

**FRAUEN UND SUCHT,  
PSYCHISCHE BELASTUNGEN UND KOMORBIDITÄT –  
KONSEQUENZEN FÜR DIE BERATUNGSPRAXIS**

**VORTRAG (MANUSKRIFT)**

**AUFTAKTVERANSTALTUNG**

**DER AKTIONSWOCHE ALKOHOL AM 27.05.2013**

**VERANSTALTUNGSKOORDINATION DURCH DIE  
HAMBURGISCHE LANDESSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN E.V. (HLS)**

**ELKE PEINE, DIPL. PÄDAGOGIN, DIPL. SOZIALÖKONOMIN**

**FRAUENPERSPEKTIVEN E.V.  
CHARLOTTENSTRASSE 26  
20257 HAMBURG  
TEL. 040 430 46 23  
FAX 040 432 96 021  
[WWW.FRAUENPERSPEKTIVEN.DE](http://WWW.FRAUENPERSPEKTIVEN.DE)**

<b>1 Inhaltsverzeichnis .....</b>	<b>2</b>
<b>2 Einleitung .....</b>	<b>3</b>
<b>3 Komorbidität suchbelasteter Frauen.....</b>	<b>4</b>
<b>4 Ausgewählte Grundlagen in der Arbeit .....</b>	<b>8</b>
4.1 FrauenSuchtarbeit ist Beziehungsarbeit .....	8
4.2 Schutzraum/Inklusionsraum.....	9
4.3 Konzeptionelle Konsequenzen .....	10
4.3.1 Akzeptierende und wertschätzende Haltung .....	13
4.3.2 Geschlechtersensibles Arbeiten: Gender Bias verhindern .....	14
4.3.3 Frauen- und fachspezifisches Know-How .....	15
4.4 Ausgewählte fachspezifische Kompetenzen.....	16
4.4.1 (Sexualisierte) Gewalterfahrungen .....	16
4.4.2 Depressionen und Angstzustände.....	17
4.4.3 Medikamentenabhängigkeit.....	18
4.4.4 Suizidalität .....	18
<b>5 Abschließende Bemerkungen .....</b>	<b>19</b>

## 2 Einleitung

Sehr geehrte Gäste, liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

ich freue mich über das Schwerpunktthema der diesjährigen Aktionswoche Alkohol in Hamburg und die besondere Aufmerksamkeit, die das Thema Komorbidität im Zusammenhang mit suchtblasteten Frauen erhält.

Die Basisdatendokumentationsauswertung 2011, sprich BADO, lässt erkennen, dass 83% aller in der ambulanten Suchthilfe Hamburg betreuten Frauen neben einer Suchtblastung mindestens *mittel, erheblich oder extrem* durch komorbide, in diesem Fall psychische und/oder seelische Störungen und Erkrankungen belastet sind.

Für die einzelnen Konsumgruppen sind die Zahlen teils sehr unterschiedlich. Deutlich wird, dass die Klientinnen über alle Konsummittel hinweg neben der Suchtproblematik weitere physische und psychische Belastungen aufweisen und dass sich diese entsprechend auf die Beratungspraxis, auf fachspezifische und auf die professionsspezifischen Anforderungen der Kolleginnen und Kollegen auswirken.

Die Komorbiditätsraten von Frauen liegen - in mir bekannten Studien - teils weit über denen der Männer. Dies gilt nicht für jede einzelne komorbide Erkrankung, wohl aber für die komorbide Belastung der weiblichen Klientel insgesamt.

### 3 Komorbidität suchtbelasteter Frauen

Der Begriff *Komorbidität* bezeichnet zwei oder mehrere gleichzeitig, nebeneinander oder nacheinander auftretende Erkrankungen/Diagnosen und wurde erstmals 1970 von Feinstein in die Fachdebatten eingeführt.

Auf jahrelange/n Suchtmittelmissbrauch bzw. –abhängigkeit folgen in der Regel physische und psychische Begleiterkrankungen und umgekehrt können vorausgehende psychische Störungen, somatoforme Erkrankungen und langanhaltende physische Erkrankungen zu einer Suchtentstehung beitragen.

Der Greifswalder Epidemiologe Ulrich John kommt nach einer repräsentativen Studie in Lübeck und Umgebung zu den Folgen von Alkoholkonsum zu dem Ergebnis, dass Frauen schneller mit Komorbidität reagieren und die Folgen für sie stärker sind als für Männer. Alkoholabhängige Männer haben ein um das 1,9fach erhöhtes Risiko einer höheren Sterberate; sie erreichen das sonst übliche Durchschnittsalter nicht, sterben teils 20 Jahre früher. Frauen haben sogar ein um das 4,6fach erhöhtes Risiko.

In der Suchthilfe werden mit **Komorbidität** im Allgemeinen psychische Erkrankungen und Störungen neben einer Suchterkrankung bezeichnet. Über die genauen Zusammenhänge ist wenig bekannt. Die Selbstmedikationshypothese ist weitverbreitet und geht davon aus, dass Suchtmittelkonsum als Selbstmedikation von vor der Suchtmittelabhängigkeit sich andeutenden oder bereits erkennbaren Erkrankungen zu verstehen ist. Aus Forschungen über den Zusammenhang von Schizophrenie und hohem Cannabiskonsum sind wechselseitige Voraussetzungen zu erkennen, so dass sich zunehmend eine Hypothese durchsetzt, die beide Sichtweisen aufnimmt: Suchtmittelkonsum als Bewältigung einer zugrundeliegenden Dysphorie. Dysphorie wird als „*die Störung der Affektivität mit misslauziger und gereizter Stimmung*“ bezeichnet. Die Theorie impliziert, dass Personen mit schweren psychischen Störungen (z.B. Schizophrenie etc.) nicht nur prädisponiert für dysphorische Zustände, sondern auch für den Gebrauch psychoaktiver Substanzen sind und dass Personen mit einer psychischen Störung konsumieren, um sich gut zu fühlen oder um die Neigung zu negativen Gefühlen zu unterdrücken.

Doch letzten Endes bleibt unklar, ob nicht die Dysphorie selbst als ein Risikofaktor für die Entstehung einer Suchterkrankung bei schizophrenen Menschen betrachtet werden kann.

Bevor ich zu den komorbiden Belastungen komme, die der **Basisdatendokumentation (BADO) 2011 entnommen sind, möchte ich einige Daten nennen, damit klar wird, über welche Gruppe von Klientinnen ich spreche:**

- Von insgesamt 4766 unterschiedlichen weiblichen Personen (Männer (M): 10771) und 5714 Betreuungen von Frauen (im Sinne von Fällen), wurden Daten ausgewertet, (die Eltern(-teile) von geschätzt ca. 6.000 Kindern sind), (einen Migrationshintergrund weisen 17,4% der Frauen (M: 28%) auf).
- Von allen betreuten Frauen geben 34% (M: 29%) an, dass sie minderjährige Kinder haben (27% im eigenen Haushalt).
- Die meisten Klientinnen - nämlich 68% - geben Alkohol (M: 68%) als ihre Hauptdroge an.
- Alkoholkonsumierende betreute Frauen (i. S. von Betreuungsfällen=1780) sind zum Zeitpunkt des Beratungsbeginnes durchschnittlich 46 Jahre alt (M: 45 Jahre).

**Die komorbiden Belastungen**, die in der BADO dokumentierte sind, basieren nicht auf einem standardisierten Diagnose- oder Anamneseverfahren; sie sind also im strengeren Sinne nicht diagnostiziert. Dennoch können sie als Indikatoren für komorbide Entwicklungen gewertet werden, die auf ein erhöhtes oder hohes Risiko/eine Lebenszeitprävalenz für bestimmte Erkrankungen hinweisen.

**Suizidversuche:** 28 % der alkoholkonsumierenden betreuten Frauen haben ein bis fünf Suizidversuche hinter sich, 2,5% mehr als 5.

Von **Suchtproblemen des Vaters** berichten 48% (M: 46%), von **Suchtproblemen der Mutter** berichten 28% (M: 18%) der alkoholkonsumierenden, betreuten Frauen.

**Gewalterfahrungen:** 57% der weiblichen Betreuten (M: 50%) haben körperliche Gewalt erlebt und 39% (M: 6%) von ihnen erlebten sexuelle Gewalterfahrungen (*Qualitative Unterschiede in der Gewalterfahrung von Frauen und Männern werden in diesen quantitativ dargestellten Daten nicht erfasst. Sie sind in dem Sinne zu erwarten, dass Frauen häufiger und dauerhafter und sexualisierter Gewalt ausgesetzt sind (bmfsfj-Genderreport/2001-S. 649).*

*„Gut belegt ist mittlerweile der Zusammenhang zwischen Gewalterfahrungen in der Kindheit oder im Erwachsenenalter und Sucht. 10% der Mädchen/Frauen entwickeln eine PTSD aber nur 5% der Jungen/Männer.... Mädchen/Frauen sind sehr häufig mit sexueller Gewalt in der Kindheit, Jugend oder im Erwachsenenleben konfrontiert. Diejenigen Mädchen/Frauen die aufgrund dieser Erfahrungen eine PTSD entwickeln, haben ein erhöhtes Risiko wiederholt Opfer von Gewalt zu werden.*

*Es wundert daher nicht, dass diese Mädchen und Frauen zusätzlich zur PTSD Depressionen entwickeln oder eine Dissoziative Störung bzw. eine Cluster Persönlichkeitsstörung. Dazu kommt ein erhöhtes Risiko, psychoaktive Substanzen zu missbrauchen. In klinischen Stichproben mit Frauen, die wegen Suchtproblemen behandelt werden, liegt der Anteil derjenigen, die angeben, sexuelle oder körperliche Gewalt erfahren zu haben, bei 80%. ...“) Prof. Dr. Irmgard Vogt / Institut für Suchtforschung Frankfurt, Probleme mit und Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen, psychotherapeutische Behandlungen und spezifische Behandlungsansätze für Mädchen und Frauen, Suchttherapie, Nov. 2010, 175 ff*

Vom Erleben von einem oder mehreren **weitere/n schwer belastenden Ereignissen** berichten 78% (M: 57%).

Unter **Gesundheitlichen-körperlichen Beeinträchtigung im Ausmaß** *mittel, erheblich und extrem* berichten 53% der Frauen (M: 51%).

Und von **psychischen/seelischen Belastungen berichten** 83% (M: 70%) der betreuten Alkohol konsumierenden Frauen, sie geben an *mittel, erheblich oder extrem* darunter zu leiden (42% mittel, 34% erheblich, 7% extrem).

**Depressive Stimmungen sind weitverbreitet:** Nur 8% aller Alkohol konsumierenden Frauen geben an davon nicht betroffen zu sein. 92% (M: 85%) der weiblichen Betreuten sind davon betroffen und 64% (M: 52%) im Ausmaß von *mittel, erheblich* und *extrem*.

**Unter Ängste/Phobien** leiden 53% *mittel, erheblich* und *extrem* (M: 43%).

Die beiden letztgenannten Symptomatiken werden in der Fachliteratur häufig in einem kausalen Zusammenhang mit frühen und lang anhaltenden Traumatisierungen genannt.

**Psychopharmaka:** Entsprechend der hohen psychischen Belastungen insgesamt geben 45% der alkoholkonsumierenden Klientinnen an ein oder mehrere **Psychopharmaka** zu konsumieren: 39% nehmen ein Antidepressiva, 4,5% Neuroleptika und 4,3 Sedativa ein.

Von **Schlafstörungen** berichten 58% der Frauen (M 50 %).

Die BADO erfasst nicht alle möglichen komorbiden Belastungen, weitestgehend unberücksichtigt sind vermutlich:

Dauerhafte chronische Schmerzen, Krebserkrankungen und andere schwere Erkrankungen; starke Wechseljahresbeschwerden – diese und andere komorbide Belastungen und Erkrankungen könnten sich hinter den gesundheitlich-körperlichen Beeinträchtigungen (53% mittel-extrem) verbergen.

Als komorbide Belastungen sind aus meiner Sicht auch diejenigen zu nennen, die sich aus dem ganz normalen Alltagsleben von Frauen ergeben und die zu komorbiden Erkan-

kungsrisiken zu zählen sind, wenn keine adäquaten objektiven und subjektiven Lösungs- und Bewältigungsressourcen vorhanden sind.

Die überwiegend allein verantwortliche Versorgung von Kindern (bei 27% der Klientinnen leben minderjährige Kinder im Haushalt); die teils vollkommen vereinnahmende und langandauernde Pflege von Angehörigen (PartnerInnen/Eltern/Schwiegereltern/Geschwistern). Oder auch die Strukturierung, Organisation und Verdichtung der Arbeitswelt, die sich an überkommenen Modellen des Ein-Mann-Familien-Ernährers orientiert und sich an männlichen Vorstellungen, Normen und Lebensweisen orientiert und in der Leben und Arbeiten in einem dauerhaften Stand-by-Modus geleistet wird, kann zu physischer und psychischer Überforderung führen. Frauen sind teils doppelt oder dreifach belastet, wenn sie neben der Erwerbsarbeit den Haushalt, die Kinderversorgung und die Pflege von Angehörigen bewältigen sollen und wollen. Dazu kommt die Unvereinbarkeit der im öffentlichen Raum existierenden Werte, die sich zurzeit mit einem ökonomisch formulierten Paradigma verbinden: Unternehmertum, Selbstständigkeit und totale Identifikation mit dem Unternehmen, ständiges Zur-Verfügung-Stehen, ständige Durchsetzungs- und Konkurrenzbereitschaft etc. stehen im Widerspruch zu den Werten, die in dem immer noch Frauen zugeordneten Privatbereich handlungsleitend sind: wie Wohlergehen aller, Fürsorge, Mitgefühl, Gerech-und-miteinander-Teilen und viele andere mehr.

Die aus beiden Bereichen abgeleiteten Anforderungen sind widersprüchlich und müssen von Frauen in der Regel allein vereinbart und verarbeitet werden. Sie werden als Stressoren erlebt und führen zu Gefühlen von Ausgebranntsein, Erschöpfung, Überforderung und bei dauerhafter Erfahrung zu Gefühllosigkeit und Sinnentleerung etc.

Alkohol kann hier zunächst als Linderungsmittel wahrgenommen werden und als langanhaltender massiver Alkoholkonsum in der Folge weitere komorbide Erkrankungen nach sich ziehen.

## 4 Ausgewählte Grundlagen in der Arbeit

Suchtspezifische und komorbide Erkrankungen sind oft nicht voneinander trennbar, sondern ergeben ein jeweils neues komplexes Krankheitsbild mit vielen Symptomen. Es kommt dabei zu gegenseitigen Verstärkungen und Wechselwirkungen.

Diese *interaktive Komorbidität* kann zu beschleunigter Chronifizierung, zu erhöhtem Abbau der körperlichen und geistigen Fähigkeiten und zu extremem sozialem Rückzug bis hin zu sozialer (Selbst-)Isolation führen mit weiteren Folgen für die Gesundheit der Klientinnen.

Daraus ergeben sich drei wesentliche Grundlagen in der Arbeit mit süchtigen komorbiden Frauen, auf die ich nun zu sprechen komme.

### 4.1 *FrauenSuchtarbeit ist Beziehungsarbeit*

Gerade in der Beratung und Behandlung von komorbiden Klientinnen ist der Aufbau einer tragfähigen und belastbaren professionellen Beziehung von allergrößter Bedeutung und eine Herausforderung erster Güte.

Hierbei ist ein sozialisationsbedingter Aspekt besonders hervorzuheben. Frauen sind in der Regel beziehungsorientiert sozialisiert, d. h. dass sie - verdeutlichend und daher klischeehaft formuliert - in einer Kommunikationssituation neben dem Thema auch versuchen die Beziehung zum Gesprächspartner/der Gesprächspartnerin zu gestalten, auszuloten und zu kontrollieren. Insofern ist der Kontakt zur Beraterin/zum Berater ebenfalls beziehungsorientiert und es kann eher als bei Männern zu einer Wahrnehmung von Ablehnung, Konkurrenz oder zu Scham kommen, die eine professionelle Beziehung erschweren. Die richtige Balance zwischen Nähe und Distanz bzw. eine selektive Offenheit in der professionellen Beziehung zu entwickeln ist eine Herausforderung und gleichzeitig eine Voraussetzung für eine vertrauensvolle, tragfähige professionelle Beziehung.

Neben dieser geschlechtsspezifischen Komponente erschweren die Erfahrungen von erheblich belastenden Lebensereignissen bzw. Traumata die Herstellung und Aufrechterhaltung einer vertrauensvollen und tragfähigen Beziehung, da sie sich als Beziehungsstörung bzw. Bindungsstörung auswirken.

Leider erleben einige Klientinnen auch in professionellen Zusammenhängen der Suchthilfe übergriffige und anbiedernde Beziehungsangebote und Verhaltensweisen, die sie in der



Regel nur schwer erkennen, zu verhindern wissen und die sie in krankheitsverstärkende Abhängigkeiten drängen.

Ein gut funktionierendes Team, das zu konstruktiver und kritischer, fallbezogener Selbstreflexion fähig ist, verhindert solch falsch verstandene Beziehungsangebote.

#### **4.2 Schutzraum/Inklusionsraum**

Wenn wir von Schutzräumen für Frauen sprechen, wird dies oft als Abgrenzung zu Männern wahrgenommen. Es geht nicht um Ausgrenzung, sondern im Gegenteil um die Überwindung einer Ausgrenzung von weiblichen Themen und Verarbeitungsweisen, die ansonsten tabuisiert, sanktioniert oder verhindert werden. In diesem Sinne kann – zugegebenermaßen etwas provozierend - von einem **Inklusionsraum** gesprochen werden.

Als solche Räume sind zu verstehen: materielle, ideelle und personell weiblich strukturierte Räume, in denen sich Frauen ungestört bewegen können, ihre spezifischen Gefühle ausleben, Erlebnisse, Erfahrungen aber auch Ängste, Sorgen, Hoffnungen und Wünsche aussprechen und bearbeiten können. Es geht dabei auch darum den verinnerlichten männlichen Blick auf sich selbst zu entlarven und sich so ohne Angst mit bisher „verborgenen Themen“ zu beschäftigen.

Wichtig ist dabei, dass sich diese Themen nicht nur im Spektrum von Sexualität, Körper und Gewalterfahrungen entwickeln. In allen Lebensbereichen von Frauen kommen Erfahrungen und Themen vor, die mit Schuld, Scham und Versagensängsten und weiblichen Selbstbildern verknüpft sind. Es gibt wenige Räume, in denen sie ohne Befürchtungen vor (imaginiertes oder konkreter) männlicher Entwertung angeschaut und bearbeitet werden können. Schon ein einzelner Mann (ob Klient oder Berater/Therapeut), kann durch seine bloße Anwesenheit das Gruppengeschehen enorm behindern, selbst dann, wenn er selbst keinerlei Dominanzansprüche formuliert. *(Dies gilt andersherum genauso, wobei es hier nicht um konkrete oder imaginierte Macht- oder Dominanzansprüche der Frauen, sondern um Konkurrenzverhalten der Männer geht.)* Je intensiver die Themen mit der eigenen Geschlechtlichkeit verbunden sind, desto wichtiger sind sogenannte Schutz- bzw. Inklusionsräume.

Die Besonderheit eines solchen Inklusionsraumes liegt unter anderem auch darin, dass *in ihm „harte Arbeit“* sowohl von den Klientinnen als auch von den Mitarbeiterinnen geleistet wird. So öffnen sich Klientinnen mit schwersten Traumata nach Beratungs- und Behandlungsphasen in gemischten Zusammenhängen, um hier (quasi nachträglich) die Verlet-

zungen und psychischen Wirkungen ihrer teils lang anhaltenden Demütigungs- und (sexualisierten) Gewalterfahrungen anzusprechen.

Wieder oder immer noch berichten Frauen, dass sie in den von allen zugänglichen Räumen der stationären Einrichtungen von Männern belästigt, angefasst und sprachlich gedemütigt werden und kaum bis keine Möglichkeiten bestehen dies „geschützt“ anzuspre-

chen. *Prof. Dr. Irmgard Voigt kommt in einer Studie zu dem Ergebnis, dass weibliche Klientinnen in hohem Maße von frauenspezifischen Kompetenzen und Konzepten profitieren. „Wie hier gezeigt worden ist, sind frauenspezifische Einrichtungen sehr erfolgreich.“ (Vogt 2005: 13) und Christel Zenker bestätigt dies mit ihrer Studie „Ursachen der Sucht bei Frauen“, Symposium >>Frauen und Sucht<< der Landesärztekammer Baden-Württemberg 17.11.2004: Frauen profitieren von geschlechterhomogenen Gruppen. Sie selbst nehmen dies auch wahr und berichten, dass der Frauenzusammenhang ihnen im Laufe des Beratungs- Behandlungsprozesses immer wichtiger geworden ist. Insbesondere die Tatsache, dass Beraterin und Therapeutin weiblich sind, lässt ihr Vertrauen bei der Benennung unangenehmer, Scham besetzter Themen wachsen.*

### **4.3 Konzeptionelle Konsequenzen**

Es gilt der Grundsatz: Eine **Abklärung der komorbiden Erkrankungen** ist so bald wie möglich einzuleiten. Die Grenzen und die Kompetenzen der eigenen Profession sind im Einzelfall abzuklären und immer wieder zu überprüfen.

#### **Konzeptionelle Auswirkungen:**

##### **1. Ziele:**

Stabilisierung in der Alltagsbewältigung

Abklärung von weiterführenden Maßnahmen

Reduktion des Suchtmittels soweit möglich

##### **2. Methoden:**

Grundsätzlich bedeutet Beratungsarbeit in der Suchthilfe die Arbeit an der Motivation und die Arbeit an einer Psychoedukation zum besseren Verständnis der eigenen psychischen Verfassung und bestimmter Symptome. Im Zusammenhang mit komorbiden Klientinnen hat die Motivationsarbeit einen sehr hohen Stellenwert, denn die kontinuierliche Motivation zum Leben und zur Genesung muss gerade in der Arbeit mit psychisch komorbiden Frauen immer wieder neu hergestellt werden.

Methodisch sind in der Beratung und in der Behandlung keine aufdeckenden Methoden/Techniken zu verwenden, da diese aufgrund der erhöhten psychischen Verletzlichkeit/Vulnerabilität zu psychischer Instabilität führen.

Es sind Methoden zu wählen, die bestärkend, einem kognitiv-verhaltensorientierten Instrumentarium entnommen sind und die zur Verbesserung der Selbstwahrnehmung und zu einem verbesserten Gefühl zu sich selbst führen.

**Hilfepläne sind entsprechend langfristig und mit der Klientin zusammen zu entwickeln:**

so, dass sie die **Kontrolle behalten kann und Ohnmachts- und Überrumpelungsgefühle** verhindert werden,

so, dass sie der **Komplexität der Erkrankungen** und der **reduzierten Belastbarkeit** gerecht werden,

so, dass sie **an Stärken, Ressourcen der Klientinnen ansetzen** und/oder zur **Erarbeitung von neuen Ressourcen** beitragen.

Auch **kleine Erfolge sind besonders wertzuschätzen**, da mangelndes Selbstwertgefühl, insbesondere bei Frauen mit langanhaltenden Demütigungserfahrungen, zu Versagens- und Überforderungsgefühlen auch im Hinblick auf die eigenen Kräfte oder Ressourcen zur Genesung führen.

**Geschlechtersensible Aufarbeitung alltagsrelevanter Themen:**

Auf der Grundlage frauenspezifischer Sozialisationserkenntnisse ist besondere Aufmerksamkeit auf die Themen zu legen, die mit Moral verknüpft sind, die mit Begriffen wie *selbstverständlich*, *normal* oder *natürlich* „gedecktelt“ und teils tabuisiert sind.

Große Bedeutung für den Entwicklungsprozess hat die Benennung von eigenen Wünschen, Interessen und Hoffnungen, die aufgrund altruistischer Beziehungserfahrungen und –muster insbesondere suchtmittelkonsumierenden Frauen schwer fallen.

Besonderes Augenmerk sollte auch auf das Training sozialer Kompetenzen im Sinne einer Verbesserung der Selbstwahrnehmung, Verbesserung des Selbstwirksamkeitswahrnehmung und damit des Selbstbewusstseins auch in Bezug auf die Selbstbehauptung (Kritikäußerungsfähigkeit, Kritikverträglichkeit, Konfliktfähigkeit, Nein-Sagen lernen, Grenzen

setzen in Beziehungen, eigene Stärken und Fähigkeiten erkennen, Gut-für-sich-sorgen etc.) gelegt werden.

Die Vermittlung in Rückfallpräventions- und Selbsthilfegruppen ist je nach Schweregrad der Erkrankung eingeschränkt möglich, da manche Klientinnen eine Gruppensituation nicht konstruktiv er/leben können.

Daher sind oft individuelle Rückfallpräventions- und Rückfallbewältigungsstrategien zu entwickeln, die die vorliegenden komorbiden Symptome und Belastungseffekte aufnehmen (z. B. psychotische Schübe).

Alltagstaugliche Entlastungsangebote vermitteln, ein Kennenlernen ermöglichen, wie Entspannungsübungen (Akupunktur, Sport und Bewegungsgruppen, Yoga, Chi Gong etc. Angebote der Krankenkassen, Volkshochschulen und von Vereinen).

Andere Hilfesysteme bekanntmachen, den Zugang erleichtern und unterstützen (Mutter-Kind-Einrichtungen, Elternschulen, Erholungsmaßnahmen, Beratungsstellen, Alten- und Pflegehilfe, Ambulanzen und Selbsthilfegruppen, niedergelassene Psychotherapeutinnen und ÄrztInnen etc.). Dies ist im Alltag oft schwer zu bewerkstelligen, insbesondere dann, wenn die Klientinnen persönliche Begleitung benötigen oder Schnittstellen-Unverträglichkeiten existieren, die von den Klientinnen allein kaum überwunden werden können.

### **Fazit:**

Standardisierte und zudem geschlechtsneutral formulierte, indikationsorientierte, personenunabhängige Behandlungsprogramme sind bei der hohen möglichen verschiedenen Ausgestaltung der komorbiden Erkrankungsbilder der Frauen als Beratungs- und Behandlungskonzept wenig tauglich, sie können zu Fehlbehandlungen und dauerhaftem Kontaktabbruch und/oder zu vermeintlichen Kosteneinsparungen führen, die sich letztendlich zu Lasten der Klientinnen, ihrer Angehörigen und der Allgemeinheit auswirken.

Ihr Einsatz kann allenfalls als zusätzliches Angebot in der ambulanten Suchthilfe stabilisierend wirken.

Allen psychischen Erkrankungen und psychischen Belastungen liegen gemachte Erfahrungen, erlernte Denk-, Fühl- und Handlungsmuster zugrunde, die geschlechtsspezifisch gefärbt sind. Entscheidend für den Erfolg einer Beratung oder Behandlung einer alkohol-

konsumierenden und psychisch erkrankten Klientin ist die Begleitung auf ihrem individuellen Weg als Frau und die Bereitstellung von geeigneten und ausreichenden Maßnahmen und Angeboten.

Ich komme nun auf einige Grundsätze in der Arbeit mit Frauen zu sprechen, die gerade für die Beratungstätigkeit im Zusammenhang komorbider Belastungen und Erkrankungen sehr wichtig sind.

#### **4.3.1 Akzeptierende und wertschätzende Haltung**

Eine solche Haltung ist die Voraussetzung, sie verringert das Risiko einer „Verdoppelung bereits gemachter Erfahrungen“, die krankheitsbestärkend wirken.

Eine solche Haltung basiert auf einem Menschenbild, das anerkennt, dass Frauen Subjekte sind, die durch ihr eigenes Dazutun ihre Situation beeinflussen. Dies beinhaltet aber auch ihnen zuzugestehen, dass sie zu Objekten von (männlichen) Dominanz- und Machtansprüchen und darüber zu Opfern wurden.

**Frauen wertschätzen/Geschlechterperspektive und –sensibilität** (Parteilichkeit/Einnahme der weiblichen Perspektive, d.h. sie als weibliches Wesen, als Frau wahrnehmen, ihre Erfahrungen enttabuisieren und entmoralisieren. So können z.B. Mütter nur dann wahrhaftig von ihren Gefühlen und Belastungen als Mütter sprechen, wenn ihnen auch Gefühle wie Wut, Gereiztheit im Umgang mit ihren Kindern etc. zugestanden und sie nicht mit einem Idealbild der „Immer-glücklichen-Mutter“ konfrontiert werden. Und so können sie nur dann wahrhaftig mit sich sein, wenn ihnen z.B. ihre als übergriffige/sexistische Handlungen wahrgenommenen Erfahrungen geglaubt und nicht negiert oder tabuisiert werden.

Immer geht es auch darum, ihr mit professioneller Neugierde und Interesse zu zuhören, sie verstehen zu wollen und sie nicht mit vermeintlichem Wissen oder schlimmer noch mit eigenen unreflektierten geschlechtsbezogenen Zuschreibungen zu konfrontieren.

Fachliche Kompetenz ist dementsprechend eine Voraussetzung, um Frauen eine angemessene Versorgung zukommen zu lassen, die Gender Bias (darauf komme ich später zurück) verhindert und Fehl-, Über- und Unterversorgung vermeidet.

Fachliche Kompetenz gewährleistet weiterhin, dass es zu einer Wiederholung von Ohnmachtsgefühlen und Erfahrungen von Fremdbestimmung und Gefühle von Ausgeliefert-

sein kommt. Einerseits in dem der Beratungsprozess selbst frei ist von der Gefahr solche Gefühle zu produzieren (s.u.).

Andererseits ist es wichtig, die Klientin aus der oft eingenommen Opferhaltung zu befreien und eine Sicht auf sich selbst zu entwickeln, mit der sie eigene Handlungsmöglichkeiten erkennen und entwickeln können.

Ein wesentlicher Aspekt in der Arbeit ist eine Transparenz und Augenhöhe in allem, was im Zusammenhang mit der jeweiligen Klientin unternommen wird. Dazu gehört die Erklärung der eigenen Rolle, der Verschwiegenheit (außer im Zusammenhang mit Kindeswohlgefährdung) und der Anonymität.

In problematischen Situationen, die es diesbezüglich gibt, kann nach dem Motto: *Nicht alles, was wahr ist, muss gesagt werden, aber alles was gesagt wird, muss wahr sein* gehandelt werden, wenn das Interesse der Klientin gewahrt bleibt.

Mit Wahrhaftigkeit und Authentizität, gepaart mit Sensibilität ist das Krankheitsbild „Sucht“ nachvollziehbar und verstehbar zu erklären und es sind die Möglichkeiten und Grenzen des eigenen Tuns zu vermitteln.

### **Beziehungsangebot und professionelle Rolle definieren:**

Deutlich machen, wofür es der Beraterin geht, was sie leisten kann und wie sie arbeitet. (Transparenz, Beraterin in der Rolle der „Hüterin der Grenzen“, die darauf hinweist, dass es insbesondere im Erstgespräch keinesfalls um Aufdeckendes und um ihre ganze Lebensgeschichte mit allen krisenhaften und schwerwiegenden Erlebnissen geht.)

Deutlich machen, welche von außen gesetzten Rahmenbedingungen (etwa durch Kostenträger der Maßnahme oder interne Organisationsabläufe) Möglichkeiten begrenzen.

### **4.3.2 Geschlechtersensibles Arbeiten: Gender Bias verhindern**

Studien und Forschungen weisen nach, dass in der klassischen Medizin, in Haus- und Facharztpraxen und Kliniken **geschlechtsspezifisch beeinflusste Diagnosen und Therapien** festgesetzt werden, die eine optimale Versorgung der Patientinnen verhindern.

Es sind die Geschlechter- Verzerrungen/Vorurteile, die in der Fachsprache als Gender Bias gefasst werden und teils fatale Folgen haben.

Beispiele aus der Medizin:

1. Herzinfarkt: unterschiedliche Symptome bei Männern und Frauen. Die der Frauen sind vielen Ärzten und Ärztinnen unbekannt, es kommt zu falschen Diagnosen und in der Folge zu einer höheren Sterblichkeitsrate bei Frauen.
2. Dies ist auch bei Bypass-Operationen nachgewiesen: Frauen haben aufgrund falscher Behandlungen eine deutlich höhere Sterblichkeitsrate als Männer im selben Alter (*Studien an der Charité und USA: Bei Frauen werden die die Leitlinien weniger eingehalten, als bei Männern*).
3. Dies gilt auch für die Zuweisung zur Organtransplantation. Frauen werden viel später und damit viel kränker vorgestellt, was ihre Chancen erheblich verringert. (*Prof. Dr. med. Vera Regitz-Zagrosek (2012): Frauengesundheit – Erkenntnisse und Impulse für ein geschlechtergerechtes Gesundheitswesen in: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, Frauen.Gesundheit.NRW, Dokumentation der Fachtagung für eine frauengerechte Gesundheitsversorgung vom 16. März 2012 in Düsseldorf, S. 11 ff*)
4. Ein Beispiel aus der Forschung: Medikamentenstudien basieren in der Regel auf einer Jung-Mann- Probandengruppe. Die wenigen Frauen, die an solchen Studien teilnehmen, werden nicht als spezielle Gruppe ausgewertet. Wäre dies erfolgt, so wäre das Medikament Digitalis (Herzschwäche) nicht so breit angewandt, da es für Frauen eine höhere Sterblichkeit bewirkt und von Frauen anders eingenommen werden muss.
5. Bei gleicher Symptomatik wird Männern eher ein Pflegebedarf zuerkannt als Frauen bei gleichen Problemen in der Selbstversorgung im Alltag. (*Dokumentation Fachtagung Frauen.Gesundheit.NRW (2012) S. 5*)

Es **ließen sich noch unzählige Beispiele** aufzeigen, die alle eines deutlich machen: Unser professioneller Blick auf Menschen vor uns ist immer geschlechtsspezifisch gefärbt – und auch unser professionelles Tun wird von unreflektierten Zuschreibungen an Männer, an Frauen beeinflusst.

Mit diesem Gender Bias Exkurs wollte ich deutlich machen, welche fatalen Folgen unreflektierte Sichtweisen auf Gesundheitszustände, Gesundheitseinschätzungen, -verhalten, -beratung und -behandlungen haben können.

### **4.3.3 Frauen- und fachspezifisches Know-How**

Frauen und Männer haben unterschiedliche Versorgungsbedarfe (z.B. in Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation, Pflege). Die Rahmenbedingungen (Lebenslagen) für eine gesunde Entwicklung variieren geschlechtsspezifisch und sind im biographischen Verlauf (Lebenslaufperspektive), in der Gestaltung des Versorgungssystems und in den Konzepten der Beratungsarbeit zu berücksichtigen.

Themenzentrierte Fort- und Weiterbildungen sind in der Regel geschlechtsneutral formuliert. Frauen und weibliche Erfahrungen kommen sprachlich und auch sonst kaum vor. Eine offene reflektierte geschlechtsspezifische Perspektive/Sichtweise kann so nicht eingenommen werden, geschlechtsspezifisches Wissen bleibt unberücksichtigt.

Wenn ich von *Frauen* spreche, dann bezeichne ich damit eine Gruppe von Frauen, die teils sehr verschiedene Lebensbedingungen haben und teils sehr verschiedene Lebenswege gehen, so z.B. :

- Frauen mit 70 Jahren, die noch nie in ihrem Leben ein NEIN ausgesprochen haben, sondern ihre Verweigerung über Alkoholkonsum und –abhängigkeit leben,
- Frauen, die erfolgreich im Berufsleben sind und entsprechende Lifestyle-Symbole (Alkohol spielt eine zentrale Rolle) und Lebensweisen (Allzeitbereitschaft/Totale Identifikation mit dem Unternehmen etc.) gelebt haben und mit 50 Jahren feststellen, dass sie ihren Alkohol- und Tablettenkonsum nicht mehr unter Kontrolle haben, dass das „versprochene Erfolgs-Glück“ ausbleibt und viele Bedürfnisse, Interessen und Wünsche, die sie als Frau haben, trotz objektiven Erfolges, ungelebt sind,
- Frauen, die sich nach einer Scheidung ausgetrickst und ausgenommen fühlen, die nahezu mittellos sind und sich „sozial abgerutscht“ und isoliert fühlen,
- Frauen, deren Lebensentscheidungen von Familienmitgliedern getroffen werden, die strengen Regeln und dauerhafter sozialer/brüder- und väterlicher Kontrolle ausgeliefert sind,
- Frauen, die jahrzehntelang Beruhigungstabletten schlucken, bis ihr Hausarzt in Rente geht und ihnen mitteilt, dass sie nun damit aufhören müssten,
- Frauen, die täglich eine Flasche Wodka trinken und allerlei Tricks erfinden, dies zu verheimlichen,
- Frauen, die in mehreren Einrichtungen waren und ihren massiven und dauerhaften Missbrauch bisher nicht thematisiert haben,
- Schwer belastete Frauen, die aufgrund biographischer Erfahrungen sehr verletzt wurden und sehr verletzt sind, die in ihrem Leben wenig Sinn sehen und die dauerhaft von Suizidgedanken belastet sind, bei denen es über lange Zeiträume hinweg darum geht, dass sie sich stabilisieren.

Die Liste ließe sich lange fortsetzen. Bei aller Verschiedenheit und aller Gemeinsamkeit ist es notwendig, in Bezug auf die Vielschichtigkeit der komorbiden Erkrankungen spezifische Kenntnisse und Kompetenzen in den Beratungsstellen vorzuhalten.

#### **4.4 Ausgewählte fachspezifische Kompetenzen**

Im Folgenden hebe ich einige ausgewählte komorbide Erkrankungen hervor, die spezifisches Wissen nötig machen, das sich auf frauenspezifische Lebensweisen, Denk-, Fühl- und Verhaltensweisen bezieht.

##### **4.4.1 (Sexualisierte) Gewalterfahrungen**

Insbesondere im Zusammenhang mit sexualisierten Gewalterfahrungen und sich daraus entwickelten posttraumatischen Belastungsstörungen gilt es eine Retraumatisierung zu vermeiden. So kann die direkt und unvermittelte Frage nach stark belastenden Erlebnissen dazu führen, dass in der Beratungssituation spontan berichtet wird und es dadurch zu einer Retraumatisierung kommt.

Dabei geht es bei der Verarbeitung von sexualisierter Gewalt darum den Klientinnen grundsätzlich Entlastung anzubieten, Mit-Schuldvorwürfe als Entlastungsstrategie des Tä-



ters zu entlarven und Bezüge zur gesellschaftlichen Situation von Frauen herzustellen. Denn so ist es möglich, die Opfererlebnisse und deren Verarbeitung als selbst verschuldetes Problemverhalten, für das sie sich schämen müssten, zu überwinden.

Einzelfallabhängig geht es darum Techniken zur Verhinderung von emotionaler Überflutung im Umgang mit Trigger-Erlebnissen zu erlernen; es geht darum entsprechende Auslöser/Trigger für emotionale Überflutungen (dies können bestimmte Menschen, Gegenstände oder Gefühlslagen sein) zu erkennen und Distanzierungstechniken zu erarbeiten, sie im Alltag auszuprobieren und auszuwerten.

Es geht auch darum, dass die Klientinnen ihre Stressoren erkennen und die Stressverarbeitung verbessern (z.B. Schulungen der körperlichen und sinnlichen Selbstwahrnehmung bzw. Übungen zur Achtsamkeit u.a.) und die Kontrolle über ihre Gefühle und ihr Verhalten zu erhalten.

Die bloße Anwendung von (z. B. Imaginations-)Techniken kann ohne tieferegehende Kompetenzen ebenfalls zur Retraumatisierung führen und ist unbedingt zu vermeiden.

#### **4.4.2 Depressionen und Angstzustände**

Es gibt im Lebenszyklus einer Frau Risikozeiten für die Entwicklung einer Depression, die andere sind als bei Männern.

Dies gilt insbesondere für prä- und perimenstruelle psychische Störungen, auch im Zusammenhang mit unerfülltem Kinderwunsch, Depressionen und Angsterkrankungen in der Schwangerschaft, Wochenbeterkrankungen, psychoonkologische Fragestellungen: Wie lässt sich z.B. weibliche Attraktivität, die wesentlich über den Körper hergestellt wird, mit der Verletzung oder Entfernung einer Brust bei Brustkrebs und wie lässt sich Haarausfall mit Weiblichkeit verbinden.

Risikozeiten für psychische Erkrankungen entstehen bei Männern (um die 20 herum) viel früher und weniger im höheren Alter als bei Frauen: Die „Spitzenwerte“ liegen bei Frauen 1. um die 30 Jahre und 2. um die 47 Jahre.

Die Spitzenwerte bei Frauen liegen demnach in den Zeiten, in denen bedeutsame Entwicklungen stattfinden: sozial, familiär, teils hormonell und auch innerhalb der Erwerbsarbeit sind dies entscheidende „Wendepunkte“ (Einstiegs- und Ausstiegspunkte) im Leben vieler Frauen.

#### **4.4.3 Medikamentenabhängigkeit**

Auch hier sind spezifisch weibliche Einstiege in den Medikamentenmissbrauch oft in der Phase um die 40/45 – mit Schmerzen, mit Operationen, mit erheblichen Wechseljahresbeschwerden und sozial mit einer Wendezeit verbunden. Die nicht bewältigten phasenspezifischen sozialen, körperlichen, identitätsspezifischen und vielen anderen Veränderungen können den Medikamentenmissbrauch fördern.

#### **4.4.4 Suizidalität**

Auch bei der Suizidalität gibt es große Unterschiede bei den Geschlechtern bezogen auf das Alter, in dem sie verstärkt auftritt. Während Männer sich eher im Alter von über 65 Jahren selbst töten, liegt ein erster „Spitzenwert“ der Selbsttötung bei Frauen bei 35 Jahren und ein zweiter bei 50 Jahren.

Es gäbe noch viel zu sagen zu anderen, bekannten Krankheitsbildern, wie zum Beispiel die Borderlineerkrankung und vor allem dem Zusammenhang von Suchtmittelgebrauch und Essstörungen. Leider sind in diesem Zusammenhang wenige Erkenntnisse in Bezug auf Ursachen und Verläufe bei Frauen mit Suchtproblematik erforscht.

Offensichtlich sind die Lebensphasen um die 30 und um die 45 Jahre für Frauen sehr entscheidend und oft mit starken psychischen Belastungen behaftet.

**Fazit:** Die Einnahme der weiblichen Perspektive/Sichtweise im Gespräch mit der Frau auf der Grundlage gesundheits- und suchtwissenschaftlicher Erkenntnisse und gepaart mit dem Wissen um weibliche Lebenslagen und der Sensibilität und Neugierde auf weibliche Verarbeitungsweisen gewährleistet eine bestmögliche Beratung und Behandlung von Frauen.

## 5 Abschließende Bemerkungen

Eine zufriedenstellende Arbeit mit komorbiden suchtblasteten Frauen hängt in starkem Masse auch von angrenzenden Arbeitsfeldern ab, die über suchtspezifische und genderspezifische Kompetenzen und Arbeitsansätze sowie entsprechende Aufnahmebereitschaft und Aufnahmekapazitäten (z.B. niedergelassene Ärzte, PsychotherapeutInnen, PsychiaterInnen und entsprechenden soziale Einrichtungen u.s.w.) verfügen und als Ressourcen nutzbar sind. Leider ist die Kooperationsbereitschaft, wenn auch unterschiedlich aber insbesondere mit niedergelassenen allgemeinmedizinischen und fachmedizinischen Fachkräften wenig vorhanden und lange Wartezeiten bei niedergelassenen PsychotherapeutInnen erschweren eine bedarfsgerechte Versorgung zusätzlich.

Erwähnt werden sollten meiner Meinung nach an dieser Stelle auch die Fachkräfte, die in der Arbeit mit komorbiden Klientinnen und Klienten besonders gefordert sind und die z. B. den Mangel an spezifischen Einrichtungen insbesondere für an Sucht und psychisch Erkrankte persönlich „aushalten“ müssen.

Der Erfolg ist stark abhängig von der Persönlichkeit der beratenden Person, die bestenfalls in sich ruht, souverän im Sinne von selbstkritisch und selbstreflektierend ist und in der Lage ist ein entsprechendes professionelles Beziehungsangebot wie oben beschrieben zu leisten. Die kritische Reflektion der eigenen Geschlechteridentität (dies gilt für männliche und weibliche Fachkräfte) und die Bereitschaft und Fähigkeit Fortbildungsinhalte „frauen-spezifisch (oder männerspezifisch) zu übersetzen“, sind ebenfalls wichtige Aspekte. Daneben ist eine bewusste professionelle, authentische Identität – z.B. auch zur Vermeidung von Sekundärtraumatisierung, besonders bei eigener Betroffenheit - notwendig, die in Supervision immer wieder „stabilisiert“ werden muss. Eine Voraussetzung, dass dies gelingt, ist eine hohe Teamfähigkeit zur Reflektion hilfe- und einrichtungsbezogener und individueller Hemmnisse bei der Versorgung der Klientinnen und die Aufdeckung von Gender Bias.

Und wir wissen alle, dass z.B. Angstzustände und Depressionen nicht zur Struktur der Beratungsstellen passen: Einen verbindlichen Termin einzuhalten ist besonders dann schwer, wenn die Depression akut ist oder Angstzustände das Verlassen des Hauses unmöglich machen. Und da dies so ist, wird von den Kolleginnen und Kollegen zusätzlich ein hohes Maß an Selbstmanagement, flexibler und strukturierter Arbeitsorganisation verlangt.

Zusätzlich brauchen wir professionell selbstbewusste und -reflexive Männer und Frauen, die bereit sind sich mit ihrer Geschlechteridentität auseinander zu setzen und männerorientierte und frauenorientierte Konzepte<sup>1</sup> zu entwickeln bzw. umsetzen.

Ich hoffe, dass mein Vortrag dafür Argumente liefert und alle Anwesenden zu gendersensibler Arbeit ermutigt.

Die Hamburger Suchthilfe könnte eine Gender-Vorreiterrolle übernehmen - ein Leuchtturm im Norden sein, gemäß dem Motto:

“Das Beste im Norden sind unsere reflektierten Sicht- und Vorgehensweisen!“

Vielen Dank für Ihre/Eure Aufmerksamkeit!

---

<sup>1</sup> Es gibt eine Empfehlung der AG Frau und Sucht des Fachrates der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe Hamburg: *Gender Mainstreaming in der Suchtarbeit*; Oktober 2006 (einzusehen: [www.frauenperspektiven.de](http://www.frauenperspektiven.de))