

**Zeitreise**

**Von der Suchtarbeit mit sexualisierten  
Gewalterfahrungen zur  
Traumaspezifischen Suchtbehandlung  
25 Jahre Frauenperspektiven**

**Fachtag Gender – Trauma – Sucht 20.04.2015**

**Handwerkskammer Hamburg**

**Elke Peine, Dipl.-Päd.; Dipl. Soz.-Ök.**  
Geschäftsführerin  
**Frauenperspektiven e.V.**  
Charlottenstraße 26  
20257 Hamburg  
Tel.: 040 430 46 23  
[elke.peine@frauenperspektiven.de](mailto:elke.peine@frauenperspektiven.de)

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>1 Beginn vor 25 Jahren.....</b>	<b>3</b>
1.1 Frauenperspektiven 25 Jahre .....	3
1.2 Frauenbewegung-Feministische Gesellschaftskritik .....	3
1.3 Frauen, weibliche Klientinnen in der Suchthilfe.....	4
<b>2 Wie fingen wir an:.....</b>	<b>7</b>
2.1 Der Trägerverein Frauenperspektiven e.V. ....	7
<b>3 Grundpfeiler der Konzepte .....</b>	<b>8</b>
3.1 Sozialtherapeutischer Ansatz.....	8
3.2 Einflüsse der Kritischen Psychologie .....	9
3.3 Wichtige Impulse der Feministischen Therapie.....	9
<b>4 Traumaspezifisches Fachwissen setzt sich durch.....</b>	<b>12</b>
4.1 Ankunft: Traumazentrierte Interventionen.....	13
4.2 Ambulante Beratung, niedrighschwelliges Angebot für komplex traumatisierte Klientinnen (Klienten).....	14
<b>5 Zusammenfassung und Ausblick .....</b>	<b>17</b>

# 1 Beginn vor 25 Jahren

## 1.1 *Frauenperspektiven 25 Jahre*

25 Jahre, das ist ein Vierteljahrhundert und wir sind sehr stolz auf das Geschaffene und Erreichte und freuen uns dass viele, Wegbeleiterinnen und Begleiter aus dem Kreis der Vernetzten, aus anderen Einrichtungen hier in Hamburg, aber auch aus anderen Städten (dem Verbund der feministischen Suchthilfeeinrichtungen für Mädchen und Frauen in Deutschland) unserer Einladung gefolgt sind.

Besonders freuen wir uns eine Gründerin von Frauenperspektiven und viele ehemalige Kolleginnen der ersten, mittleren aber auch der späteren Stunden begrüßen zu dürfen, die alle mit Herzblut, Kreativität, Tatkraft und engagiertem Einsatz dazu beigetragen haben, dass Frauenperspektiven über 25 Jahre gute Arbeit geleistet hat und auch für die Zukunft gut aufgestellt ist. Habt alle Dank dafür! Es ist unser aller Jubiläum, das wir heute feiern.

Heute (fast genau auf den Tag) vor 25 Jahren wechselte die damalige sozialtherapeutische Wohngemeinschaft für drogenabhängige Frauen die Trägerschaft: von jugend hilft jugend e.V. übernahm Frauenperspektiven e.V. als neu gegründeter Verein diese stationäre Einrichtung nach anfänglich sehr leidenschaftlich geführten Debatten mit großer Unterstützung der Kollegen und Kolleginnen von jugend hilft jugend e.V. und der damaligen BAGS.

Wie es dazu kam möchte ich Euch und Ihnen nun schildern.

## 1.2 *Frauenbewegung-Feministische Gesellschaftskritik*

Frauenperspektiven hat seine Wurzeln in der Frauenbewegung. Die historischen Einflüsse der Frauenbewegung waren in den 80ern und 90ern sehr groß. Feministische Gesellschaftskritik bezog sich auf die Geschlechterverhältnisse in allen Lebensbereichen, kritisierte die Dominanz- und Machtansprüche von Männern, die Gleichsetzung von Mensch = Mann und die darin begründete Marginalisierung von Frauen(leben).

Frauen kamen in den Machtzentralen des öffentlichen Lebens noch weniger vor als heute. Das öffentliche und das private Leben wurden durch Normen, Werte und Gesetze gestaltet, die überwiegend den Lebenslagen und Sichtweisen von Männern entsprachen, was auch in einer Sprache zu erkennen ist, die ebenfalls nur in männlicher Form verwendet wurde und - leider wieder zunehmend - wird.

Das Private, die Familie als „Frauenort“ spielte quasi eine gesellschaftliche Nebenrolle. Versorgungs-, Erziehungs- und Hausfrauentätigkeiten wurden gering geschätzt.

Frauen führten die ihnen zugewiesenen Reproduktionstätigkeiten in einem strukturell angelegten Abhängigkeitsverhältnis zu ihren Ehemännern, zum Familienernährer durch.

Dagegen wurde der Slogan gesetzt: Das Private hat gesellschaftliche Relevanz! Das Private ist Politisch!

Kritisiert wurde die Wahrnehmung von Frauen als Sexualobjekte und die Sexualisierung weiblicher Körper, die sich in alltäglichen Erfahrungen von Sexismus und zugespitzt in körperlicher, sexualisierter und psychischer Gewalt sowohl im öffentlichen und insbesondere im privaten Raum realisierte.

Besonders deutlich wurde die Diskriminierung wenn eine Frau eine Anzeige wagte, denn dann sah sie sich bei Polizei und Gericht oft mit einer Haltung konfrontiert, die ihr als Opfer versuchte eine (Mit-)Schuld nachzuweisen und ihr im Beisein des angeklagten Täters eine genaue Schilderung des Tatherganges/der Vergewaltigung abverlangte.

Es ist ein Erfolg der Frauenbewegungen, dass Vergewaltigung in der Ehe seit 1997 eine Straftat ist und das Gewaltschutzgesetz heute die Wegweisung von Tätern aus der Wohnung ermöglicht.

Der Zusammenhang zwischen Gewalterfahrungen und Drogenabhängigkeit/Sucht war Ende der 80er und Anfang der 90er selbst in Fachkreisen selten ein Thema.

### **1.3 Frauen, weibliche Klientinnen in der Suchthilfe**

In den damaligen stationären Drogeneinrichtungen lag der Anteil von Frauen teils unter 20%, d.h. 1 bis 2 Frauen/Klientinnen im Verhältnis zu 8 bis 10 Männern/Klienten. Dieses Verhältnis hat sich bis heute kaum verändert. In den Einrichtungen für alkoholabhängigen Menschen liegt der Anteil von Frauen heute bei 25%.

Auch als Vertreterinnen von Frauenperspektiven in Fachgremien, waren wir teils die einzige Frau, die zudem versuchte eine frauengerechte Sprache und entsprechende Themen, Sichtweisen und Interessen durchzusetzen...

Damals konnten wir hier und da eine Mini-2 Frauenquote durchsetzen. So zum Beispiel im Fachrat (ein heute noch existierendes Gremium, besetzt mit Vertreter\_innen Freier Träger und der zuständigen Behörde (BGV)).

Eine Alltagserfahrung der Sozial- und Diplompädagoginnen, Psychologinnen, Lehrerinnen und anderer Berufsgruppen, die damals in gemischten stationären Drogeneinrichtungen arbeiteten, bestätigte sich immer wieder: viele drogenabhängige Frauen waren teils massiv von Gewalt betroffen. Es ging viel um Vergewaltigungen und Gewalterfahrungen in der Prostitution und in der Drogen-Szene, in Beziehungen zu meist älteren drogenabhängigen Partnern/Dealern.

Und es ging sehr oft um teils lang anhaltende, sexualisierte Gewalterfahrungen in der Kindheit, in der Herkunftsfamilie durch Väter, Stiefväter und Brüder.

Die Frauen berichteten auch von zahlreichen Grenzüberschreitungen, sexuellen Übergriffen, Vergewaltigungen und körperlichen Gewalterfahrungen in Drogenhilfeeinrichtungen.

Sie erlebten, dass ihnen das Vorgekommene nicht geglaubt, dass es bagatellisiert wurde und sie verdächtigt wurden den Täter gereizt oder provoziert zu haben usw.

Frauen berichteten von erniedrigenden und beschämenden „Behandlungsmethoden“ die teils willkürlich je nach Sichtweise des Therapeuten/der Therapeutin „verordnet“ wurden.

So bekam z. B. eine Frau in einer gemischten stationären Einrichtung die Auflage sich eine Woche „weiblich“ zu kleiden: Unter weiblicher Kleidung verstand der Therapeut das Tragen eines engen brustbetonten T-Shirts.

Eine andere, eine lesbische Frau musste sich gegen ihren Wunsch von männlichen Klienten massieren lassen.

Heute wissen wir, dass viele Frauen innerhalb der Behandlungseinrichtungen durch erneute Gewalterfahrungen und Grenzüberschreitungen und durch triggernde Interventionen erhebliche Re-Traumatisierungen erleb(t)en.

Die Konzepte wurden Frauen nicht gerecht. Für einige der Kolleginnen stand 1986 fest:

*„Es muss für Frauen eine andere, frauenspezifische Therapie geben, in dem sie ihre Themen geschützt bearbeiten können. Indem die Geschlechterverhältnisse, die Normen und Erwartungen, die daraus für Frauen gelten, besprechbar werden, in der die Reproduktion der Machtverhältnisse thematisiert und verhindert wird.“*

*Und weiter „...es wurde uns in der therapeutischen Praxis schnell klar, dass Drogen in die meisten Frauenbiographien anders eingebunden sind, als in die von Männern.“ (Unveröffentlichte Konzeption der sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft für drogenabhängige Frauen, 1986)*

Und dass die zu bearbeitenden Themen alle Lebensbedingungen und die spezifischen Erfahrungen von Frauen darin umfassen.

Frauen begreifen ihre Lebenssituation, ihre Erfahrungen aus den Sichtweisen/**Perspektiven** von **Frauen** mit dem Ziel, neue **Perspektiven** für **Frauen** zu entwickeln. Dieser Ansatz findet sich wieder im Namen Frauenperspektiven e.V.

## 2 Wie fingen wir an:

Aufgrund der o.g. Erfahrungen wurde auf wesentliche Initiative von Gisela Heinrich und Roswitha Kluth und mit Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen 1987 eine sozialtherapeutische stationäre Drogenlangzeittherapie für Frauen bei jugend hilft jugend e. V. mit zunächst 8 Plätzen eröffnet.

### 2.1 Der Trägerverein Frauenperspektiven e.V.

Ende 1989 gründeten wir den Trägerverein Frauenperspektiven e.V. 1990 war unser erstes Geschäftsjahr: zum 01. Mai übernahmen wir die sozialtherapeutische Wohngruppe, erweiterten in diesem Zuge die Platzzahl von 8 auf 11 Plätze.

Schon 1990 stellten wir einen Antrag auf ein Integriertes Modell, in dem wir Zuwendungsmittel für eine Beratungsstelle für Frauen und eine Präventionseinrichtung für Mädchen beantragten und konnten beides – wenn auch etwas anders als gedacht - im Laufe der kommenden Jahre realisieren.

Nach nur wenigen Monaten nach der o.g. Übernahme wurde die Federführung für die Pflegesatzverhandlungen vom Sozialhilfeträger der FHH an die LVA Hamburg übergeben mit der Folge, dass diese die Akzeptanz der Definition von Sucht als Krankheit, eine ärztliche Leitung, die Kürzung der Pflegesätze, die Kürzung der Therapiedauer von 18(!!!) auf 12 Monate zu Voraussetzungen für eine weitere Belegung erklärte und einen Belegungsstopp aussprach, der uns sehr nahe an eine Insolvenz brachte.

Die Bereitschaft aller Kolleginnen ihre Gehälter als Kredit zur Verfügung zu stellen und ein von der BAGS vermittelter Kredit einer Stiftung halfen uns dies zu überstehen.

In der Arbeit mit den Klientinnen fokussierten wir Abhängigkeit und Abhängigkeitsverhältnisse. Es ging um Kontrollverluste durch Drogen, aber auch innerhalb von Beziehungen, Abhängigkeit von süchtig machenden Verhältnissen und Lebenssituationen.

Wir verstanden Sucht als das Resultat eines „*multifaktorielles Bedingungsgefüges*“, das bei Frauen wesentlich von frauenspezifischen Lebenserfahrungen und -bedingungen, entsprechenden Denk-, Fühl- und Verhaltensweisen gekennzeichnet ist.

## 3 Grundpfeiler der Konzepte

Auf der Grundlage des sozialtherapeutischen Ansatzes in der Drogenarbeit bezogen wir uns in der Entwicklung unserer Konzepte und Arbeitsweisen zunächst wesentlich auf theoretische Hintergründe der Kritischen Psychologie und Grundhaltungen der feministischen Therapie. Durch die späteren Erkenntnisse traumatherapeutischer Forschungen und Konzepte konnten wir unsere Behandlungsansätze spezifizieren, teilweise auch korrigieren und weiterentwickeln.

### 3.1 Sozialtherapeutischer Ansatz

Die therapeutische Gruppe galt zu Beginn unserer Arbeit in der stationären Drogentherapie als Lern- und Übungsfeld für Veränderungen.

Ganzheitlich, antihierarchisch und alltagsorientiert ging es im Zusammenleben sowie in themenbezogenen Gruppensitzungen darum, mit- und voneinander zu lernen und keine Machtverhältnisse zu reproduzieren.

Die Therapie zielte darauf ab, früh Arbeitserfahrungen außerhalb der Therapie aufzunehmen, (Aus-)Bildung nachzuholen, die aktive Gestaltung von Lebensbedingungen anzugehen, die zufrieden stellen und Lebensqualität und Sinn geben.

Wir wollten die Emanzipation der Frauen fördern und sie im gemeinschaftlichen Zusammenleben in der Erweiterung ihrer Handlungsspielräume unterstützen. Aus diesem Grund haben wir auch beim Aufbau unserer ambulanten Mädchen- und Fraueneinrichtungen immer einen starken Fokus auf Gruppenarbeit und Gemeinschaftserfahrungen gelegt.

*„Ein ganzheitliches Selbstverständnis in der therapeutischen Drogenarbeit mit Frauen bedeutet methodenübergreifendes Vorgehen. Der gesamte Prozess des Zusammenlebens in der Wohngemeinschaft wird verstanden als zur Therapie dazugehörend.“ (Konzept sozialtherapeutische Wohngemeinschaft für drogenabhängige Frauen, 1992)*



### **3.2 Einflüsse der Kritischen Psychologie**

Für unsere Kritisch-Psychologische Grundhaltung war zentral, die Anerkennung von Frauen und Mädchen als Subjekte ihres Handelns und der Versuch, sie in der Erweiterung ihrer Handlungsfähigkeit zu unterstützen:

*„Subjektorientierung heißt vor allem, die drogenabhängigen Frauen als handelnde Subjekte zu begreifen, die sich innerhalb gegebener gesellschaftlicher Verhältnisse ihr Leben selbsttätig einrichten und die selbst für sich passende Wege suchen müssen bei der Überwindung ihrer Drogenabhängigkeit.“ (Konzept sozialtherapeutische Wohngemeinschaft für drogenabhängige Frauen, 1992)*

*„Selbst zu verstehen und auch zu überprüfen, wie es zu einer Drogenabhängigkeit gekommen ist, selbst zu entscheiden, wie es weitergehen soll, ist aber gerade die Grundlage für die Klientinnen, ihr weiteres Leben selbst zu verwalten und zu gestalten.“ (Konzept sozialtherapeutische Wohngemeinschaft für drogenabhängige Frauen, 1992)*

In diesem Sinne verstanden wir Therapie als Hilfe zur Selbsthilfe im Sinne einer Subjektorientierung als wichtigen Schritt in der Bewältigung der Handlungseinschränkungen und Symptome.

### **3.3 Wichtige Impulse der Feministischen Therapie**

Seit 1977 fanden über 20 Jahre bundesweit Frauentherapiekongresse statt. Feministische Beraterinnen und Therapeutinnen setzten sich hier kritisch mit herrschender wissenschaftlicher Theoriebildung und Psychotherapie auseinander, entwickelten neue Standards, Haltungen und Methoden. Seit Anfang der 90er Jahre nahmen regelmäßig Kolleginnen von Frauenperspektiven an den Kongressen teil. Wichtige Impulse der Feministischen Therapiebewegung flossen in unsere Arbeit ein.

**Einige Grundpfeiler möchte ich hier nennen:**

**Schutzraum oder heute angemessener formuliert: Äußere Sicherheit:**

Im geschützten Raum einer Frauenwohngemeinschaft, bzw. auch innerhalb der ambulanten Einrichtungen für Frauen und Mädchen, konnten/können die Klientinnen sicher sein, nicht auf potentielle Täter zu treffen.

Gesprochenes und Erlebtes wurde/wird nicht an außenstehende Personen weitergegeben (Verschwiegenheit). Klare begründete Regeln sorg(t)en für Transparenz und Sicherheit, bspw. dass Gewalt und Gewaltandrohungen nicht geduldet waren und zu sofortiger Entlassung führten.

### **Parteilichkeit**

Ein wesentlicher Grundsatz lautete Parteilichkeit, damit ist nicht *Nähe* und *Identifikation* gemeint, „*sondern das Wissen um die weiblichen Lebenszusammenhänge von Frauen, die Zusammenhänge mit der Drogenabhängigkeit und eine Haltung, die die Frauen als Subjekte versteht und sie als solche in der Ausweitung ihrer Handlungsmöglichkeiten unterstützt*“. (Burgard 1986, Scheffler 1986 in Konzept WG, S. 19). „Partielle Gemeinsamkeiten“ und „gravierende Unterschiede“ (Burgard 1986 in Konzeption WG S. 19) bilden die Basis der therapeutischen Beziehung und Zusammenarbeit.

### **Selbstachtung und Selbstwertschätzung**

Grundsätzlich galt/gilt für uns: das (Wieder-) Erkennen von Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kompetenzen von Frauen, deren Wertschätzung für uns zentral ist – insbesondere in Abgrenzung zu der damals wie heute gesellschaftlich oft defizitären, geringschätzenden und auf Äußerliches reduzierenden Sicht auf Frauen und Mädchen.

Dies schloss/schließt auch die Wertschätzung der eigenen Wahrnehmung ein. Viele Frauen hatten verlernt ihrer eigenen Wahrnehmung zu trauen.

Ihre Selbsteinschätzung war sehr selbstentwertend und die Entwertung traf auch die anderen Frauen, dies war oft Thema.

Die bewusste Fremd- und Selbstwahrnehmung und ein wertschätzender und achtsamer Umgang mit eigenen Gefühlen, Bedürfnissen und Impulsen und denen der anderer Frauen waren ein therapeutischer Fokus der frühen Gruppenarbeit; sie sind für die späteren ambulanten Mädchen- und Frauenangebote zentral geblieben.

### **Solidarität und Anerkennung von Differenz**

Wir richteten in der WG unseren Blick auf die Bedürfnisse der Frauen nach Solidarität und gemeinschaftlichem Erleben, aber auch auf die Stärkung der Konflikt- und Handlungsfähigkeit der Klientinnen. Die Gruppe war für die Frauen eine Ort, sich zu entdecken und auseinanderzusetzen, Gemeinsamkeit und Unterschiede zu entdecken und anzuerkennen.

Solidarität und die Gestaltung sozialer Kontakte betrachteten wir als wesentliche Stützen für ein drogenfreies Leben, für den Aufbau von verlässlichen, tragfähigen Freundschaften und als starke Beziehungserfahrung.

## 4 Traumaspezifisches Fachwissen setzt sich durch

Seit Bestehen der Frauen WG arbeiten wir im stationären und ambulanten Bereich mit Frauen und Mädchen, die als Kinder und Erwachsene z. T. langandauernde, vielfältige sexualisierte körperliche Gewalt und Grenzüberschreitungen erlebt haben.

Wir waren und sind konfrontiert mit Symptomen, für die wir zu Beginn unserer Arbeit noch wenig Begriffe und Herleitungen hatten, eine ICD-10 Diagnostik kam nicht vor, war nicht relevant. Durch den Einfluss der Feministischen Therapie und der späteren traumatherapeutischen Forschung und Konzeptentwicklung lernten wir komplexe dissoziative Symptome, schwere Traumafolgestörungen und Symptome posttraumatischer Belastungsstörungen mit den Jahren besser zu erkennen, zu diagnostizieren und unsere Konzepte darauf abzustimmen.

Die stationäre Einrichtung existiert seit 2001 nicht mehr und in der Folge erreichen wir in der *Beratungsstelle Frauenperspektiven*, die seit 1991 besteht, über alle Maßnahmen hinweg (Beratung, Nachsorge, ambulante medizinische Rehabilitation/Therapie, Kombitherapie) überwiegend Klientinnen, die von legalen Suchtmitteln (und hier Alkohol) abhängig sind.

*Kajal*, das Präventionsprojekt für Mädchen, existiert seit 1993. Damals herrschten **Präventionskonzepte** von primärer, sekundärer und tertiärer Prävention und der Settingansatz vor. Der Fokus lag verstärkt auf den Zugängen von Mädchen in die Szene und vor allem auf Mädchenspezifische Entwicklungsaufgaben im Jugendalter und der möglichen Attraktivität von Drogen und Suchtmitteln für diese Identitätsentwicklung.

Im Laufe der frühen 2000er Jahre wandelten sich die Präventionsansätze hin zu indizierter, selektiver Prävention. Verstärkt richteten sich entsprechende Intension an diejenigen, deren Risiko eine Sucht/Esstörungen zu entwickeln, erhöht ist. Das heißt an Mädchen mit körperlichen und/oder sexualisierten Gewalterfahrung und anderen traumatisierenden Erlebnissen. Diese Mädchen erreichten wir von Anbeginn bei *Kajal*. Wir konnten entsprechende Symptome anfangs nicht psychotraumatologisch einordnen.

Eine Fortbildung für pädagogische Fachkräfte zu „Wissensgrundlagen und Handlungshinweisen für den Umgang mit psychisch traumatisierten Kindern und Jugendlichen“ durch das Fachinstitut Psychotraumatologie/FIFAP in Münster /Sabine Lehmann gehört

seit 2004 zum festen Bestandteil der Fortbildungsveranstaltungen bei *Kajal*. Entsprechende Kompetenzen (Wissen und Methoden) sind in das Konzept und die Arbeit bei *Kajal* eingeflossen.

Auch das Manual gestützte Konzept *Sicherheit finden* (*Najavits*), das *Kajal* im Rahmen eines Forschungsprojektes seit zwei Jahren durchführt und das speziell für Menschen mit traumatisierenden Erfahrungen und suchtspezifischen Verarbeitungsweisen entwickelt wurde, ist für die Arbeit mit Mädchen sehr geeignet. Voraussetzung dafür ist unserer Meinung, dass es auf die jeweilige geschlechts-, alters- und kulturspezifische Zielgruppe hin angepasst wird und – dies ist sehr wichtig - wenn ausreichend Grundkenntnisse/Basisstrategien in der Arbeit mit traumatisierten Mädchen/Frauen (oder auch Jungen/Männer) vorhanden sind.

#### **4.1 *Ankunft: Traumazentrierte Interventionen***

Viele unserer Grundhaltungen wurden durch traumatologische Erkenntnisse bestätigt, so die äußere Sicherheit, Transparenz und Kontrolle, Psychoedukation, die starke Ressourcenorientierung unseres Ansatzes sowie die zentrale Perspektive, die Handlungsfähigkeit und Selbstkontrolle der Klientinnen zu stärken.

Lernen konnten wir viel zur inneren Verarbeitung von traumatischen Erlebnissen, der Komplexität von dissoziativen Störungen und den Faktoren, die für eine heilsame Bearbeitung von traumatischen Erfahrungen relevant sind.

Das weitgehend konsensfähige Dreiphasenmodell der Traumatherapie ist für uns inzwischen eine wesentliche Grundlage in der Arbeit mit traumatisierten Frauen.

#### **Phasen:**

1. Stabilisierungsphase (Ressourcen)
2. Traumaexposition bzw. -konfrontation (Techniken, um traumatisierende Erlebnisse zu rekonstruieren bzw. durchzuarbeiten).
3. Integrationsphase (Einordnung in die eigene Vergangenheit, in das eigene Leben)

Unser Schwerpunkt liegt auf der ersten, der Stabilisierungsphase. Mehr Bedeutung im Verhältnis zu unseren frühen Konzepten hat dabei die Arbeit an der äußeren und inneren Stabilisierung der jugendlichen und erwachsenen Klientinnen.

Eine der wichtigsten Grundlagen dafür ist die **Herstellung einer professionellen, tragfähigen und vertrauensvollen Beziehung**, in der Parteilichkeit und Authentizität von damals zwar wieder zu erkennen sind. Aber bezüglich der Gestaltung der Beratungsbeziehung bzw. Therapeutischen Beziehung haben wir uns in den vergangenen Jahren weiter entwickelt und Veränderungen vorgenommen, bspw. indem wir Klientinnen inzwischen siezen und Phänomene wie Übertragung und Gegenübertragung in unser Verständnis einbeziehen.

Dennoch bleibt die Grundhaltung der Parteilichkeit in dem weiter o.g. Sinne bis heute zentral für uns.

Eine umfassende **Information/Psychoedukation**, d. h. die Vermittlung von umfangreichem Wissen über traumaspezifische Reaktionen und Verarbeitungsverläufe, die Vermittlung von Symptomen, wie die dissoziative Identitätsstörung als zunächst **adäquate** Bewältigungsstrategie etc...sind notwendige Interventionen. Dieses Wissen stabilisiert traumatisierte Mädchen und Frauen (Jungen und Männern), gibt ihnen salopp gesagt wieder „Boden unter die Füße“ und die Perspektive auf positive Veränderungen!

#### **4.2 Ambulante Beratung, niedrigschwelliges Angebot für komplex traumatisierte Klientinnen (Klienten)**

Ambulante Suchtberatung ermöglicht in besonderem Maße einen niedrigschwelligen Zugang für komplex traumatisierte Frauen und Mädchen (Jungen und Männer), die die institutionellen Voraussetzungen teil- oder stationärer Angebote aufgrund der Traumafolgen, der Instabilität nicht erfüllen können.

##### **Diesbezügliche Kennzeichen einer ambulanten Beratung sind:**

1. Es gibt kein Abstinenzgebot, die Arbeit mit Rückfällen ist möglich, traumaspezifische Schwankungen, wiederholte Beratungskontakte mit Unterbrechungen, individuelle Entwicklungsgeschwindigkeiten und damit ein niedrigschwelliger Zugang sind möglich.
2. Es gibt keine unmittelbare ökonomische Abhängigkeit durch einzelfallbezogene Kostenklärungsverfahren. Belegungsschwankungen und damit ökonomischer Druck spie-

len keine Rolle. Ökonomisch begründete Aufnahmekriterien und entsprechende Selektionen der Klientinnen werden verhindert.

3. Aufeinander aufbauende Segmente, insbesondere das Segment der *Sozialen Stabilisierung*, gehören zum originären Beratungsangebot. Sie ermöglichen einen an den individuellen Schweregrad der Traumatisierung, Bedarfen und Entwicklungsgeschwindigkeiten angepassten, längerfristigen Beratungsprozess.
4. Gruppenkonzepte wie „Sicherheit finden“ können zielgruppenspezifisch modifiziert und themenspezifische Stabilisierungsgruppen durchgeführt werden.

Insbesondere in der ambulanten Beratung können ressourcenbasierende Stabilisierungsmaßnahmen eingeleitet, die äußere und innere Sicherheit gestärkt werden und so Voraussetzungen für eine weiterführende Maßnahme vorbereitet werden.

In diesem Prozess wird die innere Stabilisierung traumatisierter jugendlicher und erwachsener Klientinnen durch die Erforschung von Gelungenem im Leben, der Suche nach Momenten von Glück, Freude und Zufriedenheit ohne den Gebrauch von Suchtmitteln unterstützt.

Es wird herausgearbeitet, welche Funktion das Suchtmittel für die Klientin erfüllt und wie es ihr zur Stabilisierung gedient hat.

Es geht darum das Symptom „Suchtmittelabhängigkeit“ in seiner Sinnhaftigkeit zu verstehen und die dahinter liegenden Bedürfnisse/inneren Notsituationen zu würdigen. Zur Persönlichkeitsstärkung, zur Selbstberuhigung und zur Entspannung setzen wir heute vermehrt stabilisierende Imaginations- und Distanzierungsübungen ein, die selbst eingeübt und angewendet werden können, was die Handlungsfähigkeit und die Selbstberuhigungsstrategien der Klientinnen stärkt.

Die Erfahrung zeigt, dass in der Arbeit mit traumatisierten süchtigen Mädchen, die bei *Kajal* erreicht werden, sehr viel in der Stabilisierungsphase bewirkt werden kann. Umso bedauerlicher ist es, dass weiterführende Maßnahmen – stationäre Folgeangebote - für traumatisierte und süchtige Mädchen in Hamburg fehlen (*Jella* in Stuttgart).

**In der ambulanten (und stationären) medizinischen Rehabilitation als weiterführende Maßnahme** ist die Abstinenz notwendige Voraussetzung für die Aufnahme. Ins-

gesamt geht es in der ambulanten Therapie um Vertiefung der äußeren und inneren Sicherheit und ggf. um die Vorbereitung auf eine Traumatherapie in einer niedergelassenen Psychotherapiepraxis (von denen leider nur wenige bereit sind suchbelastete Klientinnen zu versorgen).



## 5 Zusammenfassung und Ausblick

Diese kleine Zeitreise am Beispiel von 25 Jahren Frauen-Sucht-Arbeit bei Frauenperspektiven e.V. soll verdeutlichen,

- dass wir heute über einen spezialisierten mädchen- und frauengerechten integrierten Beratungs- und Behandlungsansatz in der Suchthilfe verfügen, dessen Grundlagen aus der Frauenbewegung, der kritischen Psychologie, der Feministischen Therapie und der Traumtherapie entwickelt wurden,
- dass die ambulante Suchthilfe besonders geeignet ist als niedrigschwelliges Angebot für komplex traumatisierte Frauen (und Männer), die ansonsten unter- oder fehlversorgt bleiben.

Es besteht wie bei jeder langen Reise und damit verbundenen Richtungswechseln, die Gefahr Wichtiges hinter sich zu lassen. Auch wir riskieren bei der Reise zur traumaspezifischen Suchtbehandlung

- alltägliche Gewalterfahrungen von Frauen und Mädchen, die nicht zu Traumatisierungen führen,  
und
- gesellschaftliche Ursachen der Gewalt und die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Verursachung und in der Verarbeitung

aus dem Blick zu verlieren und damit wesentliche Faktoren der Entwicklung einer Traumatisierung, aber auch der Genesung zu ignorieren.

Es gibt noch viel zu tun, denn traumzentriertes, zielgruppenspezifisches Fachwissen und entsprechende Haltungen sind noch nicht in der gesamten Suchthilfe verankert.

Dies gilt für die Zielgruppe Mädchen und Frauen aber – wir müssen es immer wieder erwähnen - auch für die Zielgruppe Jungen und Männer, für die es leider wenig Fürsprecher gibt.

Es fehlt an männerspezifischen, traumazentrierten Konzepten in der Suchthilfe.

Sie wären ein Gewinn für männliche Klienten.

Und sie wären ein Gewinn für die Anerkennung traumazentrierter Interventionen in der Suchthilfe. Denn die Erfahrung zeigt, dass immer dann, wenn Themen eine Relevanz für Jungen/Männer haben, diese Themen ernst genommen werden.

Es fehlt auch an strukturell verlässlichen Kooperationsstrukturen, die über den Einzelfall hinaus Kooperation sichern und eine integrierte Versorgung gewährleisten. Aber dazu leisten wir heute Nachmittag einen Beitrag.

Danke für Ihre und Eure Aufmerksamkeit!