. Claessens und P. Milhofer (Hrsg.) Familiensoziologie, Frankfurt, 1973
 Richter, H.-E., Lernziel Solidarität, Reinbek, 1974
 Scheu, U., Wir werden nicht als Mädchen geboren — wir werden dazu gemacht, Frankfurt, 1977
 Szasz, Th.S., Die Fabrikation des Wahnsinns. Gegen Macht und Allmacht der Psychiatrie, Frankfurt, 1976
 Szasz, Th.S., Geisteskrankheit — ein moderner Mythos?, Freiburg i.Br., 1974
 Zinnecker, J., Emanzipation der Frau und Schulausbildung, Weinheim und Basel, 1972
 Wyckhoff Hoog: „Solving Women's problems“ Grove Press
 BIFF-Broschüre: „Anfänge einer feministischen Therapie“, Selbstverlag