

Dokumentation

# Im Kreislauf von Gewalt und Sucht \_ **Betroffene wirksam unterstützen!**

**Basiswissen, Hintergründe  
und Zusammenhänge**

## **Fachtage**

**im Rahmen des Bundesmodellprojektes GeSA**

**23.09./21.10.2015** in Stralsund

**04.11./11.11.2015** in Rostock

Für Fachkräfte aus der Suchtkrankenhilfe,  
dem Gesundheitswesen und  
der Sozialen Arbeit

**Veranstalterin:**

Frauen helfen Frauen e.V. Rostock



**Verbund zur Unterstützung von Frauen  
im Kreislauf von Gewalt und Sucht**  
als Modellprojekt finanziert  
durch das Bundesministerium für Gesundheit

Das Anliegen von GeSA, Frauen im Kreislauf von Gewalt und Sucht besser unterstützen zu können, stellt alle beteiligten Hilfesysteme vor besondere Herausforderungen. Vor dem Hintergrund sehr breit gefächelter Symptome und Folgen sind an der Begleitung und Unterstützung betroffener Frauen viele Einrichtungen und Institutionen mit ganz unterschiedlichen Arbeitsaufträgen beteiligt. Eine gemeinsame Erfahrung eint viele Beteiligte: das Erleben wiederholter frustrierender Rückschläge und Misserfolge. Ursächlich dafür scheint u.a. zu sein, dass Auslöser für bestimmte Verhaltensweisen Betroffener, Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen Gewalt und Sucht unterschätzt, nicht erkannt oder nicht ausreichend berücksichtigt werden (können). Die Entdeckung neuer Handlungsmöglichkeiten setzt fachspezifische Kenntnisse in den Bereichen Sucht, Gewalt und Trauma voraus.

Dazu haben wir im Rahmen des GeSA-Modellprojektes im Jahr 2015 je zwei Fachtage in den Regionen Rostock und Stralsund durchgeführt. Ziel der GeSA-Fachtage war es, Basiswissen zu vermitteln, um so den unterschiedlichsten Professionen Möglichkeiten eines sensiblen Umgangs mit betroffenen Frauen zu eröffnen. Dieser soll sowohl die Aspekte des problematischen Suchtmittelkonsums als auch der traumatisierenden Gewalterfahrungen einbeziehen.

In jeweils acht verschiedenen Workshops haben sich die insgesamt 168 Teilnehmenden sehr erfolgreich mit den unterschiedlichen Aspekten von Gewalt & Sucht auseinandergesetzt. Zur Einführung gab es drei sehr informative Fachvorträge von den Expertinnen unseres GeSA-Beirates, die wir im Folgenden für weitere Interessierte dokumentiert haben.

Wir wünschen eine erkenntnisreiche Lektüre!

# Inhalt

Seite **3 – 22**

**Alkohol – Hintergrund von Gewalt und Reaktion auf Gewalt**

*Prof. Dr. Barbara Kavemann*

Seite **23 – 40**

**Die Zusammenhänge zwischen Trauma, Posttraumatischer Belastungsstörung und Suchterkrankung**

*Dr. Katrin Körtner*

Seite **41 – 53**

**Gewaltbetroffene Frauen in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe**

*Prof. Dr. Klaudia Winkler*



**Prof. Dr. Barbara Kavemann**

*Soziologin, Sozialwissenschaftliches  
FrauenForschungsInstitut Freiburg*

Eine wahre Freude, was sich hier gerade in Mecklenburg-Vorpommern entwickelt. Und es gibt ganz viele, und auch wir aus Berlin z.B., die mit großem Neid hierher schauen, was hier gerade gelingt und wo hier Ressourcen genutzt werden bzw. überhaupt erst einmal verfügbar gemacht worden sind von Euch. Weil ohne dieses Engagement von Eurer Seite her wäre auch aus dem Modellprojekt so schnell nichts geworden.

Ich habe mir vorgenommen, Sie jetzt erst einmal etwas mit Informationen zu überschütten. Die vorliegende Forschung in diesem Feld (»Was hat Alkohol mit Gewalt im Geschlechterverhältnis zu tun« und vor allem mit dem Schwerpunkt »Häusliche Gewalt«) liegt zum Teil ausschließlich in

englischer Sprache vor. Es gibt leider relativ wenig auf Deutsch und da möchte ich Ihnen jetzt einen Überblick geben.

Ich glaube vor zwei Wochen bekam ich eine neue Studie zugeschickt, eine deutsche Studie, mehrere Hochschulen haben daran gearbeitet, Schwerpunkt in Frankfurt/Main. Aber es ist mir nicht mehr gelungen, das noch einzuarbeiten, das muss ich also bei nächster Gelegenheit nachliefern. Aber die Studie habe ich schon an GeSA geschickt und das Team wird sie sicherlich auch zur Verfügung stellen, wenn einige unter Ihnen sind, die sich das gerne genauer anschauen wollen.

### Überblick

#### **Ergebnisse der Bestandsaufnahme des Unterstützungssystems bei Gewalt gegen Frauen in Deutschland.**

Identifizierung von Lücken im Angebot von Schutz und Beratung.

#### **Ergebnisse von internationalen und nationalen Studien.**

gemeinsames Auftreten von Gewalt in Paarbeziehungen und problematischem Suchtmittelkonsum.

#### **Risiken des Suchtmittelkonsums bei Opfern und Tätern.**

#### **Beispiele, von denen profitiert werden kann.**

*Barbara Kavemann, 23.9.2015*

Was will ich? Eine ganze Menge. Ich möchte Ihnen etwas vorstellen zu der Bestandsaufnahme, die wir gemacht haben für die Bundesrepublik Deutschland als Ganzes, wo wir bestimmte Versorgungslücken deutlich identifizieren konnten, die viel mit unserem Thema zu tun haben. Versorgungslücken im Bereich von Schutz und Unterstützung. Ich möchte Ihnen Studien vorstellen und was zu den Risiken sagen und dann noch ein paar Beispiele vorstellen, wo andersorts, das ist dann eben auch meist im Ausland, bereits gute Erfahrungen gemacht worden sind und von denen man dann hier profitieren könnte.

## Ergebnisse der Bestandsaufnahme des Unterstützungssystems bei Gewalt gegen Frauen in Deutschland

Das ist jetzt eine Vorstellung, nur eine kurze Übersicht über das, was wir im Rahmen dieser Bestandsaufnahme gemacht haben. Wir haben eben alle auffindbaren Frauenhäuser und Zufluchtswohnungen befragt, wir haben alle Fachberatungsstellen zu Gewalt gegen Frauen befragt. Wir haben auch nichtspezialisierte Fachberatungsstellen befragt. Wir wollten einfach mal wissen, was gibt es denn in Deutsch-

land überhaupt an Einrichtungen, die zu dieser Thematik »Gewalt im Geschlechterverhältnis«, speziell »Gewalt in Paarbeziehungen« arbeiten.

Wir haben so rund um die 350 Frauenhäuser in Deutschland und über 700 spezialisierte Beratungsstellen zum Thema und man muss ganz einfach sagen, die wenigsten davon gibt es in Mecklenburg-Vorpommern, weil das jetzt ein Land ist – und Sie kennen das besser als ich – mit großer Fläche, mit wenig Bevölkerung, zum Teil auch

## Bestandsaufnahme des Unterstützungssystems bei Gewalt gegen Frauen

Datenqualität: Rücklauf von Fragebögen Online- und Papierversion, Stand 2012

	Zugang ggf. Auswahl	Gesamtanzahl der angeschriebenen Stellen	auswertbarer Rücklauf	Rücklauf in %
Frauenhäuser und Zufluchtswohnungen	Adressen über Frauenhauskoordinierung und eigene Recherchen	353 Vollerhebung	222	62
Fachberatungsstellen bei Gewalt gegen Frauen	Adressen über Bundesverband der Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe sowie eigene Recherchen	721 Vollerhebung	265	37
nicht auf Gewalt spezialisierte Beratungsstellen	Versand der Fragebögen zentral über Fachverbände, Größe der Grundgesamtheit unbekannt	unbekannt, wie viele erreicht wurden	224	unbekannt
kommunale Frauen- und Gleichstellungsbeauftragte	Versand zentral über die Bundesgeschäftsstelle der kommunalen Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten, Größe der Grundgesamtheit laut Bundesgeschäftsstelle: ca. 1.900	Insgesamt: 1.900, unbekannt, wie viele davon angeschrieben wurden	371	19,5 geschätzt

mit weiten Fahrwegen zu Unterstützungseinrichtungen hier bei Ihnen, mit wenig Chance von daher auf spezialisierte Einrichtungen, weil die lohnen sich nur, wenn viele Leute beisammen sind. Von daher finde ich es ganz wunderbar, dass hier so ein sehr besonderes Projekt angesiedelt werden konnte.

Wir haben, um diese Bestandsaufnahme zu machen, uns ein Leitbild gesetzt. Was braucht es denn eigentlich? In Deutschland gibt es keine Bedarfserhebung. Wir haben keine Erhebung darüber, die gibt es überhaupt in ganz wenigen Ländern, weil so etwas aufwendig und teuer ist. Wir haben wenige Erkenntnisse darüber, wie viele Menschen es tatsächlich gibt bei uns, die so etwas bräuchten wie Schutz oder spezifische Unterstützung. Wir wissen, dass nur ein Teil von ihnen ankommt in den existierenden Beratungseinrichtungen. Denn wir wissen, immer wenn es eine neue Kampagne gibt, wenn viel in der Presse steht, wenn etwas Neues passiert, kommen plötzlich ganz viele an in den Unterstützungseinrichtungen, die vorher nicht da waren, die aber ganz offensichtlich diese Unterstützung benötigen. Das war z. B. deutlich zu beobachten, als vor 1,5 Jahren das bundesweite Hilfetelefon »Gewalt gegen Frauen« seine Arbeit aufnahm und mit einem Mal meldeten sich da ganz viele, die vorher noch nie mit dem Unterstützungssystem Kontakt hatten.

Das heißt, wir wissen nicht, wie hoch der Bedarf ist. Deswegen haben wir gesagt, es braucht eine Orientierungsgröße wie ein Leitbild: jede akut von Gewalt betroffene Frau und auch Kinder, die mit ihr leben, sollen Schutz erhalten und zwar umgehend. Jede Frau, die Gewalt erlebt, soll zeitnah Zugang zu Beratung haben. Nicht alle brauchen Schutz und nicht alle wollen von zu Hause weggehen. Viele brauchen erst mal eine gute Beratung. Da geht es um verlässliche Information und da geht es vor allem auch darum, dass man Zugangsbarrieren abbaut. Weil, es ist nicht leicht, Beratung zu erreichen und es ist auch nicht leicht, an einem Punkt anzukommen, an

dem man sagt: Ich brauche das jetzt. Das was ich erlebe, ist schlimm genug, so dass ich jemanden fragen kann, dass ich um Unterstützung bitten kann, das was ich erlebe, das passt auch zu dem, was dieses Unterstützungssystem anbietet und umgekehrt.

### Leitbild für eine anzustrebende Bedarfsdeckung

---

1. **JEDE** akut von Gewalt betroffene **FRAU** soll umgehend Schutz erhalten. Auch ihre Kinder sollen Schutz erhalten.

---

  2. **JEDE FRAU**, die akut Gewalt erfährt, soll zeitnah Zugang zu einer Beratungsstelle haben, um
    - ihre Situation und ihre Handlungsmöglichkeiten abklären zu können und in ihren Entscheidungen respektiert und unterstützt zu werden,
    - um Unterstützung bei der Beendigung der Gewalt bzw. der Gewaltbeziehung zu erhalten,
    - um über ihre Rechte als Opfer in möglichen Strafverfahren gegen Täter informiert zu werden.
    - Alle Hemmnisse und Hürden, die dem zeitnahen Kontakt entgegenstehen, sind abzubauen.
    - Kinder, die Gewalt zwischen den Eltern miterlebt haben, sollen eigenständige Unterstützung erhalten.

---

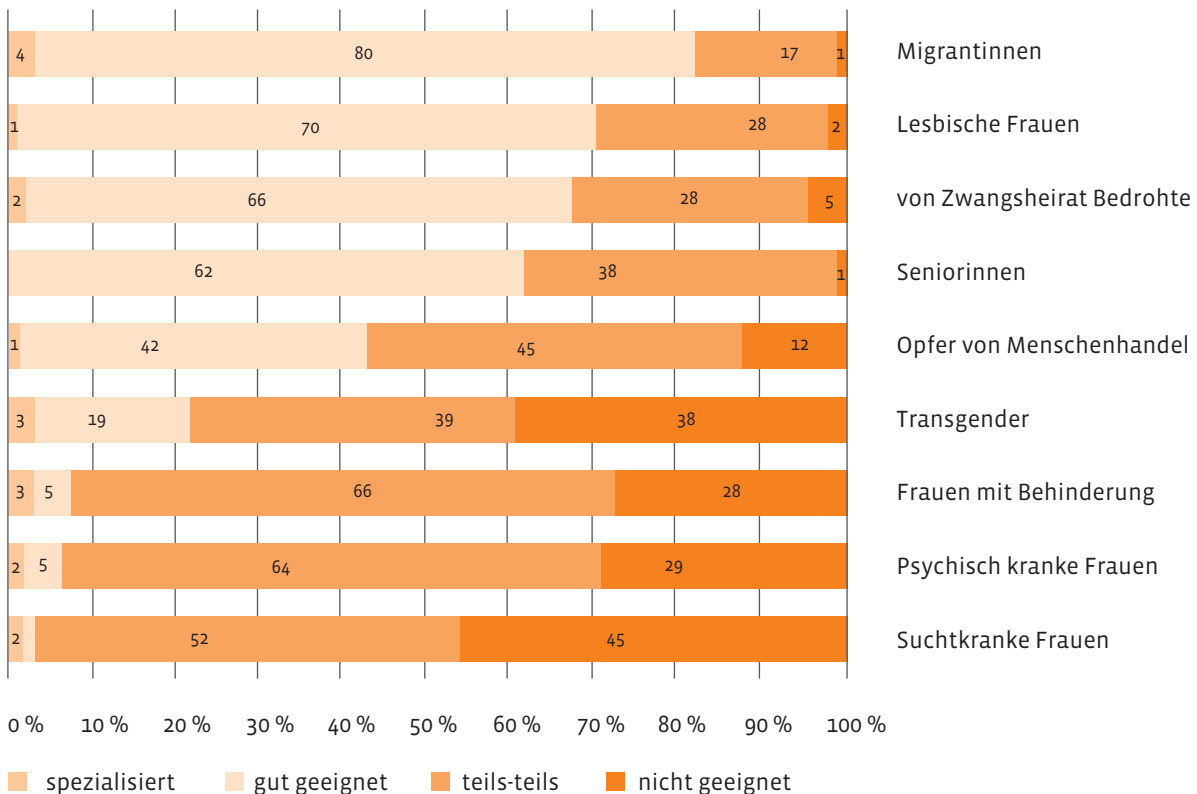
  3. **JEDE FRAU**, die zurückliegende Gewalterfahrungen aufarbeiten, ihre Rechte als Opfer wahrnehmen oder eine Anzeige erstatten möchte,
    - soll Zugang zu entsprechender, für sie geeigneter Beratung und Begleitung haben.
    - Bei Bedarf – vor allem nach traumatischem Gewalterleben – soll Zugang zu geeigneter Therapie ermöglicht werden.
    - Auch hier sind alle Hemmnisse und Hürden, die dem Kontakt entgegenstehen, abzubauen.
-

Im Moment ist es zum Teil immer noch eher so, dass die Betroffenen den Eindruck haben, sie müssen zum Unterstützungssystem passen und nicht, dass das Unterstützungssystem zu ihnen passen muss und zu ihren Problemen. Und dann noch ein dritter Punkt. Jede und wieder mit Betonung auf JEDE Frau, die Gewalt erlebt hat und die sich danach damit auseinandersetzen will, die mit den Folgen umgehen lernen will, die daran arbeiten will, dass es ihr besser geht, dass es auch ihren Kindern besser geht und das dieses Erleben in ihrer Geschichte überwunden wird oder zumindest so weit wie möglich bewältigt wird, hat einen Anspruch darauf. Es geht darum, dass man Informationen bekommt über Rechte, die man wahrnehmen will und Zugang bekommt zu weitergehender Unterstützung.

Dieses kleine Leitbild, (das ja ein relativ bescheidenes ist, im Vergleich zu anderen Leitbildern, die 20 Seiten füllen), bedeutet aber eine große Herausforderung. Weil wir gesagt haben: **JEDE FRAU**. Es ist im Moment nicht so, dass das existierende Unterstützungssystem zugänglich für jede Frau ist. Und ganz stark ausgeschlossen sind diejenigen, um die es heute gehen wird.

Wir haben Frauenhäuser in Deutschland befragt: Wie sehen sie sich denn geeignet für die unterschiedlichsten Zielgruppen, die Schutz brauchen bei Gewalt in Paarbeziehungen?

### Eignung der Frauenhäuser für bestimmte Zielgruppen (in %) (Stand 2012)



Quelle: Bestandsaufnahme Frauenhäuser, Fachberatungsstellen und andere Unterstützungsangebote für gewaltbetroffene Frauen und deren Kinder 2011 – BMFSFJ/SoFFI F, Frauenhausbefragung, Datenbasis: zwischen n=198 und n=221, je nach fehlenden Angaben; Prozente berechnet auf gültige Angaben

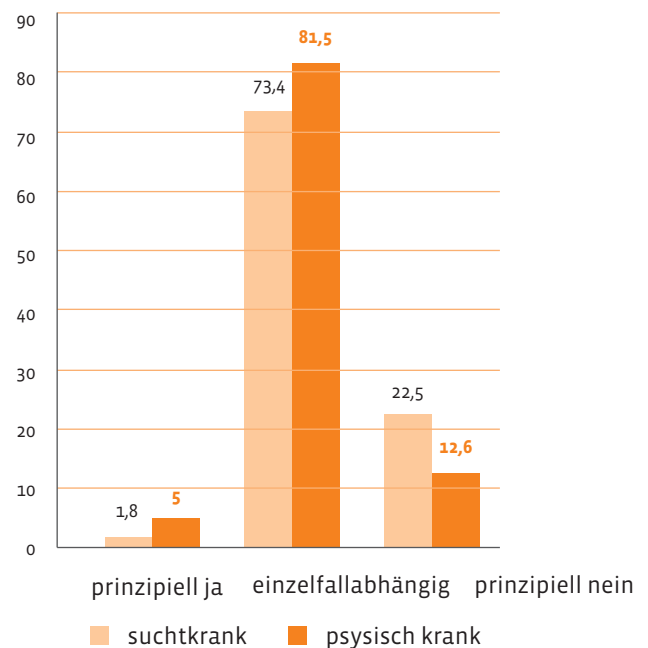
Und da sehen Sie z. B. in der ersten Zeile – wie gut geeignet die meisten Frauenhäuser sich fühlen und einschätzen, wenn es darum geht, Migrantinnen zu unterstützen, die von Gewalt betroffen sind. Und das ist darauf zurückzuführen, dass wir jetzt fast 20 Jahre lang eine ganz intensive Diskussion und Qualifizierung zu diesem Thema in den Frauenhäusern hatten. Die Frauen mit unterschiedlichster Herkunft suchen hier Schutz und dafür haben diese Einrichtungen sich richtig gut aufgestellt. Meist fehlt es ihnen noch an Geld und an Mitteln für Dolmetscherinnen. Aber ansonsten haben sie sich richtig gut aufgestellt. Migrantinnen sind sehr gut aufgehoben in diesen Einrichtungen.

Und jetzt schauen Sie auf die letzte Spalte, die suchtkranken Frauen. Fast die Hälfte, 46 Prozent aller befragten Frauenhäuser sagten: Dafür sind wir nicht geeignet. Und das hat Gründe. Es handelt sich beim Frauenhaus um eine stationäre Einrichtung, d. h. die Frauen mit ihren Kindern leben hier über unterschiedliche Zeiträume. Diejenigen, die hier arbeiten, sind keine Expertinnen für den Bereich Sucht. Das Frauenhaus funktioniert nur, wenn diejenigen, die hier ankommen, eine gewisse Kompetenz und Fähigkeit mitbringen, selbstverantwortlich für ihren Alltag zu sorgen und selbstverantwortlich ihre Kinder zu versorgen. Nachts gibt es in der Regel keine professionellen Dienste im Haus. Die Bewohnerinnen müssen selbst relativ viel übernehmen.

Frauenhäuser sind schlecht ausgestattete Einrichtungen, obwohl sie Kriseneinrichtungen sind. Sie sind eine der wenigen Kriseneinrichtungen in diesem Land, die keine professionellen Nachtdienste finanziert bekommen. Das heißt, die Gemeinschaft der dort Lebenden muss soweit funktionieren, dass sie halbwegs stabil ist, auch wenn gerade keine Mitarbeiterinnen im Haus sind. Und das ist eine schwierige Angelegenheit, wenn es um das Thema geht. Viele Frauenhäuser sagen ja auch: Das müssen wir vom Einzelfall abhängig machen. Ob wir jetzt eine Frau aufnehmen, die akut trinkt, das

hängt davon ab, wie stabil die Hausgemeinschaft im Moment gerade ist. Gibt es hier Frauen, die schlimme Erfahrungen mit trinkenden Partnern gemacht haben und die das überhaupt nicht aushalten könnten, wenn ihre Zimmernachbarin ständig mit einer Alkoholfahne durchs Haus ginge. Haben wir die Möglichkeit, Frauen einzeln unterzubringen oder müssen diese sich ein Zimmer teilen. Das sind Voraussetzungen, von denen es abhängt, ob eine Frau mit einer spezifischen Problematik aufgenommen werden kann. Das Gleiche gilt im Übrigen für Frauen, die starke psychische Probleme und Symptomaten aufweisen. Da kommt die Einrichtung Frauenhaus mit der bisherigen Ausstattung ebenfalls an ihre Grenzen. Sie sehen es hier noch mal in dieser Grafik.

**Aufnahme psychisch erkrankter und suchtkranker Frauen in Frauenhäusern (in %) (Stand 2012)**

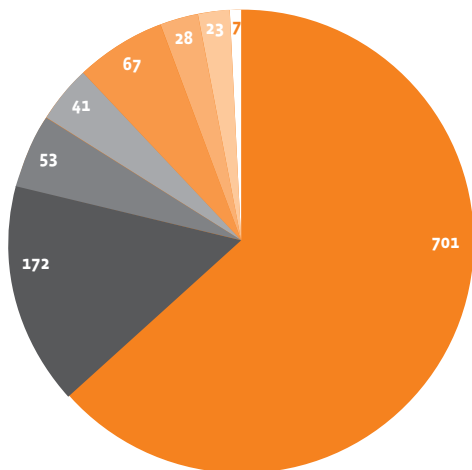


Quelle: Bestandsaufnahme Frauenhäuser, Fachberatungsstellen und andere Unterstützungsangebote für gewaltbetroffene Frauen und deren Kinder 2011 – BMFSFJ/SoFFI F., Frauenhausbefragung, Datenbasis: n=222

Es ist viel Bereitschaft da, das sehen Sie an der Formulierung »Wir machen es vom Einzelfall abhängig«. Auch Einrichtungen, die sagen »eigentlich sind wir gar nicht dafür aufgestellt.«, sagen dann: »Okay, wir werden es im Einzelfall probieren.«



**Weitervermittelte Frauen in 2010  
(nach Gruppenzugehörigkeit in abs. Zahlen / außer Platzmangel)**



- psychisch kranke/suchtkranke Frauen
- Frauen mit Sohn über Altersgrenze
- Behinderte Frauen
- Pflegebedürftige Frauen
- Frauen ohne legalen Aufenthalt
- Asylbewerberinnen
- Studentinnen / Azubis ohne Refinanzierbarkeit
- Frauen unter 25 Jahren ohne Refinanzierbarkeit

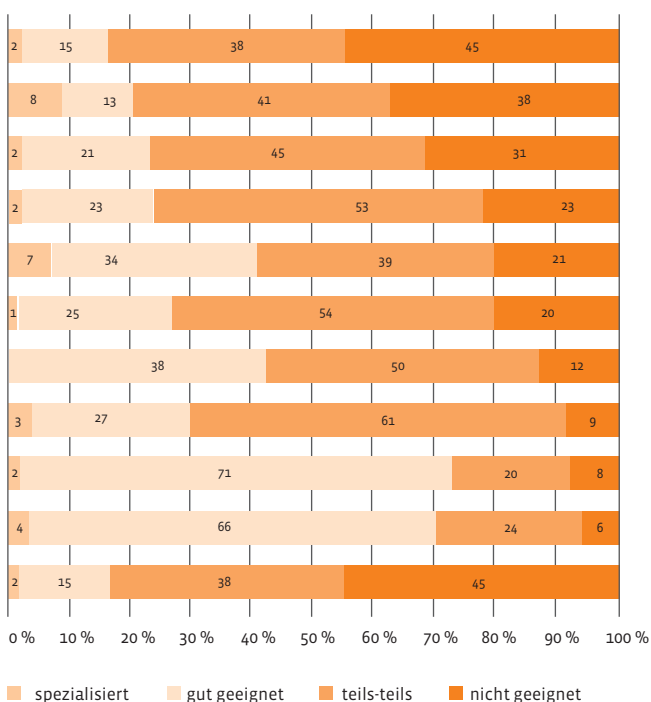
Quelle: Bestandsaufnahme Frauenhäuser, Fachberatungsstellen und andere Unterstützungsangebote für gewaltbetroffene Frauen und deren Kinder 2011 – BMFSFJ/SoFFI F., Frauenhausbefragung, Datenbasis: n=222; insgesamt wurde die Zahl von ohne fehlende Angaben 1.092 Frauen genannt, deren Verteilung dargestellt ist.

Psychisch kranke Frauen und suchtkranke Frauen sind diejenigen, die am ehesten weitervermittelt wurden, d.h., wenn sie angefragt haben wegen Schutz in einem Frauenhaus, wurde ihnen gesagt »Bei uns könnt Ihr nicht bleiben, wir versuchen Euch an einen sicheren Ort zu bringen«.

Aber das große Problem ist: Es gibt ganz wenige andere sichere Orte als Frauenhäuser. Die Woh-

nungslosenhilfe kann keine Sicherheit bieten und Beratungseinrichtungen können keine Sicherheit bieten. Sie können nicht sicher schützen, wenn eine akute Bedrohung da ist und ein Partner einer sich trennenden Partnerin nachstellt, sie bedroht, wenn es um Gesundheit und Leben geht. Da haben wir eine ganz große Versorgungslücke für bestimmte Zielgruppen. Wenn Sie auf den ambulanten Bereich schauen, auf die spezialisierten Beratungsstellen, dann sehen Sie, hier sieht es ein bisschen besser aus für Frauen mit Suchtproblemen als im stationären Bereich.

**Eignung der spezialisierten Fachberatungsstellen für bestimmte Zielgruppen (in %) (Stand 2012)**



- psychisch kranke Frauen
- Opfer von Menschenhandel
- Transgender
- suchtkranke Frauen
- von Zwangsverheiratung Bedrohte
- Frauen ohne legalen Aufenthalt
- Asylbewerberinnen
- Frauen mit Behinderungen
- Seniorinnen
- lesbische Frauen
- von Genitalverstümmelung bedrohte Frauen

Quelle: Bestandsaufnahme Frauenhäuser, Fachberatungsstellen und andere Unterstützungsangebote für gewaltbetroffene Frauen und deren Kinder 2011 – BMFSFJ/SoFFI F., Befragung der spezialisierten Fachberatungsstellen, Datenbasis: n=265 ohne fehlende Angaben

In den Beratungsstellen wohnen die Frauen nicht, dahin kommen sie, werden beraten und gehen wieder. Im ambulanten Bereich wird sehr viel eher gesagt: »Wir sind gut geeignet dafür, mit diesen Zielgruppen können wir arbeiten, auch mit den suchtkranken Frauen, auch mit den psychisch erkrankten oder psychisch auffälligen, besonders belasteten Frauen.« Aber wie gesagt, diese Einrichtungen müssen auch nicht schützen.

Gut, so viel zur Versorgungslücke. Ich hoffe, das Problem ist deutlich geworden. Ich muss ganz ehrlich sagen, ich war total beeindruckt, als wir diese Zahlen auf dem Tisch hatten. Wie deutlich diese Versorgungslücke ist und wie wenig im Grunde alle den Blick darauf richteten, weil alle damit befasst sind, in ihrem eigenen Arbeitsfeld die Dinge am Laufen zu halten. Da haben es alle nicht einfach. Da ist man überlastet, da gibt es zu viel. In den Kliniken z. B., da macht man nicht die Tür auf und sagt: »Oh kommt her mit Euren Problemen, wir nehmen Euch auch noch.« Und im Frauenhaus ist es das Gleiche. Da sagt man auch, wir sind eine bestimmte Einrichtung und wir haben bestimmte Zielgruppen und andere können wir mit unseren Gegebenheiten nicht versorgen.

Und das große Problem ist, dass gerade die Frauen, die unter den stärksten Ausschlusskriterien leiden, mit großer Wahrscheinlichkeit – und da sagt die Forschung einiges in diese Richtung – mit großer Wahrscheinlichkeit gerade eine Gruppe sind, die überproportional stark von Gewalt in Paarbeziehungen, von sexueller Gewalt und Gewalt im Geschlechterverhältnis generell betroffen ist. Das heißt, unser Unterstützungssystem funktioniert so, dass am ehesten die besonders stark Betroffenen, und die auf Grund ihrer Symptomatik auch am stärksten darunter leiden, ausgeschlossen sind von bestimmten Angeboten. Das muss geändert werden.

## Ergebnisse von internationalen und nationalen Studien

Ich habe Ihnen ja versprochen, Sie mit Zahlen zu überschütten und das mache ich jetzt. Was gibt es? Es gibt nicht sehr viel Forschung zu diesem konkreten Zusammenhang, von z. B. Alkohol oder anderen Suchtstoffen mit Gewalt in Paarbeziehungen, Gewalt gegen Frauen. Wenn wir nach den neueren Studien, also ab der Jahrtausendwende, schauen, dann sehen wir, die USA hat viel dazu geforscht. Die Forschung dort richtet ihren Blick auf die Gewaltausübenden und auf die Gewalterleidenden. Er richtet sich auf die Einrichtungen der Suchtberatung und Suchtkrankenhilfe und auf die Schutz- und Beratungseinrichtungen, wenn es um Gewalt geht. Und in beiden Bereichen treffen wir auf eine breite Überschneidung dieser beiden Problematiken. Es wurden z. B. Männer befragt, die wegen einer Suchtproblematik in Beratung waren und es stellte sich heraus, dass in der Befragung von ihnen selbst (etwa die Hälfte) gesagt wurde, sie hätten Gewalt gegen ihre Partnerinnen angewendet. Umgekehrt sagte etwa die Hälfte von Männern, die in unterschiedlichen Programmen gegen Gewalt in der Partnerschaft gewesen sind und dort gefragt wurden, dass sie ein Problem mit Alkohol hatten. Eine ganz deutliche Überschneidung.

### Alkohol bei der Ausübung von Gewalt in Paarbeziehungen

- Etwa die Hälfte der beratenen Männer in Suchtberatungsstellen (USA) hat im Jahr vor Behandlungsbeginn Gewalt gegen die Partnerin ausgeübt. (Chermack et al. 2000; Fals-Stewart, Kennedy 2005; Schumacher et al. 2003)
- Die Hälfte der teilnehmenden Männer in Lernprogrammen für gewaltausübende Männer in verschiedenen Städten (USA) hat einen problematischen Alkoholkonsum. (Gondolf 1999)
- Bei Polizeieinsätzen bei Gewalt in Paarbeziehungen (USA) hat mehr als die Hälfte der Tatpersonen einen problematischen Alkoholkonsum. (Hutchinson 2003)
- In einer Polizeistudie aus dem Kanton Bern war in gut der Hälfte der Einsätze zu häuslicher Gewalt die Tatperson alkoholisiert. (Keller et al. 2007)

Es gibt relativ gute Dokumentationen (die gibt es auch bei uns, zwar in den Bundesländern unterschiedlich, aber inzwischen relativ gut) darüber, wie häufig Gewaltausübende und Gewalt-erleidende nach Einschätzung der Polizeibeamten und Polizeibeamtinnen alkoholisiert sind, wenn sie im Einsatz bei Gewalt angetroffen werden. Eine sehr sorgfältig gemachte US-amerikanische Untersuchung besagt, dass dies mehr als die Hälfte der Tatpersonen sind.

Aus Deutschland haben wir unterschiedliche Daten, schwankend zwischen einem Drittel und der Hälfte. Wobei man unterscheiden muss: Es bedeutet nicht, dass diejenigen, die in dieser Einsatzsituation alkoholisiert angetroffen wurden, einer Suchterkrankung unterliegen. Es gibt auch Menschen, die sich betrinken, aber nicht systematisch Alkohol konsumieren. Und es kann sein, dass wir hier auch Fälle haben, wo jemand ausnahmsweise zu viel Alkohol zu sich genommen hat.

Die These vieler betroffenen Frauen und des sozialen Umfeldes lautet: Es ist der Alkohol, der macht, dass er gewalttätig wird. Wenn er nicht trinkt, dann ist er immer so ein Lieber und nur wenn er getrunken hat, dann passiert es. Wenn man systematischer und genauer nachfragt, stellt es sich im Grunde doch als eine Beschönigung des Beziehungsalltags heraus. Bei einem Großteil der Frauen, die sagen, »Wenn er getrunken hat, schlägt er oder ist er gemein, macht mich fertig, vergewaltigt mich.«, kommt während des Interviews noch einmal ein Nachdenken darüber in Gang. Dann sagen sie »Ja, es ist nicht nur wenn er getrunken hat, sondern auch wenn er nüchtern ist.« Es wird immer alles so gerne dem Alkohol zugeschrieben als eine Art Außenfeind. Es ist dann eben nicht der Partner, dem man die ganze Verantwortung zuweisen muss. Im Grunde ist das ein kleiner Anker, der einen in der Beziehung hält. Man sagt, wenn er sich ändern würde und wenn er aufhören würde zu trinken, dann wäre alles vorbei. Das Problem: So ist es nicht.

Bei einer ganz hervorragenden, relativ neuen Studie aus der Schweiz sehen wir ebenfalls das immer gleich auftretende Bild. Etwa die Hälfte der Tatpersonen, die im Polizeieinsatz angetroffen werden, und das sind ganz überwiegend Männer, waren alkoholisiert.

Und nun die andere Perspektive, das Erleben von Gewalt bzw. die Perspektive derer, die Gewalt erlebt haben.

### Suchtmittelgebrauch beim Erleben von Gewalt in Paarbeziehungen

- 60 % der befragten Frauen, die eine Suchtfachstelle aufsuchten (USA), berichteten über aktuelle oder frühere Gewalt durch den Partner (Swan et al. 2001)
- Bei einem Viertel bis zur Hälfte der Frauen, die wegen Gewalt durch den Partner Kontakt zu Opferberatungsstellen hatten (USA), wurde ein problematischer Substanzgebrauch festgestellt (Bennett und Bland 2008)

Über die Hälfte der Frauen, die wegen einer Suchterkrankung Unterstützung gesucht haben, sprechen davon, dass sie Gewalt durch den aktuellen oder durch frühere Partner erlebt haben. Das heißt, sie sind in dieser Falle von Suchterkrankung gelandet und haben eine Geschichte mit häuslicher Gewalt in Form von körperlicher, psychischer oder sexueller Gewalt durch einen Partner.

Und umgekehrt bei einem Großteil der Frauen; allerdings nicht so viele wie bei den Männern als Tatpersonen, sondern etwa halb so viele; ein Viertel der Frauen, die in Opferberatungsstellen Unterstützung gesucht haben wegen erlebter Gewalt durch den Partner, ein Viertel dieser Frauen hat von einer Suchterkrankung, einem Suchtmittelmissbrauch berichtet. Das heißt, wir haben auch auf Seite derer, die Gewalt erleiden, einen nicht unerheblichen Anteil von Suchtmittelkonsum und wir treffen auch hier wieder ganz stark auf diesen Zusammenhang zwischen Gewalterleben und Sucht oder auch – wie wir es vorher hatten – zwischen Gewaltausübung und Sucht.

Diese Problematik ist in der Praxis bekannt, wird aber noch nicht ausreichend bearbeitet. Es wurde ja eingangs sehr deutlich, wie getrennt voneinander diese beiden spezialisierten Arbeitsfelder und Kompetenzfelder arbeiten.

Die erste Prävalenzstudie, die 2004 vorgestellt wurde, erhob Gewalt gegen Frauen. Die neue Prävalenzstudie, die im nächsten Jahr beginnen wird, erhebt Gewalt gegen Frauen und Gewalt gegen Männer gleichermaßen. Wir werden dann zumindest für den Bereich der Frauen zum ersten Mal überhaupt Vergleichsdaten haben. Das heißt, wir werden zum ersten Mal überhaupt sagen können, hat sich denn in 10 Jahren etwas geändert oder hat sich nichts geändert. Wir stehen ja immer vor der Frage, wird Gewalt mehr, wird es weniger. Keiner weiß es.

#### Ergebnisse der deutschen Prävalenzstudie

- 39,5 % der gewaltausübenden Männer waren in der unmittelbaren Gewaltsituation häufig durch Alkohol oder Drogen beeinträchtigt.
- 15,2 % waren es gelegentlich.
- Von Partnergewalt betroffene Frauen waren in der akuten Gewaltsituation zu 3 % häufig und zu 6,8 % gelegentlich durch Alkohol oder Drogen beeinträchtigt.
- Hinzu kommen 3 % bis 7 % Frauen, die in der Folge der erlittenen Gewalt zu Alkohol griffen, um mit der erlebten Gewalt fertig zu werden. (Schrottke, Müller 2004)

Die deutsche Prävalenzstudie aus 2004 hat ganz deutlich erhoben, dass aus der Perspektive der betroffenen Frauen etwa 40 Prozent der gewaltausübenden Männer in der akuten Gewaltsituation durch Alkohol oder Drogen beeinträchtigt waren. Das heißt, es waren Situationen, da war er gewalttätig, er war betrunken oder er war nicht ganz bei sich. Bei weniger Frauen war das gelegentlich, bei manchem war es immer. Die von Partnergewalt betroffenen Frauen, die sagen von sich selbst, dass sie deutlich seltener in der Gewaltsituation betrunken oder anderweitig durch Drogen beeinträchtigt waren. Nun

müssen wir immer Abstriche machen, wenn Leute über sich selber reden. Man sagt ja nicht gerne, ich war betrunken. Und es wurde bereits erwähnt, dass es für Frauen ein großes Problem ist und eine große Hürde, nach außen zu gehen mit der Aussage, ich trinke oder ich nehme dieses oder jenes Suchtmittel zu viel ein, z. B. Medikamente. Ein problematischer Medikamentenmissbrauch ist etwas, was gerade in Frauenhäusern und in Frauenberatungsstellen ganz häufig angetroffen wird und womit diese Einrichtungen relativ gut umgehen können. Man sagt es nicht so gerne von sich, auch im Interview nicht, auch in der Beratung nicht. Deswegen bin ich ja auch erstaunt gewesen über die Selbstaussagen von gewalttätigen Männern, die das benennen. Das ist jedoch auf Seite der gewalttätigen ein Entschuldigungsmechanismus: Ich war betrunken, da kann ich leider nichts dafür. Das war der Alkohol, das war nicht ich. Die betroffene Frau kann das schlecht sagen, wenn die betroffene Frau sagt, ich trinke, dann denken ganz viele: Kein Wunder, dass der sie prügelt. Kein Wunder.

#### Befragung von Frauen in britischen Frauenhäusern

- 51 % sagten, sie und/oder ihr Partner hätten in den letzten 5 Jahren ein Problem mit Alkohol, Drogen oder verschreibungspflichtigen Medikamenten gehabt
- Frauen, die vom Partner misshandelt werden, haben ein 15-fach höheres Risiko für Alkoholmissbrauch und ein 9-fach höheres Risiko für Drogenmissbrauch.

(Women's Aid)

In britischen Frauenhäusern in England und Wales sind eine ganze Reihe Befragungen dazu durchgeführt worden und hier hat sich eine spannende Praxis entwickelt. Es gibt ja in England ein vollkommen anders gestricktes Sozialsystem und einen anderen Umgang mit Alkoholkonsum. Wir haben hier eine Gesellschaft, die sich noch sehr stark als eine Klassengesellschaft versteht, die auch politisch als eine Klassengesellschaft organisiert ist, also ein sehr duales politisches System und eine sehr dual aufgestellte Gesellschaft. Von daher ein anderer Zugang auch auf Frauen und Männer, die Alkohol konsumieren. Diejenigen die sagen, wir gehören zur Arbeiterklasse, haben relativ wenige Probleme damit zu sagen, dass sie Alkohol konsumieren. Die Frauen, die in britischen Frauenhäusern befragt wurden, sagten zur Hälfte, dass entweder sie oder ihr Partner oder beide in den letzten Jahren ein Alkoholproblem hatten oder aber – und das sind dann die Frauen – ein Problem mit verschreibungspflichtigen Medikamenten. Das ist ein hoher Anteil und die britischen Frauenhäuser sind mit diesem Problem konfrontiert, blenden das auch nicht aus und gehen offensiv damit um. Studien betrachten das Problem bevölkerungsweit und erkennen sehr deutlich, dass wenn Frauen vom Partner misshandelt werden, sie dann ein vielfach größeres Risiko haben, Alkohol zu missbrauchen als der weibliche Bevölkerungsdurchschnitt und auch ein deutlich höheres Risiko, andere Drogen zu konsumieren und zu missbrauchen. Das heißt, hier sehen wir in dieser Studie ganz deutlich die Perspektive, dass Gewalterleiden verbunden mit einer relativen Ausweglosigkeit – man kann ja nicht so einfach raus aus einer Beziehung – deutlich den Weg ebnet hinein in eine Suchterkrankung. Da stehen die Türen weit offen.

In andere Richtungen, nämlich: wie finde ich Schutz, wie komme ich hier raus, wie ernähre ich mich und meine Kinder, wie krieg ich mich sozial wieder aufgestellt nach einer Trennung – in diese Richtung sind Türen eher verschlossen. Aber die Tür: »Jetzt trink doch mit und dann hast du keine Probleme mehr« die ist weit offen. Und

ganz häufig gehört es auch zum Misshandlungskontext, dass Frauen von ihren Partnern aufgefordert oder genötigt werden mitzutrinken.

### Screening von Frauen in Londoner Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe

- 80 % berichten von Gewalt durch Partner
- 30 % sagten, sie werden vom aktuellen Partner körperlich misshandelt
  - Alkohol- und Drogenmissbrauch sind sehr oft eine Reaktion zur Bewältigung der Gewalt
  - Doppelte Belastung der Kinder verschärft Konflikte

In Londoner Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe wird seit geraumer Zeit ein systematisches Screening durchgeführt und hier lässt sich sagen, dass 80 Prozent der Frauen, die in diesen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe sind, von Gewalthandlungen durch den Partner berichten. Und – das ist jetzt ein erheblicher Anteil – 30 Prozent sagen, sie werden vom aktuellen Partner körperlich misshandelt. Das ist ein sehr hoher Wert. Wenn nach dem Erleben von Gewalt in Paarbeziehungen gefragt wird, sprechen die meisten Frauen über zurückliegende Paarbeziehungen, weil der Großteil der Frauen trennt sich irgendwann über kurz oder lang. Es berichtet sich sehr viel leichter über zurückliegende Gewalt als über im Moment aktuell stattfindende Gewalt. Dieses ist sehr schambesetzt. Wenn man es einmal überwunden hat, ist es leichter, darüber zu sprechen. Ein so hoher Wert über aktuell stattfindende Gewalt, der findet sich in Studien selten.

Die Frauen beschrieben den Konsum von Alkohol und Drogen als einen Bewältigungsmechanismus und als einen hervorragend wirksamen, aber extrem destruktiven Bewältigungsmechanismus. Er hilft immer wieder über unerträgliche Situationen, schaltet das Nachdenken darüber aus, ist also eine Bewältigungsstrategie – wir kennen das auch von Frauen, die sexuelle Gewalt erlebt haben, auch außerhalb von Paarbeziehungen, und wir kennen das von jugendlichen

Mädchen, die sexuelle Gewalt erlebt haben in Kindheit und Jugend, was für eine wirksame, wenn auch destruktive Bewältigungsstrategie der Alkohol darstellen kann.

Für die Kinder in diesen Familien bedeutet dies ein besonderes Risiko. Wir haben in Deutschland eine ausreichende Forschung zu dem Thema, dass Kinder, die mit alkoholkranken Eltern aufwachsen, ein enormes Entwicklungsrisiko tragen. Sie tragen Belastungen, die eingreifen in ihr psychisches Wohlbefinden, in ihre gesundheitliche Entwicklung generell und in ihre intellektuelle Entwicklung und damit quasi ihren gesamten Lebensweg.

Wir haben auf der anderen Seite Studien, die deutlich zeigen, dass Kinder, die die Gewalt in der Beziehung der Eltern miterleben, die dem ausgesetzt sind, ein vergleichbares Risiko tragen, wie die, die mit alkoholkranken Eltern aufwachsen. Und wenn jetzt beides zusammenkommt, was ja nicht selten ist, dann können wir im Grunde von einer Verdopplung der Belastung der Töchter und Söhne in diesen Familien sprechen. Und das ist eine enorme Belastung und das ist ein großes Risiko. Und auch hier sehen wir bislang, dass im Unterstützungsbereich noch deutlich Verbesserungsbedarf da ist, dass diese Kinder stärker in den Blick genommen werden müssen.

Wenn z. B. Unterstützung angeboten wird für eine Mutter mit einem Alkoholproblem im Frauenhaus. Kann sie hier nicht gut versorgt werden, geht sie in eine stationäre Therapie. Dann stellt sich die Frage, werden die Kinder mit aufgenommen? Oder was bedeutet es für Kinder, bei einem gewalttätigen Vater zurückzubleiben oder weil das der Sicherheit wegen nicht möglich ist, von der Mutter getrennt in einer Jugendhilfeeinrichtung untergebracht zu werden? Diese erneuten Trennungserfahrungen und erneuten Bindungsabbrüche sind schädlich für ohnehin sehr belastete Kinder. Es muss darum gehen, dass genau abgewogen wird, in welcher Situation ist den Kindern eine Trennung zuzumuten und in welcher Situation ist dringend dafür zu sorgen, dass sie mit der Mutter zusammen blei-

ben können, wenn die Mutter die Trennung vom Vater vollzieht und wenn die Mutter in eine Therapie geht und ihre Problematik dort behandeln lässt. Im Gewaltbereich ist das kein Problem, alle Frauenhäuser nehmen die Kinder auf, da ist dafür gesorgt.

Eine neue Untersuchung in einer Züricher Klinik beweist noch einmal, jetzt auch für einen uns naheliegenden Rahmen, wie deutlich die Belastung durch erhöhten Alkoholkonsum mit dem Gewalterleben zusammenhängt.

**Erhöhter Alkoholkonsum und Gewalt in der Partnerschaft bei Frauen in einer Studie im Frauenhospital Zürich**  
(N=1.700 Gloor/Meier 2013)

Gruppe befragter Frauen	Belastung durch erhöhten Alkoholkonsum
Frauen ohne Gewalt in der Partnerschaft	4,7 %
Frauen mit psychischer, kontrollierender Gewalt	9 %
Frauen mit erheblicher körperlicher Gewalt	11,5 %

Frauen ohne Gewalt in der Partnerschaft trinken auch – es gibt auch andere Gründe, weswegen Menschen trinken, es gibt eine Menge Probleme, die Leute im Leben haben können, nicht nur Gewalt. Aber Gewalt ist eine spezifische Belastung und führt ganz besonders oft zu dieser Form der Flucht – es ist ganz einfach eine Prädisposition für Alkoholkonsum, weil Alkoholkonsum so geeignet ist, Folgen von Gewalt temporär zu unterdrücken.

### Ist der Alkohol der Grund für die Gewalt?

(Gloor/Meier 2013)

- Die beiden untersuchten Größen »Alkoholkonsum« und »häusliche Gewalt« treten vielfach zusammen auf.
- Das bedeutet nicht, dass das eine das andere bedingen würde.
- Aufgrund der statistischen Ergebnisse ist es nicht angezeigt, den Alkoholkonsum für die häusliche Gewalt verantwortlich zu machen.
- Es ist nicht von einem Kausalzusammenhang auszugehen. Trotz einer Behandlung des Alkoholproblems setzten sich die häusliche Gewalt, die Macht- und Kontrollansprüche des Mannes gegenüber der Frau fort.

Bleiben wir mal bei diesem Mehrheitsbeispiel, dass Männer gewalttätig gegenüber Frauen sind. Es gibt ja auch umgekehrte Situationen, aber das ist einfach das Mehrheitsbeispiel. Wir haben Gewalt und Alkohol ganz häufig zusammen, aber es bedeutet nicht, dass wir hier einen kausalen Zusammenhang haben: Mann schlägt weil Mann trinkt. Da haben wir gerade auch durch diese Schweizer Studie sehr genaue Belege bekommen. Männer, die gewalttätig waren, die eine Entwöhnung durchmachen, die an ihrem Suchtproblem arbeiten, die aufhören mit dem Trinken, hören nicht automatisch auf, gewalttätig zu sein. Das heißt, das eine Problem aus der Welt zu schaffen bedeutet nicht, dass das andere Problem auch aus der Welt ist und damit haben wir ganz klar keinen Kausalzusammenhang.

### Alkoholkonsum von Gewalt in der Partnerschaft betroffener Frauen

(Gloor/Meier 2013)

Angaben der Frauen in der Opferberatung N=1.013

Alkoholkonsum der Frauen	Anzahl	Häufigkeit
Kein Konsum	543	53,6 %
Unproblematischer Konsum	421	41,5 %
Problematischer Konsum	49	4,8 %

Es geht um anderes. Die gewaltbetroffenen Frauen selbst – auch hier wieder die Schweizer Studie – konsumieren auch. Und Sie sehen: problematischer Konsum fünf Prozent. Wir hatten bei den Männern ein sehr viel höheres Ergebnis, aber auch hier wieder die Einschränkung: Sie sprechen über sich selbst und es ist für eine Frau leichter zu sagen, der Partner trinkt, als zu sagen: Ich trinke.

Wir haben eine deutlich geringere Problematik bei den Frauen, aber immerhin groß genug, so dass man sich darum Gedanken machen muss.

### Alkoholkonsum von Gewalt in der Partnerschaft ausübender Männer

(Gloor/Meier 2013)

Angaben der Männer in der Gewaltberatung N=414

Alkoholkonsum der Männer	Anzahl	Häufigkeit
Kein Konsum	132	31,9 %
Unproblematischer Konsum	163	39,4 %
Problematischer Konsum	119	28,7 %

Bei den Männern geht es auf weit über ein Viertel hinaus. Der Risikofaktor Alkohol besteht darin, dass er gewisse Hemmschwellen senkt, Gewalt also unberechenbarer und deshalb gefährlicher wird, sowie darin, dass er ein Entschuldigungsmechanismus ist, weil man ist ja betrunken und nicht ganz Herr seiner Sinne.

### Ausmaß/Folgen der Gewalt des Mannes gegen die Frau, nach Dualproblematikgruppen

Angaben der Frauen in der Opferberatung  
(Gloor/Meier 2013)

#### Alkoholmissbrauch: Risiko für schwere Gewalt

	Dualproblematik Häusliche Gewalt und Alkohol			
Ausmaß/ Folgen der Gewalt	Niemand (N=467)	Mann (N=389)	Beide (N=39)	Durchschnitt
gering	41,4%	35,7%	18,2%	37,9%
schwer	48,6%	64,3%	81,8%	62,1%

Wir finden weniger einen Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Gewalt generell, als vielmehr zwischen Alkoholkonsum und der Ausübung SCHWERER Gewalt. Trinkt der Partner und trinkt die Partnerin häufig oder regelmäßig, dann haben wir ein Risiko für schwere Gewaltausübung.

Wir kennen mehrere Risiken für schwere Gewalt; sie sind durch die Prävalenzstudie herausgearbeitet worden. Z.B. wenn wir es mit einer jungen Paarbeziehung zu tun haben, er und sie beide relativ jung, beide mit relativ geringem Bildungsstatus und beide mit sehr geringen ökonomischen Ressourcen. Dann haben wir ein Risiko nicht für Gewalt generell, aber für schwere Gewalt, wenn es denn zu Gewalt in der Beziehung kommt.

Wir kennen ein weiteres Muster: wenn eine Paarbeziehung sich zusammensetzt aus einer Partnerin mit hohem Bildungsstatus und gutem Verdienst und einem Partner mit geringerem Bildungsstatus und geringerem Verdienst. Also eine Asymmetrie, die nicht der gesellschaftlich üblichen entspricht. Auch hier haben wir – wenn es zu Gewalt in der Paarbeziehung kommt – ein Risiko für schwere Gewalt. Und Alkoholkonsum ist wiederum ein Risiko für schwere Gewalt. Dass Gewalt vorwiegend nicht unter Alkoholeinfluss ausgeübt wird, sehen wir noch mal deutlich in der Schweizer Studie.

### Gewalt wird vorwiegend NICHT unter Alkoholeinfluss ausgeübt?

(Gloor/Meier 2013: Schweiz)

- \_ ausschließlich ohne Alkoholkonsum (46,9 %)
- \_ mit und auch ohne Alkoholkonsum (28,1%)
- \_ vorwiegend mit Alkoholkonsum (25,0 %)
- \_ **Besondere Risiken** bei beidseitigem problematischem Konsum.

Watson/Parsons 2005: Irland

- \_ Nur in jedem vierten Fall kommt Gewalt ausschließlich mit Alkohol zusammen vor.
- \_ **Risiko:** Gewaltsituationen im Zusammenhang mit Alkoholkonsum führen häufiger zu Verletzungen.

Andere Studien bestätigen das, zum Beispiel eine halbwegs neue irische Studie, die ich unten noch mal zitieren werde. Es gibt immer eine Anzahl von Gewalttaten, Gewalthandlungen oder Gewaltsituationen unter Alkoholeinfluss und ebenfalls Gewaltsituationen, Gewalthandlungen ohne Alkoholeinfluss. Das heißt, wir können hier mehrere Studien heranziehen, unterschiedlich durchgeführt an unterschiedlichen Orten, die sagen: Nein, wir finden hier keinen Kausalzusammenhang.



## Risiken des Suchtmittelkonsums bei Opfern und Tätern

Jetzt werde ich ein bisschen allgemeiner: Wenn wir es mit multiplen Problemlagen zu tun haben, wenn wir Frauen betrachten, die chronisch Gewalt erleben durch den Partner, also nicht einmalig oder situativ, sondern auf gewisse Art und Weise regelhaft, also chronifiziert, dann sprechen wir von einem Misshandlungsverhältnis. Diejenigen, die in diesen Situationen Unterstützung suchen, die kommen mit einem Berg von Problemen in die Beratungsstelle, sei es in die Suchtberatungsstelle, sei es in die Beratungsstelle zu Gewalt im Geschlechterverhältnis. Da geht es dann nicht nur um ein Problem. Da geht es den Kindern nicht gut; da tauchen möglicherweise auch ökonomische Probleme auf; da gibt es möglicherweise Einbrüche in der Erwerbsbiographie und Suchterkrankungen sind sehr geeignet, so etwas hervorzurufen; da gibt es möglicherweise drohenden Wohnungsverlust – da gibt es also eine Menge von Problemen.

### Multiple Problemlagen

Multiple Problemlagen sind bei Frauen, die chronische Gewalt durch den Partner erleben, die Regel

- 
- \_ Krisen und psychische Belastungen sind Alltag
  - \_ Alkohol- und Drogenabhängigkeit
  - \_ Manifeste psychische Störungen / Erkrankungen
- 
- rechtliche Probleme ↘
  - soziale Probleme → intensiver Beratungsbedarf
  - gesundheitl. Probleme ↗
  - Armut → schränkt Mobilität und Hilfesuche ein
  - Krise → verweist zurück auf bestehende Beziehungen und Existenzsicherung
- 

Wir haben es mit Personen zu tun, die diesen großen Unterstützungsbedarf haben und deren Ressourcen gleichzeitig deutlich eingeschränkt sind. Das heißt, sie haben relativ wenige Kräfte frei, um aktiv Unterstützung zu suchen. Sie sind nicht unbedingt so mobil, sie gehen dann nicht einfach so raus, sie müssen sich überlegen: wann gehe ich raus, in welcher Verfassung bin ich, kann ich das jetzt so. Und wenn sie in eine akute Krise geraten, dann verweist diese wieder zurück auf die vermeintliche Sicherheit der Beziehung. Das heißt, immer wenn sie in eine Krise geraten, besteht theoretisch die Möglichkeit, zu sagen: »Okay, jetzt ist aber wirklich Schluss hier, jetzt reicht es.« Gleichzeitig verfügen sie aber über relativ wenig Selbstkompetenzen, eigene Sicherheiten und denken, »oh Gott und wenn ich jetzt hier weg gehe, was passiert denn dann mit mir, was wird aus mir.«

Und gerade wenn ich nicht über sehr viel eigene Ressourcen verfüge, stellt sich die Frage »Was wird aus mir?« mit großem Gewicht. Dann erscheint doch das Zusammenleben in der Beziehung ein sichererer Rahmen für ein Leben zu sein als das Unbekannte, was danach kommt. Wenn man in einer so schlechten Verfassung ist und mit so vielen Problemen überbürdet, dann ist man nicht gerade sehr mutig.

Wenn mit multiplen Problemen gearbeitet wird, stellt sich immer zuallererst die Frage, welches ist im Moment das dringendste. Und das Dilemma ist, das eine geht nicht ohne das andere: Frauen kommen aus der Gewalt nicht raus, ohne die Sucht zu bearbeiten; sie kommen aus der Sucht nicht raus, ohne die Gewalt zu bearbeiten. Das heißt, was ist jetzt das Erste? Das Problem ist: es muss immer die Entscheidung getroffen werden, wie gehen wir es jetzt an. Und diese Entscheidung muss getroffen werden in der Auseinandersetzung mit der gewaltbetroffenen Frau direkt.

### Multiple Problemlagen

Arbeit mit Frauen in multiplen Problemlagen

- Welchen Stellenwert hat die Gewalt in der subjektiven Perspektive der Frau?
- Welches Problem muss prioritär gesetzt werden?

Multiple Stigmatisierung

- Geschlecht, Gewalt, Armut, Sucht
- soziale Ausgrenzung
- Wie gelingt Stigma-Management?

Stigmatisierung und Gewalterleben führen beide zu Einsamkeit / Isolation

- sind Belastung und Risikofaktor zugleich

Mehrfachbelastung bei Kindern

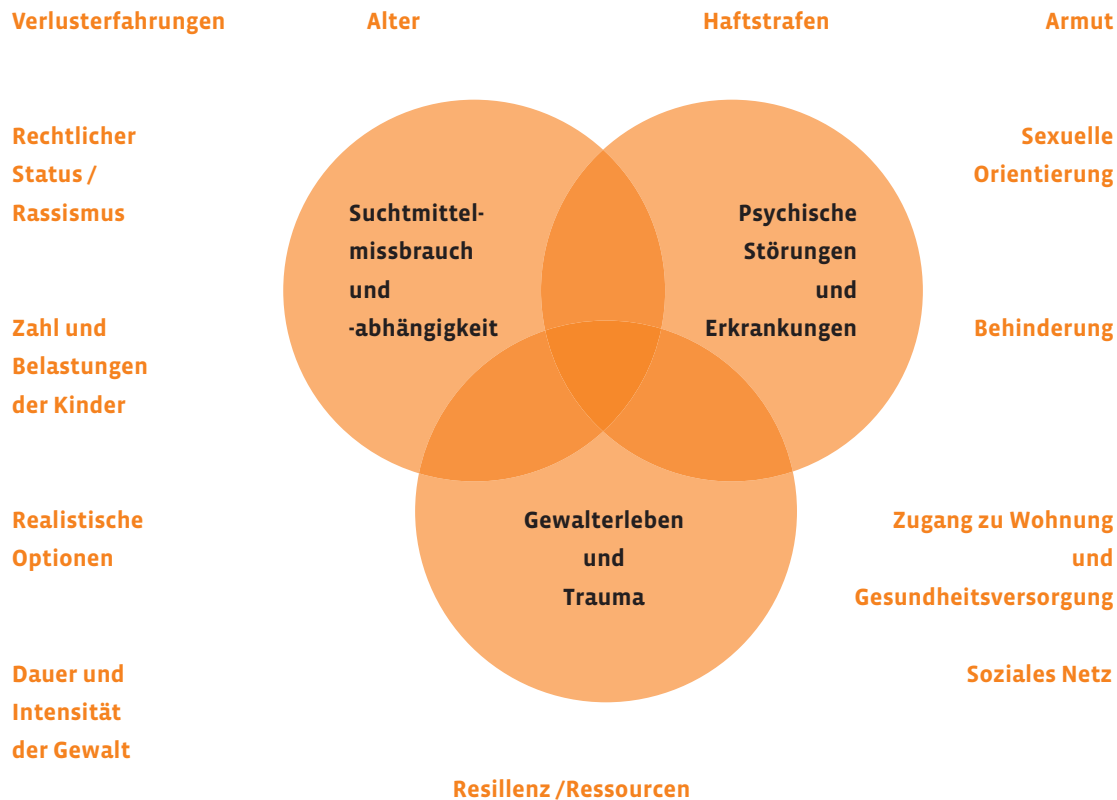
Eine multiple Belastung führt zu einer multiplen Stigmatisierung. Das heißt, es ist nicht leicht damit rauszukommen und es ist auch nicht leicht, alle Probleme auf den Tisch zu legen. Es ist schwierig genug, über Gewalt zu sprechen. Es ist schwierig genug, über Sucht zu sprechen oder über problematischen Konsum. Es ist ausgesprochen schwierig zu sagen, ich bin arm. Es ist schwierig zu sagen: Ich habe alle meine Freunde und Bekannten verloren, niemand hält mehr zu mir, selbst meine Familie will nichts mehr von mir wissen, für die bin ich die totale Loserin, für die bin ich die totale Absteigerin. Niemand ist mehr da. Das sind die Folgen von Gewalt und das sind auch die Folgen von Sucht. Und jetzt hinzugehen und zu sagen: Wissen Sie, ich erzähle ihnen mal so von A bis Z alles, was mit mir so los ist. Das ist nicht ohne.

Das heißt, es geht darum, sensibel aber systematisch herauszuarbeiten, welche Probleme sind alle da und dann zu entscheiden, okay, was ist im Moment das dringendste. Das Dringendste ist grundsätzlich, wenn Gewalt im Spiel ist, jemanden an einen sicheren Ort zu bringen unabhängig davon, was sonst noch für Probleme in der Welt sind. Erst, wenn man an einem sicheren Ort ist, wo objektiv keine akute Bedrohung mehr stattfindet, dann kann man anfangen, Probleme anzugehen.

In Deutschland war die Geschichte der Frauenhäuser so, dass – wir haben ja seit 1978 Frauenhäuser in Deutschland – immer gesagt wurde: Okay, wenn die Frau kommt und sie hat ein akutes Suchtproblem, geht sie erst in die Entwöhnung und dann kann sie zurück ins Haus kommen.

Das ist eine Überforderung. Es geht gar nicht, dass man die Frauen in eine total instabile Situation bringt, sondern man muss schauen, dass man Schritt für Schritt für sie und mit ihr arbeitet, dass sie ihre Bewältigungsstrategien aufgeben bzw. ändern kann, dass sie andere Wege findet, mit ihrer Angst umzugehen, mit ihrer Scham umzugehen und mit ihrer Verzweiflung umzugehen als die, die sie bislang gewählt hat, nämlich z. B. das Trinken oder Medikamente nehmen.

Diese Zusammenhänge zu erkennen, was haben wir für eine Verknüpfung von Problemen, das ist das Allerwichtigste und es ist auch wichtig, nicht nur als Professionelle und Professioneller das für sich zu erkennen, sondern das auch mit der Klientin zu kommunizieren. Dass sie einen gewissen Blick darauf bekommt, was ist da alles, was muss sie alles angehen und mit ihr gemeinsam eine Systematik zu entwickeln, wie kann es hier weitergehen. Es sind so viele Einflussfaktoren.



### Beispiele, von denen profitiert werden kann

Ein Beispiel, das ist jetzt auch schon ganz aktiv aufgegriffen worden von GeSA hier in Mecklenburg-Vorpommern, das ist eine Einrichtung in London, das Stella-Project. Sie arbeiten seit vielen Jahren in diesem Überschneidungsbereich Gewalt gegen Frauen und Alkoholkonsum. Sie haben eine wunderbare Arbeit in der Kooperation beider Arbeitsbereiche stadtteilbezogen aufgebaut, d.h., die stadtteilbezogene Schutz- und Beratungshilfe bei Gewalt und die stadtteilbezogene Suchthilfe arbeiten ganz eng zusammen. Sie haben das Ganze verschriftlicht, sie haben Materialien zur Verfügung gestellt, mit denen viele Einrichtungen in England arbeiten. Und was ihr größter Erfolg gewesen ist, dass sie so etwas gemacht haben wie GeSA hier heute, gemeinsam Fortbildungen, gemeinsam alle in einen Raum zu holen und dann miteinander zu arbeiten und voneinander zu lernen. Weil beide Bereiche bringen ja die Kompetenz für ihren Bereich mit.

### Interinstitutionelle Kooperation der beiden Bereiche

#### »Stella Project« London

- Vernetzung im Stadtteil, enge Kooperation der schützenden Frauenhäuser mit der Suchtberatung.
- Geregelte gegenseitige Vermittlung.
- »Stella Toolkit«: Handbuch mit Informationen und konkreten Vorgehens- und Hilfsmöglichkeiten für Fachleute aus den Beratungsbereichen häusliche Gewalt und Alkohol.
- Gemeinsame Fortbildungen.

#### »The Haven« Wolverhampton

- Frauenhaus mit dem Schwerpunkt auf problematischem Konsum und besonderen psychischen Belastungen.
- »Verbindungsberater\*innen« sowohl in der Klinik als auch in Streetwork und Suchtberatung.
- Fachkräfte (Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe) im Frauenhaus
- Spezielle Fachkräfte für Kinder mit Dualproblematik.

Ein anderes Beispiel, sehr interessant, ein Frauenhaus in Wolverhampton, eine sehr prekäre Region in England – hohe Arbeitslosigkeit, große Probleme, ein hohes Suchtniveau in der Gemeinde – und dort haben sie ein Frauenhaus eingerichtet, ganz speziell für Frauen mit einer Suchtproblematik und mit einer Problematik von starker psychischer Belastung. Sie arbeiten ganz eng zusammen mit der Klinik und haben etwas eingerichtet, was mich sehr beeindruckt hat, nämlich so genannte Verbindungsberaterinnen und Verbindungsberater, die ein Standbein jeweils in einem Bereich haben, ein Teil ihrer Arbeit im Frauenhaus, ein Teil ihrer Arbeit in der Suchtklinik, und die die Klientinnen in beiden Bereichen begleiten können und die auch diejenigen sind, die immer den Input geben für die jeweils anders spezialisierten Teams.

#### Ein Frauenhaus ohne Ausschlusskriterien

##### »Chamlong House«, London Southwark

**Ausgangsthese:** Verankerung im Menschenrechtsdiskurs. Frauen mit Alkohol- und Drogenproblemen bzw. manifesten psychischen Störungen haben das **gleiche Recht** auf Schutz und Unterstützung bei Gewalt. sind in allen Frauenhäusern, aber verbergen ihre Probleme und sind deshalb nicht gut versorgt.

**Arbeitsprinzip:** Erfüllen der Kernaufgabe bei gleichzeitiger Versorgung spezifischer Bedarfe

Keine »No tolerance policy«

- Es ist schwer, die Beziehung zu beenden
- Es ist schwer, die Droge / den Alkohol aufzugeben
- Beides gleichzeitig ist eine Überforderung

Nicht verurteilender, akzeptierender Zugang.

Frauen wollen den Schutz und die Unterstützung des Frauenhauses, aber den Kontakt zu ihrer Drogenberatung nicht verlieren.

Ein anderes Frauenhaus, das in London Southwark – ein Stadtviertel von London mit großen sozialen Problemen. Hier wurde von den Menschenrechten ausgegangen, jede Person – egal ob sie trinkt oder ob sie nicht trinkt oder was sie sonst noch für Probleme hat – jede Person hat das Recht darauf, vor Gewalt geschützt zu werden. Und in Southwark machen sie eine sehr spezielle Arbeit zum Thema Alkohol- und Drogenproblematik im Frauenhaus. Sie nehmen Frauen mit dieser Problematik auf und versorgen sie im Frauenhaus mit einer ganz engen Verschränkung zur Suchthilfe vor Ort.

Die meisten Einrichtungen im sozialen Bereich arbeiten mit einer no-tolerance-policy, d.h. entweder du kommst nüchtern oder du kommst gar nicht. Wenn du nicht nüchtern bist, können wir nicht mit dir arbeiten.

Das kann man im ambulanten Bereich machen, dass man sagt, wenn die Frau in die Beratung kommt, für diese Beratungsstunde soll sie nüchtern sein. Das geht aber nicht im stationären Bereich, wo die Frauen leben. Und in Chamlong House sagen sie, beide Probleme gleichzeitig zu lösen, ist ganz einfach zu schwer. Überforderung wirft die Frauen zurück in ihre alte Situation. Wenn wir ihnen so viel abverlangen, dass sie als erstes einen riesigen Misserfolg kassieren, wie soll es dann gut werden. Also eines nach dem anderen, Schritt für Schritt. Erst die Sicherheit und dann geht es weiter und vor allem nicht verurteilen. Nicht mit der Moral kommen und sagen »Die Frau, die trinkt, kein Wunder, dass er sie misshandelt hat.«

Auch hier wird eine enge interinstitutionelle Verschränkung praktiziert. Wenn Frauen bereits vorher angebunden waren in der Drogenberatung, kommt die Drogenberaterin ins Frauenhaus und macht da ihre Arbeit weiter oder umgekehrt. Wenn Frauen in der Drogenberatung sind und keinen schützenden Rahmen mehr brauchen, kann die Frauenhaus- oder Beratungsstellenmitarbeiterin mit hinzugezogen werden und gemeinsam arbeiten mit der Drogenberaterin.

## Ein Frauenhaus ohne Ausschlusskriterien »Chamlong House«, London Southwark

### Ausstattung:

- 24-Stunden Dienst
- 24-Stunden Aufnahme
- Bis zu 8 Familien im Haus
- Bis zu 16 Wochen Aufenthalt
- Druckraum und sterile Spritzen im Haus
- Drogenkonsum im Haus muss behördlich genehmigt werden
- Unterhaltskosten des Hauses dreifach so hoch wie übliche Frauenhauskosten

### Öffnung des Frauenhauses erforderlich

- Drogenberaterinnen kommen bei Bedarf ins Frauenhaus zu ihren Klientinnen
- Psychiatrische Fachkräfte kommen ins Frauenhaus
- Fachkräfte für die Kinder kommen ins Frauenhaus

### Outreach erforderlich:

- Mitarbeiterinnen der Frauenhäuser gehen in Gefängnisse zur Beratung von Frauen, die wegen Drogendelikten inhaftiert sind

In Chamlong House gibt es einen 24-Stunden-Dienst, eine 24-Stunden-Aufnahme. Das ist ein teures Frauenhaus, das auch nur finanziert wurde von der City of London, weil die Problematik überhand nahm und weil auch die Kolleginnen und Kollegen aus der Suchtberatung gesagt haben, wir brauchen eine schützende Einrichtung für unser Klientel. Wir können sie nicht immer wieder nach Hause entlassen nach der Beratung, wenn dort weiter misshandelt wird.

## Vor welchen Herausforderungen steht das Unterstützungssystem?

### Es können nicht alle alles können und nicht alles bewältigen

- Einrichtungen der Drogenhilfe und Wohnungslosenarbeit bzw. Psychiatrie verfügen **in der Regel** nicht über ausreichende Kompetenzen und Möglichkeiten, Frauen vor Gewalt zu schützen.
- Frauenhäuser verfügen **in der Regel** nicht über die erforderliche Kompetenzen und Möglichkeiten Frauen mit Alkohol- und Drogenabhängigkeit bzw. psychischen Erkrankungen zu versorgen.

Noch mal summierend nach all dem, was ich ihnen etwas patchworkartig und unstrukturiert vorgetragen habe: Einrichtungen der Drogenhilfe und der Wohnungslosenarbeit, auch Einrichtungen der Psychiatrie verfügen in der Regel nicht über ausreichende Möglichkeiten, um Frauen vor Gewalt zu schützen, z.B. wenn die Einrichtungen offen und ohne Sicherheitsvorkehrungen sind. Eine geschlossene psychiatrische Station ist nach außen hin geschützt, aber nicht nach innen hin gegen Übergriffe durch Mitpatienten. Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Suchthilfeeinrichtungen verfügen auch in aller Regel von ihrer Ausbildung her nicht über spezielle Kenntnisse und Kompetenzen zur Dynamik von Gewalt und zur Dynamik in Partnerschaften. Warum kann das so lange dauern mit der Misshandlungsbeziehung? Warum können schlimme Dinge passieren und trotzdem verteidigt die Frau ihren Partner noch? Warum sieht sie nicht, wie schlecht es den Kindern geht? Frauenhäuser und Frauenberatungsstellen hingegen verfügen in der Regel nicht über ausreichende Kompetenzen zum Thema Sucht. Wie genau ist das mit der Abhängigkeit? Die wissen viel über interpersonelle Abhängigkeiten. Aber nicht gleichermaßen über Abhängigkeiten von einem Suchtstoff.

Was bedeutet es körperlich und psychisch? Wie geht man damit um? Wie habe ich mit Rückfällen umzugehen? Welche Risiken habe ich, was diese Problematik angeht im Blick zu behalten? Sie wissen um die Risiken: woran erkenne ich, dass erneut Gewalt droht? Wie muss ich mit der Klientin arbeiten, damit sie ihren Sicherheitsplan einhält?

Aber was bedeutet das Ganze, wenn Sucht im Spiel ist? Was kann sein, welche Möglichkeiten gibt es?

### Wer schützt und unterstützt Frauen, die nicht in ein Frauenhaus passen?

1. Eine auf das Problem spezialisierte Einrichtung übernimmt
  - Kann sie schützen?
2. Das Frauenhaus macht ein zusätzliches Angebot
  - Fachliche Kompetenz zum Problem vorhanden?
  - Finanzierung möglich?
3. Ein gemeinsames Angebot wird in Verbindung mehrerer Fachlichkeiten entwickelt

Man kann vorgehen wie in England, dass eine Einrichtung das Problem aufgreift. Wichtig ist immer, es muss eine Einrichtung geben, die schützen kann. Es kann aber auch ein Frauenhaus sein, was ein zusätzliches Angebot zum Thema Sucht macht.

Man kann auch ein gemeinsames Angebot machen, wenn beide Bereiche, beide Arbeitsfelder sich zusammenschließen.

### Interdisziplinäre Aufgabe: Entwickeln, Präsentieren und Diskutieren konkreter Handlungsmöglichkeiten

- Was tun,
  - wenn der Partner des Opfers trinkt,
  - wenn das Opfer ein Suchtproblem hat,
  - wenn ein Klient in der Alkoholberatung auch häusliche Gewalt ausübt,
  - wenn eine Angehörige in der Alkoholberatung von häuslicher Gewalt betroffen ist?
- Wie können solche Situationen erkannt werden?
- Welches sind passende und welches sind heikle Vorgehens- und Lösungsmöglichkeiten?
- Wo sind Risiken zu beachten?

In der interdisziplinären Herangehensweise, zu der GeSA sich entschlossen hat und mit großer Energie angeht, geht es darum, konkrete Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln. Es hilft ja nichts, wenn man sich die Komplexität eines Problems bewusst macht und dann davor in die Knie geht und sagt: »Oh Gott, eigentlich reicht mir die eine Seite des Problems völlig, damit habe ich den ganzen Tag zu tun. Wenn ich mir die andere jetzt auch noch aufpacke, ...«.

Es geht darum, konkrete Handlungsstrategien zu entwickeln. Wie kann das gehen in den beiden Arbeitsbereichen und wie kann das gehen mit der Kooperation? Wenn der Partner trinkt, wenn die betroffene Frau selber trinkt, wenn z. B. von Klienten, die Sie beraten wegen Sucht, wenn Ihnen bekannt wird – vielleicht fragen Sie auch mal danach – dass Gewalt gegen die Partnerin ausgeübt wird. Man sollte auch die Frauen fragen: Wie ist das mit ihrem Partner, wie läuft ihre Beziehung. Man sollte auch danach fragen: Wie geht es ihren Kindern. Wie können aus der Perspektive eines Berufsbereiches Probleme erkannt und thematisiert werden, die zum anderen Berufsbereich gehören und was sind passende Lösungsmöglichkeiten.

### Welche Fragen stellen sich dem Unterstützungssystem?

- Sind Fachberatungsstellen und Fachkliniken für Suchtmittelabhängigkeit im Netzwerk »Häusliche Gewalt« vertreten? Und umgekehrt?
- Welche Regelungen haben die Frauenhäuser bezüglich der Aufnahme von Frauen mit problematischem Suchtmittelkonsum?
  - Sind diese Regelungen verschriftlicht und den kooperierenden Einrichtungen bekannt?
- Welche Regelungen haben die Facheinrichtungen für Suchtmittelabhängigkeit bezüglich der Gewalt in Paarbeziehungen?
  - Sind diese Regelungen verschriftlicht und den kooperierenden Einrichtungen bekannt?

Das Unterstützungssystem als Ganzes muss sich diesen ganz grundlegenden Fragen stellen: Sind Fachberatungsstellen und Fachkliniken im Suchtbereich offen? Sind sie vertreten in Netzwerken, die zum Thema häusliche Gewalt arbeiten und ist umgekehrt die Häusliche-Gewalt-Spezialisierung vertreten in Kooperationsbezügen, wo es überwiegend um Sucht geht?

Das heißt: Ist man gegenseitig in Kontakt miteinander, redet man miteinander, kennt man sich. Greift die Vernetzung mehr als einen Arbeitsbereich auf? Wie ist es mit den Regelungen in den Frauenhäusern bezüglich des Umgangs mit Sucht? Sind die verschriftlicht? Kann man dies den Kooperationspartnern zur Verfügung stellen? Oder wird eher eine Einzelfallregelung gesucht? Aber es wäre gut für eine Kooperation, wenn man sagen würde: Wir handhaben das grundsätzlich so, sind aber auch im Einzelfall flexibel. Ihr kommt auf uns zu, wir kommen auf euch zu, usw. Und umgekehrt: Wie sieht es aus mit der Bearbeitung des Problems Gewalt in Paarbeziehungen im Suchtbereich? Ist das verschriftlicht, ist das in irgendeiner Form geregelt, gibt es hier Konzepte und sind die den anderen bekannt?

Zum Netzwerk noch eines meiner Lieblingsprüche:

**»Es genügt nicht, zum Fluss zu kommen mit dem Wunsch Fische zu fangen. Du musst auch das Netz mitbringen.«**

(Chinesisches Sprichwort)

Und hier ist man gerade dabei, sich ein ganz wundervolles Netz zu entwickeln und deswegen höre ich jetzt auf und gebe das Wort an die hiesigen Netzwerkerinnen zurück.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit. Ich hoffe, Sie haben etwas davon mitgenommen.

Danke.

## Die Zusammenhänge zwischen Trauma, Posttraumatischer Belastungsstörung und Suchterkrankung



**Dr. Katrin Körtner**

*Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie,  
Oberärztin am Jüdischem Krankenhaus Berlin*

Erst einmal vielen Dank, Petra Antoniewski, für die wirklich netten Worte, ich freue mich sehr, dass ich heute auf diesem Fachtag sprechen kann als Vertreterin der stationären Psychiatrie – aus dem Grund, weil gerade die stationäre psychiatrische oder psychotherapeutische Versorgung häufig wenig Kontakte zu den Einrichtungen der Gewaltschutzarbeit und der ambulanten Suchtkrankenhilfe hat.

Das hängt mit vielen strukturellen Problemen zusammen, vor allen Dingen aber auch damit, dass mein Bereich leider bislang noch wenig Sensibilität für das Ausmaß und das Schädigungspotential von Gewalterfahrung bei Menschen hat.

Es gibt viele Studien dazu und theoretisch würde jeder Psychiater und jede Psychiaterin der Bedeutung von Gewalterfahrungen für die seelische und körperliche Gesundheit zustimmen. Dennoch wird dies meiner Erfahrung nach in der Praxis zu wenig berücksichtigt. Und ich habe in meiner vorherigen Tätigkeit an der Charité (da habe ich vorwiegend mit Patienten mit psychotischen Erkrankungen gearbeitet) diese Thematik auch vernachlässigt. Gewalterfahrung, insbesondere aktuelle und innerhalb der Familie, wird in der Praxis routinemäßig nicht abgefragt, wie zum Beispiel das Rauchen bei den Internisten.

Es hat bei uns an der Klinik, dem Jüdischen Krankenhaus, lange gebraucht, bis wir allen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen beigebracht haben, dass das gefragt werden und als wichtiger aufrechterhaltender oder verursachender Faktor seelischer Leiden in Betracht gezogen werden muss. Und dass auch nach dem Wohl der Kinder gefragt werden muss. Das finde ich schon erstaunlich und ich hoffe, dass sich auch in meinem Bereich diesbezüglich etwas ändert. Und bin sehr froh, dass ich hier die Möglichkeit habe, mehr aus dem Bereich des Gewaltschutzes und der ambulanten Suchtkrankenhilfe zu lernen und verspreche Ihnen, diese Erfahrungen auch an meine Kollegen und Kolleginnen weiterzugeben. Denn ich höre immer wieder, dass es ganz schwierig ist, Ärztinnen und Ärzte mit einzubinden. Das ist sicherlich richtig und deswegen bin ich froh, hier zu sprechen.



## Partnergewalt und psychische Beschwerden

Frau Professor Kavemann hat bereits über die Zusammenhänge von Substanzmittelkonsum und Gewalterfahrung berichtet. Ich möchte am Anfang des Vortrages darauf aufmerksam machen, dass es sehr viele psychische Beschwerden gibt, die stark mit dem Vorliegen und der Schwere insbesondere von Partnergewalt assoziiert sind. Es gibt dazu zahlreiche Studien, die immer wieder zu ähnlichen Ergebnissen kommen, nämlich, dass das Vorliegen von Depression, von Angsterkrankungen, von Suizidgedanken und Substanzmittelgebrauch mindestens drei- bis vierfach erhöht ist bei Frauen, die von Partnergewalt betroffen sind. Die häufigste Erkrankung, die man bei den betroffenen Frauen findet im psychischen Bereich, ist aber die posttraumatische Belastungsstörung.

### Psychische Beschwerden von Frauen bei Partnergewalt (Meta-Analyse von Golding et al., 1999)

<b>PTBS:</b>	<b>63,8 %</b>
Depression:	47,6 %
Suizidalität:	17,9 %
Alkoholmissbrauch:	18,5 %
Andere Suchtmittel:	8,9 %

Schwere der Partnergewalt korreliert mit Schwere der PTBS-Symptomatik. PTBS-Beschwerden sind langanhaltend, auch nach Beendigung der Gewalt.

(Cohen et al., 2013; Dutton 2009; Ferrari 2014; Nixon et al., 2004; Pico-Alfonso, 2005; Woods, 2000; Kemp et al., 1991)

Die Studien beschreiben Prävalenzen von 30–84 Prozent. Also je nach Studie finden sich bei 30–84 Prozent der Frauen, die häuslicher Gewalt ausgesetzt sind oder waren, Beschwerden der posttraumatischen Belastungsstörung; in der Regel bei mindestens drei Viertel. Dabei korreliert die Schwere der Partnergewalt mit der Schwere der Symptomatik und die Beschwerden der posttraumatischen Belastungsstörung sind langanhaltend und dauern häufig auch nach Be-

endigung der Gewalt noch an und chronifizieren. Das hängt einmal damit zusammen, dass z. B. die Trennung nicht immer gleichzusetzen ist mit Beendigung der Gewalt. Aber es liegt auch daran, dass es sich bei der PTBS um ein sehr schwerwiegendes und chronifiziertes Erkrankungsbild handelt. Bei Depressionen ist es z. B. anders. Es gibt Studien, die zeigen, dass nach Beendigung der Partnergewalt die Depression sich oft zurückbildet, bzw. bessert. Bei der posttraumatischen Belastungsstörung ist das nicht so.

### Psychische Folgen von Gewalthandlungen genannt?

(Prozent von Betroffenen dieser Gewaltform)  
(Müller und Schröttle, 2004; BMFSJ, 2012)

Gewaltform	ja	nein	keine Angaben	durchschnittl. Anzahl
------------	----	------	---------------	-----------------------

<b>Körperliche Gewalt</b>	<b>64</b>	<b>35</b>	<b>1</b>	<b>3,6</b>
---------------------------	-----------	-----------	----------	------------

(schlimmste/ einzige Situation)

<b>Sexuelle Gewalt</b>	<b>79</b>	<b>18</b>	<b>3</b>	<b>3,8</b>
------------------------	-----------	-----------	----------	------------

(schlimmste/ einzige Situation)

<b>Sexuelle Belästigung</b>	<b>56</b>	<b>43</b>	<b>1</b>	<b>3,2</b>
-----------------------------	-----------	-----------	----------	------------

(zusammenfassend für alle Situationen)

<b>Psychische Gewalt</b>	<b>83</b>	<b>17</b>	<b>0</b>	<b>4,2</b>
--------------------------	-----------	-----------	----------	------------

(zusammenfassend für alle Situationen)

Das ist eine Grafik aus einer Studie zur Gewaltbetroffenheit von Frauen in Deutschland. Hier wird nochmal verdeutlicht, dass die verschiedenen Formen von Gewalterfahrungen fast alle mit zahlreichen psychischen Beschwerden einhergehen, nämlich mindestens mit drei oder mehr. Besonders auffällig ist, dass die psychische Gewalt, die nicht zu körperlichen Verletzungen führt, mit der häufigsten Anzahl an psychischen Beschwerden einhergeht, sie scheint diesbezüglich sogar ein höheres Schädigungspotential zu haben als die sexuelle Gewalt. Aber nach psychischer Gewalt wird nach wie vor selten gefragt, weil sie eben auch unterschätzt wird.

## Die Bedeutung psychischer Gewalt

Was ist damit gemeint? Das umfasst ein starkes Dominanzverhalten seitens des Partners, extreme Eifersucht, Kontrolle, soziale Isolation, psychisch verbale Aggression und Demütigung, sexuelle Übergriffigkeit, ökonomische Kontrolle, Bedrohung oder Einschüchterung. Psychische Gewalt wird von den Betroffenen als extrem belastend erlebt und geht in mindestens 80 Prozent mit zahlreichen psychischen Beschwerden einher. Psychische Gewalt hat also ein ähnliches Schädigungspotential wie sexualisierte Gewalt. Außerdem scheint die psychische Gewalt vor allen Dingen auch dafür verantwortlich zu sein, ob Frauen nach Erleiden eines Traumas eine posttraumatische Belastungsstörung ausbilden. Weil die psychische Gewalt zu einer andauernden Furcht und Bedrohung der Betroffenen führt.

### Was ist Psychische Gewalt?

- Dominanzverhalten, extreme Eifersucht, Kontrolle,
- Isolation, psychisch verbale Aggression / Demütigung,
- sexuelle Übergriffe, ökonomische Kontrolle, Drohung / Einschüchterung.

Gewalterfahrung in Kindheit und Jugend oder durch (Ex)partner, psychische Beschwerden und Substanzkonsum stehen in einem engen Zusammenhang miteinander. Die Gewalterfahrung kann zu schweren Krankheitsverläufen führen bei gleichzeitig mangelhaften therapeutischen Angeboten und mangelhaftem Wissen um diesen Zusammenhang im Helfersystem.

## Überblick

- Was ist ein Trauma, eine Traumafolgestörung, eine PTBS?
- Wie erkenne ich eine PTBS? Warum ist das wichtig?
- Wie stehen PTBS und Sucht in Zusammenhang?
- Wie stehen Traumatisierungen in Kindheit und Jugend mit Sucht in Zusammenhang?
- Was bedeuten diese Zusammenhänge für Therapie und Beratung der Betroffenen?

(Katrin Körtner, 23.9.2015)

Was möchte ich in dem Vortrag darstellen? Zum einen, was ein Trauma ist, was eine Traumafolgestörung und eine posttraumatische Belastungsstörung sind, damit Sie mit diesen Begrifflichkeiten vertraut sind und vielleicht auch in Ihrer Arbeit mehr auf die psychischen Beschwerden in diesem Zusammenhang achten. Gerade weil wir davon ausgehen müssen, dass die posttraumatische Belastungsstörung häufig vorkommt und zu schweren Beeinträchtigungen führt.

Wie erkennen wir eine posttraumatische Belastungsstörung? Wie steht die posttraumatische Belastungsstörung mit der Sucht im Zusammenhang? Und auch, wie stehen Traumatisierungen in Kindheit und Jugend mit der Sucht im Zusammenhang? Und was bedeuten diese Zusammenhänge für die Therapie und die Beratung der Betroffenen? Ich kann leider nicht sehr ausführlich auf die therapeutischen Möglichkeiten eingehen, da dies noch einmal ein Extravortrag wäre.

Wenn Sie aber Fragen zu der Therapie oder auch zu dem Therapieprogramm haben (wir wenden z. B. das Programm »Sicherheit finden« bei uns in der Klinik an – ein sehr geeignetes Programm), können wir das gerne noch einmal diskutieren.

## Traumadefinition der psychiatrischen Klassifikationssysteme

Es gibt zwei psychiatrische Klassifikationssysteme: eins der Weltgesundheitsorganisation, das in Europa angewendet wird – das ICD 10. Und das amerikanische System DSM-V. Im Bereich Trauma und Traumafolgestörungen ist das amerikanische System, das jetzt auch überarbeitet wurde, besser geeignet. Ein Trauma ist ein kurz- oder langanhaltendes Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmaß, das bei nahezu jedem zu tiefgreifender Verzweiflung führen würde. Wichtig ist, dass man nicht selbst von dem Geschehen betroffen sein musste, sondern auch Zeuge des Geschehens gewesen sein kann.

Das ist die psychiatrische Klassifikation. Subjektiv lässt sich ein Trauma so beschreiben, dass es sich um ein vitales Diskrepanzerleben zwischen bedrohlichen Situations- und individuellen Bewältigungsfaktoren handelt, d. h., ein Erlebnis, mit dem ich nicht fertig werden kann. Nicht im Moment und auch nicht danach. Das Trauma geht mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzlosem Preisgegebenheit einher. Und führt, das ist sehr wichtig, häufig zu einer dauerhaften Erschütterung vom Selbst- und Weltverständnis. Die Welt, die Menschen und die eigene Person werden nach einem unverarbeiteten Trauma häufig negativ wahrgenommen.

### ICD-10

Kurz oder lang anhaltende Ereignisse oder Geschehen von **außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmaß**, das bei nahezu jedem tief greifende Verzweiflung auslösen würde (selbst betroffen oder als Zeuge).

### DSM-V

Ereignisse, die **tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit** der eigenen Person oder anderer Personen beinhalten.

## Einteilung der Traumata

Man unterteilt die Traumata in Typ I und II. Typ I sind die Traumata, die einmalig passieren und Typ II solche, die wiederholt auftreten. Und dann unterscheidet man noch mal in diejenigen, die schicksalhaft geschehen und diejenigen, die intendiert durch Menschen herbeigeführt wurden. Diese Einteilung ist sinnvoll, weil die Traumata unterschiedliche Schädigungspotentiale haben.

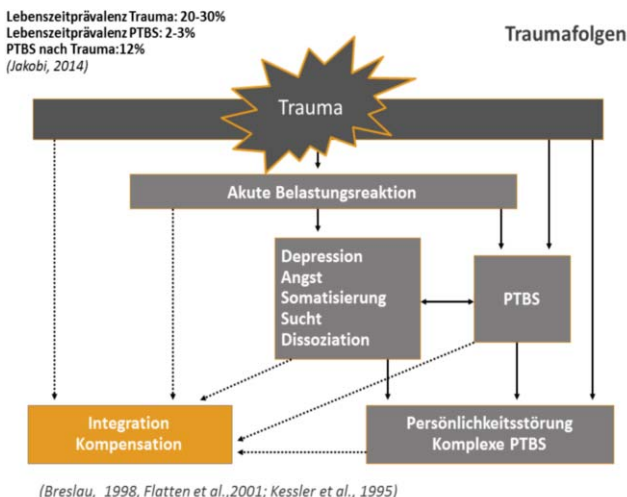
	Schicksalhaft	Durch Menschen
<b>Typ 1 Trauma:</b>	Verkehrs-,	Vergewaltigungen
<b>Kurzandauernd</b>	Arbeitsunfälle	Körperliche Gewalt
	Berufsbedingte	Überfälle
	Traumata	andere zivile
	z.B. Polizei, Feuerwehr	Gewalterlebnisse
	kurzdauernde	z.B. Banküberfall
	Naturkatastrophen	
<b>Typ-2 Trauma:</b>	langanhaltende	körperl. anhaltende
<b>langandauernd,</b>	Naturkatastrophen	Misshandlungen,
<b>wiederholt</b>	z.B. Flut, Erdbeben	Folter,
	Technische	polit. Inhaftierung
	Katastrophen	Geiselhaft

Das Risiko, z. B. nach einem Autounfall eine posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln, liegt bei 7 Prozent; nach einer Vergewaltigung bei 50 Prozent. Das heißt, im unteren rechten Bereich finden Sie die Traumatisierungen, die das höchste Schädigungspotential haben, diejenigen, die z. B. in Kindheit und Jugend über einen längeren Zeitraum anhielten und die durch Menschen, insbesondere durch Bezugspersonen herbeigeführt wurden.

## Traumafolgen

Was ist jetzt eine Traumafolgestörung? Das ist in der Tat nicht so einfach zu beantworten, weil Traumatisierungen ein Risikofaktor für eine Vielzahl von psychischen Erkrankungen sein können und man diese psychischen Erkrankungen dann natürlich als Traumafolgestörung beschreiben könnte oder nicht. Aus der Traumaperspektive kann man das tun. Man muss natürlich vorsichtig sein, denn nach dem Trauma kann eine Depression auftreten, aber eine Depression gibt es auch ohne das Trauma. Das ist kein kausaler Zusammenhang, sondern das Trauma ist ein Risikofaktor für Depression, Angststörungen, Somatisierungsstörungen, Sucht oder dissoziative Störungen.

Welches Erkrankungsbild nicht ohne Trauma auftreten kann, ist die posttraumatische Belastungsstörung. Sie ist eine direkte Folge auf das Trauma. Und wenn man verstanden hat, was dort im Gehirn passiert, dann wird klar, dass es eine normale Reaktion auf ein unnormales Ereignis ist. Und so erklären wir das auch den Frauen. Dass das, was sie an Beschwerden haben, nicht irgendwie komisch oder verrückt oder krank ist, auch wenn es innerhalb der psychiatrischen Diagnostik als Krankheit bezeichnet wird. Das kann für viele sehr entlastend sein, da die PTBS damit kein Stigma, sondern aus der Situation heraus erklärbar ist.



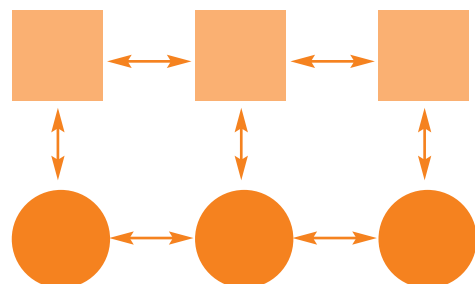
Viele Menschen, also 20–30 Prozent der Menschen in Deutschland, erleiden ein Trauma innerhalb ihres Lebens. Aber dennoch liegt die Prävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung nur bei 2–3 Prozent, d. h., dass nicht alle Menschen, die ein Trauma erleiden, eine PTBS entwickeln. Es gibt viele Mechanismen, die zur Kompensation, d. h. zu einer günstigen Traumaverarbeitung beitragen können.

Mit der folgenden Grafik möchte ich Ihnen darstellen, was eigentlich der Unterschied zwischen einer Trauma-Erinnerung, die aus einem traumatischen Ereignis resultieren kann, und einer normalen Erinnerung ist. Normalerweise ist es so, dass Erlebnisse gedanklich bearbeitet werden und im sogenannten autobiographischen Gedächtnis abgelegt werden, im expliziten Gedächtnis, das abrufbar ist und das verbalisiert werden kann. Das bedeutet, die unterschiedlichen Aspekte des Ereignisses werden nach verschiedenen Qualitäten oder Inhalten sortiert abgelegt und die Erinnerung kann abgerufen werden als ein Ereignis, was in der Vergangenheit liegt, was einen Anfang und ein Ende hatte, auf das ich einen bewussten Zugriff habe. Das Ereignis ist dann in der Regel auch in den bisherigen Lebenskontexten eingefügt, es ist eine »sortierte Erinnerung«.

### Autobiografisches Gedächtnis

Ereignis wird sortiert nach zeitlichem Ablauf und verschiedenen Inhalten (verbal, sensorisch) abgespeichert. Bearbeitung impliziter und expliziter Gedächtnisinhalte auf höherer kognitiver Ebene.

**Ereignis ist in den bisherig. Lebenskontext eingefügt.**

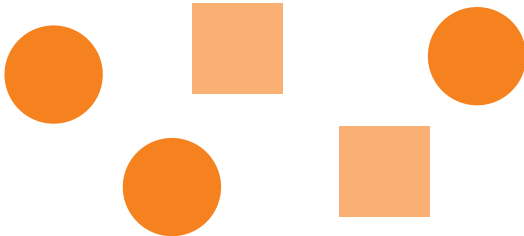


## TRAUMA-ERINNERUNG

Ereignis wird bruchstückhaft im sensorischen impliziten Gedächtnis abgespeichert.

Keine Bearbeitung der Gedächtnisinhalte auf höherer kognitiven Ebene, Abspaltung vom expliziten Gedächtnis.

**Das Trauma hat keinen Bezug zum bisherigen Lebenskontext.**



Bei einer Trauma-Erinnerung ist es so, dass im Moment der Traumatisierung eine maximale Stresssituation herrscht mit einer Überflutung mit Adrenalin. Das führt dazu, dass sehr viele, vorwiegend sensorische Informationen im sensorischen impliziten Gedächtnis abgelegt werden. Das implizite Gedächtnis ist, vereinfacht gesagt, das unbewusste Gedächtnis, indem wir z. B. auch automatisierte Abläufe, wie Klavierspielen oder Fahrrad fahren, abspeichern.

Nun ist es so, dass während des traumatischen Erlebnisses keine gedankliche Bearbeitung stattfinden kann, weil die Stressreaktion zu groß ist. Auch im Anschluss an das Trauma kommt es häufig zu einer Überflutung mit Kortisol. Was wiederum verhindert, dass die Inhalte aus diesem impliziten sensorischen Gedächtnis in das autobiographische Gedächtnis eingeordnet werden können. Im Grunde ist die Verbindung zwischen dem unbewussten und dem bewussten Gedächtnis gekappt. Die Inhalte, die während des Traumas erlebt wurden, werden mit hoher Plastizität im unbewussten Gedächtnis abgespeichert und haben keinen Bezug zum bisherigen Lebenskontext. Das traumatische Ereignis ist also keine Geschichte, die man von Anfang bis Ende erzählen kann. Sondern es wird bruchstückhaft abgespeichert. Und die Trauma-Erinnerung ist erst einmal etwas, was mit starken Emotionen und mit sensorischen Inhalten belegt ist.

Eine gesunde Traumaverarbeitung wäre jetzt, dass diese Erinnerung langsam wieder über ge-

dankliche Verarbeitung in das autobiographische Gedächtnis eingefügt wird. Das kann aber nur dann passieren, wenn eine ausreichende Beruhigung und Unterstützung vorhanden ist. Bei wiederholten, immer wiederkehrenden Traumatisierungen ist dann z. B. diese Beruhigung viel weniger möglich. So führen wiederholte Traumata auch eher dazu, dass keine gesunde Traumaverarbeitung stattfindet. Die gesunde Traumaverarbeitung macht die Trauma-Erinnerung irgendwann zu einer autobiographischen Erinnerung, die vielleicht schlimm ist, aber die man in der Vergangenheit verorten kann und die deswegen nicht mehr so belastend ist.

## Charakteristika der Trauma-Erinnerung

Bleibt die Trauma-Erinnerung unverarbeitet bestehen, und das passiert bei der posttraumatischen Belastungsstörung, dann kommt es zu diesem **ungewollten Wiedererleben, den sogenannten Intrusionen**. Das Wiedererleben traumatischer Inhalte ist sehr leicht durch Erinnerungsreize auslösbar. Es sind häufig visuelle Fragmente des Traumas in Form von Filmszenen oder Schnappschüssen, die oft mehr als eine sensorische Qualität haben. Also es sind Bilder, Filmszenen, manchmal verknüpft mit Geräuschen, mit Stimmen, mit Gerüchen oder auch mit Schmerzen. Und diese Trauma-Erinnerungen, dieses Wiedererleben hat eine hohe Lebendigkeit in Jetzt-Qualität. Das heißt, es fühlt sich wie damals an und es ist deswegen auch stark belastend und führt zur Beteiligung sehr, sehr starker Emotionen.

Gleichzeitig gibt es **Schwierigkeiten bei gewolltem Abruf**. Es gelingt nicht, sich bewusst daran zu erinnern. Die Erinnerung ist desorganisiert und bruchstückhaft. Sie kann nicht gut versprachlicht werden. Es gibt Erinnerungslücken. Und es gibt Frauen, die zu mir sagen: »Ja, vielleicht ist das alles gar nicht so gewesen? Weil ich es irgendwie gar nicht so genau weiß.« Das ist aber normal. Das ist die Qualität der Trauma-Erinnerung.

## Die Kernsymptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)

Ein Kernphänomen ist das **Wiedererleben** des Ereignisses. Das Wiedererleben kann in Form der Intrusionen stattfinden. Diese sehr lebendigen, sich aufdrängenden Erinnerungen mit verschiedenen sensorischen Qualitäten können so stark sein, dass die Betroffenen sich wie in diese Situation zurückversetzt fühlen und mit Orientierungslosigkeit oder Dissoziation reagieren. Das wären die sogenannten Flashbacks. Es kann vorkommen in Form von Alpträumen oder intensiver Belastung und starker körperlicher Reaktion bei Konfrontation mit Erinnerungsreizen. Also Reizen, die in irgendeiner Form dem Trauma ähneln.

### Formen des Wiedererlebens bei der PTBS

- Intrusionen** – Wiederkehrende, sich aufdrängende, lebendige Erinnerungen in Form von visuellen oder anderen Wahrnehmungen, Gedanken, Gefühlen
- Alpträume** mit traumatischem Inhalt oder intensiver Angst/Bedrohung
- Dissoziative Reaktionen** – Flashbacks, Lähmung, Stupor – von kurzen Episoden bis zu vollständigem Bewusstseinsverlust
- Intensive Belastung** bei Konfrontation mit Erinnerungsreizen
- Deutliche **Körperliche Reaktionen** bei Auslösereizen

Ein zweiter wichtiger Kernbereich ist die **Vermeidung**. Die Betroffenen vermeiden Gedanken, Gefühle, Gespräche, Aktivitäten, Orte und Menschen, die an das Ereignis erinnern. Und manchmal sind ihnen die Reize, die zur Auslösung des Wiedererlebens führen, nicht bewusst. Die Vermeidung ist auch etwas, was häufig so sehr in den Alltag integriert wurde, dass es manchmal lange Zeit braucht, um überhaupt herauszufinden, was denn jetzt eigentlich das Vermeidungsverhalten ist, das häufig zu einer starken Alltagseinschränkung führt. So vermeiden die Betroffenen z. B. bestimmte Orte oder Men-

schenansammlungen, ziehen sich generell von Menschen zurück oder können keine intimen Beziehungen eingehen.

Weiterhin, und das ist ein neues Kriterium im DSM-V, kommt es zu **Veränderungen von Kognition und Emotion**. Darauf werde ich später noch mal eingehen, weil das die Beschwerden sind, mit denen Sie vielleicht am meisten zu tun haben. Da geht es um Vorstellungen von sich und der Welt, in der Regel um selbstabwertende Ideen.

Und der vierte Komplex ist ein **erhöhtes vegetatives Erregungsniveau** in Form von Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, übermäßiger Wachsamkeit, Schreckreaktion oder Reizbarkeit. Die posttraumatische Belastungsstörung führt letztlich zu einer Störung des Stressverarbeitungssystems und die Betroffenen befinden sich in einem ständig angespannten Zustand.

### Beispiele für typische Intrusionen

Ein 60-jähriger Patient nach einem kriminellen Überfall sagt:

*»Seit dem Überfall bin ich völlig anderer Mensch geworden. Abends liege ich im Bett und dann kommen diese Gedanken und Bilder und dann liege ich ewig wach.«*

Eine Patientin, Opfer sexueller Gewalt in der Kindheit, sagt:

*»Manchmal weiß ich gar nicht, warum es mir plötzlich so schlecht geht, z. B. im Bus oder an der Kasse vom Supermarkt. Herzrasen, Atemnot, Würgegefühl. Und dann wird mir klar, die Person hinter mir hat nach Alkohol gerochen oder hatte einfach auch so eine Lederjacke an.«*

## Negative Veränderungen von Kognitionen und Emotionen nach dem Trauma

Was ist damit gemeint? Einmal kann es sein, dass Erinnerungslücken bestehen, was sehr belastend für die Betroffenen sein kann. Und dann kommt es häufig zu verzerrten Annahmen über sich selbst und die Welt: Ich bin schlecht. Alle, die mit mir zu tun haben, haben Pech. Die Welt ist ein unsicherer Ort. Die Menschen sind rücksichtslos. Niemand kümmert sich um mich.

Dann finden wir auch häufig anhaltende unangemessene Vorwürfe sich selbst oder anderen gegenüber, bezogen auf das Trauma und die Konsequenzen. Meist sind damit auch negative traumabezogene Emotionen verbunden, d. h., die Betroffenen erleben intensive Furcht, Ärger, Schuld oder Scham. Sie sagen, ich bin schuld gewesen, dass das passiert ist. Niemand hat mir geholfen. Deswegen geht es mir so schlecht. Das darf eigentlich nicht passieren. Die Welt ist schlecht, dass mir das geschehen ist.

- **Partielle Amnesie** – Unfähigkeit, wichtige Details des Traumas zu erinnern
- Anhaltende und häufig **verzerrte Annahmen** über sich selbst und die Welt
- Anhaltende **unangemessene Vorwürfe** sich selbst oder anderen gegenüber, meist verbunden mit **negativen trauma-bezogenen Emotionen** (Furcht, Ärger, Schuld, Scham)
- **Eingeschränkter Affekt** mit anhaltender Unfähigkeit positive Emotionen zu erleben: »Gefühlstaubheit, Abstumpfung«
- **vermindertes Interesse** an vor dem Trauma wichtigen Aktivitäten
- Gefühl der **Entfremdung** von anderen, Gefühl einer **eingeschränkten Zukunft**

Wichtig auch der Aspekt der Gefühlstaubheit. Das erzählen viele: Ich kann nicht mehr die Gefühle so erleben wie früher. Ich fühle mich taub. Ich fühle mich wie abgespalten von meinen Ge-

fühlen. Das geht auch häufig mit einem verminderten Interesse an Aktivitäten einher, die vor dem Trauma wichtig waren.

Ganz entscheidend auch das Gefühl der Entfremdung von anderen: Ich bin anders als andere. Ich gehöre nicht dazu. Ich habe keinen Platz mehr in dieser Welt. Ebenso wie das Gefühl, eine eingeschränkte Zukunft zu haben. Also, ich brauche auch keine Kinder zu kriegen, keine Familie zu gründen. Ich werde vermutlich nicht alt werden. Das sind alles nicht meine Themen.

Wie Sie sehen, diese Veränderungen der Kognition und Emotion sind erheblich, greifen sehr tief in die Überzeugungen der Betroffenen ein und beeinflussen natürlich auch den Alltag.

Zum Beispiel sagt der 60-jährige Patient:

*»Meine Freunde versuchen immer wieder mich aufzumuntern. Sie sagen, ich soll mir doch mal ein schönes Leben machen. Das schmerzt, weil ich mir das gar nicht mehr richtig vorstellen kann. Der Kontakt mit mir ist für sie deshalb sehr belastend. Ich ziehe mich deshalb von meinen Freunden zurück.«*

Oder die 23-jährige Patientin sagt:

*»Ich komme mir so schmutzig vor. Direkt und deshalb muss ich auch duschen. Aber irgendwie bin ich auch als Mensch völlig schmutzig und verdorben. Ich ziehe die anderen mit in den Dreck.«*

## PTBS – »Alarmanlage außer Kontrolle«

Man kann also sagen, dass die posttraumatische Belastungsstörung wie eine Alarmanlage außer Kontrolle ist. Stimuli, die Inhalten des Traumas ähneln, führen zu heftigen, unkontrollierbaren emotionalen, körperlichen oder kognitiven Reaktionen, um gewappnet zu sein. Das ist eigentlich der ursprüngliche Sinn dieser Trauma-Erinnerung gewesen, dass ich auf Reize, die meinen Erinnerungen ähneln, dann auch möglichst schnell reagieren kann. Das führt aber dazu, dass auch sichere Situationen verkannt werden, so dass ein anhaltendes Bedrohungserleben mit hohem Erregungsniveau resultiert.

### Risikofaktoren bei Ausbildung einer PTBS nach Trauma

Nicht alle Menschen, die ein Trauma erlebt haben, bilden eine posttraumatische Belastungsstörung aus. Es gibt viele Forschungen zu den Risikofaktoren. Was für Sie wichtig ist zu wissen, dass insbesondere die **mangelnde soziale Unterstützung**, und zwar die tatsächliche oder die so empfundene, ein sehr starker Risikofaktor bei der Ausbildung einer posttraumatischen Belastungsstörung ist. Das bedeutet, dass Ihre Arbeit, den Frauen Hilfe anzubieten, um die Erlebnisse zu verarbeiten, ganz, ganz wichtig ist, damit aus dem Trauma keine posttraumatische Belastungsstörung resultiert.

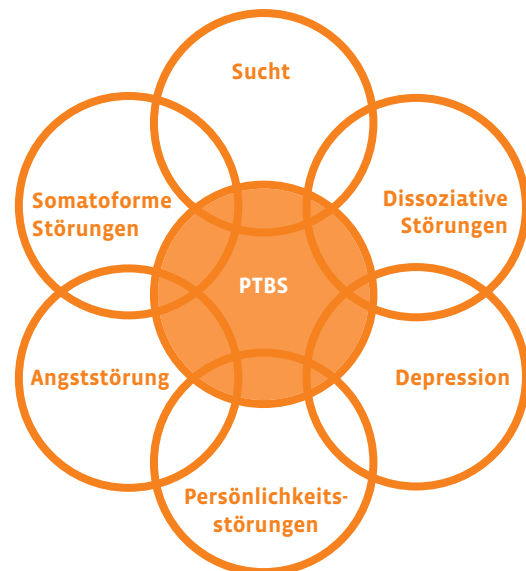
### Empathie, Hilfe, Beratung, Trost und das Thematisieren trauma-assoziiert negativer Kognitionen und Gefühle sind ein wichtiger Beitrag zur Vorbeugung einer PTBS nach Partnergewalt.

In einer aktuelleren Studie fand ich auch einen interessanten Befund, nämlich dass die Partnergewalt ein stärkerer Prädiktor für die Ausbildung einer posttraumatischen Belastungsstörung zu sein scheint, als Gewalterfahrung in Kindheit und Jugend. Das heißt, nach Partnergewalt tritt häufiger eine posttraumatische Belastungsstörung auf als nach Gewalterfahrung in Kindheit und Jugend. Oder anders, diejenigen, die von posttraumatischer Belastungsstörung betroffen sind, haben häufig auch Partnergewalt erlebt.

### Komorbiditäten bei der PTBS

Wichtig ist es auch zu erwähnen, dass die posttraumatische Belastungsstörung in 80 Prozent der Fälle mit mindestens einer weiteren psychiatrischen Diagnose verknüpft ist. Häufig mit mehr psychiatrischen Diagnosen. Und da finden wir vor allen Dingen Angststörung, Depression, somatoforme Störung und Suchterkrankung. Und Menschen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung haben ein mindestens

**3 ½-fach erhöhtes Risiko**, auch eine Suchterkrankung zu entwickeln. Warum das so ist? Da gibt es verschiedene Hypothesen. Da gehe ich später noch drauf ein.



Mit einem Beispielfall aus der Praxis möchte ich auf Traumatisierung eingehen, die in der Kindheit und Jugend bei unseren Patienten häufig zu finden sind und die zu erheblichen Schäden führen können, auch wenn danach keine posttraumatische Belastungsstörung resultiert.

### Beispiel aus der Praxis: eine 28-jährige Patientin

Eine Patientin mit Konsum verschiedener Drogen und Alkohol seit der Jugend. Beginn mit Cannabis im 14. Lebensjahr, damals in einer Jugend-Clique mit Drogenkonsum. Es gab mehrfach Entzugsbehandlungen. Die längste abstinente Phase war zwei Monate. Die Patientin berichtet, dass sie ihre Gefühle oft nicht aushalte, angespannt sei, sich entweder zurückziehe oder sehr gereizt reagiere. Häufig gebe es daher Streit mit dem Partner, der ihr wechselhaftes Verhalten nicht begreife. Sie fühle sich dann schuldig, denke überhaupt, dass sie ein wertloser Mensch sei. Sie sei häufig sehr niedergeschlagen, gelähmt, habe kein Durchhaltevermögen, sei schnell frustriert. Daher hat sie auch keine Berufsausbildung zu Ende gebracht. Sie kümmere sich wenig um ihr Leben. Es sei alles sowieso zu chaotisch und hoffnungslos.



Ich bin sicher, Sie kennen diese Fälle. Das ist eine typische Patientin aus unserer Klinik. Diese Patientin kommt jetzt zur Suchtbehandlung. Und das oben beschriebene würde sie so stehen lassen, wenn man nicht weiter fragen würde. Denn von alleine berichten die Patienten nicht unbedingt von traumatischen Erlebnissen. Aber wenn wir dann fragen bei so einer Patientin, ich sage Ihnen, in gefühlt 95 – 98 Prozent aller Fälle (wir haben dazu tatsächlich Daten erhoben, die noch nicht ausgewertet sind), finden wir Traumatisierungen, mindestens schwere Bindungstraumatisierungen.

Sie berichtet bei Nachfrage, sie sei im 16. Lebensjahr von zu Hause ausgezogen wegen Streitereien mit den Eltern. Diese seien mit sich beschäftigt gewesen. Sie sei sehr oft allein gelassen worden. Auch habe der Vater sowohl sie als auch die Mutter häufig geschlagen. Sie habe viel Angst um die Mutter gehabt. Die Mutter habe Tabletten genommen und sei entweder übermäßig zärtlich oder abweisend gewesen. Mehrfach sei sie selbst in Partnerschaften ausgenutzt, geschlagen und schlecht behandelt worden.

Da haben wir eine Vielzahl verschiedener Traumatisierungen. Das ist sehr viel auf einmal, aber das ist das, womit wir häufig konfrontiert sind, wenn wir fragen. Und zuletzt wird die Partnergewalt thematisiert. Also das, was länger zurückliegt, wird noch bereitwilliger berichtet. Nach der Partnergewalt müssen wir in der Regel 2 – 3-mal fragen, bevor davon berichtet wird.

### Frühe interpersonelle Traumatisierungen

Und was die Patientin hier beschreibt, sind nicht nur aktuelle Traumatisierungen im Erwachsenenalter, sondern eine Vielzahl sogenannter früher interpersoneller Traumatisierungen. Frühinterpersonell meint, in Kindheit und Jugend über einen längeren Zeitraum durch primäre Bezugspersonen verübt. Und da gibt es einmal die

emotionale Gewalt, die körperliche Gewalt, die sexuelle Gewalt. Aber nicht vergessen werden darf und das wird auch häufig nicht gefragt, die emotionale oder körperliche Vernachlässigung, wenn seelische oder körperliche Bedürfnisse nicht wahrgenommen und/oder nicht adäquat befriedigt werden. Das ist in suchtbelasteten Familien einfach sehr häufig der Fall. Und die emotionale Vernachlässigung findet sich in Studien, die gezielt danach gefragt haben, bei 80 Prozent der Suchtpatienten.

Zudem finden wir bei dieser Patientin so genannte Bindungstraumatisierung, die in suchtbelasteten Familien häufig vorkommt. Dazu gehören wechselnde Bezugspersonen, instabile Beziehungen, ein unvorhersehbares Verhalten der Bezugspersonen, die entweder mit schlechtem Gewissen wegen des Konsums überfürsorglich sind oder abweisend, wenn sie intoxikiert sind sowie die Parentifizierung der Kinder.

### Frühe interpersonelle Traumatisierungen

Emotionale Gewalt / Körperliche Gewalt / Sexuelle Gewalt  
Emotionale und/oder körperliche Vernachlässigung  
Bindungstraumatisierungen

- Orientierungslosigkeit
- Dysfunktionale Selbst- und Fremdschemata
- Geringe Stress- und Frustrationstoleranz
- »Peer Groups« als Familienersatz
- Vermeidende Coping-Strategien

Alles zusammen können sich in diesem Zusammenhang nicht nur seelische Erkrankungen entwickeln, sondern es kommt zu Orientierungslosigkeit, zu dysfunktionalen Selbst- und Fremdschemata, geringen Selbstwirksamkeitserwartungen, einer geringen Stress- und Frustrationstoleranz. Peer-Groups, in denen konsumiert wird, werden als Familienersatz herangezogen. Und es werden vermeidende Bewältigungsstrategien eingesetzt, wie z. B. der Substanzkonsum, um den ganzen Ärger zu Hause zu vergessen. 50 Prozent unserer Patienten sind mehrfach abhängig mit Alkohol und illegalen Drogen. Also reine Al-

koholiker haben wir fast gar nicht mehr, zumindest unter den jüngeren, muss ich leider sagen. Und wenn ein Patient uns berichtet, ja, ich habe schon mit 13 oder 14 angefangen zu konsumieren, dann werden Sie sehr, sehr häufig eine Form von früh-interpersoneller Traumatisierung finden. Ich glaube, dass die Suchterkrankung eine Art Endstrecke ist von frühinterpersonellen Traumatisierungen, die zu unguten Bindungsmustern führen und dazu, bestimmte Gefühle nicht aushalten und nicht mit emotionalen Konflikten umgehen zu können.

### Komplexe PTBS

- Störungen der Gefühls- und Impulsregulation
- Selbstschädigendes Verhalten, Risikoverhalten, Suizidalität
- Gestörte Selbstwahrnehmung
- Gestörte Beziehungsgestaltung
- Dissoziative Störungen
- Multiple körperliche Beschwerden
- Sinnverlust und Hoffnungslosigkeit

Was aus den durch Bezugspersonen verübten Traumatisierungen in Kindheit und Jugend oder über einen längeren Zeitraum im Erwachsenenalter resultieren kann, ist das, was ich hier als komplexe PTBS bezeichne. Die hier aufgelisteten Verhaltens-, Denk- und Gefühlsmuster können sich aber auch bei vielfach traumatisierten Menschen ohne posttraumatische Belastungsstörung finden. Wenn gleichzeitig noch die Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung vorliegen, sprechen wir von komplexer posttraumatischer Belastungsstörung. Die auf unserer Psychotherapiestation behandelten Frauen leiden fast alle an diesem Krankheitsbild.

Das sind viele Verhaltens-, Denk- und Gefühlsmuster, die Ihnen wahrscheinlich bekannt sind aus der Praxis. Einmal sind es Störungen der Gefühls- und Impulsregulation – die Betroffenen können sich schlecht beruhigen, sie haben keine innere Distanz zu den negativen Gefühlen, sie

reagieren übermäßig emotional oder verbergen auch ihre Gefühle. Sie haben starke autodestruktive Impulse und verletzen sich oder verhalten sich riskant, so dass es zu Selbstschädigungen kommen kann. Selbstschädigendes Verhalten, Risikoverhalten sowie Suizidalität treten häufig auf. Gestörte Selbstwahrnehmung bedeutet, dass sie sich selbst als hilflos mit einer geringen Selbstwirksamkeit erleben: Ich kann nichts in der Welt bewegen. Ich kann nichts an meinem Zustand ändern. Und es findet sich ein geringer Selbstwert. Es gibt häufig unangemessene Schuldgefühle. Sie schämen sich dafür, wie sie sind und fühlen sich von anderen isoliert, unverstanden oder ziehen sich zurück. Neben der gestörten Selbstwahrnehmung gibt es eine gestörte Beziehungsgestaltung. Betroffene haben ein mangelhaftes Vertrauen in Menschen. Die Personen neigen dazu, reviktimisiert zu werden, sie werden (wiederholt) Opfer von Gewalttaten, begeben sich in ausbeuterische Beziehungen oder sie üben Gewalt gegen andere aus.

Letzteres Muster findet man häufiger bei traumatisierten Männern, die aus diesem Grund dann auch nicht auf Traumastationen behandelt werden. So dass wir z. B. auf unserer Traumastation, obwohl wir nicht frauenspezifisch ausgerichtet sind, fast ausschließlich Frauen haben. Die gewalttätigen Männer werden nicht behandelt, weil es erst einmal notwendig ist, Verantwortung für Gewalttaten zu übernehmen und Strategien zum Umgang mit Aggressionen zu finden. Wenn die Gewalttätigkeit gegen andere im Vordergrund steht, macht man erst einmal keine traumaspezifische Behandlung, sondern man setzt sich mit dem Gedanken der Verantwortung auseinander. Außerdem muss die Traumastation ein geschützter Raum sein und es dürfen keine gewalttätigen oder bedrohlichen Menschen dort sein.

Dissoziative Störungen sind häufig. Dissoziation bedeutet, dass Funktionen des Denkens, Fühlens, Wahrnehmens oder der Motorik, die normalerweise der bewussten Steuerung unterliegen und

aufeinander abgestimmt sind, nicht mehr als Einheit funktionieren, von Betroffenen nicht mehr kontrolliert werden können. Eine Dissoziation hilft, sich aus einem Geschehen herauszuziehen, wenn es sehr belastend wird. Dissoziationen können demnach bei Stress auftreten und sehr unterschiedliche Formen annehmen: Abwesenheitszustände, Krampfanfällen bis zu Lähmungen. Die Patienten können nicht sprechen, können nicht laufen. Und Dissoziationen werden selten spontan berichtet, aber als extrem belastend und »komisch« empfunden. Und es ist ganz wichtig, die Betroffenen darüber aufzuklären, dass diese Beschwerden aus der komplexen Traumatisierung resultieren. Weitere Verhaltensmuster sind multiple körperliche Beschwerden und auch ein Gefühl von Sinnverlust und Hoffnungslosigkeit.

### **Die »lähmenden« Auswirkungen komplexer Traumatisierungen**

Die meisten Betroffenen, die komplex traumatisiert wurden in Kindheit und Jugend oder im Erwachsenenalter, werden über einen langen Zeitraum eine Vielzahl von diesen Beschwerden haben. Stellen Sie sich vor, wie einschränkend das für die Alltagsbewältigung, für die Lebensführung und auch für das Wohlbefinden ist. Und wie die Beziehung zu anderen Menschen darunter leiden. Komplexe Traumatisierungen lähmen die Menschen in ihrer Alltagsgestaltung, in dem Leben ihrer Rollenmodelle, in ihren Beziehungen.

Und die Sucht ist auch ein Selbstfürsorgeproblem. Jemand, der Substanzen konsumiert, schädigt sich, sorgt nicht für sich, isoliert sich damit. Und die posttraumatische Belastungsstörung führt in der Regel auch zu Selbstfürsorgeproblemen, zur Isolation, zu Schuldgefühlen und zu einem Sich-Zurück-Ziehen. Beide Erkrankungsbilder haben viel mit Verheimlichung, mit sozialer Isolation und mit Rückzug aus dem normalen Leben zu tun.

*»Theoretisch weiß ich oft, wie ich für mich selbst sorgen könnte, ich schaffe es aber nicht, das auch in die Praxis umzusetzen. Es erscheint mir zu groß, zu anstrengend. Für mich selbst zu sorgen, bedeutet Arbeit, Spaß zu haben und schöne Dinge zu unternehmen bedeutet Arbeit. Ich weiß nicht, wie man Dinge genießt. Selbstfürsorge fällt mir einfach unglaublich schwer.«*

*Eine Betroffene auf <http://komplexepts.wordpress.com>*

### **Frühe interpersonelle Traumatisierung ist stärkster Prädiktor für spätere Partnergewalt**

Wichtig an der frühen interpersonellen Traumatisierung ist, dass sie in einigen Studien doch als einer der stärksten Prädiktoren für spätere Partnergewalt beschrieben wurde. In 2/3 bis 3/4 der Fälle von Partnergewalt wurden von den in die Partnergewalt Verwickelten, also auch von den Gewaltausübenden, körperliche oder sexuelle Misshandlungen in Kindheit und Jugend erlebt. Aber auch das Miterleben körperlicher Gewalt zwischen Eltern erhöht die Wahrscheinlichkeit, später selbst Gewalt gegen den Partner auszuüben oder selbst Gewalt zu erleiden. Insgesamt ist durch frühe interpersonelle Traumatisierungen das Risiko für spätere Partnergewalt zweibis dreifach erhöht.

Und gewaltsame Kindheitserfahrungen begünstigen vor allem schwere Misshandlungen in Paarbeziehungen. Diejenigen, die sexuellen Missbrauch, körperliche Misshandlung oder Gewalt zwischen Eltern erlitten haben, erleiden häufig selbst schwere Gewalt oder üben schwere Gewalt aus.

### **Frühe Interpersonelle Traumatisierungen bei Alkohol- und Drogensucht**

Dass bei Alkohol- und Drogensucht sich sehr häufig frühe interpersonelle Traumatisierungen finden, ist in vielen Studien belegt. Wenn Sie sich die Zahlen anschauen, ist es eigentlich erschreckend, dass nach Gewalterfahrungen in der

Suchttherapie nicht regelhaft gefragt wird. Bei der Alkoholabhängigkeit sind es 50 Prozent der Frauen und 30 Prozent der Männer, die mind. eine Form von körperlicher/sexueller Gewalt in Kindheit/Jugend erlebt haben. Bei der Drogensucht oder der Mehrfachabhängigkeit 80 Prozent der Frauen und 50 Prozent der Männer. Und das sind Studien, die nur sexuelle und körperliche Gewalt untersucht haben. Emotionale Gewalt oder Vernachlässigung wurden nicht erhoben. Junge, insbesondere mehrfachabhängige Frauen, sind ganz, ganz häufig von Traumatisierungen betroffen.

### **Entwickeln von frühen interpersonellen Traumatisierungen Betroffene häufiger Suchterkrankungen?**

Jetzt ist natürlich die Frage, ob frühen interpersonellen Traumatisierungen, auch wenn sie häufig mit Suchterkrankungen vorkommen, tatsächlich auch dazu führen können, dass Suchterkrankungen ausgebildet werden. Also, dass es da nicht nur eine Assoziation gibt, sondern einen kausalen Zusammenhang. Dass es das Risiko tatsächlich erhöht, eine Suchterkrankung zu bekommen, wenn man früh traumatisiert wurde. Da gab es eigentlich erst im Jahr 2000 die erste Studie, die diese Kausalität belegte. Eine große prospektive Studie, anhand derer gezeigt wurde, dass das **Risiko für eine Alkohol- und Drogenabhängigkeit um den Faktor 3 bis 7 erhöht** war, wenn in Kindheit und Jugend sexuelle Traumatisierung aufgetreten war.

Traumatisierungen und Drogenabhängigkeit zeigen auch eine **Dosis-Wirkungs-Beziehung**. Das bedeutet, je mehr Traumatisierungen stattgefunden haben, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, eine Suchterkrankung zu entwickeln. Und **frühe Traumatisierungen** führen zu einem **frühen Einstieg** in den Drogenkonsum. Das ist nicht zu vernachlässigen. Mitunter schon im Alter unter 14 Jahren.

Man kann also sagen, dass traumatische Erfahrungen in Kindheit und Jugend als schwerwie-

gender Risikofaktor im Wechselspiel mit weiteren belastenden und protektiven Faktoren die Wahrscheinlichkeit einer Abhängigkeitserkrankung zumindest deutlich erhöhen.

Ich erwähne die frühen interpersonellen Traumatisierungen u. a. auch, weil viele der Frauen, die zu Ihnen in die Beratungsstellen kommen, aufgrund von Partnergewalt, auch diese frühen interpersonellen Traumatisierungen erlebt haben.

### **PTBS und Suchterkrankungen**

Wie ist es wiederum mit dem Zusammenhang zwischen der posttraumatischen Belastungsstörung und der Suchterkrankung? Auch hier lässt sich feststellen, dass sich die Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung (die in Suchteinrichtungen auch nicht regelhaft erfragt werden) häufig gemeinsam mit einer Suchterkrankung auftreten. **30–60 Prozent der suchtkranken Frauen und 15–35 Prozent der suchtkranken Männer haben eine PTBS**. Und dann frage ich Sie, die im Suchtbereich arbeiten, wie häufig in Kliniken oder in der ambulanten Beratung die Suchtkranken tatsächlich nach den Symptomen einer PTBS gefragt werden. Es herrscht leider zu oft die Ansicht: Man muss erst einmal die Sucht behandeln. Alles andere danach. Das führt dazu, dass bei suchtkranken Patienten die Symptome der PTBS nicht erkannt werden, weil sie nicht gefragt werden und auch im Verlauf nicht gefragt werden und **die Betroffenen dadurch keine spezifische Behandlung erhalten**.

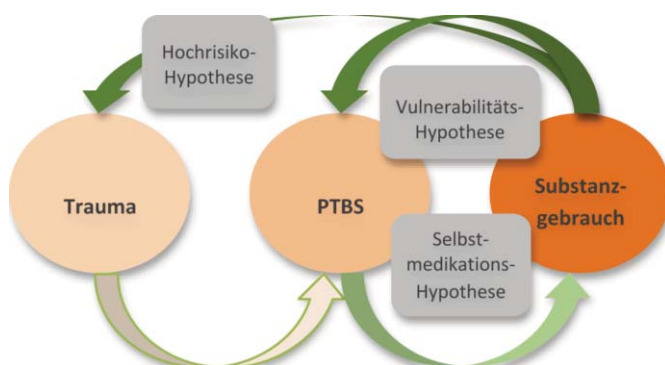
Leider verschlechtern sich die **Intrusionen**, das Wiedererleben als ein sehr belastendes Symptom der posttraumatischen Belastungsstörung, **häufig im Entzug**. Die Beschwerden werden erst offensichtlich, wenn die Substanz wegfällt. Viele Suchttherapien werden dann seitens der Betroffenen abgebrochen.

## Zusammenhänge zwischen PTBS und Sucht

Es wurde schon mehrfach erwähnt, dass der Substanzkonsum bei Traumatisierten eine Art Selbstmedikation ist, d. h., die Substanzen führen dazu, dass bestimmte unangenehme Gefühle oder Intrusionen kurzzeitig gedämpft werden. Oder dass andere, positive Gefühle bei der Gefühlsabstumpfung, unter der viele leiden, durch Substanzen überhaupt erst erlebt werden können, gerade wenn es z. B. um Körperkontakt geht oder um Nähe. Kurzfristig bessern die Substanzen die Beschwerden der PTBS, langfristig verschlechtern sie aber die Prognose.

Und Menschen, die Substanzen gebrauchen, scheinen nach einem Trauma auch eher eine PTBS zu entwickeln (Vulnerabilitätshypothese). Substanzmittelgebrauch führt weiterhin dazu, sich in Kontexte oder Situationen zu begeben, in denen das Risiko Gewalt zu erleben, erhöht ist (Hochrisikohypothese).

Es ist auch interessant, dass neurobiologisch diese beiden Erkrankungen Sucht und PTBS viele Parallelen aufweisen. Beide werden häufig als ein gestörtes Stressverarbeitungssystem beschrieben mit sehr ähnlichen Veränderungen im Neurotransmitter-Stoffwechsel.



## Sucht und Trauma: Probleme in der Therapie / Krankheitsverlauf

Die Probleme in der Therapie und im Krankheitsverlauf, wenn Sucht und Trauma gemeinsam vorliegen, sind vielfältig: die Betroffenen sind häufig jünger. Es gibt häufiger Therapieabbrüche. Das therapeutische Bündnis ist schwieriger zu gestalten. Die Betroffenen benötigen sehr niedrigschwellige Angebote und eine lange Stabilisierungsphase. Ein- bis dreiwöchige Entzugstherapien reichen da überhaupt nicht aus. Es gibt häufiger Rückfälle. Es gibt mehr gesundheitliche, rechtliche und soziale Probleme. Und es gibt bei traumatisierten Suchterkrankten eine sehr hohe Rate komorbider psychischer Störungen, in der Regel mehr als zwei oder drei. All das führt insgesamt zu einer schlechteren Prognose bzgl. der Abhängigkeitserkrankung.

Trotzdem ist es so, dass in der Suchtherapie häufig gesagt wird, jetzt erstmal die Sucht und um das andere kümmern wir uns später. Und wenn man einen Suchtkranken zu einem Traumatherapeuten schickt, kann es auch heißen, die Ursachen ihrer Sucht liegen in der Kindheit begründet. Das bearbeiten wir erst einmal. Oder die Therapeuten kennen sich nur mit dem einen Thema, aber nicht mit dem anderen aus.

Wenn durch anhaltenden Konsum erst einmal eine Sucht entstanden ist, muss diese auch als eigenständige Erkrankung behandelt werden. Die Sucht hat bestimmte Mechanismen, die sich nicht dadurch lösen, dass die Gewalterfahrung bearbeitet oder der Gewaltkontext aufgehoben wird. Die Sucht bleibt trotzdem fortbestehen. Trotzdem kann sie nicht getrennt betrachtet werden von der Traumatisierung. Denn wenn man die traumaassoziierten Beschwerden nicht gleichzeitig versucht mitzubehandeln, dann wird es sehr schwierig, abstinent zu bleiben. Diese Beschwerden wurden ja gerade durch den Konsum besser. Das heißt, die Therapie von traumatisierten Suchtkranken sollte nicht sequenziell sein, im Sinne von: erst die eine, dann die

andere Krankheit behandeln. Es ist ein integrativer Therapieansatz notwendig, d. h. beide Erkrankungen sollen in ihrer Interaktion betrachtet und es müssen Bewältigungsstrategien für beide Krankheiten erlernt werden. Das versuchen wir auf unserer Psychotherapiestation umzusetzen.

Es gibt wenige Programme, die für einen integrativen Therapieansatz bei Sucht und Trauma konzipiert sind. Eines dieser Programme ist »Sicherheit finden« von der amerikanischen Psychologin Lisa Najavits. Das gruppentherapeutische Programm ist sehr vielseitig einsetzbar. Letztendlich muss es bei den integrativen Therapieprogrammen darum gehen, aus der Traumaperspektive den Sinn der Symptome, auch den Substanzkonsum im Kontext der Lebensgeschichte zu verstehen und ihre Funktion als Bewältigungsversuch und Schutz zu würdigen. Es muss ein neues Verständnis der eigenen Probleme geschaffen und zum Erlernen von Alternativen funktionaler Bewältigungsstrategien ermutigt werden. Der oder die Betroffene kann nicht sagen, es ist so, ich brauche Drogen, weil

ich so starke Beschwerden habe, sondern sollte bereit sein, neue Strategien auszuprobieren. Und allein diesen Versuch zu unternehmen, ist furchtbar anstrengend und auch das sollte adäquat gewürdigt werden.

Letztendlich geht es darum, die Kontrolle über das als chaotisch empfundene Leben zurückzugewinnen. Traumatisierte Suchtkranke haben viele »Baustellen«. Ihr Leben ist chaotisch. Sie selbst sind nicht dazu in der Lage, adäquate Bewältigungsstrategien zu generieren und am Ende muss es in der Therapie darum gehen, Sicherheit zu schaffen, äußere und innere Sicherheit. Und das gelingt nur, wenn man gleichzeitig an beiden Punkten, d. h., an den durch die Traumatisierung entstandenen Beschwerden und an der Suchterkrankung arbeitet. Auch wenn es manchmal nur gelingt, den Konsum zu reduzieren, sollte an der Abstinenz gearbeitet werden, da die Heilung von den traumaassoziierten Beschwerden nur durch Abstinenz möglich wird.

### Traumatherapie

Individuelle Vereinbarungen  
Anpassung an individuelle Bedürfnisse  
Einzelsitzungen  
Autonomie, Kontrolle

### Suchttherapie

verbindliches, striktes Regelwerk  
wenig individuelle Ausnahmen  
Gruppensitzungen  
Anpassung, kontrolliert werden



### Integratives Therapieprogramm

Aus der Traumaperspektive den Sinn der Symptome, auch Substanzkonsum, im Kontext der Lebensgeschichte verstehen und ihre Funktion als Bewältigungsversuch und Schutz würdigen.

Neues Verständnis der eigenen Probleme schaffen und zum Erlernen von alternativen funktionalen Bewältigungsstrategien ermutigen.

Kontrolle über das als chaotisch empfundene Leben wiedergewinnen.

Schwierig, finde ich es immer, den Patienten klarzumachen, dass die Sucht zwar nicht zufällig entstanden ist und die Traumatisierungen bei der Entwicklung der Sucht eine Rolle gespielt haben. Aber dass die Sucht dennoch als eine eigenständige Erkrankung zu betrachten ist und dass es nicht ausreicht, sich allein auf die traumaassoziierten Beschwerden zu fokussieren. Und das passiert manchmal, weil viele suchtkranke Menschen zur Bagatellisierung des Substanzkonsums neigen. Sie sagen, wenn ich erst weniger Stress und meine Vergangenheit bearbeitet habe, dann wird der Substanzkonsum keine Rolle mehr spielen. Das ist leider nicht so. Beide Erkrankungen müssen behandelt werden, oft über einen langen Zeitraum.

Bei uns ist es so wie in fast allen Suchtkliniken, bei Rückfall erfolgt eine Entlassung mit dem Angebot der Wiederaufnahme. Rückfällige Patienten auf der Station zu halten, ist aus verschiedenen Gründen äußerst schwierig. Zum Beispiel können Rückfälle die anderen Patienten stark triggern. Für den Einzelfall wäre es vielleicht besser, rückfällige Patienten zu halten und den Rückfall therapeutisch zu besprechen. Dies wurde bei uns früher einmal versucht, hat aber zu Rückfallketten auf der Station geführt. Also zählt nun der Schutzraum für die anderen Patienten mehr als die individuelle Bearbeitung des Rückfalls. Und es besteht immer die Möglichkeit der Wiederaufnahme, nach einem Rückfall aktuell frühestens nach drei Wochen.

## Zusammenfassung

Ich bin jetzt in viele verschiedene Bereiche gegangen und ich hoffe, der Vortrag war jetzt nicht zu unstrukturiert. Ich habe trotzdem eine kleine Zusammenfassung versucht. Was ich Ihnen hoffentlich darstellen konnte, ist, dass Frauen, die Partnergewalt erlebt haben, häufig an psychischen Problemen leiden, vor allem an denen einer posttraumatischen Belastungsstörung. Und dass Sie dieses Krankheitsbild kennen und

wissen sollten, mit welchen Beschwerden es einhergeht.

Die posttraumatische Belastungsstörung führt zu chronifiziert verlaufenden, quälenden seelischen Beschwerden. Traumatisierungen, posttraumatische Belastungsstörungen und Suchterkrankung treten häufig gemeinsam auf und führen zu schweren Krankheitsverläufen bei gleichzeitig mangelhaften Therapieangeboten.

Wir haben auch große Probleme, die Patienten dann in weitere Therapien zu bringen. Uns gelingt das vielleicht ein bisschen besser als ambulanten Suchthilfeeinrichtungen, weil wir uns als Klinik immer als »Backup« zur Verfügung stellen. Wenn es zu Krisen kommt, können die Patienten wieder zu uns geschickt werden. Und wir nehmen auch überregional Patienten auf und nicht nur aus einem Bezirk Berlins. Es wurde schon mehrfach erläutert, dass stabile, langfristige Beziehungen zu den Patienten wichtig sind und das versuchen wir, indem wir über unsere Ambulanz noch psychotherapeutische Hilfen anbieten. Die Patienten können z. B. quartalsweise bei uns weiterbehandelt werden. Und es ist schon so, dass viele der Traumatisierten, die bei uns in Behandlung waren, sagen: »Das Krankenhaus ist so ein sicherer Ort für mich geworden. Wenn es mir schlecht geht, kann ich da hingehen.« Manche kommen dann zum Besuch auf der Station vorbei. Wobei wir versuchen, das etwas einzuschränken, weil es sonst manchmal für die Therapie schwierig ist. Aber ich glaube, es ist sehr hilfreich, eine Kontinuität zu schaffen. Das versuchen wir durch die Verknüpfung der stationären und ambulanten Angebote.

Jeder Patient mit psychischen Beschwerden bzw. einer seelischen Erkrankung, vor allem mit problematischem Substanzkonsum, sollte nach einer Traumatisierung gefragt werden. Das muss routinemäßig geschehen. Und jede durch Partnergewalt traumatisierte Frau benötigt eine psychologische oder psychiatrische Beratung, die traumasensibel und entstigmatisierend ist. In unserer Klinik bieten wir Kriseninterventions-

plätze für Opfer häuslicher Gewalt, aber wenn die Frauen aktuell von Gewalt betroffen sind, suchen sie uns leider selten auf, weil sie diese Stigmatisierung fürchten: »Jetzt bin ich in der Psychiatrie. Jetzt ist es ja sowieso vorbei mit mir.« Weil sie Angst haben, dass der Partner in Rechtsstreitigkeiten um die Kinder die Tatsache einer psychiatrischen Behandlung, eines Klinikaufenthaltes gegen sie verwenden kann. Weil sie Angst haben, ein psychiatrisches »Label« zu bekommen.

Die Angst ist sicherlich nicht ganz unberechtigt, weil auch psychiatrische Kollegen und Kolleginnen zu oft wenig traumasensibel oder gewaltsensibel mit den Betroffenen umgehen. Und weil es immer noch sehr falsche Vorstellungen von psychiatrischer Behandlung gibt. Und weil bei akuten Aufnahmen in Krisen die Betroffenen, gerade wenn zusätzlich ein Suchtproblem besteht, zu häufig auf zum Teil geschlossene Aufnahmestationen mit anderen akut erkrankten, psychotischen oder aggressiven Patienten kommen und das geht eigentlich gar nicht. Bei uns werden diese Krisen auf der Psychotherapiestation behandelt, die ein ganz anderes Klima bietet.

Also, ich fordere Sie auf, sich mit der Thematik weiter auseinander zu setzen, sich Wissen anzueignen. Das geschieht ja hier im Rahmen des GeSA-Projektes. Das finde ich super. Der Thematik kommt man auch nur bei, wenn die verschiedenen Bereiche wirklich eng zusammenarbeiten und ich nehme da in meinen Bereich sehr viel von Ihnen mit und bedanke mich dafür.

#### Fazit

- Frauen, die Partnergewalt erlebt haben, leiden häufig an psychischen Problemen, v. a. einer PTBS.
- Die PTBS führt zu häufig chronifiziert verlaufenden, quälenden seelischen Beschwerden.
- Traumatisierungen, PTBS und Suchterkrankungen treten häufig gemeinsam auf und führen zu schweren Krankheitsverläufen bei gleichzeitig mangelhaften Therapieangeboten.
- Jede/r Patient/in mit psychischen Beschwerden, v. a. mit problematischem Substanzkonsum, sollte nach Traumatisierungen gefragt werden.
- Jede durch Partnergewalt traumatisierte Frau benötigt eine psychologisch/psychiatrische Beratung, die traumasensibel und entstigmatisierend ist.

#### Fragen aus dem Publikum

Die Frage war, was mit **Männern** ist, **die Gewalt erfahren haben**, z. B. durch Partnerinnen.

Das ist mir so noch nicht vorgekommen. Vielleicht auch, weil die Männer nicht darüber sprechen, wenn sie Gewalt durch ihre Partnerin erfahren. Wir fragen auch die Männer nach Gewalterfahrungen. Wir fragen auch, ob sie Gewalt ausgeübt haben. Das fragen wir auch die Frauen. Die Frage nach ausgeübter Gewalt bejahen aber beide Geschlechter noch weniger. Wir haben bei uns viele Männer in Behandlung, die vor allem in Kindheit und Jugend traumatisiert wurden oder, allerdings seltener, in homosexuellen Partnerschaften. Aber männliche durch Partnergewalt Betroffene aus heterosexuellen Partnerschaften, ich will nicht sagen, dass es das nicht gibt, hatten wir in den Jahren, seitdem es dieses Programm bei uns gibt, noch nicht.

Die **Wartezeiten** bei uns sind in der Tat nicht so lang, weil unser Angebot noch nicht so lange besteht und demnach noch nicht so bekannt ist. Das Jüdische Krankenhaus Berlin ist traditionell sehr suchtorientiert gewesen und war früher eine internistische Abteilung. Wir nehmen überregional auf, wir haben auch Patienten aus anderen Bundesländern und Städten. Wir sind ein



kleines Haus mit kurzen Wegen und man kann persönlich Fälle mit uns besprechen. Aber wir haben auch zwei Wartelisten. Es gibt diejenigen, die Therapie zu den Themen Sucht und DBT-Borderline bei uns machen; diejenigen, die Sucht- und Traumabehandlung machen und diejenigen, die Sucht, Trauma und DBT machen. Und diejenigen, die nur eine Suchtbehandlung absolvieren. Für die Entgiftung gibt es kaum eine Wartezeit. Für das Psychotherapieprogramm zwischen 4 und 12 Wochen.

Frage nach: **Wirksamkeit des Programms auf den Krankheitsverlauf bzw. wiederholten Klinikaufenthalten.**

Das ist eine gute Frage. Also, es gibt diese Station noch nicht so lange. Und es ist schon so, dass wir gerade die schwer traumatisierten Patientinnen öfter bei uns sehen. Sie sind entweder bei uns in der Ambulanz und/oder sie haben das Programm schon mehrfach durchlaufen. Unser Programm ist sehr niedrigschwellig. Deshalb waren viele von denjenigen, die bei uns sind, noch nie mit dem psychiatrischen System im Kontakt oder haben noch nie irgendeine Therapie in Anspruch genommen oder durchgehalten. In der Regel sind die stationären DBT- und die traumaspezifischen Angebote viel zu hochschwellig und für einen längeren Zeitraum ausgelegt, meistens für mindestens drei Monate. Wir haben ein sehr niedrigschwelliges Traumaprogramm und dies nur für vier bis sechs Wochen. Wie heute ja bereits mehrfach gesagt, gibt es einen gewissen Prozentsatz schwerkranker Frauen, die eine Suchtkrankheit und Traumafolgestörung haben und die durch das Raster fallen. Das sind diejenigen, die wir bei uns sehen und entsprechend der Schwere der seelischen Beschwerden erfolgen durchaus wiederholt Behandlungen. Ich kann daher nicht sagen, dass sie durch das Programm weniger häufig in der Klinik sind, ich sehe die Klinikaufenthalte aber eher positiv, da es gut ist, dass sie den Mut und Willen aufbringen, sich wiederholt in Behandlung zu begeben.



## Prof. Dr. Klaudia Winkler

Dipl.-Psychologin,  
Professorin an der Technischen Hochschule Regensburg,  
Fakultät Sozial- und Gesundheitswissenschaften

Ich war viele Jahre in der ambulanten und stationären Suchtarbeit tätig und habe mich seit den 1990-er Jahren mit der Situation der substanzabhängigen Frauen in den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, insbesondere im stationären Behandlungssetting, beschäftigt.

Im Rahmen der stationären Entwöhnungsbehandlung, während des intensiven Zusammenlebens der Patientinnen und Patienten – über mehrere Wochen oder – damals sogar – über mehrere Monate hinweg, wurden die (ungünstigen) Bedingungen, die für die wenigen Frauen in den männerdominierten gemischten Kliniken vorherrschten, besonders deutlich. Dies war für mich und meine damaligen Kolleginnen der Anlass, die Frage nach geeigneten Rahmenbedingungen für Frauen in der stationären Entwöhnungsbehandlung zu stellen. So viel zu meinem Hintergrund. Meine heutige Präsentation bezieht sich daher vorrangig auf die stationäre Alkoholentwöhnungsbehandlung.

## Überblick

- Was weiß man über alkohol-/substanzbelastete Frauen?
- Sind spezielle Beratungs- und Behandlungsangebote für suchtmittelabhängige Frauen nötig? (Wenn ja, warum?)
- Wie müssen frauenspezifische Angebote (für gewaltbetroffene Frauen) aussehen?
- Was weiß man über deren Wirksamkeit?

(Klaudia Winkler, 23.9.2015)

Ich möchte damit beginnen, zunächst Fakten zur Substanzabhängigkeit bei Frauen vorzustellen. Sicher eine Wiederholung für diejenigen von Ihnen, die aus der Suchtarbeit kommen, aber möglicherweise Anregung für diejenigen, die aus der Anti-Gewalt-Arbeit kommen.

Anschließend werde ich auf drei Fragen eingehen: Warum sind spezielle Angebote für substanzabhängige Frauen nötig? Wie müssen diese Angebote aussehen? und Was weiß man über deren Wirksamkeit?

## 1. Was weiß man über alkohol-/substanz-belastete Frauen?

Zunächst ein Zitat einer amerikanischen Autorin, die über ihre eigenen Erfahrungen mit dem Bingedrinking als junge Frau berichtet. »Trinken bestätigt Männer in ihrer Männlichkeit, beschädigt aber die Weiblichkeit der Frauen. Wir unterstellen, dass Männer durch starkes Trinken zu richtigen Männern werden – trinkt hingegen ein Mädchen, so gilt es als unweiblich.«

*»Drinking confirms men's gender role, whereas it diminishes women's. We are meant to believe that men who drink heavily are men's men. [...] In contrast, a girl's drinking makes her less feminine.«*

(aus: »Smashed«, Zailckas, 2005, 257f.)

Zailckas beschreibt hier sehr anschaulich, wie unterschiedlich das Trinken bei Frauen und Männern bewertet wird. Zahlreiche Probleme alkoholkonsumierender Frauen lassen sich auf diese unterschiedliche Bewertung trinkender Frauen und trinkender Männer zurückführen.

Was weiß man über den Trinkstil von Frauen? Auch wenn neue Zahlen dafür sprechen, dass die Anzahl der Frauen, die trinken, die vermehrt trinken, die exzessiv trinken, steigt, gilt immer noch für alle Kulturen, für alle Epochen: Trinken ist ein Männerthema. Es sind die Männer, die mehr trinken, die häufiger trinken und die stärkere Schädigungen davontragen aber auch mehr Schäden verursachen.

Problematisches Trinken, abhängiger Konsum, sind immer noch Männerthemen und wenn wir von problematisch trinkenden bzw. alkoholabhängigen Frauen sprechen, spricht man von einer zahlenmäßigen Minderheit, die auch in der Wahrnehmung der Fachkräfte häufig eher als Minderheit wahrgenommen wird.

### Trinkstil von Frauen

- Geringere Trinkmengen
- Trinken häufiger alleine
- Bingedrinking, v. a. bei Frauen unter 25 Jahren
- Late-Onset-Alkoholismus

Frauen trinken häufiger alleine. Sie trinken häufiger zu Hause. Viel trinken, große Mengen trinken, öffentlich trinken wird bei Frauen nicht positiv konnotiert, wenn man von den sehr jungen Frauen einmal absieht – hier hat sich in den letzten Jahren einiges verändert.

Bingedrinking ist ein Trinkmuster, das vor allem bei jungen Frauen, bei Frauen unter 25 Jahren vorkommt. Auch das Phänomen des sog. Late-onset-Alkoholismus, einer Konsumform, bei der alkoholbezogene Probleme erst in einem Alter um ca. 50 Jahre auftreten, handelt es sich um ein typisch weibliches Trinkmuster. Late-Onset-Alkoholismus ist gekennzeichnet durch späten Trinkbeginn und relativ geringen Konsummengen.

### Psychiatrische Komorbidität

Bei Frauen häufiger

- Angststörungen
- Affektive Störungen
- Konsum anderer psychotroper Substanzen

Dass Substanzabhängigkeiten mit zusätzlichen psychischen Erkrankungen (Komorbiditäten) verbunden sind, ist bekannt. Bei alkoholabhängigen Frauen sind insbesondere Angststörungen, affektive Störungen oder der Konsum sonstiger psychotroper Substanzen, in der Regel Schlaf- und Beruhigungsmittel, zu beobachten.

Substanzbelastete Frauen leiden, im Vergleich zu substanzbelasteten Männern, häufiger an affektiven Störungen – selbst wenn man berücksichtigt, dass auch nichtabhängige Frauen häufiger von affektiven Störungen betroffen sind als nichtabhängige Männer. Der Unterschied wird durch die Substanzabhängigkeit zusätzlich verstärkt.

### Lebenssituation

- Starker Einfluss des Alkoholkonsums des Partners
- Anteil nicht verheirateter und geschiedener Frauen ist größer
- Frauen, die sexuelle Gewalt erfahren, haben ein höheres Risiko für problematischen Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen

Betrachtet man die Lebenssituation substanzbelasteter Frauen, wird der Einfluss des Partners auf das Trinkmuster und die Trinkmenge der Frauen deutlich. Frauen passen sich in der Regel sehr stark dem Trinkmuster ihrer jeweiligen Partner an.

Der Anteil der alleinstehenden Frauen – der nicht verheirateten, geschiedenen Frauen – ist in der Gruppe der substanzbelasteten Frauen sehr groß. Frauen mit substanzbezogenen Problemen werden von ihren Partnern deutlich häufiger verlassen, als dies umgekehrt der Fall ist. Sie kennen dieses Phänomen vermutlich aus Ihrer praktischen Arbeit. Während die Frauen substanzabhängiger Männer oft über lange Zeit hinweg versuchen ihre Familie zu schützen, ihre Partnerschaft aufrecht zu erhalten, sich für Behandlungs- und Unterstützungsangebote einzusetzen, und oft (zu viel) Verantwortung für den Weg des Partners aus der Abhängigkeit übernehmen, handeln Partner/Ehemänner alkoholabhängiger Frauen oft ganz anders. Eine trinkende Frau geht ein deutlich höheres Risiko ein, von ihrem (nichtabhängigen) Partner verlassen zu werden.

Für trinkende Frauen steigt das Risiko, misshandelt zu werden, und für Frauen, die sexuelle Gewalt erfahren haben, besteht ein erhöhtes Risiko substanzbezogene Störungen zu entwickeln. Frau Professorin Kavemann hat das ja in ihrem Vortrag bereits erwähnt, ich denke, dieser Zusammenhang ist Ihnen bekannt.

### Folgen: In kürzerer Zeit mehr negative Konsequenzen

- Schnellerer Verlauf der Abhängigkeitsentwicklung bei Frauen  
(Mann et al., 1996)
- Beeinträchtigung des Gehirns bereits bei geringeren Dosen, kognitive Defizite größer  
(Ammendola et al., 2000)
- Körperliche Erkrankungen treten früher auf  
(Mann et al., 1996)
- Beeinträchtigung der reproduktiven Funktionen  
(Finkelstein et al., 1997)
- Misshandlungsrisiko steigt  
(Amaro et al., 1990)

Karl Mann und Mitarbeiter beschreiben bei Frauen einen deutlich schnelleren Verlauf der Abhängigkeitsentwicklung; Beeinträchtigungen des Gehirns sind bei stark konsumierenden Frauen bereits bei geringeren Dosen und nach kürzerer Trinkzeit zu beobachten; körperliche Erkrankungen treten früher auf.

Kurz gesagt: Der weibliche Organismus ist für den Konsum von Alkohol deutlich schlechter ausgestattet als der männliche.

Ich habe Ihnen nun diejenigen Befunde zum problematischen Alkoholkonsum von Frauen vorgestellt, die sich in den letzten Jahren, eigentlich Jahrzehnten, immer wieder bestätigen ließen. Es gibt tatsächlich typische Muster weiblichen Trinkens. Es gibt Unterschiede, was die Trinksituationen betrifft, was die Konsumfolgen und den Verlauf der Abhängigkeitsentwicklung betrifft. Aber: Was folgt aus diesem Wissen?

## 2. Sind spezielle Beratungs- und Behandlungsangebote für suchtmittelabhängige Frauen nötig? (Wenn ja, warum?)

Die Schlussfolgerung, aus diesen Befunden den Bedarf für frauenspezifische Beratungs- und Behandlungsangebote abzuleiten, erfolgte nicht unbedingt. In Diskussionen wurde angeführt, dass die individuelle Betrachtung der einzelnen Patientin/des einzelnen Patienten einer geschlechtsspezifischen Sichtweise vorzuziehen sei. Die Bedeutung einer genderbezogenen Sichtweise wurde grundsätzlich in Frage gestellt.

### Was heißt »frauenspezifisch«?

- ausschließlich Frauen werden behandelt
- spezielle Angebote vorhanden
- »Haltung/ Frauenbild« der Einrichtung

### Was versteht man unter frauenspezifischer Suchtberatung und -behandlung?

Hier trifft man auf unterschiedliche Sichtweisen: So zum Beispiel auf die Annahme, dass man von frauenspezifischer Behandlung immer dann sprechen könne, wenn die Behandlung in Einrichtungen stattfindet, in denen ausschließlich Frauen behandelt werden:

Bei näherer Betrachtung dieser Form der »frauenspezifischen« Suchtarbeit zeigt sich, dass es Behandlungseinrichtungen gibt, die zwar (ausschließlich) Frauen behandeln, aber in ihrem Konzept auf die spezifischen Bedürfnisse der substanzabhängigen Frauen nicht systematisch eingehen, dies auch nicht konzeptionell verankert haben. Die Tatsache, dass Frauen gemeinsam mit anderen Frauen behandelt werden, bedeutet nicht unbedingt, dass tatsächlich von einer frauenorientierten, frauenspezifischen oder gendersensiblen Arbeit gesprochen werden kann.

## Frauenspezifische Arbeit in Einrichtungen mit speziellen Angeboten für Frauen:

Spezialangebote, wie z. B. Frauentherapiegruppe, Traumagruppe, Frauenselbsterfahrungsgruppe, findet man oft in den größeren Kliniken; Kliniken, die Frauen und Männer gemeinsam behandeln, bemühen sich, durch Spezialangebote die Behandlung den Bedürfnissen der Patientinnen anzupassen und ein frauenspezifisches Angebot bereitzuhalten. Die Möglichkeit solche Angebote zu nutzen, stellt für die betroffenen Patientinnen eine Chance dar – inwieweit diese Einrichtungen tatsächlich frauenspezifisch arbeiten, lässt sich anhand der vorhandenen Angebote nicht eindeutig ableiten.

## Was kennzeichnet frauenspezifisch arbeitende Kliniken?

Es ist vor allem die Haltung, die den Frauen entgegengebracht wird: Welches Frauenbild, welches Alkoholikerinnenbild wird seitens der Behandlerinnen und Behandler vermittelt? Wie werden die Frauen angesprochen? Wie werden sie behandelt? Können die bisherigen, aus dem Alltag der Frauen bekannten Erfahrungen von Abwertung und Entwertung als alkoholabhängige Frau durch korrigierende Erfahrungen ergänzt werden? Ermöglicht die Behandlung neue, weniger selbstwertschädigende Erfahrungen? Frauenspezifische Suchtbehandlung baut auf frauenspezifischen Angeboten auf, es kommt aber insbesondere auf die Haltung an, die den Frauen im therapeutischen Alltag entgegengebracht wird. Zum einen seitens der Behandlerinnen und Behandler, diese Haltung muss aber in der Behandlungseinrichtung insgesamt vertreten werden. Entscheidend ist, dass die gesamte Klinik sich dieser Philosophie verschrieben hat.

### Risiken (in traditioneller Behandlung)

- Behandlungsbarrieren
- Minderheitssituation
- Orientierung an männliche Norm(al)abhängigen
- Mitpatienten/ Täter(bilder)

Eine stationäre Entwöhnungsbehandlung stellt eine Chance für die substanzbelasteten Frauen dar – sie kann aber auch Risiken für Patientinnen beinhalten:

### Behandlungsbarrieren

Die Entscheidung für eine Behandlung ist für Frauen oft schwierig:

- Zuständigkeit für Kinderbetreuung
- Stigmatisierung als Alkoholikerin
- Widerstand im Umfeld oft größer
- Behandlungsangebote oft männerzentriert: zahlenmäßig, thematisch, Alkoholiker/innen-Bild der Behandler/innen, mangelndes Wissen um Substanzgebrauchsstörungen bei Frauen

Hier sind zunächst sogenannte **Behandlungsbarrieren** zu nennen. Substanzbelasteten Frauen fällt die Entscheidung für eine stationäre Behandlung oft schwer. Behandlungsbarrieren können hier eine Rolle spielen und die Entscheidung für eine Behandlung verzögern oder ganz verhindern.

### Zuständigkeit für die Versorgung der Kinder

Barbara Kavemann hat dieses Dilemma heute sehr anschaulich beschrieben. Was passiert, wenn eine Frau, die in einer Gewaltbeziehung lebt, sich für eine stationäre Behandlung entscheidet und vor die Entscheidung gestellt ist: soll ich mein Kind jetzt bei dem möglicherweise gewalttätigen Vater lassen? Oder soll ich meinem Kind eine Pflegefamilie oder eine andere fremde Unterbringung zumuten?

Die Mütter sind in der Regel zuständig für ihre Kinder. Auch substanzbelastete Frauen entscheiden sich häufig gerade aus Sorge um ihre Kinder für eine Behandlung und erleben den Konflikt, ob sie ihren Kindern mehr schaden, wenn sie in die Behandlung gehen oder wenn sie es nicht tun. Diesem kann nur begegnet werden, wenn die Behandlungseinrichtungen tatsächlich Angebote so konzipieren, dass Kinder mit in die Behandlung genommen werden können. Kliniken, die eine gemeinsame Aufnahme von Müttern mit ihren Kindern ermöglichen, gestat-

ten dies in der Regel nur für Kinder bis zum Schulalter. Die Zuständigkeit für die Kinderbetreuung ist auch im ambulanten Bereich ein Thema: wie können ungestörte Behandlungs- und Beratungszeiten für die Mütter organisiert werden, während die Kinder gut untergebracht und versorgt sind?

### Stigmatisierung als Alkoholikerin

Auch die wahrgenommene negative Sicht auf weiblichen Substanzkonsum kann es Frauen schwer machen, sich für eine substanzspezifische Behandlung zu entscheiden.

### Widerstand im Umfeld

Der Widerstand gegen eine alkoholbezogene Behandlung ist deutlich größer, wenn sich die Frauen für eine Behandlung entscheiden, vor allen Dingen, wenn ihr Partner ebenfalls problematisch oder abhängig konsumiert. Insbesondere trinkende Männer haben kaum Interesse daran, dass ihre Partnerin sich einer abstinenzorientierten Behandlung unterzieht. Nichttrinkende Männer sind oft nicht bereit, die Stigmatisierung ihrer Ehefrau als Alkoholikerin zu tolerieren.

### Männerzentrierte Behandlung

Das Alkoholiker\*innen-Bild in der Behandlungseinrichtung wird oft schon bei den Erstkontakten, der Gestaltung der Homepages, der Flyer deutlich. Werden hier ausschließlich alkoholranke Männer als Zielgruppe angesprochen, erschwert dies die Behandlungsentscheidung von Frauen. Auch fehlendes Wissen bezüglich der speziellen Bedingungen, die die Abhängigkeit bei Frauen betreffen – vorausgehende Bedingungen, Trinkmuster, Trinkfolgen, Lebenssituation usw. Es ist dieses »Nicht-Wahrnehmen« dieser Besonderheiten, das als Behandlungsbarriere wirken kann.

### Mögliche Risiken während der Behandlung

- Minderheitssituation
  - Frauenanteil in stationären Einrichtungen 28 % \*
  - Frauenanteil in ambulanter Behandlung 28 % \*
  - Kommunikationsstil in Behandlungsgruppen (wenn zahlenmäßig in der Minderheit)
  - Rückfall in »bewährte« Rollenmuster (Mutter, Geliebte, etc.)

\*(Suchthilfestatistik, 2014)

### Risiken während der Behandlung

Auch die Minderheitssituation, die Frauen in Kliniken oder Gruppen einnehmen, kann als Behandlungsrisiko angesehen werden. Aktuell beträgt der Patientinnenanteil in den stationären Einrichtungen im Durchschnitt 28 Prozent, in den ambulanten Einrichtungen ebenso. Das heißt, in einzelnen Einrichtungen kann er sowohl darüber, aber auch darunter liegen. Sind Frauen sehr deutlich in der Minderheit, kann man beobachten, dass Frauen angesichts dieser Unsicherheitssituation in alte – bewährte – Rollenmuster zurückfallen.

Das heißt, sie setzen häufig Strategien ein, die sie aus ihrer Vorgeschichte kennen, die vertraut sind, die aber häufig daran beteiligt waren, dass sich die substanzbezogene Störung, die Abhängigkeit entwickelt oder verstärkt hat. Das heißt, es besteht die Gefahr, dass sie sich darauf konzentrieren, ihre Mitpatienten zu »bemuttern«, Partnerschaften mit Mitpatienten einzugehen, ihrem eigenen Therapiefortschritt untergeordnete Bedeutung einräumen.

### Mögliche Risiken während der Behandlung

- Orientierung am männlichen Norm(al)abhängigen
  - Alkoholiker\*innenbild der Behandler/innen
  - Wissen um Substanzabhängigkeit bei Frauen
  - Selbstwertschädigende Erfahrungen im Behandlungsverlauf

Für Frauen mit Missbrauchs-/Gewalt-Erfahrungen kann die Anwesenheit von Männern in der Behandlungsgruppe bzw. eine männliche Überzahl in der Klinik zum Problem werden, sie einschüchtern. Es ist schwer für Frauen mit Gewalterfahrungen, in der Therapiegruppe mit Männern an diesem Thema zu arbeiten. Mit Männern, die selbst Täter wurden. Oder von denen sie sich an Täter oder an problematische Situationen erinnert fühlen. Frauen mit Gewalterfahrungen brauchen Frauengruppen als Schutzraum, um hier eine Chance zu haben, tatsächlich in offene Gespräche zu kommen.

### Mögliche Risiken während der Behandlung

- Mitpatienten/Täter(bilder)
  - Frauen mit Gewalt und Missbrauchserfahrungen könnten durch die Anwesenheit von Männern in der Behandlungsgruppe eingeschüchtert werden

### 3. Wie müssen Behandlungsangebote (für gewaltbetroffene) substanzabhängige Frauen aussehen?

Schlussfolgerung: Ziele von frauenspezifischen Angeboten sind demzufolge zum einen, dass die Entscheidung für eine Behandlung erleichtert werden muss. Diese müssen so konzipiert sein, dass es für Frauen möglich und auch leichter ist, sich zu entscheiden.

Die Angebote müssen die Sozialisationsbedingungen, die Frauen erleben, berücksichtigen, diese müssen den Behandlern/innen also vertraut sein.

### Ziel frauenspezifischer Behandlungsangebote

- Entscheidung für eine Behandlung wird erleichtert
- Sozialisationsbedingungen werden berücksichtigt
- Orientierung an den Problemen und Bedürfnissen der Frauen
- Einschränkende, selbstwertschädigende Erfahrungen im Behandlungsverlauf werden reduziert
- Die Entscheidungsfähigkeit und Autonomie der Klientinnen werden gefördert

Der Stil im Umgang mit den Patientinnen und Klientinnen muss so sein, dass selbstwertschädigende Erfahrungen reduziert werden. Konkret zeigt sich das anhand der Entscheidungsmöglichkeiten, die man Patientinnen oder Klientinnen einräumt. Wie viel Autonomie wird einer substanzabhängigen Frau zugestanden? Wie aktiv wird sie in die Gestaltung ihrer Behandlung einbezogen?

#### Praktische Umsetzung

##### Rahmenbedingungen

- die Frauen befinden sich weder in der Klinik noch in der Therapiegruppe in einer extremen Minderheitssituation
- Kinder können mitgebracht werden, sie werden angemessen betreut
- Angebote für Schwangere
- Fahrdienste (ambulante Behandlung)

##### Inhalt

- Therapeutische Angebote greifen Themen die für Frauen besonders bedeutsam sind, auf
- Wahlmöglichkeiten werden geboten
- Trainingsprogramme (Wiedereinstieg in den Beruf, Erwerb praktischer Fähigkeiten)

##### Behandlungsklima/-philosophie

- Wiederholung von Abwertungen sowie subtile Gewalterfahrungen werden verhindert
- Unterstützender, wenig konfrontativer Behandlungsstil
- Entscheidungsfähigkeit und Autonomie werden gefördert (bzgl. Therapiezielen, -inhalten, therapeutischem Vorgehen etc.)

Zu den Rahmenbedingungen gehört: Frauen dürfen weder in der Therapiegruppe, noch in der Klinik in einer extremen Minderheitssituation sein. Man geht davon aus, dass in jeder Gruppe oder in jeder Klinik mindestens ein Drittel Frauen sein müssen. Es muss Angebote für schwangere Frauen und für Mütter kleiner Kinder geben. Die Angebote müssen für die Frauen, die sie benötigen, gut erreichbar sein. Fahrdienste, Abholdienste, aufsuchende Arbeit können hier unter Umständen hilfreich sein.

Das Behandlungsklima und die Behandlungsphilosophie müssen so ausgerichtet sein, dass die Wiederholung von Abwertungen, subtile Gewalterfahrungen verhindert werden. Ein unterstützender, vor allen Dingen wenig konfrontativer Behandlungsstil ist hier gefragt.

#### 4. Wirksamkeit frauenspezifischer Behandlungsangebote

Sieht man sich die Studien an, die es tatsächlich zur Evaluation von frauenspezifischen Behandlungen gibt, wird man sehr schnell sehr ernüchtert und sehr desillusioniert.

Wir haben bei der Arbeit an den S 3-Leitlinien zur Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen mit Kollegen international die vorhandenen, randomisierten, kontrollierten Studien zum Therapieerfolg frauenspezifischer Behandlung gesucht und nicht gefunden.

*»Das Ergebnis einer systematischen Literaturrecherche ist ernüchternd, die Zahl der randomisierten, kontrollierten Studien, die die geschlechtsspezifische Wirksamkeit von psychotherapeutischen und psychosozialen Interventionen bei der Behandlung von alkoholbezogenen Störungen untersuchen, ist äußerst gering.«*

(Vogt, Hoch, Thomasius, Winkler 2015)

Ich möchte Ihnen heute die Ergebnisse von drei Studien vorstellen. Die erste von Reed und Leibson stammt allerdings bereits aus dem Jahr 1981.

Reed & Leibson konnten zeigen, dass es über frauenspezifische Angebote tatsächlich gelingt, besonders belastete Frauen anzusprechen. In den untersuchten frauenspezifisch arbeitenden Einrichtungen befanden sich mehr Frauen, die eingeschränkteren Zugang zu Ressourcen hatten, die unter ungünstigeren Bedingungen lebten (missliche Wohnsituation, niedriger oder fehlender Schulabschluss, kurze Ausbildungszeiten). Es handelte sich um Frauen, die in den traditionell arbeitenden, also gemischten



Einrichtungen, gar nicht anzutreffen waren. Dies unterstützt die Annahme, dass es mit Angeboten, die speziell für Frauen bereitgehalten werden, gelingen kann, auch diejenigen Frauen anzusprechen, die sonst das Behandlungssystem meiden würden.

#### **Studie 1:**

##### **Traditionelle Behandlungseinrichtung versus Fraueneinrichtung (Klientinnen)**

###### **Frauen in Fraueneinrichtungen:**

- | weniger Zugang zu Ressourcen
- | ungünstigere Lebensbedingungen
  - Wohnsituation schlechter,
  - Schulabschluss niedriger,
  - kürzere Ausbildungszeiten,
  - deutlich geringeres Familieneinkommen,
  - lebten häufiger alleine oder alleine mit ihren Kindern,
  - suchten vor Behandlungsbeginn seltener medizinische Dienste auf,
  - größerer Anteil der Frauen mit Prostitutionserfahrungen

(Reed & Leibson, 1981)

Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen dann ca. 10 Jahre später Copeland & Hall (1992). Auch sie zeigen auf, dass spezielle Angebote für Frauen mehr sogenannte belastete Frauen ansprechen. Der Anteil lesbischer Frauen, Frauen mit jüngeren, noch zu versorgenden Kindern, Frauen, denen bereits das Sorgerecht entzogen war, Frauen, die Missbrauchserfahrungen hinter sich hatten und Frauen, deren Mütter ebenfalls Alkoholikerinnen waren, sind deutlich häufiger in den frauenspezifisch arbeitenden Einrichtungen anzutreffen.

#### **Studie 2:**

##### **Traditionelle Behandlungseinrichtung versus Fraueneinrichtung (Klientinnen)**

###### **In Fraueneinrichtungen größerer Anteil**

- | lesbischer Frauen
- | Frauen mit zu versorgenden Kindern
- | Frauen, denen bereits das Sorgerecht für ihre Kinder entzogen wurde
- | Frauen, die von Missbrauchserfahrungen berichteten
- | mehr Frauen, deren Mütter ebenfalls Alkoholikerinnen gewesen sind

(Copeland & Hall, 1992)

Dahlgren & Willander konnten bereits 1989 im Rahmen einer Katamnese-Studie zeigen, dass die in den frauenspezifischen Einrichtungen behandelten Frauen bessere Behandlungsergebnisse erzielten (Arbeitsstelle, Beziehung zu den Kindern, Trinkmenge, Trinktage).

#### **Studie 3:**

##### **Traditionelle Behandlungseinrichtungen versus Fraueneinrichtung (Therapieerfolg)\***

- | Weniger Frauen hatten Arbeitsstelle verloren
- | Häufiger verbesserte Beziehungen zu den Kindern
- | Durchschnittliche Anzahl der Trinktage während der vorangegangenen 12 Monate war geringer.

\*zwei Jahre nach ambulanter Behandlung

(Dahlgren & Willander, 1989)

Im Rahmen der Studie von Marsh, D'Aunno & Smith (2000) hat sich gezeigt, dass frauenspezifische Angebote insbesondere für Mütter mit zu versorgenden Kindern besonders erfolgreich waren. Es waren vor allen Dingen die Einrichtungen, die ein sehr breites Angebotsspektrum vorgehalten haben (z. B. zum Thema psychische Gesundheit, psychisches Befinden und allgemeine Gesundheit, familiäre Probleme), die besonders günstige Behandlungsergebnisse vorweisen konnten.

### Therapieerfolg

Angebote für substanzabhängige Frauen mit Kindern,  
die ein breit gefächertes Angebot bereithalten  
(u.a. Gesundheit, psychisches Befinden, familiäre  
Probleme)  
die den Zugang durch Fahrgelegenheiten erleichtern  
die Kinderbetreuung anbieten  
verbessern den Therapieerfolg → Konsumrate geringer  
(Marsh, D'Aunno & Smith, 2000)

Die enge Assoziation zwischen sexuellen Gewalterfahrungen, posttraumatischen Belastungsstörungen und Sucht ist bekannt. Und bekannt ist auch, dass der Konsum von psychoaktiven Substanzen das Risiko, Opfer von Gewalthandlungen zu werden, erhöht.

### Gewalterfahrungen und Sucht

Enge Assoziation zwischen sexuellen Gewalterfahrungen, PTBS und Sucht.  
Konsum von psychoaktiven Substanzen erhöht das Risiko, Opfer von Gewalthandlungen zu werden  
(Vogt, Fritz & Kuplewatzky, 2014)

Zwei randomisierte kontrollierte Studien sowie deren Re-Analysen konnten zeigen, dass ein Angebot zur integrierten Behandlung von Alkoholabhängigkeit und posttraumatischer Belastungsstörung tatsächlich zum Erfolg geführt hat. Eingesetzt wurde das Therapieprogramm »Sicherheit finden« von Lisa Najavits. Die deutsche Übersetzung liegt vor beim Hochgreffe-Verlag. Es handelt sich um ein integratives Therapieverfahren, das speziell für die Behandlung substanzabhängiger Frauen, die zusätzlich unter einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden, entwickelt wurde. Es ist ressourcenaktivierend, nicht aufdeckend konzipiert. Im Vordergrund steht die Bewältigung der traumatisierenden Erfahrungen, nicht deren Aufdeckung. Für den Erfolg entscheidend ist, dass beide Problematiken – Sucht und Gewalterfahrung – gemeinsam und nicht sequenziell bearbeitet werden.

### Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) und Sucht

»Randomisierte kontrollierte Studien sowie Re-Analysen konnten zeigen, dass eine integrierte Behandlung von alkoholbezogenen Störungen und PTBS wirksam ist.«  
(Hien, Cohen, Miele et al., 2004; Hien, Wells, Jiang et al., 2009; Hien, Campbell, Ruglass et al., 2010; Killeen, Hien, Cambell et al., 2008)

Ich möchte hier noch ein Ergebnis eines neueren Forschungsprojektes – Daphne III – (Gahleitner & Tödte, 2015) erwähnen. Es handelt sich um eine internationale Studie, die in Deutschland, England und Rumänien Empfängerinnen von Hilfsangeboten, also suchtblastete, traumatisierte Frauen, befragt hat. Ergänzend wurden Expertinnen befragt. Es konnte gezeigt werden, dass für Frauen, die suchtblastet sind und ein Trauma erlitten haben, stabile, langjährige, kooperativ angelegte Beziehungen, und zwar sowohl zwischen den Betroffenen und ihren Helfer/innen als auch innerhalb des Hilfesystems, besonders hilfreich wirkten. Vor allen Dingen, wenn man die Arbeit im GeSA-Netzwerk betrachtet. Stabile Einbettungsnetzwerke können betroffenen Frauen, die in ihren Bindungsstrukturen stark angegriffen sind, zu einem sicheren Ort verhelfen. Zu wissen, dass meine Beraterin in einem Netzwerk agiert und ich bei einer Überweisung an einen anderen Partner, an eine andere Partnerin des Netzwerkes immer noch sicher bin, fördert die psychische Sicherheit und vermittelt damit eine Erfahrung, die für von Gewalt und Sucht betroffene Frauen besonders nützlich und hilfreich zu sein scheint. Die Arbeit mit gewalt- und suchtblasteten Frauen erfordert entsprechendes Wissen, Trauma- und Beziehungskompetenz der Helferinnen und stabile Versorgungsstrukturen. Alle in diesem Netzwerk Tätigen benötigen einen gemeinsamen Wissenshintergrund.

### Versorgungsstrukturen

- Wenn es um die Verbindung Trauma und Sucht geht, sind stabile, langjährige und kooperativ angelegte Beziehungen sowohl zwischen Betroffenen und professionell Helfenden als auch zwischen den Akteur/innen des unterstützenden Systems selbst wichtig.
- Stabile Einbettungsnetzwerke können betroffenen Frauen, die in ihren Bindungsstrukturen stark angegriffen sind, zu »einem sicheren Ort« verhelfen.
- Die Arbeit mit gewalt- & suchtbelasteten Frauen erfordert einen trauma- und beziehungskompetenten fachlichen Hintergrund in einem interprofessionell zusammengesetzten Helfer/innennetzwerk in Prävention, im Zugang, in der Diagnostik und in der Intervention.
- Die Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen müssen dafür eine stabile Zusammenarbeit vor einem gemeinsamen Hintergrund interdisziplinärer Wissensbestände garantieren.

(Forschungsprojekt Daphne III, Gahleitner & Tödte, 2015)

Dies möchte ich heute am Schluss so stehen lassen. Diese Ergebnisse stellen einen ausgezeichneten Übergang zur Arbeit von GeSA dar. Es ist wichtig ein Netzwerk zu entwickeln, in dem gemeinsames fachliches Wissen erarbeitet wird. Das aber auch die persönlichen Kontakte zwischen den Helfenden, zwischen den Akteur/innen im Hilfesystem stabilisiert.

### Resümee:

#### Behandlungsangebote für gewaltbetroffene substanzabhängige Frauen

- Spezielle Angebote für Frauen verbessern die Inanspruchnahme.
- Frauen, die unter vielen oder schweren Problemen leiden, sind häufiger in frauenspezifisch arbeitenden Einrichtungen anzutreffen.
- Frauen mit Gewalt- und Missbrauchserfahrungen, Mütter, die Kinder zu versorgen haben und lesbische Frauen gelten als besondere Zielgruppe frauenspezifischer Angebote.
- Therapieergebnisse sind besonders günstig, wenn vielfältige Angebote bereitgehalten werden.
- Integrierte Behandlung für Frauen mit PTBS und Suchterkrankung wirkt.
- Von Sucht und Gewalt betroffene Frauen benötigen Stabilität in der Begleitung.
- Die Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen müssen eine stabile Zusammenarbeit vor einem gemeinsamen Hintergrund interdisziplinärer Wissensbestände garantieren.

Danke für's Zuhören!

## **Impressum**

Herausgeberin:

Frauen helfen Frauen e.V. Rostock

Ernst-Haeckel-Straße 1

18059 Rostock

[www.fhf-rostock.de](http://www.fhf-rostock.de)

Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit