

Christel Zenker, Berlin

## **Gender - Sucht - Gewalt. Geschlecht: Weiblich**

Vortrag bei der Fachtagung Sucht & Gender, 21. / 22.04.2016, in München

### **1. Gender**

Im englischsprachigen Raum wird, im Gegensatz zum deutschen Begriff ‚Geschlecht‘, zwischen ‚Gender‘, einer sozialen und ‚Sex‘, einer biologischen Dimension unterschieden. Gender, das erlernte Geschlecht, ist Teil des umfassenden soziologischen Verständnisses von Diversity / Vielfalt, das neben Gender auch Kultur, Alter, soziale Lage, Bildung, Behinderung, sexuelle Orientierung und Weltanschauung als prägende Einflussfaktoren umfasst.

Sofort nach der Geburt setzt ein permanenter Differenzierungsvorgang ein, wobei die gezeigten Verhaltensweisen und Fähigkeiten der Kinder geschlechtstypisch verstärkt oder unterbunden werden: Das männliche Baby schreit kräftig, das weibliche ist süß. Dadurch werden Handlungs-, Denk- und Gefühlsmuster, letztlich die Identität eines Menschen geprägt. Aus den typischen Verhaltensweisen ergeben sich gesellschaftliche Normierungen und soziale Unterschiede, die sowohl zeit- wie kulturabhängig sind. So bestehen zwischen einer Frau aus einem traditionell-arabischen Kulturraum und einer Europäerin deutliche Unterschiede in allen sozialen Kategorien. Weil Gender erlernt wurde, können seine Krankheitsunterstützenden Anteile auch wieder verlernt werden – eine wichtige Erkenntnis für präventive und beratend-therapeutische Maßnahmen.

Die World Vision Studie 2007 (8 - 11 Jährige, N = 1.592) zeigte, dass Mädchen deutlich weniger Medienangebote konsumieren als Jungen und dass Eltern mit Mädchen vor allem ums Aufräumen, mit Jungen vor allem um Schulangelegenheiten streiten. Signifikant weniger Mädchen als Jungen erhielten regelmäßig Taschengeld und sie bekamen weniger als die Jungen.

Die bundesweite KIGGS-Studie (2007), mit je 3.200 Mädchen und Jungen, im Alter von 11-17 Jahren konnte belegen, dass nicht nur in den drei Gewaltgruppen (Täter, Opfer, Täter und Opfer) sondern auch bei der instrumentellen (Gewalt als Konfliktlösung) wie expressiven (situativ-impulsive Gewalt) Gewaltbereitschaft Jugendliche mit den Merkmalen weiblich, hoher Sozialstatus, Gymnasiast hochsignifikant unterrepräsentiert waren.

Beim Rauschtrinken (mind. 1x / Monat bis zum Rausch Alkohol konsumieren) zeigte sich 2015, dass 13% der Mädchen, aber 16% der Jungen (12-17 J.) und 33 % der jungen Frauen, aber 45% der jungen Männer (18-25 J.) Rauschtrinken betreiben (BZgA 2016).

In einer Befragung von N=602 12-17jährigen Schülern durch das Gesundheitsamt in Bremen gaben deutlich mehr Mädchen als Jungen ein gestörtes Essverhalten an, hielten sich für zu dick und hatten Diäterfahrungen (Schmidt 2009).

Gender beeinflusst auch die Gesundheit: bei den Frauen gibt es mehr Suizidversuche als bei den Männern, während vollendete Suizide bei den Männern häufiger als bei den Frauen vorkommen. 2010 - 2012 geborene Frauen haben eine Lebenserwartung von 83, Männer von 78 Jahren. Neben den sozialen beeinflussen auch biologische Faktoren diese Unterschiede. So erleiden Frauen aus biologischen, hormonellen Gründen seltener als Männer Herzinfarkte, die diesbezügliche Sterberate ist bei ihnen aber höher, da ihre Infarkte oft gar nicht oder zu spät erkannt werden.

## **2. Biografische Risikofaktoren für Sucht bei Mädchen und Frauen**

Als *Gender*-Risiko wird einerseits die klassische Weiblichkeitskonstruktion angesehen, die sich durch Vernachlässigung eigener Bedürfnisse zugunsten Anderer auszeichnet und mit geringem Selbstwertgefühl, Anspruchslosigkeit, Passivität und Ohnmachtserfahrungen einhergeht. Andererseits birgt auch die heutige Weiblichkeitskonstruktion Risiken für Suchtmittelmissbrauch. Im Dienste der Schönheit und Schlankheit wird der Körper medikamentös oder durch Drogen (Zigaretten, Weißwein) manipuliert. Rauchen und Binge Drinking werden als Demonstration von Emanzipation und Cool - Sein verstanden. Hinzu kommt die Mehrfachbelastungen durch Teilhabe an Erfolg, zusätzlich zur Erfüllung der traditionellen Rolle und verbunden mit dem Verlust von Freiräumen und schützenden Eigenschaften, z.B. Kommunikationsfähigkeit und Emotionalität.

*Zu den familiären* Risikofaktoren zählen negative Sozialindikatoren, der Tod einer wichtigen Bezugsperson, Gewaltverhalten, Sucht oder andere psychische Störungen sowie Trennung von der Familie, etwa durch Fremdunterbringung. Weitere Risiken sind physische und emotionale Vernachlässigung, Ablehnung und Demütigung oder ein Erziehungsverhalten, das hart, aggressiv aber auch überbehütend, kontrollierend oder inkonsistent und widersprüchlich ist.

Die seelische Gesundheit von Mädchen und Frauen ist deutlich abhängiger vom Familienklima als die der Jungen (auch Männer?). In einer prospektiven Studie mit N=3021 Teilnehmern, die 14 – 24J. alt waren, konnte gezeigt werden dass die Mädchen ein signifikant höheres Risiko als die Jungen hatten, später selbst alkoholabhängig zu werden, wenn die Eltern (-teile) ein Alkoholproblem hatten, verglichen mit Jugendlichen ohne süchtige Eltern(-teile) (Lachner & Wittchen 1997).

## **3. Gewalt und Trauma**

Gewalt ist eine Aggressionsform und wird gefolgt von physischer oder psychischer Verletzung, einem Trauma. Es hängt von der Schwere / Dauer des Traumas und der seelischen Widerstandskraft (Resilienz) der betroffenen Person ab, ob sich daraus eine seelische Störung entwickelt. Das Trauma Typ I bezeichnet ein einzelnes traumatisches Ereignis von kurzer Dauer, wie bei einem Überfall, schwerem Verkehrsunfall, Vergewaltigung im Erwachsenenalter oder bei einer Naturkatastrophe.

Bei einem Trauma Typ II handelt es sich um eine seelische Traumatisierung nach einer lang andauernden gewaltvollen Erfahrung, wie Deprivation, sexuelle oder körperliche Misshandlungen in der Kindheit oder Gewalt in der Partnerschaft. Für betroffene Kinder bedeutet dies, dass die Person, die Schutz vor Bedrohung darstellen soll, gleichzeitig Quelle von Schmerz, Angst und Entsetzen ist. Frauen in Gewaltbeziehungen erfahren, dass ihre Liebe wiederkehrend ‚mit Füßen getreten‘ wird.

Unabhängig vom Alter werden bei der Traumatisierung intensive Furcht, Hilflosigkeit und Entsetzen erlebt, resultierend aus der Diskrepanz zwischen bedrohlicher Situation und der Unmöglichkeit diese abzuwenden oder zu bewältigen. Langfristige Folgen sind Depressionen, Angststörungen, Suizidversuche, posttraumatische Belastungsstörungen und dissoziative Störungen.

Die traumabezogene oder posttraumatische Belastungsstörung (PTSB) tritt bei 10,5% der Frauen (2,1% der Männer) nach einer lang anhaltenden, traumatischen Erfahrung auf. Sie äußert sich durch Schlafstörungen, Alpträume, Unkonzentriertheit, Angst- und Wutattacken sowie Schweißausbrüche und Schmerzen. Typisch für die PTBS ist das Wiedererleben (Intrusion) des Traumas durch Erinnerungen (Flashbacks), ausgelöst durch erinnerungsbezogene Reize, wie bestimmte Gerüche, Körperhaltungen (Liegen), Dunkelheit u. a. Diesen Erinnerungen, die die Betroffenen überschwemmen, kann die Seele (das Gehirn) akut nur durch das ‚Freezing‘ (Schockstarre) oder Dissoziationen entkommen.

Dissoziative Störungen entstehen, weil Traumen oder die Erinnerung daran unerträglich sind und nicht in das Bewusstsein integriert werden können: sie werden durch Abspaltung *nicht-wirklich* gemacht. Mit dieser Abspaltung aus dem Erleben sind Erinnerungsverluste, eingeschränkte Wahrnehmung der Umgebung, des eigenen Körpers und von Gefühlen verbunden. Die schwerste Form ist die dissoziative Identitätsstörung, wobei das abgespaltene Erleben Teil eines anderen oder mehrerer Ichs wird (multiple Persönlichkeit).

Dissoziative Störungen sind, genauso wie das Suchtverhalten, Überlebensstrategien der Betroffenen. Khantzian hat mit der ‚Selbstmedikationshypothese‘ 1985 darauf hingewiesen, dass der Drogenkonsum überwältigende, schmerzhaft und ängstigende Gefühle, wie Erstarrung und Ausweglosigkeit, reduzieren kann. Zudem werden das durch negative und traumatische Lebensereignisse bedingte Rückzugsverhalten und die eingeschränkte emotionale Erlebnisfähigkeit positiv

beeinflusst, auch schon im Kindesalter. Untersuchungen haben gezeigt, dass ganz überwiegend das Trauma dem Suchtmittelmissbrauch vorausgeht.

#### 4. Kindliche Traumatisierung

In einer bundesweiten Studie mit N= 908 süchtigen Frauen in stationärer Rehabilitationsbehandlung gaben 74% an in ihrer Kindheit, bis zum 16. Lbj., Gewalt erfahren zu haben. Dabei standen Suchtbeginn und Art der Drogenabhängigkeit in direkter Beziehung zur Häufigkeit der Gewalterfahrung. Je früher im Leben der Suchtmittelbeginn lag und je ‚härter‘ oder vielfältiger die konsumierten Drogen, desto mehr Frauen hatten in den einzelnen Gruppen bis zum 16. Lbj. Gewalt erfahren, s. Abb.

<u>Einstiegsalter oder bevorzugte Droge(n)</u>	<u>Gewalterfahrung hatten</u>
bis 14 Jahre oder mehrfachsüchtig	91 %
15 - 18 Jahre oder illegale Drogen	79 %
19 - 30 Jahre oder Alkohol + Medikamente	71 %
31 - 60 Jahre oder Alkohol	56 %

91% der Frauen, die bis zum 14. Lbj. mit Suchtmittelmissbrauch oder Suchtverhalten begonnen hatten und von mehreren Hauptdrogen und Suchtverhaltensweisen (z.B. Essstörungen) abhängig waren, hatten Gewalt in ihrer Kindheit erfahren. Demgegenüber waren es 56% bei den Alkoholikerinnen, die typischerweise nach dem 30. Lbj. ihre Suchtmittelkarriere begonnen hatten. Dasselbe Ergebnis zeigte, wenn nach Art der Gewalt unterschieden wurde, also bei körperlichen Misshandlungen und sexuellen Missbrauchserfahrungen. In 65% der Fälle kamen die Täter (äußerst selten: Täterinnen) kamen aus dem familiären Nahbereich.

Zu den körperlichen Folgen dieser Gewalt in der Kindheit zählen Verletzungen, Somatisierungsstörungen (vor allem unklare Schmerzen) und frühe Schwangerschaften. Die seelischen Folgen sind Bindungsstörungen, mit der Unfähigkeit, Anderen zu vertrauen und erfüllte soziale Kontakte zu leben. Typisch sind Schuld- und Schamgefühle und die Überzeugung mangelnden Selbstwertes. Affektregulation und Impulssteuerung sind beeinträchtigt, was zu Anspannung, (Auto-) Aggression und Suizidalität führt. Essstörungen und Suchtmittelkonsum sollen das Leid lindern helfen.

#### 5. Frauen, Sucht und Traumatisierung

Bei den Gewaltformen, die Frauen erleiden, wird zwischen seelischer (Demütigung, Einschüchterung, Kontrolle, verbale Gewalt), körperlicher (Ohrfeigen, Schlägen, Verprügeln, Verbrennen, Würgen, Waffengewalt) und sexueller Gewalt (erzwungene

intime Berührungen oder Geschlechtsverkehr, das Ansehen von Pornos, unerwünschte sexuelle Praktiken) unterschieden. Verglichen mit Frauen in der Allgemeinbevölkerung (vgl. BMFSFJ 2004) haben süchtige Frauen deutlich mehr Gewalt in ihrem Erwachsenenleben erfahren (zusammengefasste Ergebnisse aus unterschiedlichen Studien): körperliche Gewalt (Frauen Allgemeinbevölkerung) 37% : 80% (süchtige Frauen), sexuelle Gewalt 13% : 60%, seelische Gewalt 42% : 90%.

Die körperlichen Folgen der Gewalt sind Verletzungen, Geschlechtskrankheiten, Gesundheitsstörungen, Tod und negative Folgen für eine Schwangerschaft. Die seelischen Folgen sind Scham- und Schuldgefühle, Selbstwertprobleme, die Überzeugung mangelnder Selbstwirksamkeit, Angst- und depressive Störungen, Suizidalität, Selbstverletzungen und PTBS.

Das Risiko für Gewalterfahrungen ist bei süchtigen Frauen auch dadurch erhöht, dass viele von ihnen, im Gegensatz zu süchtigen Männern, die häufig nicht-süchtige Partnerinnen haben, in stabilen Sucht-Partnerschaften leben.

Eine neuere Studie hat gezeigt, dass süchtige Frauen mit Gewalterfahrungen ein hohes Aggressionspotential besitzen. Insbesondere können sie ihren Zorn nicht regulieren und stehen dem Leben und Anderen insgesamt feindselig gegenüber (Vogt & Kuplewatzky 2015). Ein wichtige Erkenntnis, die deutlich macht, dass Frauen auch Täterinnen sein können, insbesondere ihren Kindern gegenüber – ein insgesamt massiv tabuisiertes Thema.

Süchtige Frauen leiden sehr häufig, außer an den schon oben genannten seelischen Störungen, an weiteren Komorbiditäten, wie Psychosen und Persönlichkeitsstörungen. Der Anteil süchtiger Frauen mit seelischen Komorbiditäten ist desto höher, je früher der Suchtmittelmissbrauch begann und korreliert damit mit den oben genannten Gewalterfahrungen, deren Häufigkeit ebenso vom Suchtbeginn abhängt.

Beim Vorliegen der Doppelbelastung Sucht und Gewalt besteht bei Frauen die Gefahr der Re-Viktimisierung, des Immer-wieder-Opfer-Seins, dessen wesentlicher Risikofaktor der Suchtmittelkonsum ist. In einem Zirkelprozess triggert der Konsum Gewalttätigkeiten, die zu mehr Konsum zur Bewältigung der Gewalterfahrungen führen, was erneute Gewalttätigkeiten provoziert. Verschärfend wirken negative soz. Merkmale (Armut), mangelnde personale und materielle Ressourcen sowie öffentliche und Selbst-Stigmatisierung. Letztere führt dazu, dass die Frauen glauben, selbst Schuld an der zugefügten Gewalt zu sein. Dies ist vielleicht ein Grund dafür, warum die Frauen ihren Partner spät oder gar nicht verlassen.

## **6. Hilfen für Kinder Und Jugendliche mit Suchtmittelproblemen**

46% der Mädchen (28% der Jungen) (Durchschnittsalter 17 J.) mit Suchtmittelproblemen in Bremer Einrichtungen hatten, neben weiteren negativen Lebensereignissen, auch Gewalterfahrungen (Schmidt 2008). Zu den Hilfesystemen

gehören Jugendhilfe, Suchthilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Institutionen sind durch jeweils spezifische Kompetenzen gekennzeichnet und haben deshalb einen eingeschränkten Blick für die Komplexität der Störung der Jugendlichen. Dies zeigen auch die Ergebnisse zweier Studien (Schmidt 2008; Schu et al. 2009), wonach Jugendliche mit Suchtmittelproblemen im Schnitt vier Vorbetreuungen aufwiesen, z.B. durch Krankenhäuser, in Drogenberatungen, in der Kinder- / Jugendpsychiatrie und durch das Jugendamt. Mehr als fünf Vorbetreuungen hatten 26% der untersuchten 12-15 Jährigen.

Deshalb gehören die Kooperationen zwischen den Hilfesystemen zu den erforderlichen Interventionsnotwendigkeiten, aber auch das Angebot früher Hilfen durch Zusammenarbeit mit KiGa, Schule, Polizei, Medizin und Erziehungsberatung. Suchtbelastete Familien müssen früh erreicht werden. Zu den präventiven Maßnahmen gehören Persönlichkeit stärkende und neue Perspektiven eröffnende Angebote in ausreichender Zahl für Mädchen und Jungen. Eine jugend- und suchtspezifische Qualifizierung aller beteiligten Fachkräfte ist ebenso notwendig wie deren Genderkompetenz, damit sie den betreuten Jugendlichen positive Vorbilder sein können.

## **7. Hilfen für süchtige Frauen in Gewaltbeziehungen**

Die Hilfen, die Frauen mit der Doppelbelastung Sucht und Gewalt erfahren, sind nicht ausreichend. Die Befragung einer kleinen Gruppe dieser Frauen (Vogt & Kuplewatzky 2015) ergab, dass die informellen Hilfen durch das soziale Umfeld sehr wichtig sind, dass dieses Netz bei zunehmender Problematik jedoch immer dünner wird. Ärzte und Polizei helfen zwar in der akuten Situation, lösen aber die bestehenden Probleme nicht. Polizei und Jugendamt sind gefürchtet, weil sie das Kindeswohl im Blick haben und die Frauen befürchten, dass ihnen ihre Kinder weggenommen werden. Ein für sie unerträgliches Ereignis, würde es doch ihre Mit-Täterschaft belegen.

Die überwiegende Zahl der Frauenhäuser nimmt süchtige Frauen nicht auf, obwohl Frauen und Kinder Gewaltopfer sind.

Erschwerend kommt hinzu, dass die Frauen selbst wenig bereit sind, ihre Situation zu ändern.

Was Frauen mit Gewalterfahrungen im Suchthilfesystem brauchen ist vor allem das Angebot einer stabilen, tragfähigen Beziehung. Darüber hinaus muss in den Einrichtungen ein sicheres, genderbewusstes Milieu, mit standardisiertem Vorgehen bei Gewalt, geschaffen werden. Frühe und späte Gewalterfahrungen im Leben, als Opfer wie als Täterin, müssen thematisiert werden. Die Suchthilfe muss eng mit anderen Institutionen, wie Polizei, Justiz, Psychiatrie, Frauenberatung, Frauenhäusern, Jugendhilfe und Jugendamt zusammenarbeiten, um dem umfassenden Hilfebedarf der betroffenen Frauen gerecht zu werden (Gahleitner&Tödte 2015).

In den Hilfeinrichtungen müssen die HelferInnen ihre Genderkompetenz durch Reflexion und Beantwortung folgender Fragen erhöhen: Wie beeinflussen die eigenen Erfahrungen die Sicht auf und das Verhalten gegenüber anderen Frauen oder Männern? Habe ich, gibt es in der Einrichtung eine eindeutige Einstellung gegenüber körperlicher oder seelischer Gewalt? Wie gehe ich /die Einrichtung mit Herabsetzung, Grenzüberschreitung, Provokation, sexistischen Bemerkungen, sexualisiertem Verhalten um? Werden die Klientinnen Wert geschätzt und ihre jeweiligen Fähigkeiten ausreichend berücksichtigt?

Wichtig ist es Genderkompetenz nicht nur individuell zu erwerben sondern schon in den grundständigen Ausbildungen. Im Sinne des Gender Mainstreaming muss die Genderorientierung institutionell (strukturell und inhaltlich) verankert werden (Zenker fdr Texte 2009).

Genderhomogene Gruppen sind generell, besonders jedoch für süchtige Frauen mit Gewalterfahrungen, notwendig. Ein ähnlicher sozio-kultureller (Gender-) Erfahrungshintergrund erleichtert und fördert den gegenseitigen Austausch und das Verständnis. Frauengruppen gewähren Schutz und ermöglichen deshalb die Bewusstmachung und Integration seelischer Traumata sowie Gefühlsbearbeitung, Stärkung von Selbstwert und Selbstwirksamkeit. Ein einengendes Rollenverständnis kann überwunden und die Entwicklung einer befriedigenden Identität ermöglicht werden.

Bei ausgewogenem Geschlechterverhältnis und ausreichend stabiler Gender-Identität werden genderbewusste, gemischtgeschlechtliche Gruppen sinnvoll. Hier können Dialog- und Handlungsfähigkeit entwickelt und erprobt werden. Gegenseitiges, achtungsvolles Verstehen wird gefördert und eine neu definierte Geschlechtsrolle kann erprobt werden.

Neben den genderbewussten Gruppen ist das Gruppenangebot ‚Sicherheit finden‘, für süchtige Frauen mit Gewalterfahrungen, auch mit PTBS-Symptomatik, von Najavits (2009) gut einsetzbar. Voraussetzung für die kognitiv-behaviorale-interpersonelle Therapie für Erwachsene und Jugendliche ist eine traumabewusster Ausbildung. In 12 Sitzungen à 90 Min, während sechs Wochen, werden unterschiedliche Themenblöcke mit folgenden Zielen bearbeitet: Leben ohne Sucht, Auslöser erkennen, gut Sorge für sich selbst tragen, verlässliche Personen finden, Grenzen setzen, Heilung von Wut, Befreiung aus häuslicher Gewalt oder Missbrauch und Verhinderung selbstschädigender Handlungen.

Es findet keine Traumabearbeitung oder -exposition statt, sondern Psychoedukation mit dem Ziel des Aufbaus sicherer Bewältigungsstrategien. Untersuchungen haben gezeigt, dass die Symptome schnell geringer werden und die Ergebnisse auch bei katamnestischen Nachbefragungen stabil bleiben. Es gibt nur wenig unerwünschte Nebenwirkungen, wie eine leichte Zunahme der PTBS-Symptomatik bzw. des Suchtkonsums. Besonders Alkoholikerinnen profitieren gut von diesem Programm. Wichtig ist, die individuelle Wirkung der Behandlung im Blick zu haben. Aus wissenschaftlicher Sicht reichen die bisher vorliegenden Evidenzbeweise noch nicht aus.