



18. NIEDERSÄCHSISCHE SUCHTKONFERENZ 09|2008

Geschlechtergerechte Ansätze in Suchtarbeit und -prävention

Berichte zur Suchtkrankenhilfe



Niedersachsen

Geschlechtergerechte Ansätze in Suchtarbeit und -prävention



|

VORWORT

SABINE BRÄGELMANN-TAN	Geschlechtergerechte Ansätze in Suchtarbeit und -prävention	04
-----------------------	---	----

VORTRÄGE

PROF. DR. IRMGARD VOGT	Frauen und Männer: Trinkmuster und Trinkfolgen Gemeinsamkeiten und Differenzen	06
PROF. DR. HEINO STÖVER	Leitfaden zur männerspezifischen Sucht- und Drogenarbeit: Erfahrungen seit 2006	20
PROF. DR. CORNELIA HELFFERICH	Ist Suchtprävention ein „klassisches“ Feld geschlechtergerechter Prävention?	28
CHANTAL MÖRSEN	Neue Süchte und Geschlecht – Glücksspiel-, Kauf- und Online-Sucht	36

WORKSHOPS

SABINE TIMME	Essstörungen als Suchtproblem bei Frauen	45
ANDREAS HAASE, PROF. DR. HEINO STÖVER	Lebensweltnahe und zielgruppenspezifische Methoden der präventiven Arbeit	48

	VERZEICHNIS DER REFERENTINNEN UND REFERENTEN	51
--	---	----

Geschlechtergerechte Ansätze in Suchtarbeit und -prävention

Die Möglichkeit, im Rahmen der 18. Suchtkonferenz 2008 das Themenfeld Sucht aus der Genderperspektive zu betrachten und weiter zu entwickeln ist eine spannende und zugleich lohnende Herausforderung gewesen. Schon der Tagungstitel „Geschlechtergerechte Ansätze in Suchtarbeit und -prävention“ macht deutlich, dass sowohl in der Suchtarbeit als auch in den verschiedenen Präventionsfeldern geschlechtergerechte Ansätze die Arbeit in diesen Bereichen effektiver gestalten können. Diese Herausforderung fließt bislang noch zu wenig in die Routinen der Suchtarbeit und -prävention ein. Ursachen und Ausprägung von Suchtverhalten werden von Genderaspekten mitbestimmt, d.h. Männer und Frauen unterliegen aufgrund ihrer Geschlechterrollen unterschiedlichen Suchtgefährdungen, bzw. kompensieren mit bestimmten Süchten spezifische Konflikte und Stresssituationen ihres jeweiligen Alltags. Gerade deshalb sollte auch die medizinische Diagnostik und Behandlung sowie die Ausrichtung suchtspezifischer Versorgungsstrukturen von Genderaspekten mitbestimmt werden.

Bevor ich diese Herausforderungen näher charakterisiere, stellt sich zunächst die Frage: Was ist Gender?

Warum sind wir auf dieses spröde, eher schwergängige englische Wort in unseren deutschen Diskussionen nach wie vor angewiesen? Gender bezeichnet – in Abgrenzung zum biologischen Geschlecht – die sozial und kulturell bedingten Verhaltensweisen und Identitäten von Frauen und Männern sowie das Verhältnis zwischen den Geschlechtern. Weil sich diese historisch und gesellschaftlich wandeln können, sind sie einer Gestaltung und Veränderung zugänglich. Hierbei werden Weiblichkeit und Männlichkeit nicht einfach durch die Natur oder die Gesellschaft bestimmt, sie werden erworben, gestaltet und inszeniert. In diesem Sinne gibt es keine geschlechtsneutrale Wirklichkeit. In diesem eher konstruktivistischen Sinne von Gender hat insbesondere die Frauenforschung und die Frauenbewegung zu Erkenntnissen in der Genderforschung beigetragen und hier Großartiges im Hinblick auf die Gleichberechtigung von Frauen und Männern geleistet.

Ziel war und ist hier eine gleichwertige Beteiligung von Frauen und Männern an der ökonomischen, sozialen und politischen Macht. Gleichwertige Beteiligung der Geschlechter bedeutete bzw. bedeutet aber nicht, dass diese gleichartig oder identisch sind oder

sein sollen. Gleichwertige Beteiligung setzt voraus, die geschlechtsspezifischen Unterschiede, ihre Gegebenheit oder ihre Entstehung zu kennen und zu verstehen, um bestmögliche Versorgung – hier im Sinne der Gesundheitsversorgung – vorhalten zu können.

Die zweite Frage lautet: Welche Implikationen ergeben sich, wenn wir das Thema Sucht unter dem Genderaspekt betrachten? Daraus folgen dann sehr schnell weitere wesentliche Fragestellungen: Welche Empfehlungen müssen für eine genderspezifische Suchtarbeit, die sich in der Prävention, in der medizinischen Diagnostik und Behandlung, in der Forschung, aber auch in der Versorgungsstruktur und im Gesundheitswesen wiederfindet, umgesetzt, weiterverfolgt oder verstärkt werden? Was wissen wir über männliches und weibliches Missbrauchs- und Abhängigkeitsverhalten, über geschlechtsspezifische Konsummuster und über geschlechtsspezifische Wege aus der Sucht? Welche psychoaktiven Substanzen bevorzugen Frauen bzw. Männer? Wie unterscheidet sich das geschlechtsspezifische Risikoverhalten? Wie wirken einzelne Drogen bei Männern und bei Frauen?

Schon dieses differenzierte Fragenbündel zeigt, dass wir wahrscheinlich keine einfachen Antworten finden werden. Aber für all diese Aspekte muss offen diskutiert werden, ob die geschlechtsspezifischen biologisch-genetischen Unterschiede oder die soziokulturellen Prägungen im Fokus der Betrachtung stehen, wie deren Wechselwirkungen sind und welche Auswirkungen dies dann wiederum auf eine effektive Ausgestaltung von Suchtprävention, -beratung und -therapie hat.

Letztlich ist der Einfluss der sozialen Geschlechterkonstruktion auf den Konsum psychoaktiver Substanzen – nach meinem Dafürhalten – nicht vollständig geklärt. Dieser ist wahrscheinlich je nach konsumierter Substanz, nach sozialer Stellung des Individuums und der in der Gesellschaft vorherrschenden Kultur unterschiedlich stark ausgeprägt. Eine Verbindung zwischen der Verinnerlichung von männlichen Stereotypen und gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen, zu denen der Konsum von Alkohol, Zigaretten und anderen Drogen gehört, ist wahrscheinlich. Der Alltag und die Lebensrealitäten von Suchtmittel konsumierenden Frauen und Männern unterscheiden sich genauso wie ihre Bemühungen zum Ausstieg aus der Sucht.

Es gibt Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei Konsum- und Verhaltensmustern. Die Ursachen für die Suchtentwicklung und deren Form werden durch das Geschlecht mitbestimmt.

Im Rahmen dieser Tagungsdokumentation nähern wir uns diesen Fragestellungen aus der Perspektive der Versorgung in Suchtprävention und Suchthilfe. Zunächst geht es dabei um eine theoretisch-fachliche (Neu-)Ausrichtung, die auch die neuen Erkenntnisse aus der medizinischen Forschung und die Forschungsergebnisse zu geschlechtsspezifischen Konsummustern zum Thema hat. Im zweiten Teil der Dokumentation greifen wir aktuelle und brisante Themen aus der praktisch gelebten Suchtarbeit, der Suchtprävention und Suchthilfe auf. Häufig ist allein mit der Auswahl der Themen eine Geschlechterzuweisung verbunden. So wird z. B. das Thema Essstörungen mit Weiblichkeit und exzessive Computernutzung mit Männlichkeit in Verbindung gebracht. Dies muss jedoch in allen Facetten diskutiert werden. Auch die Frage nach den Hintergründen für diese Ausprägungen stellt sich immer wieder aufs Neue.

Die wichtigste Herausforderung bleibt es, gesellschaftliche Rahmenbedin-

gungen zu schaffen, so dass Frauen und Männer erst gar nicht süchtig werden. Der geschlechtergerechte Ansatz selbst verbessert bereits jetzt den Zugang zum Hilfesystem und erhöht die Wirksamkeit der Behandlung sowohl für Frauen, als auch für Männer in der Sucht. Ich hoffe deshalb, dass diese Tagungsdokumentation Impulse setzt und neue Aspekte in diesem weiten Themenfeld beleuchtet. Wir haben uns bemüht, die Beiträge praxisnah und praxisrelevant zu wählen. Mein besonderer Dank hierfür gilt allen Referentinnen und Referenten, die zum Gelingen der Fachtagung und Erstellung dieses Bandes beigetragen haben. Ein besonderer Dank gilt auch der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., die die inhaltliche und organisatorische Planung für die Fachtagung sowie diese Dokumentation vorgenommen und umgesetzt hat.

Ich gehe davon aus, dass Sie durch diese gelungene Tagungsdokumentation zur Suchtkonferenz 2008 zum Thema „Geschlechtergerechte Ansätze in Suchtarbeit und -prävention“ Anregungen und Impulse für Ihre tägliche Arbeit in der Suchtprävention und Suchthilfe erhalten. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine anregende Lektüre.

Frauen und Männer: Trinkmuster und Trinkfolgen

Gemeinsamkeiten und Differenzen

Strukturierende und leitende Thesen

In den letzten Jahren sind die Themen „Geschlecht, Trinkmuster und geschlechtsspezifische Trinkfolgen“ etwas in Vergessenheit geraten. Das liegt unter anderem daran, dass man die Tendenzen einer Angleichung der Geschlechter im Umgang mit alkoholischen Getränken und mit anderen psychoaktiven Stoffen (Zigaretten, Cannabisprodukten, Ecstasy usw.) stärker betont hat als die Differenzen, die man auch gefunden, aber als weniger bedeutsam angesehen hat. Nun belegen aber die empirischen Daten, dass sich die Unterschiede zwischen den Geschlechtern niemals ganz nivellieren. Neben Angleichungsprozessen der Mädchen und Frauen an Verhaltensweisen, die in unserer Gesellschaft als „typisch männlich“ angesehen werden – z. B. Trinken bis zum Rausch und zur Amnesie (sogenanntes „Komasaufen“), gibt es auch Angleichungsprozesse in umgekehrter

Richtung, also von Jungen und Männern an „typisch weibliche“ Verhaltensweisen – z. B. beim Konsum von psychoaktiven Medikamenten, bevorzugt unter dem Label: Dopingmittel. Diese Angleichungen gehen stets mit geschlechtsspezifischen Differenzierungen einher, die oft übersehen werden.

In den folgenden Darstellungen und Analysen gehe ich von folgenden Thesen aus:

- Die Trinkmuster von Mädchen/Frauen und Jungen/Männern in Deutschland unterscheiden sich systematisch.
- In der Jugendzeit (13–16 Jahre) findet man jedoch Angleichungsprozesse. Es gibt Hinweise darauf, dass diese Prozesse jugendspezifisch sind und mit zunehmendem Alter verschwinden. Junge Frauen (18 Jahre und älter) orientieren

sich stärker an „frauentypischen“ als an „männertypischen“ Trinkmustern.

- Alkohol- und Drogenabhängigkeit sind psychische Störungen, unter denen Frauen systematisch seltener leiden als Männer.
- Die Versorgung alkohol- und drogenabhängiger Mädchen/Frauen und Jungen/Männern ist noch nicht optimal.

Diese Thesen sollen im Weiteren mit empirischen Daten untermauert und belegt werden.

Kurzer epidemiologischer Überblick zum Alkoholkonsum in der Jugend und zu den Trinkmustern von Mädchen/Frauen und Jungen/Männern

In Deutschland gehört es zur Normalentwicklung, im Übergang von der Kindheit zum Jugendalter ein erstes Glas eines alkoholischen Getränkes auszuprobieren. Der Einstieg in den Alkoholkonsum liegt in der Regel zwischen 12 und 15 Jahren. Geschlechtsspezifische Differenzen findet man hier nicht (vgl. BZgA, 2005, 2007; Kraus et al. 2008a; Lampert & Thamm, 2007; Settertobulte & Richter, 2007). Allerdings ergeben sich bei einer differenzierten Betrachtung hinsichtlich der Häufigkeit, Menge und Getränkepräferenzen Differenzen zwischen den Geschlechtern.

Angaben zum Alkoholkonsum

In der folgenden Abbildung 1 sind die Ergebnisse zur Häufigkeit und zu den Konsumpräferenzen von 12–17 Jahre alten Mädchen und Jungen in Deutschland zusammengestellt (BZgA, 2007). Wie man sieht, unterscheiden sich die Mädchen und Jungen sowohl in der Häufigkeit des Konsums alkoholischer Getränke als auch in den Präferenzen. Pauschal zusammengefasst kann man sagen, dass Mädchen insgesamt genommen weniger alkoholische Getränke konsumieren und dass sie Wein/Sekt bevorzugen, jedoch in bestimmten Situationen auch Bier und Biermixgetränke konsumieren. Jungen trinken pauschal genommen häufiger Alkoholisches und bevorzugen Bier, Biermixgetränke und Schnaps (vgl. Nickel et al., 2008) (s. Abbildung 1).

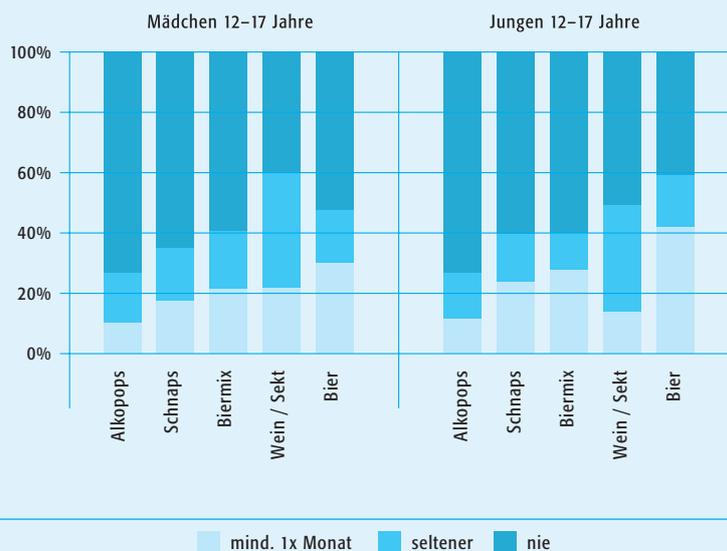
Die vergleichsweise niedrigen Angaben der Mädchen und Jungen zum Konsum von Alkopops gehen nach Aussage der BZgA auf die Einführung der Sondersteuer im Jahr 2004 zurück. Es gibt aber gute Gründe, den starken Rückgang des Konsums von Alkopops nicht nur darauf zurückzuführen. Sehr wahrscheinlich hat die Presse, die den Konsum von Alkopops bei Jugendlichen sowohl problematisiert aber auch dramatisiert hat, einen beträchtlichen Anteil an der Veränderung der Getränkepräferenzen (Kraus et al., 2008a). Statt Alkopops trinken Jungen wie Mädchen etwas mehr Bier und selbst hergestellte Mixgetränke. Die Ergebnisse hinsichtlich der Menge und Häufigkeit des Alkoholkonsums von Jugendlichen sind etwas uneinheitlich. Dazu kommt ein leichter Trend bei den Jugendlichen, weniger Alkoholisches zu konsumieren (Kraus et al., 2008a; Nickel et al., 2008). Die Präferenzen der beiden Geschlechter für verschiedene Getränke werden mit dem Alter immer deutlicher. In Abbildung 2 sind die Ergebnisse der jüngsten Studie von Kraus und Mitarbeitern (2008b) für Frauen und Männer zwischen 18 und 64 Jahren zusammengestellt. Die Trends, die schon bei den Mädchen zu beobachten sind, setzen sich bei den Frauen fort: Im Vergleich zu den Männern konsumieren sie pauschal betrachtet erheblich weniger alkoholische Getränke. Noch deutlicher werden die Unterschiede hinsichtlich der Bevorzugung verschiedener Getränkesorten

nach dem Geschlecht: Männer trinken lieber Bier, Frauen eher Wein/Sekt (s. Abbildung 2).

Es ist seit langem bekannt, dass Mädchen und vor allem Frauen im mittleren Lebensalter pauschal genommen Wein und Sekt dem Bier vorziehen (z.B. Wieser, 1972). Zwar weisen auch frühere Studien darauf hin, dass man bei den Mädchen hinsichtlich der Trinkmuster und der Getränkepräferenzen Angleichungen an diejenigen der Jungen findet, aber diese setzen sich nicht wirklich durch. Überraschend ist jedoch, dass es kaum weitergehende Studien zu den Gründen und Hintergründen der Getränkepräferenzen der Frauen gibt, so dass man weitgehend auf Vermutungen angewiesen ist. Geht man von den mit verschiedenen alkoholischen Getränken verknüpften Assoziationen aus, dann steht Wein für das Besondere, für das Festliche, für Genuss und genießen – unabhängig davon, ob es sich dabei um einen sogenannten „guten Tropfen“ handelt oder um die Billigflasche aus dem Supermarkt. Das sind Eigenschaften, die den Frauen entgegenkommen, weil sie sich über den Weinkonsum als Genießerinnen und nicht als Trinkerinnen stilisieren können. Zudem schmeckt Wein in der Regel nicht bitter und herb wie Bier, sondern entfaltet je nach Ausbau eine ganze Palette von Geschmacksrichtungen. Schließlich gilt Wein im Unterschied zu Bier nicht als kalorienreiches Nahrungsmittel, das dick macht,

ABB. 1: ANGABEN ZUR HÄUFIGKEIT DES KONSUMS VERSCHIEDENER ALKOHOLISCHER GETRÄNKE, MÄDCHEN UND JUNGEN 12–17 JAHRE

(Quelle: BZgA, 2007)



sondern als eine Art kalorienarmes „Zehrmittel“, das gelegentlich sogar zum Abnehmen eingesetzt wird. Es sind wohl diese dem Wein zugeschriebenen Eigenschaften, die ihn für Mädchen und Frauen so attraktiv machen.

Die Lust deutscher Männer am exzessiven Alkoholkonsum – in erster Linie am als unkultiviert geltenden Bierkonsum – ist sprichwörtlich. Dieser Konsum ist in der Vergangenheit vielfach literarisch verarbeitet worden (vgl. die Zusammenstellung bei Vogt, 1989). Auch heute spielt das Thema in der Sozialisation von Jungen und bei der Herausbildung des Stereotyps „Männlichkeit“ eine wichtige Rolle (Helfferich, 1994; Jacob & Stöver, 2006). Viel

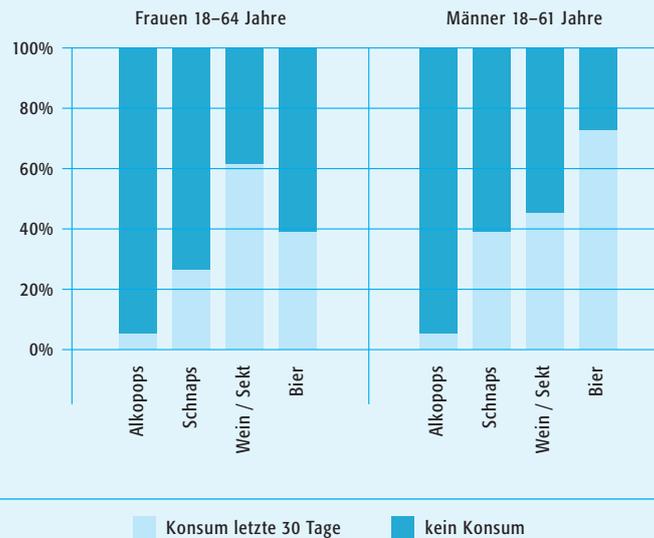
trinken zu können gilt als Zeichen für Härte, Stärke, Durchhaltevermögen – alles Eigenschaften, die symbolisch für Männlichkeit stehen. Gabányi (2008) hat dem aber noch einiges hinzuzufügen: „Nun ist so ein frisches Bier am sommerlichen Seeufer ein beglückender Genuss ... Ist der physische Durst erst gelöscht, gibt es nichts Besseres als Bier, um zum enthemmten Saufen überzugehen. Der zweifelhafte, wenn auch verführerische Vorteil, den Bier gegenüber anderen Alkoholika besitzt, ist sein vergleichsweise geringer Alkoholgehalt in Verbindung mit der einzigartigen, schaumigen Süffigkeit. Vorausgesetzt, die Temperatur stimmt ... trinkt es sich selbst dann noch lustvoll, wenn das körperliche Fassungsvermögen längst überschritten

ist – „press mas owi“, sagt der Bayer. Der Blick wird stier, die Artikulation verschwimmt, das Trinkergemüt ergeht sich in trübem Dämmerzustand oder blinder Aggression“.

In der Jugend werden Männer in diesen Habitus hineinsozialisiert. Sie werden in vielerlei Ritualen, wie in das enthemmte Trinken, eingeführt. Sie beweisen ihre Männlichkeit durch dumpfe Trägheit, mit der sich alles auszusitzen lässt, oder mit heftigen aggressiven Ausbrüchen. Auf letzteres wird im Folgenden noch etwas genauer einzugehen sein.

ABB. 2: ANGABEN ZUM KONSUM VERSCHIEDENER ALKOHOLISCHER GETRÄNKE IN DEN LETZTEN 30 TAGEN, FRAUEN UND MÄNNER 18–64 JAHRE

(Quelle: Pabst & Kraus, 2008)



Angaben zum Alkoholmissbrauch und zur Alkoholabhängigkeit

Wie aus den Daten zum Alkoholkonsum hervorgeht, ist der Übergang zum Alkoholmissbrauch fließend. Das belegen die Ergebnisse zum Rauschtrinken in der Jugend (vgl. Abbildung 3) und deren Kombination mit den Durchschnittskonsummustern im Erwachsenenalter (vgl. Abbildung 4).

Sich mindestens einmal im Leben zu betrinken ist für Mädchen und Jungen heutzutage fast selbstverständlich. Die ESPAD-Studie weist aus, dass 68% der 15- bis 16-jährigen Jugendlichen sich wenigstens einmal in ihrem bisherigen Leben betrunken haben. In

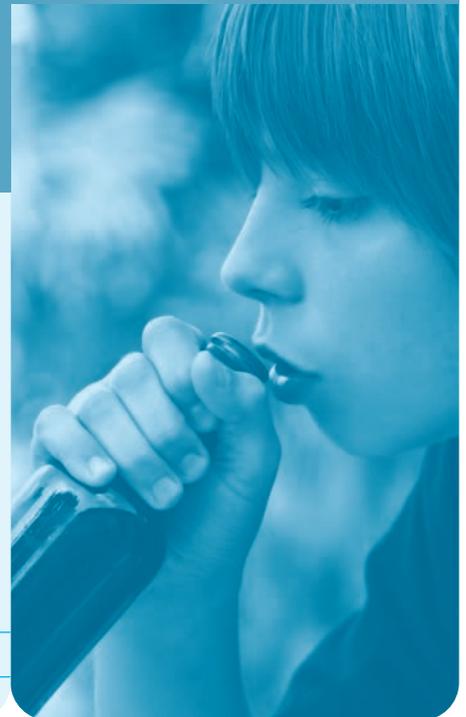
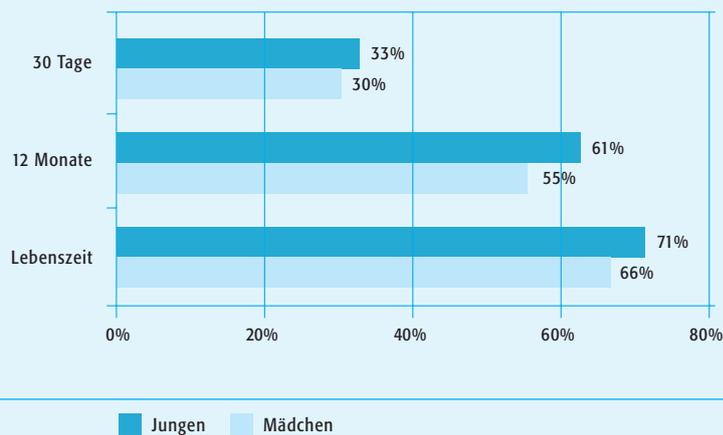
den letzten 30 Tagen vor dieser Befragung haben sich insgesamt 32% der Jugendlichen betrunken; in dieser Gruppe sind die Unterschiede zwischen den Jungen und den Mädchen ziemlich gering. Mehr als 3-mal haben sich in den letzten 30 Tagen 11% der Jugendlichen betrunken, darunter 14% Jungen und 7% Mädchen. Es zeigt sich, dass bei der detaillierten Analyse die geschlechtsspezifischen Differenzen deutlicher werden.

Dennoch muss man feststellen, dass die Bereitschaft sich zu betrinken, in den letzten 20 Jahren gerade bei den Mädchen erheblich angestiegen ist. Sie sind es, die in dieser Hinsicht einen beachtlichen Einstellungswechsel durchgemacht haben. Für sie ist es

heute fast normal, einmal einen Rausch gehabt zu haben. Allerdings bleiben Differenzen bestehen: wiederholte Rauscherfahrungen sind typisch für Jungen, nicht für Mädchen. Es wundert daher nicht, dass häufige Rausche bei Mädchen in der Regel ein Indikator für Problemlagen sind. Bei Jungen liegen die Dinge anders. Bei vielen Jungen stehen mehrfache Rausche erst einmal nicht in engem Zusammenhang mit Problemlagen. Häufen sich die Rauscherfahrungen jedoch stark und sind mit anderen abweichenden Verhaltensweisen assoziiert, dann sind sie auch bei den Jungen Indikatoren für Problemlagen. Fasst man die Angaben zur Häufigkeit und der Menge des Konsums von al-

ABB. 3: ANGABEN DER SCHÜLERINNEN UND SCHÜLER DER 9. UND 10. KLASSEN IN DEUTSCHLAND (ESPAD-STUDIE) ZUM RAUSCHTRINKEN

(Quelle: Kraus et al., 2008a)



koholischen Getränken systematisch zusammen, lassen sich Trinkmuster definieren. Man unterscheidet zwischen risikoarmem, riskantem und gefährlichem Konsum. Wie aus Abbildung 4 hervorgeht, unterscheiden sich Frauen und Männer systematisch nach ihren Trinkmustern.

Als risikoarm definiert man ein Trinkmuster, nach dem Frauen maximal 20 Gramm und Männer maximal 30 Gramm reinen Alkohol pro Tag konsumieren¹. Das entspricht bei den Frauen etwa einem viertel Liter Weißwein und bei den Männern etwa einem halben Liter Bier. Diese Menge Alkohol können Frauen und Männer, die sich durch diesen Trinkstil auszeichnen, über die Woche verteilt oder auf einmal konsumieren. Im letzteren Fall

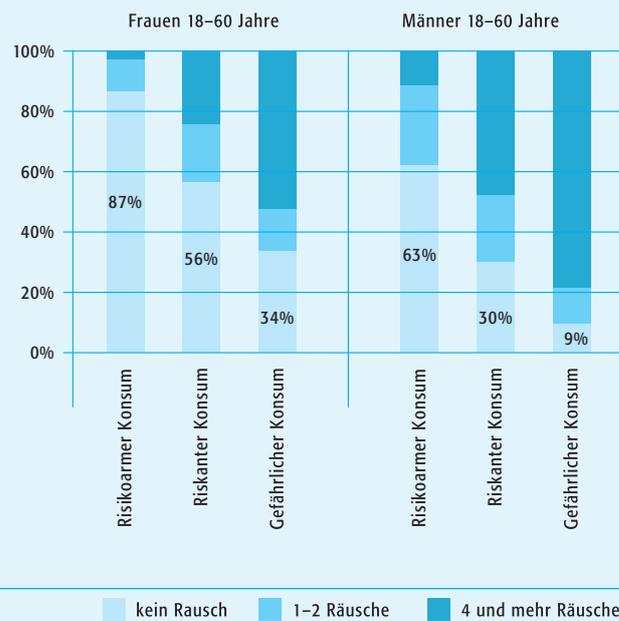
hat man es mit Rauschtrinken zu tun. Im Endeffekt heißt das, dass auch Menschen, die insgesamt betrachtet einen sehr moderaten Trinkstil haben, sich gelegentlich betrinken. Wie man sieht, trinken von den Frauen mit moderatem Trinkstil 13% gelegentlich bis zum Rausch und von den Männern 37%. Der Anteil der Frauen und Männer, die bis zum Rausch trinken, nimmt systematisch mit dem Trinkmuster zu; er ist am höchsten in der Gruppe derjenigen mit gefährlichem Trinkmuster. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern bleiben ebenfalls bestehen; sie verändern sich mit der Zunahme des Risikos leicht zuungunsten der Männer. Unabhängig vom Lebensalter ist Trinken bis zum Rausch mit einer Vielzahl von problematischen Verhaltenswei-

sen verbunden. Dazu gehören neben allgemeinen und spezifischen Gefährdungen der Gesundheit durch das Rauschtrinken selbst, Kontrollverluste im Verhalten und im Umgang mit Aggressionen. Im Rausch neigen Menschen dazu, die eigenen Fähigkeiten zu überschätzen und Rücksichtnahmen auf andere zu übergehen. Auch darum berücksichtigen Angetrunkene und Betrunkene Verbote wenig und fahren trotz besseren Wissens Auto oder lassen sich auf Diskussionen ein, die dann schnell in heftige Raufereien entarten. Mit der Häufigkeit des Rauschtrinkens steigt zudem die Gefahr des Missbrauchs von Alkohol und der Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit.

Die Daten zum Alkoholkonsum und zu den Trinkmustern von Mädchen/

ABB. 4: ANGABEN ZUM KONSUMSTIL UND ZUM RAUSCHTRINKEN NACH GESCHLECHT

(Quelle: Augustin & Kraus, 2005)



Frauen und Jungen/Männern, die bislang präsentiert worden sind zeigen, dass es sowohl Angleichungsprozesse zwischen den Geschlechtern gibt, aber eben auch durchgängige und systematische Differenzen. Mädchen scheinen sich in gewissem Umfang im Umgang mit alkoholischen Getränken und im Rauschtrinken an männlichen Normen zu orientieren. Dazu gehört der Konsum von Bier, der allerdings bei den Mädchen nicht dominiert, den sie aber in Kauf nehmen, wenn andere Alternativen fehlen. Dazu gehört auch der hohe Prozentsatz der Mädchen mit Rauscherfahrung. Allerdings unterscheiden sich Mädchen und Jungen signifikant hinsichtlich der bevorzugten Getränke, der Häufigkeit des Konsums von Alkohol und der Rauscherfahrungen. Insgesamt wird

damit deutlich, dass es nicht um eine Übernahme von männlichen Normen geht, sondern um eher kurzfristige Terrainerkundungen. Es spricht vieles dafür, dass es sich dabei um typische Jugendphänomene handelt, die mit zunehmendem Alter verschwinden. Dafür sprechen auch die systematischen Unterschiede zwischen Frauen und Männern hinsichtlich ihrer Getränkepräferenzen und ihrer Trinkmuster. Frauen haben im Vergleich zu Männern pauschal genommen die moderateren Trinkmuster. Sie gehen auch weniger Risiken ein, wie die Daten zum Alkoholmissbrauch und zur Alkoholabhängigkeit belegen.

Man geht in Deutschland davon aus, dass etwa 3 Millionen Menschen Alkohol missbrauchen (vgl. DSM-IV Kriterien, vgl. Saß et al., 1996) und etwa

2 Millionen Menschen vom Alkohol abhängig sind (Pabst & Kraus, 2008). Männer haben ein sehr viel höheres Risiko als Frauen, alkoholische Getränke zu missbrauchen oder von ihnen abhängig zu werden. Man geht davon aus, dass der Anteil der Frauen, die Alkohol missbrauchen oder davon abhängig sind, zwischen 25% und 33% liegt. Das bedeutet, dass maximal 3/4 bis minimal 2/3 aller Personen mit Alkoholmissbrauch oder Alkoholismus männlich sind. Dies bestätigen auch die Ergebnisse aus anderen europäischen Studien, die durchweg zeigen, dass Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit typische psychische Störungen von Männern sind (Wittchen & Jacobi, 2005).

Wege in die Sucht

Es gibt viele Wege in die Sucht. Das macht die Typisierung so schwierig. Immerhin weiß man heute, dass es spezifische Risikokonstellationen gibt, die Sucht begünstigen können. Dazu gehören:

- Alkohol- oder Drogenmissbrauch der Mutter in der Schwangerschaft;
- Probleme in der Herkunftsfamilie – u.a. Suchtprobleme von Mutter oder Vater;
- Probleme in der Jugend;
- Probleme im Erwachsenenalter, exemplarisch Probleme mit Partnerschaften – in Kombination mit Problemen mit Kindern oder am Arbeitsplatz.

Alkohol- oder Drogenmissbrauch der Mutter in der Schwangerschaft

Es ist heute gut belegt, dass der regelmäßige und vor allem der exzessive Konsum von alkoholischen Getränken in der Schwangerschaft allein oder in Kombination mit Zigarettenkonsum sowie anderen psychoaktiven Stoffen (z.B. Opiate, Kokain usw.) negative Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes im Mutterleib hat. Das liegt daran, dass diese Stoffe toxische Wirkungen haben, die den Embryo bzw. den Fetus in der Entwicklung behindern können. Gut belegt ist, dass der exzessive Konsum von Alkohol der Mutter in der Schwangerschaft zu Fehl- und Missbildungen des Zentralnervensystems sowie von äußeren und inneren Organen führen kann, die nicht reversibel sind (ausführlich u.a. bei Löser 1995, Vogt 2004). Kinder, die mit einem Fetalen Alkoholsyndrom (FAS) geboren werden, sind ein Leben lang geschädigt. Neben an-

derem bringt man Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS), nicht selten in Kombination mit einer Lese-Schreib-Schwäche, in Verbindung mit exzessivem Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft. Kommen dazu noch Störungen in der Eltern-Kind-Beziehung, die in diesen Familien sehr häufig beobachtet werden, belastet das die Kinder zusätzlich.

FAS hat keine genetischen Ursachen; es ist vielmehr eine Beschädigung, die kausal auf den Alkohol- oder Drogenkonsum der Mutter während der Schwangerschaft zurückgeführt werden kann. Es kann aber nicht ausgeschlossen werden, dass Kinder, die mit FAS oder als sogenannte „Drogenkinder“ geboren werden, genetische Defekte mitbringen, die sie selbst weitervererben. Die Diskussion darüber, in welcher Weise genetische Faktoren bei der Weitergabe der Disposition zur Sucht eine Rolle spielen, ist bis heute nicht abgeschlossen. Sicher ist allerdings, dass es nicht ein einfaches „Suchtgen“ gibt, sondern dass es sich um hochkomplexe genetische Konstellationen handelt.

Die Untersuchungen von Familien mit einem süchtigen Elternteil ebenso wie Studien an Zwillingspaaren legen den Schluss nahe, dass wenigstens 50% der Kinder, die in diesen Familien oder Teilfamilien aufwachsen, eine psychische Störung entwickeln, beispielsweise eine Sucht (Zobel, 2000). In diesem Sinne ist Sucht eine „Familienerkrankung“, die von Generation zu Generation weitergegeben wird. Man vermutet, dass sowohl genetisch-biologische Faktoren, als auch milieuspezifische und sozialisatorische Faktoren eine entscheidende Rolle spielen.

Gewalt in der Herkunftsfamilie

Die Gefährdungen der Kinder von süchtigen Müttern und Vätern halten auch nach der Geburt an (Klein, 2008). In Familien mit einem süchtigen Elternteil – in wenigstens 2/3 aller Fälle handelt es sich um den Vater – ist das Familienklima unberechenbar, oft auch gewalttätig. Viele süchtige Väter verlieren unter Alkoholeinfluss die Kontrolle über sich, sie werden gewalttätig. Das belegen die Angaben zur häuslichen Gewalt, wie die folgenden Daten aus Hessen exemplarisch zeigen (vgl. Tabelle 1).

Die Angaben zu Polizeieinsätzen bei häuslicher Gewalt steigen seit Jahren kontinuierlich an. Immer öfter rufen Betroffene oder Nachbarn die Polizei zu Hilfe, weil es gewalttätige Auseinandersetzungen in Familien oder Partnerschaften (mit Kindern) gibt, auf welche die Polizei reagiert. Wie die Polizeidaten zur häuslichen Gewalt in Hessen im Jahr 2005 ausweisen, steht nur eine Minderheit der Täter und Opfer unter Alkohol- oder Drogeneinfluss (ca. 16% der Täter und 8% der Opfer). Sehr wahrscheinlich ist es aber, dass die Polizei die Bedeutung von Alkohol und Drogen in diesem Kontext unterschätzt. Helfferich & Kavemann (2004) gehen davon aus, dass in ca. 50% der Fälle, in denen die Polizei wegen häuslicher Gewalt gerufen worden ist, der Täter alkoholisiert war. Berücksichtigt man dazu noch die Aussagen von Männern, die wegen ihrer Alkoholprobleme in therapeutischer Behandlung sind, dann könnten diese Zahlen noch viel höher liegen, etwa bei 75% (O' Farrell et al., 2003).

TABELLE 1: ANGABEN ZUR HÄUSLICHEN GEWALT IN HESSEN

(Quelle: Hessisches Landeskriminalamt, 2005)

Von der Polizei aufgenommene Fälle in Hessen:	7.746
Für die Polizei erkennbar unter Alkoholeinfluss:	15% der Täter/innen und 8% der Opfer.
Für die Polizei erkennbar unter Drogeneinfluss:	ca. 1,2% der Täter/innen und 0,2% der Opfer.
Geschlecht der Opfer:	87% der Opfer sind weiblich, 13% männlich.

In 36% der Fälle sind minderjährige Kinder Tatzeugen oder ebenfalls Opfer der häuslichen Gewalt.

Wie diese Daten belegen, sind die Täter in den allermeisten Fällen Männer und die Opfer Frauen und Kinder. Letztere sind oft in zweifacher Weise als Opfer betroffen, einmal als Opfer der Gewalttätigkeiten, die vom Vater oder einer anderen männlichen Person im Haushalt ausgeht, zum anderen als Tatzeugen. In der Regel reagieren die Kinder mit schweren Verstörungen auf diese Erfahrungen.

Eine besondere Rolle spielt die sexuelle Gewalt. Das Risiko von Kindern – vor allem von Mädchen – aus Familien mit Alkohol- und generellen Suchtproblemen, in der Kindheit oder frühen Jugend im Familienkontext mit sexueller Gewalt konfrontiert zu sein, ist überdurchschnittlich hoch. Zwar stellen Gewalterfahrungen aller Art Traumata dar, aber nicht immer muss sich

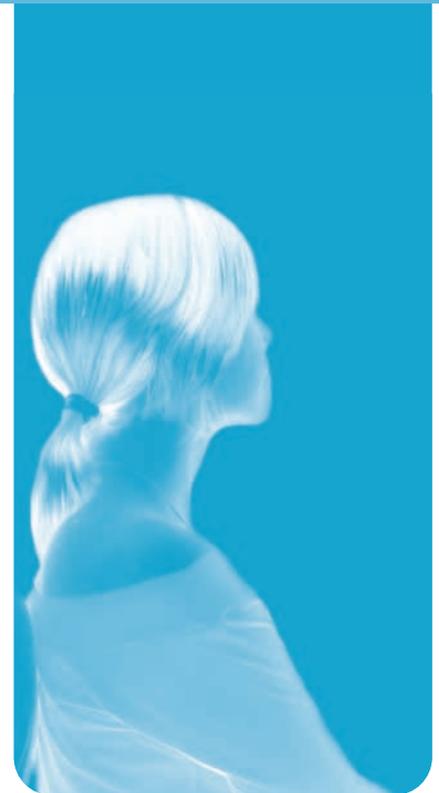
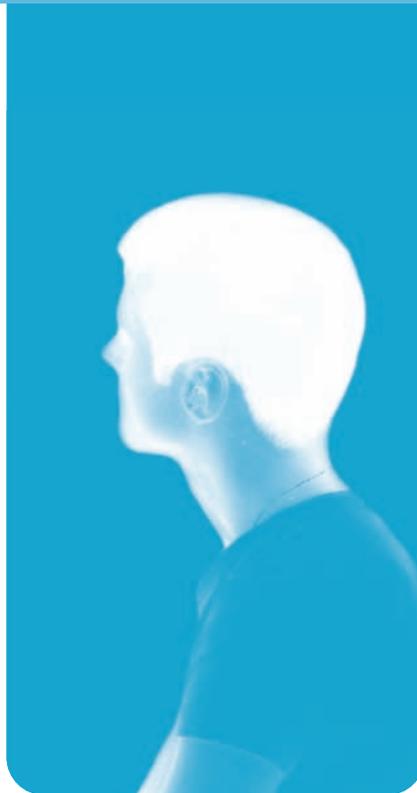
daraus eine chronische Belastung oder Störung entwickeln. Bei sexueller Gewalt ist das anders. In der Regel führt sie zu schweren psychischen Schädigungen mit physiologischen und epigenetischen Korrelaten (Weaver, 2007). Zudem verarbeiten Jungen und Mädchen diese Form von Gewalterfahrung unterschiedlich. Mädchen entwickeln sehr häufig posttraumatische Belastungsstörungen, die oft mit einer Persönlichkeitsstörung einhergehen. Auf diesem Hintergrund entwickelt sich sehr oft eine Opferbiographie. In der Jugend und als Erwachsene setzen Frauen selbst Alkohol oder Drogen ein, um mit den psychischen Beschädigungen durch sexuelle Gewalt fertig zu werden. Wir gehen heute davon aus, dass ca. 20% der alkoholabhängigen und ca. 70% der drogenabhängigen Frauen in ihrer Kindheit sexuelle Gewalt erfahren haben (Zenkler et al., 2002; McKeaganey et al., 2005; Pedersen & Skrondal, 1996).

Jungen werden ebenso wie Mädchen zunächst Opfer von körperlichen und sexuellen Gewalttätigkeiten und Vernachlässigung. Anders als Mädchen entwickeln die meisten von ihnen aber keine Opferbiographie, sondern verarbeiten die Erfahrungen in einer Täterbiographie: als Jugendliche neigen sie zu Gewalttätigkeiten, die sich gegen Schwächere richtet. Das setzt sich im Erwachsenenleben fort; wie schon ihre Väter richten sie ihre Gewalttätigkeiten bevorzugt gegen die eigene Freundin oder Frau und die eigenen Kinder. Da die Frauen, mit denen sie sich einlassen, sehr oft eine Opferbiographie mitbringen, sind sie nicht in der Lage, sich und ihre Kinder vor den Gewalttätigkeiten zu schützen. Es setzt eine Wiederholungsspirale mit entsprechenden negativen Auswirkungen für alle Beteiligten ein. Alkoholkonsum beschleunigt diese Prozesse und dämpft bei den Tätern zugleich eventuell aufkommende Schuldgefühle.

Peer groups und andere Verführungen in der Jugend

In der Jugend gibt es aber auch ganz andere und ganz triviale Entwicklungen, die in die Sucht führen können. Mädchen und vor allem Jungen lassen sich zum Rauschtrinken verführen. Sie denken, dass sie anderen imponieren und sich damit Anerkennung und ähnliches mehr verschaffen können. Jungen lieben zudem das Risiko (Raithel, 2001). Sie probieren sich aus, auch und gerade mit Alkoholexzessen. Im Kreis ihrer Kumpel und Freunde inszenieren sie sich als harte Männer, die jede Menge Alkohol vertragen. Anfangs sind sie anerkannt in ihren Bezugsgruppen, geben oft auch den Ton an und erhalten viele positive Rückmeldungen. Je länger diese Phase anhält, umso größer wird jedoch die Gefahr, dass sie die Kontrolle über sich und über ihren Freundeskreis verlieren: sie geraten dann langsam aber sicher ins Abseits.

Dieser Prozess ist assoziiert mit weiteren kritischen Entwicklungen. Probleme in der Familie, mit Freunden und in der Schule verschärfen sich und eskalieren. Die Jugendlichen fühlen sich zunehmend als Außenseiter und reagieren darauf mit abweichendem und aggressivem Verhalten. Viele Jugendliche können diese Prozesse aus eigener Kraft nicht mehr stoppen. Wenn sie keinen Zugang zu einem Hilfenetzwerk finden, ist der Weg in die Sucht damit gut vorbereitet.



Probleme im Erwachsenenalter

Für eine Sucht im Erwachsenenalter spielen verschiedene Faktoren eine zentrale Rolle, z.B. die Berufsbiographie, die Partnersuche, die Beziehung zum Partner, die Kinderfrage und – wenn Kinder da sind – die Beziehung zu diesen.

Bei Männern entwickelt sich Alkoholabhängigkeit sehr oft schleichend von der Jugend bis in das Erwachsenenalter, sehr häufig in engem Zusammenhang mit den Rollen, die sie im Erwerbsleben (Henkel & Zemlin, 2008; Siegrist, 1996) und in ihren jeweiligen Freundeskreisen spielen – oder eben nicht spielen. Männer, die nicht „ankommen“, finden allemal Tröstungen im Alkohol; er ist ihnen Stütze für das angeschlagene Ego, das im Rausch auf den Höhenflug gehen kann. Die Ernüchterung kommt danach. Viele Männer mit Alkoholproblemen trudeln in die alkoholisierte Scheinwelt

vergleichsweise langsam ein; sie merken über sehr viele Jahre gar nicht, dass sie Alkoholprobleme haben. Nicht selten sind es schwere Zusammenstöße mit der Realität, die sie dazu zwingen, sich mit der eigenen Biographie und den eigenen Suchtproblemen auseinanderzusetzen. Wer sich dieser Konfrontation nicht stellen will, macht einfach wie gewohnt weiter und überdeckt die Probleme mit Alkohol und anderen Drogen.

Bei Frauen findet man sowohl dieses als auch ein davon völlig abweichendes Muster. Im ersten Fall verhalten sich die Frauen ähnlich wie die Männer. Sie beginnen, wie diese schon in der Jugend mit Trinkexzessen, meist in Kombination mit zum Teil recht problematischen sexuellen Exzessen. Auffälligkeiten stellen sich frühzeitig ein und bleiben ohne Konsequenzen. Bei diesen Frauen, den sogenannten „Früheinsteigerinnen“, ziehen sich wie bei den Männern die Suchtkarrieren

»Wenn er getrunken hat, kann man richtig zuschauen, wie sich der Charakter verändert. ... also wenn er getrunken hat, da ist er wirklich ein Monster«.

(Aussage einer jungen Frau)

lange hin; im Durchschnitt dauert es 10 bis 15 Jahre, bevor es zur ersten Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfsangebote kommt (Vogt, 1994).

Es gibt aber auch eine Gruppe von Frauen, die sehr schnell und sehr auffällig süchtig wird. Meistens handelt es sich um Frauen, die 30 Jahre oder älter sind, also um sogenannte „Späteinsteigerinnen“. Wenn sie anfangen, exzessiv Alkohol zu konsumieren, dauert es im Allgemeinen höchstens 5 Jahre, bis erste Reaktionen einsetzen und bis professionelle Hilfen mobilisiert werden.

Unabhängig davon, ob Frauen Früh- oder Späteinsteigerinnen sind, stehen Probleme gewöhnlich mit dem Partner oder in der Familie im Mittelpunkt ihrer Suchtkarrieren. Frauen sind pauschal genommen stärker partnerzentriert als Männer, d.h. sie sind in ihren Interessen und Wünschen stärker auf andere bezogen als auf sich selbst (Nestmann & Schmerl, 1991). Daher

beschäftigen sie Probleme in der Partnerschaft und mit den Kindern meist stärker und länger als ihre männlichen Partner.

Auch häusliche Gewalt spielt im Erwachsenenalter eine zentrale Rolle.

Die Beziehungen von Paaren mit einem süchtigen – männlichen – Partner sind oft geprägt von Gewalt. Maffli & Zumbrunn (2001, S. 36 f.) berichten folgendes von einer jungen Frau: „... seit dem letzten Jahr, als ich den Scheid bekommen habe, dass ich schwanger bin, hat er mich eigentlich regelmäßig so alle zwei Wochen geschlagen, ja... Ja, also im nüchternen Zustand würde er mich nie anfassen ... Er ist dann total anders. Wenn er getrunken hat, kann man richtig zuschauen, wie sich der Charakter verändert. Er ist sehr empfindlich, er sieht alles, er reagiert einfach überempfindlich und dann braucht es wirklich nicht viel, wenn nur schon der Ton etwas lauter wird, dann wird er schon aggressiv. Das verändert

ihn wirklich total, ich habe ihm schon mehrmals gesagt, ja das ist wie wenn ein Monster vor mir stünde, also wenn er getrunken hat, da ist er wirklich ein Monster“.

Es liegt auf der Hand, dass gewaltsame Erfahrungen Beziehungen prägen und in vielerlei Hinsicht formen. Je länger sich Gewalttätigkeiten im häuslichen Bereich hinziehen, je brutaler sie ausfallen, umso stärker belasten sie diese. Abgesehen von Schwangerschaft und akuten oder chronischen Krankheiten der Partnerin sind auch Drohungen mit Trennung oder die Einleitung eines Scheidungsverfahrens oft Auslöser von Gewalttätigkeiten. Mit Gewalt versucht der Partner, die Partnerin daran zu hindern, die Beziehung zu beenden. Manche Frauen treibt das in die Sucht, denn im berauschten Zustand nehmen sie die Gewalt nur noch gedämpft wahr. Zunächst erleichtert sie das, auf die Dau-



er verstricken sie sich aber immer tiefer in die Beziehung, die für sie in jeder Hinsicht ungesund ist.

Auch Stress kann Auslöser für exzessiven Konsum von psychoaktiven Substanzen sein. Frauen und Männer können gleichermaßen unter Arbeits- und Beziehungsstress leiden, bei Frauen kommt aber noch der Stress der Kindererziehung und der Haushaltsführung dazu. Kinder zu haben und zu erziehen ist mit Freude, Wärme, Nähe und Liebe verbunden aber eben auch mit hohem Stress. Mütter, welche die Hauptarbeit bei der Kindererziehung übernehmen, müssen starke Nerven haben und stressresistent sein, um mit den Anforderungen, dem Unvorhergesehenen und dem Chaos fertig zu werden, den der Alltag mit Kindern mit sich bringt. Je weniger Unterstützung sie bei der Bewältigung dieser Aufgaben vom Partner erhalten, umso größer ist das Risiko, dass

sie sich überfordert fühlen. Studien über alkoholabhängige Frauen/Mütter belegen, dass sie insgesamt wenig Unterstützung bei der Bewältigung ihrer Aufgaben haben. Weder der Partner noch andere Familienmitglieder oder Freundinnen und Freunde stehen ihnen bei und helfen ihnen, wenn ihnen alles „über den Kopf wächst“ (Vogt & Fritz, 2006). Kommen dann noch finanzielle Schwierigkeiten dazu – z.B. wegen der Arbeitslosigkeit des Partners –, bietet sich wiederum der Alkohol als schneller Ausweg aus der aktuellen Situation an. So verstricken sich diese Frauen und ihre Partner in Sucht und Gewalt.

Schließlich ist auch der Auszug der Kinder aus der elterlichen Wohnung eine Stress-Situation, die Frauen/Mütter ganz anders trifft als Männer/Väter. Da ihre Bindung an die Kinder gewöhnlich enger ist als die der Männer/Väter, reagieren viele auf dieses

Ereignis mit Gefühlen einer großen Vereinsamung und von Sinnleere. Auch in einem solchen Fall verspricht der Alkohol schnelle Abhilfe, jedoch mit verhängnisvollen Folgen.

Wie im Vorhergehenden an verschiedenen Beispielen exemplarisch gezeigt worden ist, verstricken sich Frauen und Männer auf vielfältige Weise in die Sucht, wobei beide Parteien mit geschlechtsspezifischen Risiken und Konsequenzen rechnen müssen. Diese Differenzen werden oft zum Schaden beider Geschlechter übersehen.

Wege aus der Sucht

Nur ein vergleichsweise kleiner Teil der Frauen und Männer mit Alkohol- und Drogenproblemen nimmt die mittlerweile vielfältigen und differenzierten Angebote zur professionellen Beratung und Behandlung bei Suchtproblemen wahr. Sehr grob geschätzt sind es wohl 300.000 bis maximal 400.000 Menschen, die jedes Jahr eines der vielen Angebote des Suchthilfenetzwerks in Anspruch nehmen (vgl. dazu Leune, 2007). Eine stationäre und auf die individuelle Problemlage zugeschnittene Behandlung erhalten nur gut 30.000 alkoholabhängige Frauen und Männer pro Jahr (Sonntag et al., 2007). Der Anteil der Frauen an den stationären Behandlungen liegt bei etwa 25%; er liegt damit leicht unter den Schätzungen des Anteils der Frauen an den Alkohol- und Drogenabhängigen.

Die Daten zur Behandlungshäufigkeit von Männern belegen, dass sie mit 70% bis 80% die typische Klientel der Suchthilfe darstellen. Das hat aber bislang nicht dazu geführt, dass spezifische, auf Männer zugeschnittene Behandlungsverfahren entwickelt worden sind. Erst in jüngster Zeit gibt es einige wenige Ansätze für eine männerspezifische Suchtbehandlung (Müller, 2006), die allerdings nicht sehr breit diskutiert werden. So gesehen ist es offen, ob sich diese „männerspezifische Bewegung“ durchsetzen wird und ob daraus neue Impulse zur Früherkennung und Behandlung von Suchtproblemen bei Männern entwickelt werden.

Diese wenigen Zahlen belegen bereits, dass das Suchthilfenetzwerk bislang nicht optimal an- und ausgelegt ist. Unabhängig vom Geschlecht erreicht es die problematische Klientel nur

partiell und in der Regel erst in einem relativ späten Stadium der Erkrankung. Auch ist es nur partiell darauf ausgelegt, auf die speziellen Problemlagen von süchtigen Frauen und Männern differenziert einzugehen.

Das ist umso bedauerlicher, da sich insgesamt gesehen die Chancen, eine Sucht zum Stillstand zu bringen oder auch zu überwinden, in den letzten 30 Jahren verbessert haben (Bloomfield et al., 2008). Das gilt für die Männer, aber ganz besonders für die Frauen. Ging man noch bis 1980 davon aus, dass eine Sucht bei Frauen viel schwerer zu behandeln sei als bei Männern, und dass die Behandlungserfolge bei ihnen viel weniger nachhaltig seien als bei diesen, so hat sich die Einschätzung in den letzten 30 Jahren erheblich verändert. Evaluationsstudien zeigen, dass Frauen von guten Suchtbehandlungen mindestens im selben Ausmaß profitieren wie Männer (Bischof, 2004; Kluger et al., 2002).

Diese Ergebnisse sind umso bemerkenswerter, wenn man bedenkt, dass die Krankheitsbilder von süchtigen Frauen pauschal genommen komplexer sind als die von süchtigen Männern. Im Durchschnitt findet man bei Frauen mehr und extremere Anzeichen von Abhängigkeit. Weiterhin werden bei ihnen häufiger zusätzliche psychische Störungen (vor allem Depressionen oder Ängste) sowie zusätzliche Persönlichkeitsstörungen (vor allem die Borderline- und die dissoziative Persönlichkeitsstörung) diagnostiziert. Bei Behandlungsantritt ist die Ausgangslage der Frauen also insgesamt gesehen eher schlechter als bei Männern. Auf den Behandlungserfolg schlägt sich das aber pauschal ge-

nommen nicht nieder. Legt man ein engeres Kriterium wie Abstinenz zur Messung des Erfolgs zugrunde, dann liegen die Erfolgsraten bei alkoholabhängigen Frauen wie bei Männern zwischen 40% und 50% (Zobel et al., 2007; Missel, 2007). Berücksichtigt man darüber hinaus diejenigen Frauen und Männer, die nicht ganz abstinent leben, aber ihre Sucht wesentlich besser kontrollieren können, liegen die Erfolgsraten noch etwas höher.

Es würde sich also für die Betroffenen und ihre Familienangehörigen sowie für die Gesellschaft sehr lohnen, wenn das Suchthilfenetzwerk mehr Menschen mit Suchtproblemen erreichen würde, als das derzeit der Fall ist. An einer entsprechenden geschlechtersensiblen Verbesserung des Hilfenetzes muss in den kommenden Jahren gezielt gearbeitet werden.

¹ Die Grenzwerte für risikoarmen, riskanten und gefährlichen Konsum sind für Frauen und Männer unterschiedlich, da die Verarbeitung von Alkohol sich geschlechtsspezifisch unterscheidet (vgl. Alcohol and Health, 2001).

Literatur

- ALCOHOL & HEALTH – The Secretary of Health and Human Services (Hg.) (2000): *10th Special report to the U.S. Congress on Alcohol and Health*. Rockville: NIAAA
- AUGUSTIN, R. & KRAUS, L. (2005): Alkoholkonsum, alkoholbezogene Probleme und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2003. *Sucht, 51, Sonderheft 1*, 19–28
- BZGA – BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hg.) (2005): Entwicklung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen unter besonderer Berücksichtigung der Konsumgewohnheiten von Alkopops. Köln: BZgA
- BZGA – BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hg.) (2007): Alkoholkonsum der Jugendlichen in Deutschland 2004–2007. Kurzbericht. Köln: BZgA
- BISCHOF, G. (2004): Ausstiegsprozesse aus der Alkoholabhängigkeit mit und ohne formelle Hilfe. Freiburg: Lambertus
- BLOOMFIELD, K., KRAUS, L. & SOYKA, M. (2008): Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 40*. Berlin: Robert Koch-Institut
- GABÁNYI, S. (2008): Bier + Deutsch = Problem. *Süddeutsche Zeitung, 20./21. 09. 2008, Nr. 220*, Wochenende, S. 1
- HELFFERICH, C. (1994): Jugend, Körper und Geschlecht. Opladen: Leske & Budrich
- HELFFERICH, C. & KAVEMANN, B. (2004): Forschungsprojekt Wissenschaftliche Untersuchung zur Situation von Frauen und zum Beratungsangebot nach einem Platzverweis bei häuslicher Gewalt „Platzverweis – Beratung und Hilfen“. *Abschlussbericht*. Freiburg: SoFFi.K
- HENKEL, D. & ZEMLIN, U. (Hg.) (2008): Arbeitslosigkeit und Sucht. Frankfurt: Fachhochschulverlag
- JACOB, J. & STÖVER, H. (Hg.) (2006): Sucht und Männlichkeiten. Wiesbaden: VS-Verlag
- KRAUS, L., PABST, A. & STEINER, S. (2008a): Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD). München: IFT
- KRAUS, L. (Hg.) (2008b): Epidemiologischer Suchtsurvey 2006. *Sucht, 54, Sonderheft 1*
- KLEIN, M. (Hg.) (2008): Kinder und Suchtgefahren. Stuttgart: Schattauer
- KLUGER, H., FUNKE, W., BACHMEIER, R., BRÜNGER, M., HERDER, F., MEDENWALDT, J., MISSEL, P., WEISSINGER, V. & WÜST, G. (2002): Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese der Entlassjahrgänge 1999 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamenten-abhängige. *Sucht aktuell, 9 (1)*, 25–33
- LAMPERT, T. & THAMM, M. (2007): Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendsurveys (KIGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50*, 600–608
- LEUNE, J. (2007): Versorgung abhängigkeitskranker Menschen in Deutschland, S. 171–183. In: DHS (Hg.): *Jahrbuch Sucht 08*. Geesthacht: Neuland
- LÖSER, H. (1995): Alkoholembryopathie und Alkoholeffekte. Stuttgart: Fischer
- MAFFLI, E. & ZUMBRUNN, A. (2001): Alkohol und Gewalt im sozialen Nahraum. *Forschungsbericht Nr. 37*. Lausanne: SFA-ISPA
- MCKEGANEY, N., NEALE, J. & ROBERTSON, M. (2005): Physical and sexual abuse among drug users contacting drug treatment services in Scotland. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 12*, 223–232
- MISSEL, P. (2007): Ergebnisqualität in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker – Ausgewählte Ergebnisse. *Sucht aktuell, 14 (1)*, 16–26
- MÜLLER, H. (2006): Männerspezifische Suchtarbeit am Beispiel der casa fidelio in Niederbuchsiten Schweiz, S. 165–188. In: Jacob, J. & Stöver, H. (Hg.): *Sucht und Männlichkeiten*. Wiesbaden: VS-Verlag
- NESTMANN, F. & SCHMERL, C. (Hg.) (1991): Frauen – das hilfreiche Geschlecht. Reinbek: Rowohlt
- O’FARRELL, T. J. et al. (2003): Partner violence before and after couples-based treatment for drug abuse. A meta-analysis and review of controlled, comparative studies. *Psychological Bulletin, 122*, 170–191
- PABST, A. & KRAUS, L. (2008): Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. *Sucht, 54, Sonderheft*, 36–46

- PEDERSEN, W. & SKRONDAL, A. (1996): Alcohol and sexual victimization: A longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction*, 91, 565–581
- HESSISCHES LANDESKRIMINALAMT (2005): Jahresbericht häusliche Gewalt für Hessen 2005. Frankfurt: HLK
- RAITHEL, J. (Hg.) (2001): Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Opladen: Leske & Budrich
- SAB, H., WITTCHEN, H.U., ZAUDIG, M. (Hg.) (1996): Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-IV. Göttingen: Hogrefe
- SETTERTOBULTE, W. & RICHTER, M. (2007): Aktuelle Entwicklungen im Substanzkonsum Jugendlicher: Ergebnisse der „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“ Studie 2005/2006. In: Mann, K., Havemann-Reinecke, U. & Gassmann, R. (Hg.): *Jugendliche und Suchtmittelkonsum*. Freiburg: Lambertus
- SIEGRIST, J. (1996): Soziale Krisen und Gesundheit. Göttingen: Hogrefe
- SONNTAG (2007): Jahresstatistik der professionellen Suchtkrankenhilfe 2006, S. 184–204. In: DHS (Hg.): *Jahrbuch Sucht 08*. Geesthacht: Neuland
- VOGT, I. (1989): Zur Geschichte des Alkohols, S. 54–62. In: Scheerer, S. & Vogt, I. (Hg.) *Drogen und Drogenpolitik. Ein Handbuch*. Frankfurt: Campus
- VOGT, I. (1994): *Alkoholikerinnen*. Freiburg: Lambertus, 2. Auflage
- VOGT, I. (2004): *Beratung von süchtigen Frauen und Männern*. Weinheim: Beltz
- VOGT, I. & FRITZ, J. (2006): Alkoholabhängige Mütter und ihre Gefühle gegenüber ihren Kindern. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 38, 17–38
- WAEVER, I.C. (2007): Epigenetic programming by maternal behavior and pharmacological intervention. Nature versus nurture: let's call the whole thing off. *Epigenetics*, 2007 (2), 22–28
- WIESER, S. (1972): *Das Trinkverhalten der Deutschen*. Herford: Nicolai
- WITTCHEN, H.-U. & JACOBI, F. (2005): Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15 (4), 357–378.
- ZENKER, C., BAMMANN, K. & JAHN, I. (2002): Genese und Typologisierung der Abhängigkeits-erkrankungen bei Frauen. Baden-Baden: Nomos
- ZOBEL, MARTIN (2000): *Kinder aus alkohol-belasteten Familien*. Göttingen: Hogrefe
- ZOBEL, M., MISSEL, P., BACHMEIER, R., FUNKE, W., GARBE, D., HERDER, F., KERSTING, S., MEDEN-WALDT, J., VERSTEGE, R., WEISSINGER, V. & WÜST, G. (2007): Effektivität der stationären Sucht-rehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassungs-jahrgangs 2004 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell*, 14 (1), 5–15

Leitfaden zur männerspezifischen Sucht- und Drogenarbeit: Erfahrungen seit 2006

Einleitung

Der Konsum psychotroper Substanzen, ob gelegentlich oder dauerhaft, moderat oder exzessiv, allein oder in Gruppen scheint für viele Jungen und Männer ein probates Mittel der Erlebnis-/Gefühls-/Zugehörigkeitssteigerung. Darüber hinaus sind Drogen bei Jungen und Männern sicher auch Medien um Sprachlosigkeit, Ohnmacht, Isolation, Bedeutungsverlust, Armut oder Sinnlosigkeit für einige oder längere Zeit zu bewältigen. Auf Dauer genommen verschärfen sich jedoch viele Probleme durch nicht mehr zu ignorierende gesundheitliche, familiäre, finanzielle oder soziale Folgen.

Epidemiologisch betrachtet sind Jungen und Männer bei Problemen, die aus Alkohol- und Drogenabhängigkeit resultieren, besonders stark betroffen. Auch wenn sich in einigen Bereichen Angleichungen zwischen den Geschlechtern ergeben, so sind intensivere, ‚härtere‘ Konsummuster zumeist bei Jungen/Männern zu finden. Gleichzeitig sind ihre Fähigkeiten, Ressourcen und Aussichten, um diese Problematik zu bewältigen, unterentwickelt – angefangen bei der geringeren und oft sehr späten Inanspruchnahme von Hilfeangeboten und da-

mit einhergehend der gefühlten und gefürchteten Erosion des eigenen Männlichkeitskonzeptes. Drogen spielen in diesen Prozessen der Konstruktion von Geschlechtsidentitäten als Demonstrationsmittel von Stärke und Macht, als Anti-Stressmittel, als Symbol von Grenzüberschreitung und Gefährlichkeitssuche, als Kommunikations- oder Rückzugsmittel oder als soziales Schmiermittel überhaupt eine herausragende Rolle.

Nach allgemeiner Einschätzung ist die Suchtkranken-/Gefährdetenhilfe nicht entsprechend auf die Überrepräsentanz männlicher Abhängigkeitsproblematiken vorbereitet. Diskussionen über männerspezifische Hilfeansätze werden in Therapieeinrichtungen, in Publikationen und auf Fachtagungen erst seit einigen Jahren geführt. Die Erkenntnis, dass ein solcher Arbeitsansatz zur Qualitätssteigerung und zum größeren Erfolg der Hilfsstrategien beitragen kann, hat sich – im Gegensatz zur Organisation der Drogenhilfe in der Schweiz (Chisholm 2008; BAG 2006) – weder bei den Kostenträgern, noch in einer allgemeinen Debatte über die zukünftige Ausgestaltung der Suchtkrankenhilfe durchgesetzt.

In der Schweiz werden in der „Infodrog Datenbank Suchthilfeangebote Schweiz – Datenbank ambulanter, stationärer, teilstationärer und niederschwelliger Angebote der schweizerischen Suchthilfe (Alkohol, illegale Drogen, Medikamente und substanzungebundene Süchte)“ ausdrücklich genderspezifische und vorab zertifizierte Angebote ausgewiesen¹. Insbesondere der Zusammenhang von „Sucht und Männlichkeit“ erlebt dort eine stärkere Beachtung (Graf 2006).

Aber im allgemeinen gilt „Gender means women“ (Scambor & Scambor 2006): Männer haben sehr spät begonnen, Zusammenhänge zwischen der sozio-kulturellen Zuschreibung, Lebenswelt und Praxis herzustellen – theoretisch, praktisch und politisch. „Wir haben es also mit dem Phänomen der einseitigen Vergeschlechtlichung zu tun“ (Schwartzing 2005). Frauke Schwartzing (2005) plädiert für eine geschlechtsreflexive Perspektive in der Sucht- und Drogenarbeit:

„Verdeckte geschlechtsbezogene Aspekte von Suchtentstehung, Alltag und Ausstieg sollten sichtbar gemacht werden, ohne die Geschlechter bzw.



die Gruppe der Männer und der Frauen jeweils zu homogenisieren (also ohne die Konstruktion einer „Identitätslogik“).

Geschlechtsbezogene Aspekte werden so formuliert, dass sie nicht essenziell den Geschlechtern zugeordnet werden, sondern als historisch-gesellschaftliche, kontext- und lebensbedingungsbezogene und damit veränderbare Aspekte sichtbar werden (also ohne die Konstruktion einer „biologischen Fundierung“).

Eine geschlechtsreflexive Perspektive berücksichtigt Verschränkungen von Geschlecht mit anderen Dimensionen, etwa Generation und soziale Lage bzw. Schicht, ist also offen für weitere soziale Differenzierungen.

Ein geschlechtsbezogener Blick erfordert eine beständige Reflexion auch der Akteurinnen und Akteure der Praxis. „Reflexivität“ betont hier die Notwendigkeit einer „entdeckenden Haltung“ angesichts konkreter Klientinnen und Klienten, in der die ihrem Vorgehen zugrunde liegenden Annahmen im Einzelfall kritisch überprüft werden (also gegen eine Verfehlung oder Verdeckung der jeweiligen konkreten empirischen Situation).“

Erst vor kurzem hat das Bundesministerium für Gesundheit einen Forschungsauftrag vergeben („Geschlechterspezifische Anforderungen an die Suchthilfe – Gender Mainstreaming in der Suchttherapie von Jugendlichen“). Die Ausschreibung basiert auf der Erkenntnis, dass Jungen und Mädchen quantitativ und qualitativ unterschiedlich von Suchtproblemen betroffen sind und demnach präventive wie therapeutische Interventionen notwendig sind, die den Einfluss des soziokulturellen Geschlechtes auf Suchtentwicklungen berücksichtigen. Erschwerend für die Analyse kommt hinzu, dass Drogen konsumierende Jugendliche mit ihrem Konsumverhalten von unterschiedlichen Systemen und Professionen erfasst und betreut werden: Suchtkrankenhilfe, Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie weitere Akteure.

Ziele des Forschungsprojektes sind die Abbildung der Ist-Situation gendersensibler Suchtarbeit und die Erarbeitung konkreter Empfehlungen zur Verbesserung von Suchthilfeangeboten und ambulanter wie stationärer Suchttherapie sowie die Entwicklung von Vorschlägen für die Verzahnung der unterschiedlichen Hilfesysteme².

Erste Ergebnisse sind 2009 zu erwarten.

Soviel kann gesagt werden: Jungen-/Männerspezifische Arbeitsansätze und Konzeptionen für die Beratung und Behandlung von Drogenabhängigen/-gefährdeten sind rar. Es fehlen Modelle in vielen Regionen, die Anstöße geben können, den eigenen Blick in der Einrichtung für männerspezifische Ursachen, Verlaufsformen und Beendigungs-/Bewältigungsmuster der Abhängigkeit zu schärfen.

Historisch, und das bestimmte auch die Dynamik der Herausbildung von gendergerechten Angeboten in der Schweiz (Ernst 2009), sind praxisrelevante Manuale für Beratung, Therapie und weitergehende Behandlungen vor allem für die frauenspezifische Drogenarbeit entwickelt worden (BAG 1998, 2000, 2005; Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, Bella Donna 2004).

Der Leitfaden zur männerspezifischen Sucht- und Drogenarbeit. Handlungsempfehlungen für die Praxis



In den letzten fünf Jahren hat es in Deutschland mehrere Fachtagungen zum Thema „Männer und Sucht“ gegeben, so etwa 2003, 2004 und 2007 veranstaltet vom ‚Zentrum für interdisziplinäre Frauen- und Geschlechterforschung‘ der Universität Oldenburg und dem ‚Bremer Institut für Drogenforschung‘ an der Universität Bremen, dem Fachverband Drogen und Rauschmittel (FDR) 2005 in Berlin oder dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe/LWL (2004 in Dortmund, und fortlaufend in den nächsten Jahren im „Arbeitskreis Mann und Sucht“).

Vor allem die Koordinationsstelle Sucht (KS) des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) hat deutschlandweit wesentlich zu einer intensiven Diskussion des Themas „Mann und Sucht“ beigetragen. Die mittlerweile 6 Arbeitskreissitzungen haben verschiedene Facetten des Zusammenhangs herausgearbeitet und ihre Schwerpunkte auf Migration, Spiritualität, Doping / Körperstyling, Sexualität, männliche Jugendliche gelegt.³

Eine von der Koordinationsstelle Sucht (KS) des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) in Kooperation mit dem Netzwerk „Westfälische Einrichtungen Stationärer Drogentherapie e.V. (WESD)“ veranstaltete Fachtagung „Männersache – Brauchen wir eine männerspezifische Suchthilfe?“ im September 2004 in Dortmund, ein Arbeitskreis „Mann und Sucht“ im April 2005 in Münster, sowie ein Workshop zum Thema „Männerspezifische Suchtarbeit“ im August 2005 in

Münster haben schließlich zur Erstellung dieses Leitfadens geführt. Dieser Leitfaden will neben der Eröffnung eines Diskurses über Männerspezifika gleichzeitig Orientierungen und praktische Hilfestellungen zur Implementierung männerspezifischer Ansätze in der Suchthilfe geben.

Damit ist ein erster Schritt getan worden, die fachliche Aufmerksamkeit auf die längst überfällige Abstimmung der Hilfeangebote auf jungen-/männerspezifische Besonderheiten der Suchtentwicklung-/bewältigung-/überwindung und Bedürfnisse nach mehr Kontrolle über den Substanzkonsum bzw. Stabilisierung der Abstinenz zu lenken.



Wozu einen Leitfaden für männerspezifische Drogenarbeit?

Weil er dringend erforderlich und längst überfällig ist! Wir könnten ebenso fragen, warum werden besondere Angebote für Jugendliche, Migrantinnen und Migranten oder Menschen aus sozial benachteiligten Schichten gemacht? Wir stellen diese Fragen nicht mehr: Zu deutlich ist geworden, dass Menschen mit unterschiedlichen sozialen Hintergründen, individuellen Ressourcen, in verschiedenen biografischen Stadien aus ganz unterschiedlichen Motiven Drogen konsumieren. Vor allem unterscheiden sich Frauen und Männer in ihren Konsummotiven, -gründen, -anlässen, in Suchtverlauf, -bewältigung und -beendigung ganz erheblich voneinander.

Die Sucht- und Drogenhilfe hat sich einerseits in den letzten Jahren stark ausdifferenziert, um Menschen dort zu unterstützen, wo sie den Wunsch entwickeln und ihre Ressourcen mobilisieren können, um aus der Sucht oder dem problematischen Drogenkonsum heraus zu kommen. Ebenso vielfältig wie die Wege in die Sucht, sind die Wege wieder heraus und ebenso vielfältig müssen die Unterstützungen auf den einzelnen Gebieten der Suchthilfe sein. Der Erfolg und die Wirksamkeit der Suchtkrankenhilfe hängt maßgeblich davon ab, wie zielgruppengenau, bedarfsorientiert und lebensweltnah sie ihre Angebote ausrichtet, um den unterschiedlichen Erfahrungen und Bedürfnissen der Hilfesuchenden besser gerecht zu werden. Wissenschaftliche Zugänge zur Erklärung von Drogenkonsum, Projekte zur zielgenauen Prävention,

lebensweltnahe Beratung, sowie bedarfsgerechte Therapie und Nachsorge von Drogenkonsumentinnen und -konsumenten sind dringend indiziert.

Diese Gedanken sind in der frauenspezifischen Suchtarbeit – zumeist von Frauen für Frauen – in den letzten 25 Jahren bereits umgesetzt worden – wenn auch nicht flächendeckend und immer noch nicht differenziert genug. Angebote wurden erkämpft, Standards und Leitlinien erarbeitet, wissenschaftliche Theorien entwickelt und empirisch überprüft. Für suchtkranke/-gefährdete Männer hingegen fehlen solche Angebote oder Konzepte nahezu völlig. Ohne Männerbewegung, ohne Männergesundheitsbewegung hat es bislang auch keine männerspezifische Sucht- und Drogenarbeit gegeben. Scheinbar haben Männer bislang keinen Bedarf gesehen, männerspezifisch zu arbeiten. Haben Professionelle und Betroffene geglaubt, in all den Angeboten, in denen keine oder kaum Frauen waren, würde bereits ihr soziales Geschlecht und der Zusammenhang der Konstruktion ihrer Männlichkeit mit Drogenkonsum reflektiert? War Geschlechtsspezifität nur etwas für (frauenbewegte) Frauen? Glaubte man(n), die besonderen gesundheitlichen Belastungen für Männer und ihre Auswirkungen auf den Drogenkonsum wären bereits hinreichend erkannt und therapeutisch bearbeitet?

Diese Diskrepanz wird zunehmend in der (Fach-) Öffentlichkeit deutlich und in einer Reihe von Seminaren, Fachta-

gungen und Publikationen ist in den letzten Jahren auf die Notwendigkeit einer Ausweitung männerspezifischer Angebote hingewiesen worden. Immer augenfälliger wird die Notwendigkeit, männerspezifische Ursachen und Ausprägungen von Sucht (-gefährdung) zu erforschen und therapeutische Antworten auf den spezifisch männlichen Umgang mit Krisen, Süchten, Hilfeangeboten, eigenen Ressourcen und Lebensentwürfen zu suchen. Männer machen es dabei sich und anderen nicht leicht, strukturelle Bedingungen wahrzunehmen, wie z.B. sozialisations- bzw. rollentypische Erwartungen an Männer (z.B. keine Ängste zulassen), Stummheit, das mangelhafte Erkennen und Benennen eigener Bedürfnisse und die Ignoranz gegenüber Körpersignalen. Aber auch ausgeprägtes Desinteresse an Reflexion, theoretischer Aufarbeitung von sich verändernder Männeridentität und Mannsein erschweren sowohl eine Männergesundheitsbewegung, als auch eine männerspezifische Sucht- und Drogenarbeit. Vielmehr existieren Überlegungen, was man(n) von der Frauenbewegung übernehmen könnte, eher bequeme, fast selbstgefällige, aber auf jeden Fall holprige (erste) Gedanken zur eigenen kulturell-sozialen Geschlechtlichkeit und deren Auswirkungen auf Gesundheit und Drogenkonsum/-sucht.

Erste Erfahrungen und Perspektiven

Der Leitfaden wurde bisher ca. 1.500 mal bundesweit abgefragt und die Netzversion vielfach von der LWL-URL heruntergeladen⁴. Er ist in zwei Bereiche unterteilt:

- Grundsätzliche Aspekte und
- Praxis- und Handlungsempfehlungen

Während die ‚grundsätzlichen Aspekte‘ eine Einführung in Epidemiologie und Geschlecht als zentrale Kategorie in der Gesundheitsförderung beinhalten, geben die Praxis- und Handlungsempfehlungen konkrete Hinweise für männer- und jungenspezifische Suchtarbeit.

Deutlich herausgearbeitet wird, dass die Einführung männerspezifischer Hilfeangebote Veränderungen auf der organisatorischen als auch auf der Ebene der Mitarbeitenden voraussetzen⁵:

– Auf der Ebene der Mitarbeitenden müssen Erfahrungen in der geschlechtsspezifischen Arbeit, die Bedingungen und vorhandenen Kompetenzen eruiert werden. Ist eine geschlechtshomogene Arbeit aufgrund der geringen Präsenz von Männern in den Therapieeinrichtungen überhaupt möglich?

– Organisation: Gibt es eine Top-down-Unterstützung durch die Leitung und beteiligt sie sich aktiv an der Einführung geschlechtsspezifischer Arbeitsansätze? Sind die vorhandenen Konzepte daraufhin überprüft worden? Sind die Kostenträger involviert und überzeugt worden?

Insgesamt wird in diesem Leitfaden davon ausgegangen, dass eine geschlechtsspezifische Arbeit die Qualität der Suchtkrankenarbeit ebenso steigert wie die Arbeitszufriedenheit und -qualität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Gegenwärtig arbeiten wir (Arnulf Vosshagen⁶, Peter Bockholt⁷, Heino Stöver) im Auftrag des LWL gerade an einer Fortsetzung und Erweiterung mit dem „Manual zur Männerarbeit im Suchtbereich“. Dieses neue Manual soll das Verständnis für geschlechtsspezifische Arbeit fördern und Beraterinnen und Berater sowie Therapeutinnen und Therapeuten umfassende praktische Umsetzungsmöglichkeiten von Männerarbeit im Suchtbereich bieten. Es ist sehr viel praxisorientierter als die ursprüngliche Fassung.

Es folgt eine erste Übersicht über die Gliederung des Manuals, das in 11 verschiedene Module eingeteilt ist:

Modul 1:**Sucht und Männlichkeit »Cool und trinkfest«****Modul 2:****Sucht und Männlichkeit**

Beispielhafte Inhalte u.a.: Bilder von Männlichkeit in der Gesellschaft und beim individuellen Patienten / Lerngeschichte des Suchtmittelkonsums in der Inter-Aktion mit anderen Männern / Abstinenz und das Männerbild

Modul 3:**Mein Vater »Wo warst Du«?**

Geschichten unerfüllter Sehnsucht / fehlenden Vorbilds / väterlicher Abhängigkeit / unausweichlicher Ähnlichkeit

Modul 4:**Männerfreundschaft »Nur nicht zu nah«**

Freunde oder Trinkkumpanen / Homophobie als vielgesichtige Angst vor anderen Männern / männliche Weggefährten in der Selbsthilfegruppe Mann und Homosexualität

Modul 5:**Beziehung zu Frauen »Frauen wollen immer dasselbe«**

Übernahme von Verantwortung vor und nach der akuten Sucht / Machtverteilung zwischen den Geschlechtern / Umgang mit der Vergangenheit / Konfliktverarbeitung und Kommunikation

Modul 6:**Gesundheit »Was von selber kommt – geht auch von selber wieder weg«**

Mechanisches Verhältnis zum eigenen Körper / Selbstwahrnehmung und Sensibilität, Vorsorge / Körperpflege

Modul 7:**Arbeit / Freizeit »Männer zwischen Herzinfarkt, Freizeitstress und Langeweile«**

Selbstdefinition über den Beruf, „Hauptsache Arbeit“, Leben mit Hartz IV / Dauerarbeitslosigkeit / Dauerüberforderung / Genuss / Entspannung / Leidenschaft

Modul 8:**Sexualität »Hardware, Software oder Heartware«**

Sexuelle Störungen / Angst vor dem Versagen / Lustverlust / Sex ohne Alkohol / Reden über Sex / wie reagieren andere Männer / Pornografie

Modul 9:**Gewalt / Benutzug »Die Überwindung von Hilflosigkeit oder Kraft konstruktiv nutzen«**

Gewalt gegen andere Männer / Gewalt in der Familie / Gewalt gegen mich selbst / Männer als Opfer / Tabus brechen / Hilflosigkeit eingestehen / konstruktive Konfliktlösung

Modul 10:**Vaterschaft »Neue Väter braucht das Land«**

„Meine Kinder haben nichts mitbekommen“ / mit den Kindern über die Sucht reden / meine Vaterrolle ausfüllen / fehlende elterliche Kompetenz

Modul 11:**Spiritualität / Emotionalität »Die unbekannt Dimension«**

Sinnfindung / Werte entdecken / Verantwortung für das Leben und die Umwelt / Gefühle wahrnehmen, benennen, ausdrücken

Literatur

- BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT (1998): Es braucht frauenspezifische und frauengerechte Drogenarbeit, weil... *Ein Argumentarium für Vorstands- und Behördenmitglieder, für Fachkräfte und an Drogenarbeit interessierte PolitikerInnen.* Bern/Schweiz
- BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT (1998): Frauengerecht! Anforderungen an die niederschweligen Angebote im Suchtbereich. *Ein Instrumentarium für die Praxis.* Bern/Schweiz
- BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT (2005): Frauengerecht! Die Praxis. *Dokumentation zur Umsetzung des Qualitätsentwicklungsinstrumentes „Frauengerecht! Anforderungen an die niederschweligen Angebote im Suchtbereich.“* Bern/Schweiz
- BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT (2006): Das modulare QuaTheDA-Referenzsystem. Die Qualitätsnorm für den Suchtthilfebereich. Bern/Schweiz (bestellung@quatheda.ch)
- CHISHOLM, ALISON (2008): „Das Gender-Netz: Ein Projekt zur Verankerung der Genderperspektive in der schweizerischen Suchthilfe.“ In: *SuchtMagazin*, 34. Jg., Nr. 4, August 2008, 21–22
http://www.infodrog.ch/pages/de/publ/publ_04.htm
- ERNST, M.-L. (2009): Gendergerechte Suchtarbeit in der Schweiz. In: Jacob/Stöver (Hrsg.): *Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten im Kontext von Rausch und Sucht* (im Druck)
- GRAF, M. (2006): Sucht und Männlichkeit: Grundlagen und Empfehlungen. SFA, Lausanne, buchhandlung@sfa-isp.ch
- LANDESFACHSTELLE FRAUEN & SUCHT NRW, BELLA DONNA (Hrsg.; 2004): Anforderungen an eine geschlechtsbezogene stationäre medizinische Rehabilitation mit drogenabhängigen Frauen. *Empfehlungen für die Praxis in Nordrhein-Westfalen.*
http://www.lwl.org/ks-download/downloads/publikationen/Reha-Empfehlungen_Internet.pdf
- SCAMBOR, ELLI / SCAMBOR, CHRISTIAN: Männer zwischen Produktions- und Reproduktionsarbeit, In: Werneck, Harald / Beham, Martina / Palz, Doris (Hrsg.): *Aktive Vaterschaft. Männer zwischen Familie und Beruf*, Gießen 2006, S. 167–181
- SCHWARTING, FRAUKE (2005): Gender und Sucht – Ein soziologischer Beitrag zu einer geschlechtsreflexiven Praxis in der Suchtkrankenhilfe *Dissertation zur Erlangung des Grades der Doktorin der Philosophie im Department Sozialwissenschaften der Universität Hamburg*, S. 165 f.

Anmerkungen

- 1 <http://www.infodrog.ch/cf/db/search.cfm?lng=1>; zugegriffen am 22.10.08. In Deutschland ist ein Antrag auf Förderung eines Angebots nach dem Muster von www.drugsandgender.ch vom Bundesministerium für Gesundheit abgelehnt worden.
- 2 <http://www.fogs-gmbh.de/arbeitsfelder/sucht.html>; zugegriffen am 22.10.08
- 3 http://www.lwl.org/LWL/Jugend/lwl_ks/Vernetzung/Arbeitskreise/AK_MannSucht; zugegriffen am 22.10.08
- 4 http://www.lwl.org/ks-download/downloads/fwb/Leitfaden_maenner.PDF; zugegriffen am 22.10.08
- 5 Vgl. die Zweite Nationale Fachtagung „Sucht und Gender“ am 12.6. in Biel/Schweiz: <http://www.drugsandgender.ch/pdf/NationaleFachtagungSuchtundGender.pdf>; v.a. Beitrag von M.-L. Ernst
- 6 Dr. Arnulf Voshagen, Fachklinik Kamillushaus, Essen
- 7 Peter Bockholt, Suchtberatung Hilden

Ist Suchtprävention ein „klassisches“ Feld geschlechtergerechter Prävention?

Der Suchtprävention kam für die Entwicklung geschlechtergerechter Prävention und Gesundheitsförderung allgemein in der Vergangenheit eine Vorreiterrolle zu. Sie hat wesentlich zur Entwicklung und Verbreitung der Sensibilisierung beigetragen, die so zentral für praktische „Genderkompetenz“ und geschlechtergerechte Praxis ist. Die Unterschiede zwischen Frauen und Männern werden wahrgenommen, eingeordnet und zum Ausgangspunkt für Überlegungen gemacht, wie eine effektive Praxis der Suchtprävention gestaltet werden kann. Wenn Suchtprävention ihre Vorreiterrolle be-

halten will, so die These dieses Beitrags, muss sie heute aber mehr leisten: Die Sensibilisierung für Geschlecht muss weiter entwickelt und die ungenutzten Potenziale besser genutzt werden. Das betrifft sowohl eine Verbreitung als auch eine Vertiefung und Verfeinerung dieser Sensibilisierung. Thema sind damit nicht (nur) die Unterschiede als solche, die wir zwischen Mädchen und Jungen feststellen, sondern der Umgang damit: Die Sensibilisierung für diese Unterschiede als Teil einer praktischen „Genderkompetenz“, die Reflexion, dass wir mit dem Feststellen von Unterschie-

den immer auch selbst Bilder von Mädchen und Jungen konstruieren, und schließlich die Erweiterung des Blicks: Nicht nur Jugendliche, sondern auch das, was sie tun, kann ein Geschlecht haben, also männlich oder weiblich (konnotiert) sein. Es gilt heute über die Feststellung hinauszugehen, dass es Mädchen und Jungen, Frauen und Männer und dass es Unterschiede in ihren jeweiligen Konsummustern gibt. Geschlechterkategorien müssen differenzierter und komplexer mit anderen Merkmalen verbunden für die Praxis nutzbar gemacht werden.

Die Vergangenheit: Ein „klassisches“ Feld geschlechtergerechter Prävention

Die Wurzeln der geschlechtergerechten Suchtprävention, die bedeutsam für die Gesundheitsförderung allgemein wurden, sind in einer produktiven Allianz der Frauenforschung bzw. Frauen(-gesundheits-)bewegung und der Weltgesundheitsorganisation in den 70er Jahren zu verorten. Es war die Zeit des konzeptionellen Paradigmenwechsels bei der WHO, weg von der Abschreckung, hin zum „Lebensweisenansatz“. Das bedeutet: Hin zur Auffassung von Substanzkonsum als kontextverankerte Lebensweise, deren

Bedeutung für die Konsumierenden und deren Verankerung in der Lebenswelt es zu entschlüsseln galt, um entsprechend mit der Prävention anzusetzen (BZgA 1983). Es ging darum, „die Funktion von gesundheitsschädlichen (‚Risiko‘-)Verhaltensweisen im lebensweltlichen Kontext aufzugreifen“ (Franzkowiak / Helfferich / Weise 1998). Die Eckpunkte – eine sensible Wahrnehmung der nach Geschlecht unterschiedlichen Lebenssituation, eine Einschätzung der Funktionalität des Verhaltens in diesem Entwick-

lungskontext und ein entsprechend differenziertes Handlungskonzept in der Praxis – sind hier in der Suchtprävention erstmals formuliert worden. Die bis heute bestehende enge Verbindung zwischen Geschlechtersensibilisierung und Konzepten der Zielgruppen- bzw. Lebensweltorientierung, der Entwicklungsaufgaben und deren Bewältigung sowie der Lebenskompetenzen, ist zu unterstreichen. In der Praxis ist die Schnittstelle von offener Jugendarbeit und Suchtprävention der Ort gewesen, an dem fe-

ministische, parteiliche Arbeit mit Mädchen eine frühe institutionelle Ansiedlung außerhalb der Frauenbewegung fand. In der Folge waren es auch vor allem Frauen, die die Notwendigkeit einer „frauengerechten“ Prävention und Versorgung anmahnten (Franke / Winkler 2005). Dies drückt sich in drei Aspekten des heutigen Standes von Praxis und Theorie der geschlechtergerechten Suchtprävention aus (da die vorangegangenen Beiträge schon einige Hinweise gegeben haben, kann ich mich hier beschränken).

(1) In der Jungenarbeit hat die Suchtprävention die rote Laterne. In den 80er Jahren gab es mehr empirische Untersuchungen zu dem Thema Alkohol und Männlichkeit als heute (nämlich zwei oder drei); danach schien die Gleichsetzung von Geschlechterdiskussion = Frauendiskussion so perfekt zu funktionieren, dass männer-spezifische Angebote kaum noch erwähnt wurden und das Thema heute erst wieder im Kommen ist.

(2) Es wurde insgesamt – nicht immer mit einer systematischen Kommunikation in die Öffentlichkeit hinein – ein breites Spektrum an Optionen für ein geschlechtergerechtes methodisches Vorgehen entwickelt, dessen Elemente flexibel genutzt werden können, je nachdem, was sich für die Prozesse als am effektivsten erweist. Neben der Geschlechter trennenden Arbeit sind als weitere Formen die Arbeit mit gemischten Grup-

pen unter der Geschlechterperspektive sowie die bewusste Arbeit als Frau mit Jungen oder als Mann mit Mädchen („gegengeschlechtlicher Blick“) und die Gruppenleitung im gemischten Team zu nennen (z.B. Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen 2003). (3) Die Datenbasis ist, was Geschlechterunterschiede angeht, vergleichsweise gut. Der Bereich des Substanzkonsums ist ein wichtiges Forschungsgebiet, in dem regelmäßig größerformatige Befragungen durchgeführt und Spezialuntersuchungen in Auftrag gegeben werden. Man kann heute der Epidemiologie bescheinigen, dass Geschlechterunterschiede als Auswertungskriterium regelmäßig berücksichtigt werden (wie diese Unterschiede interpretiert werden und was daraus folgt, steht auf einem anderen Blatt).

Es wurde also viel erreicht. Die Ansätze haben sich ausdifferenziert, verallgemeinert und sind komplexer geworden. Es gibt eine deutliche Professionalisierung, Fortbildungen und Konferenzen einbegriffen. Es liegen Daten zu den Unterschieden zwischen Frauen und Männern vor, die eindringliche Handlungsanweisungen in Richtung einer geschlechtergerechten Praxis einfordern. Die Geschlechtergerechtigkeit in der Suchtprävention hat also in der Konzeptentwicklung, in der Entwicklung der geschlechtsbewussten Arbeitsformen und auch in der Entwicklung von Forschung einen hohen Stand und muss

in diesem Sinn als „klassisches“ Feld einer geschlechtergerechten Prävention gelten.

Es bleiben allerdings zwei ABER: Erstens ist die Sensibilisierung und die Berücksichtigung von Geschlechteraspekten noch nicht selbstverständlicher Standard der Praxis. Die Möglichkeit, auf Daten zurückzugreifen, die die Geschlechterunterschiede belegen, ist hier ein wichtiges politisches Druckmittel. Zweitens: Wir beobachten heute unter Mädchen und Jungen neue soziale Ausdifferenzierungen und komplexe und widersprüchliche Trends bezogen auf den Substanzkonsum. Die Möglichkeit, auf Daten zurückzugreifen, die die Geschlechterunterschiede belegen, reicht hier nicht, sondern kann zu einer „Homogenitätsfalle“ werden, die uns in falscher Gewissheit wiegt, wir wüssten, wie die Mädchen und wie die Jungen „sind“.

Will Suchtprävention weiterhin Exzellenz in Sachen Geschlechtergerechtigkeit beanspruchen, sind die Potenziale, die in der geschlechtergerechten Praxis angelegt sind, besser zu nutzen und an diesen beiden „ABER“ anzusetzen.

Die Zukunft: Ungenutzte Potenziale

Ungenutzte Potenziale I: Verbreitung und Verankerung der Sensibilisierung

Bestandsaufnahmen der Praxis zeigen eine unterschiedliche lokale und trägerbezogene Verbreitung von geschlechtergerechter Praxis und einer völlig geschlechterindifferenten Angebotspalette, bei gleichzeitig unübersehbar deutlich relevanten Geschlechteraspekten, bis hin zum kompletten „Gendern“ aller Angebote. Vor allem bis zur systematischen Berücksichtigung von Genderaspekten in allen Phasen eines Projektes – von der Bedarfserhebung über die Planung bis zur Durchführung und Evaluation (Marsen-Storz / Strunk 2008).

Düster sieht das Bild aus, wenn man die Geschlechtersensibilität öffentlicher Bekundungen der Suchthilfe als Maßstab nimmt. In Grundsatzpapieren von Einrichtungen und Zusammenschlüssen der Suchtkrankenhilfe, in Wettbewerbsausschreibungen oder Grundlagenbüchern wie z.B. dem Band der BZgA „Suchtprävention in der Bundesrepublik Deutschland – Grundlagen und Konzeption“ (Schmidt 2004), der immerhin den Anspruch erhebt, das aktuelle wissenschaftliche und praxisrelevante Wissen zur Suchtprävention zusammenzutragen, sucht man vergebens nach dem Thema „Geschlecht“ oder „Geschlechtersensibilität“ (Helfferich 2006). Formulierungen sind mit wenigen Ausnahmen geschlechtsneutral. Wenn auf Geschlechterunterschiede Bezug genommen wird, dann um die Besonderheit der Situation von Frauen her-

vorzuheben und den Bedarf an „frauenspezifischen“ Angeboten abzuleiten. „Frauenspezifisch“ und „geschlechtsspezifisch“ wird synonym verwendet (z.B. DHS 2001) womit Geschlechterfragen auf Frauenfragen reduziert werden.

Gendersensibilisierung ist wesentlich klarer bei denjenigen zu finden, die direkt mit Jungen und Mädchen arbeiten. Ob „genderbewusst“ oder „genderintuitiv“ – sie wissen, wie Prävention auf Jungen und Mädchen in einer konkreten Zielgruppe zuzuschneiden ist. Zu warten, bis sich ein Bewusstseinsprozess von dieser Basis von unten nach oben durchsetzt, hieße, auf ein langwieriges Unterfangen zu setzen, dessen Ausgang höchst ungewiss ist. Zur Durchsetzung einer Gendersensibilisierung können aber eine Reihe von derzeitigen Entwicklungen genutzt werden, die im Zuge von Gender Mainstreaming an Bedeutung gewonnen haben und die „oben“ ansetzen.

Dazu gehören vor allem Maßnahmen der Qualitätssicherung, die zur Durchsetzung von Standards und zur Überprüfung der eigenen Arbeit entwickelt wurden. Sie können helfen, die Zielgruppe, die Prozessabläufe und die strukturellen Voraussetzungen systematisch zu analysieren, entsprechende Daten zu erheben und Schlüsse für die Maßnahmenentwicklung daraus zu ziehen. Die Qualitätssicherung wird dabei häufig mit zyklischen Modellen der Praxisentwicklung verbunden (z.B. Public Health Action Cycle), die einen Kreislauf von Beobachtung, daraus abgeleiteter Konzipierung und

Durchführung einer Maßnahme sowie deren Evaluation und die anschließende Verbesserung der Maßnahme umfassen. Geschlechtergerechtigkeit sollte hier als Qualitätsstandard auf allen Ebenen des Prozesses verankert werden, insbesondere auch über geschlechterdifferenzierende Bedarfserhebungen und Evaluationen.

Diese Verankerung von Geschlechtergerechtigkeit wird heute im Zuge von Gender Mainstreaming von öffentlichen Behörden verlangt – dem können sich auch die Organisationen der Suchthilfe nicht ganz entziehen (z.B. DHS 2004). Ein anderes Beispiel: In der Schweiz ist die Mittelvergabe der Stiftung Gesundheit damit verbunden, dass in den Anträgen nachgewiesen wird, wie der Geschlechteraspekt in der Projektplanung reflektiert wurde. Fühlen sich Antragstellende hier überfordert, können sie eine Beratung in Anspruch nehmen (Kolip 2008).

Es ist dabei an zwei zusammenhängenden Entwicklungen anzusetzen: Die starke Präsenz von Frauen in dem Bereich der geschlechtergerechten Suchtprävention einerseits und die geringe Präsenz des Themas in der politischen und ökonomischen Diskussion andererseits. Daraus kann nur die Aufforderung folgen, dass Männer ebenso wie Frauen sich zugunsten des Geschlechterthemas offensiv einmischen und dem Anliegen eine Stimme in der Öffentlichkeit geben müssen. Die Situation dafür ist günstig. Der Epidemiologie kam schon lange die Rolle der „Kronzeugin“ zu, wenn es darum ging, die Notwendigkeit eines nach Geschlecht differen-



zierenden Blicks zu begründen. Je größer z.B. die Differenz zwischen Konsumraten bei Mädchen und bei Jungen ausfällt, desto klarer tritt die Notwendigkeit geschlechterdifferenzierender und geschlechtergerechter Arbeit hervor und desto schwerer wiegt das Argument, Mädchen und Jungen bräuchten jeweils gesonderte Präventionszugänge.

Ungenutzte Potenziale II: Vertiefung der Sensibilisierung

Generell hängen die Sensibilisierung für Unterschiede und Besonderheiten von Zielgruppen und eine geschlechtergerechte Praxis eng zusammen. Hier liegt das große Potenzial und auch die Qualität geschlechtergerechter Praxis und zugleich eine Heraus-

forderung für alle, die die Praxis weiter entwickeln wollen: Lebenswelt- und zielgruppenorientierte – und damit sollte immer auch inbegriffen sein: geschlechtergerechte – Arbeit hat die Chance, die Konstruktionen einschließlich der eigenen Geschlechterbilder, die der Praxis zu Grunde liegen, in der konkreten Begegnung immer wieder zu überprüfen.

Ich möchte an Goethe erinnern: Wir sehen nur, was wir verstehen. Wir könnten anderes in ein und derselben Situation sehen, wenn wir anders verstehen und andere Begriffe sowie Konstruktionen an Lebenswelten herantragen würden. Was Goethe philosophisch ausdrückt, wird in der Sozialen Arbeit als Theorie-Praxis-Problem angesprochen: Die Theorie liefert uns Begriffe, mit denen wir die Wahrnehmung strukturieren, so wie Eskimos

mit ihren vielen Begriffen für unterschiedliche Formen von Weiß Schnee anders wahrnehmen als wir es tun. Auch die Wahrnehmung der Lebenswelt ist nicht authentisch – denn prinzipiell ist die Welt unserer Wahrnehmung nicht als objektive Gegebenheit zugänglich. Welche Begriffe haben wir aber für die Geschlechterunterschiede – außer den Kategorien „Mädchen“ – „Junge“, „Frau“ – „Mann“? Unterschiede entlang dieser Kategorien zu sehen, ist für geschlechtergerechte Suchtprävention ein erster und unabdingbarer Schritt. Generell sind Konstruktionen, auch Konstruktionen von „den Mädchen“ oder „den Jungen“ unverzichtbar. Aber dabei kann es nicht bleiben. Reflexion ist notwendig, um sich der eigenen Verortung zwischen den beiden Polen der professionellen Praxis zu vergewissern: Zwi-

schen unreflektierten, schematischen Kategorisierungen einerseits und einer vollständigen Aufgabe von systematisch zu findenden Unterschieden in einem „Jeder Mensch ist einzigartig“ andererseits. Beide Extrempositionen sind unprofessionell: Die erste ist blind für Vielfalt, Mischungen, Widersprüche, Verwerfungen und Übergänge, die zweite für soziale Regelmäßigkeiten und Chancenzuweisungen.

Die Suchtprävention und -versorgung ist leider voll von Geschlechterkonstruktionen, die wenig hinterfragt sind: Mädchen, die sich nicht durchsetzen können, Frauen, die in Abhängigkeit leben. Hintergrund waren und sind (politische) Klagen über Benachteiligungen von Frauen im Allgemeinen und über suchtgefährdete Frauen und Mädchen im Besonderen (und mit einer dramatisierenden Problemorientierung lässt sich sozialpädagogische Praxis allemal besser finanzieren als über das Ressourcenargument). Eine andere immer noch wirksame Konstruktion ist die Gleichsetzung von Frauen mit dem „besonderen“ Bedarf, während Männer für das Allgemeine stehen. Damit lassen sich mädchen-spezifische Angebote begründen, aber um den Preis, dass sie als Nischenarbeit legitimiert werden und dass keine Brücke zur Jungenarbeit geschlagen werden kann. Die Reflexion dieser Konstruktionen bedeutet ihre unbefangene Überprüfung an konkreten Zielgruppen, auch an denen, die wenig „passförmig“ sind – und zwar ohne die Geschlechterkategorie als solche aufzugeben oder zu denunzieren. Die Überprüfung der Konstruktionen muss dabei in zwei Richtungen gehen: Zum Einen muss innerhalb der Geschlechtergruppen nach weiteren Merkmalen differen-

ziert werden. Zum Anderen gilt es nicht nur auf die Personen als männlich und weiblich zu schauen, sondern auch auf die Codierung von bestimmten Praktiken, z.B. bestimmten Formen des Substanzkonsums als männlich oder weiblich.

Zu der Unterschiedlichkeit von Mädchen und Jungen

So wichtig die Betonung der Geschlechterunterschiede anhand der epidemiologischen Daten ist, so wenig helfen diese Daten weiter, wenn es um die Reflexion der impliziten Konstruktionen geht. Die Geschlechterkonstruktionen, unter denen wir heute Praxis wahrnehmen und benennen, neigen zur Starrheit, zur Überbetonung der Unterschiede zwischen den Geschlechtern bei gleichzeitiger Homogenisierung der beiden Geschlechtergruppen für sich genommen, und damit zur Naturalisierung und/oder sozialen Determination (Mädchen sind eben so, Jungen sind eben so – von Natur aus oder sozial festgelegt). Das Differenzargument kann zur „Homogenitätsfalle“ werden und zur Vernachlässigung von Unterschieden innerhalb der Geschlechtergruppen führen, die, wie viele Untersuchungen zeigen, größer sein können als die zwischen den Geschlechtergruppen.

Dabei können gerade diese Unterschiede unter Mädchen oder Jungen für Suchtprävention hochrelevant sein. Substanzkonsum bei jungen Männern hat viel zu tun mit der Herstellung der Überlegenheit über andere Männer in einem hierarchischen System von unterschiedlichen Männlichkeiten. Substanzkonsum oder

auch Abstinenz kann in spezifischen Kontexten nicht mit Männlichkeit allgemein, sondern mit einer spezifischen Männlichkeit zusammenhängen, die unter Beweis gestellt oder deren Diskreditierung abgewendet werden muss.

Einige Jugendstudien (z.B. die Shellstudie) weisen klar auf die Unterschiede unter Mädchen und Jungen hin und zeigen, dass unterschiedliche soziale Gruppen – bei Jugendlichen z.B. nach Schultypus – unterschiedliche Vorstellungen von Weiblichkeit, Männlichkeit und Geschlechterbeziehungen hegen. Doch leider fehlen entsprechende Aufbereitungen der Daten zu Substanzkonsum und Sucht. Hier hinkt die Epidemiologie der Zielgruppendifferenzierung in der Suchtprävention hinterher und eine Differenzierung nicht nur bezogen auf Geschlecht, sondern auch bezogen auf Alter, ethnische Zugehörigkeit und soziale Lage wird angemahnt (Die Drogen- und Suchtkommission 2002). Allgemein gilt es, wegzukommen von einem Denken, das immer schon festgelegt, wie Frauen und Mädchen, Männer und Jungen „sind“. Gerade die interkulturelle Arbeit, deren Notwendigkeit und Dringlichkeit betont werden muss, führt dazu, die Variabilität von Geschlechterbildern und Geschlechterbeziehungen in den Blick zu nehmen und genauer zu betrachten, in welcher Weise dies mit der Suchtentstehung in Verbindung zu bringen ist.

Männliche und weibliche Mädchen und Jungen, männliche und weibliche Praktiken

Die komplexen Trends des Substanzkonsums in der Jugend zeigen Verwerfungen und Veränderungen in den relativen Konsumanteilen zwischen den Geschlechtern. Sie stellen aber vor allem auch unsere Geschlechterkategorien vor neue Herausforderungen und verlangen Erweiterungen. Wie gehen wir damit um, wenn sich als Trend Jungen eher weiblich und Mädchen eher männlich verhalten? Dies ist ein gutes Beispiel, um die eigenen, unbewussten Maßstäbe auf den Prüfstand zu stellen, denn beide Entwicklungen werden unterschiedlich wahrgenommen und gedeutet. Zum ersten Fall: Die wesentlichen Veränderungen der Konsumtrends in den 80er und 90er Jahren sind „auf einen Rückgang des Konsums der Männer zurückzuführen (...), während sich das Konsumverhalten der Frauen kaum verändert hat.“ (Augustin / Orth / Kraus 2005). Die Verkleinerung der Differenz der Raucheranteile für junge Frauen und Männer (a.a.O.: 128; vgl. zusammenfassend Helfferich 2006) oder der Rückgang des Alkoholkonsums bei den jungen Männern zwischen 1995 und 2003 wird nicht als „Angleichung von Jungen an Mädchen“ beschrieben und bleibt meist unkommentiert. Dabei hat sich der Konsum insbesondere bei Jungen aus dem Gymnasium für bestimmte historische Etappen stärker verändert als der der Mädchen. Offenbar fällt es schwer, sich vorzustellen, dass Jungen im Zuge ihrer Emanzipation „weibliche“ Verhaltensweisen übernehmen. Umgekehrt ist der stehende

Topos bei der Deutung von „männlichen“ Verhaltensweisen bei Mädchen, z.B. Rauschtrinken oder Gewaltbereitschaft bzw. Gewalttätigkeit, dass Mädchen Verhaltensweisen von Jungen „übernehmen“, sich „anpassen“ und „aufholen“.

Ich halte aber das Bild der „Angleichungen“ insgesamt nicht für geeignet, weil dies so verstanden werden kann, als würde sich auch die Bedeutung des Verhaltens angleichen und „geschlechtsneutralisieren“. Doch selbst wenn Jungen und Mädchen gleich häufig rauchen, heißt das weder, dass das Rauchen für sie die gleiche Bedeutung hat, noch dass sie sich auch sonst nicht mehr voneinander unterscheiden und von der suchtpreventiven Arbeit als geschlechtsneutrale Zielgruppe betrachtet werden könnten. Die Rede von der Angleichung verstellt Antworten auf Fragen wie z.B.: Wenn Mädchen sich „männlich“ verhalten, ist das dasselbe, wie wenn Jungen sich „männlich“ verhalten? Verändert sich die Bedeutung des Verhaltens, verändert das Verhalten „sein Geschlecht“? Wer definiert in welchem Kontext, welches Verhalten männlich oder weiblich konnotiert ist? Welche Funktion hat dieses so konnotierte Verhalten für Mädchen und Jungen?

Notwendig ist hier eine Erweiterung der Sensibilisierung von der Wahrnehmung von Geschlecht bei Personen, hin zur Wahrnehmung von Geschlecht des Handelns, z.B. des Substanzkonsums. Dieser kann eine symbolische Bedeutung bezogen auf Geschlecht haben, die in der Interaktion unter und zwischen den Geschlechtern genutzt wird, um bestimmte Formen von Geschlecht der Person herzustellen („doing gender by doing drugs“,

ausführlich: Helfferich 2001). Die entscheidende Frage ist, was wie von den jugendlichen Subkulturen als weibliche und männliche Praxis verstanden wird, also als Praxis, mit der Männlichkeit oder Weiblichkeit beansprucht werden kann bzw. von den Gruppenmitgliedern zuerkannt wird. Nicht von den Professionellen in der Suchtprävention wird diese Bedeutung festgelegt, sondern von den Akteuren der jugendlichen Lebenswelten selbst. Eine Analyse zu weiblicher Gewalttätigkeit fand z.B. heraus, dass manifeste Gewaltausübung durch Mädchen durchaus in der Clique als spezifische Weiblichkeitsinszenierung verstanden wurde – Professionelle hätten dieses Verhalten als unweiblich eingestuft. Ähnlich verhält es sich mit dem Trinken von Alkohol, das in der Jugend überwiegend eine kollektive Angelegenheit und ein soziales Ereignis ist: Je nach Alkoholart, Trinkkontext und Konsumintensität variieren die Botschaften, die die Akteure mit dem Trinken bezogen auf Weiblichkeits- und Männlichkeitsvorstellungen verbinden.

Nicht nur Mädchen und Jungen haben ein Geschlecht, auch Praktiken können ein Geschlecht haben oder zur Herstellung einer bestimmten Facette von Geschlecht eingesetzt werden. Die Bedeutung ist in der Sozialgruppe und Lebenswelt verankert. Das Geschlecht von Praktiken kann sich historisch verändern, wie das Rauchen bei Frauen zeigt, das in den 60er Jahren für eine emanzipierte Weiblichkeit stand, die sich männliche Privilegien – Bildung und Rauchen, eines steht für das andere – aneignete. Im Zuge der Demokratisierung der Bildung hat sich die Assoziation zwischen Männlichkeit, Bildung und Rau-

chen gelöst. Ein anderes Beispiel ist die Einnahme von Anabolika bei Männern, die so mit einer weiblichen Praktik – Medikamenteneinnahme – einen männlichen Körper herstellen (s. Beitrag von Irmgard Vogt). Gerade die neuen Konsumtrends und die „neuen“ Mädchen und Jungen fordern dazu heraus, unsere Bilder und Konstruktionen nicht nur stärker zu

differenzieren, sondern auch Substanzkonsum als Praktiken zu betrachten, die aufgrund ihrer symbolischen, geschlechtsbezogenen Bedeutung in Bezug zur Positionierung zu Geschlechtserwartungen eingesetzt werden können. Dabei kann es selbstverständlich auch Praktiken geben, die keine Gender-Bedeutung haben, oder Praktiken können aus anderen Grün-

den angeeignet werden als aus einem Geschlechtsbezug. Auch hier sind ungenutzte Potenziale der Gendersensibilisierung auszumachen, die bei einer Weiterentwicklung der Suchtprävention entlang der grundsätzlichen Lebenswelt- und Zielgruppenorientierung auszubauen sind, damit wir mehr verstehen – und damit mehr sehen.

Als Fazit eine Zusammenfassung

- Suchtprävention hat Maßstäbe in der geschlechtergerechten Praxis gesetzt.
- Sie sollte diese Rolle beibehalten und sich weiter entwickeln – mit einer Verankerung und Verbreitung der zentralen Genderkompetenz – der Sensibilisierung – und mit einer lebensweltbezogenen Weiterentwicklung der Sensibilisierung.
- Die Fokussierung auf Unterschiede zwischen den Geschlechtern bietet

eine wichtige (strategische) Argumentationshilfe, kann aber auch eine „Homogenitätsfalle“ bedeuten. Suchtprävention sollte Zugänge entwickeln, mehr als diese Unterschiede zu sehen: Sie sollte die Unterschiedlichkeit unter Mädchen und Jungen nach sozialen Kriterien berücksichtigen und „Männlichkeiten“ und „Weiblichkeiten“ im Plural sehen. Sie sollte nicht nur Personen, sondern auch Praktiken auf „ihr

Geschlecht“ hin befragen und genau hinschauen, wie Geschlecht in der Lebenswelt der jeweiligen Zielgruppe verhandelt wird. So kann sich die Praxis geschlechtergerechter Suchtprävention auch unter den sich verändernden historischen Bedingungen und bei neuen Trends bewähren und Suchtprävention kann wiederum ein „klassisches“ Vorreiterfeld der Gesundheitsförderung allgemein sein.

Literatur

- AUGUSTIN, RITA / ORTH, BORIS / KRAUS, LUDWIG (2005): Veränderungen des Konsumverhaltens von Frauen bei Alkohol, Tabak und Drogen. In: DHS (Hg.) *Jahrbuch Sucht 2005*. Geesthacht: Neuland, 119–130, 120
- BZGA (BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG) (1983): Bericht über ein Seminar ‚Lebensweisen und Lebensbedingungen in ihren Auswirkungen auf die Gesundheit‘. Köln: BZgA, *Europäische Monografien zur Forschung in Gesundheitserziehung, Bd. 4*
- DIE DROGEN- UND SUCHTKOMMISSION BEIM BUNDEMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (2002): Stellungnahme der Drogen- und Suchtkommission zur Verbesserung der Suchtprävention. Berlin: BMGS, 63
- DHS (Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren) (2001): Situation und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe. *Positionspapier 2001*. Hamm: DHS, 19
- DHS (Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren) (2004): DHS-Grundsatzpapier: Gender Mainstreaming in der Suchtarbeit, Chancen und Notwendigkeiten. <http://www.dhs-intern.de/pdf/gender.pdf>, 1
- FRANKE, ALEXA / WINKLER, KLAUDIA (2005): Legale Suchtmittel. In: DHS (Hg.): *Jahrbuch Sucht 2005*. Geesthacht: Neuland, 148–159, 150
- FRANZKOWIAK, PETER / HELFFERICH, CORNELIA / WEISE, EVA (1998): Geschlechtsbezogene Suchtprävention. Praxisansätze, Theorieentwicklung, Definitionen. Köln: BZgA. *Schriftenreihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 2*, 12
- HELFFERICH, CORNELIA (2006): Ist Suchtprävention ein „klassisches“ Feld geschlechtergerechter Prävention? In: Kolip, Petra / Altgeld, Thomas (Hg.): *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis*. Weinheim / München: Juventa, 27–39
- HELFFERICH, CORNELIA (2001): Jugendliche Risikoverhalten aus geschlechtsspezifischer Sicht. In: Raithel, Jürgen (Hg.): *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention*. Opladen: Leske + Budrich, 331–348
- KOLIP, PETRA (2008): Was bietet die Genderforschung für die Facharbeit? In: BZgA (Hg.): Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention. Anwendungsorientierter Austausch zwischen Forschung und Facharbeit unter besonderer Berücksichtigung der Anforderungen an eine geschlechtersensible Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Köln: BZgA, *Schriftenreihe Gesundheitsförderung konkret, Bd. 10*, in Druck
- LANDESSTELLE JUGENDSCHUTZ NIEDERSACHSEN (2003): Grenzen und Brücken. Arbeitsmaterialien zu Prävention und Geschlecht. Hannover: LJS
- MARSEN-STORZ, GISELA / STRUNK, MAREIKE (2008): Geschlechtersensible Zielsprache in der Suchtprävention. In: BZgA (Hg.): Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung / Prävention. Anwendungsorientierter Austausch zwischen Forschung und Facharbeit unter besonderer Berücksichtigung der Anforderungen an eine geschlechtersensible Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Köln: BZgA, *Schriftenreihe Gesundheitsförderung konkret, Bd. 10*, in Druck
- SCHMIDT, BETTINA (2004): Suchtprävention in der Bundesrepublik Deutschland – Grundlagen und Konzeption. Köln: BZgA, *Schriftenreihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 24*

Neue Süchte und Geschlecht Glücksspiel-, Kauf- und Online-Sucht

Einleitung

In den letzten 20 Jahren gelangten exzessive Verhaltensweisen zunehmend in den Fokus wissenschaftlichen und öffentlichen Interesses. Schlagworte wie Glücksspielsucht, Internetsucht, Sexsucht und Computerspielsucht, die häufig in den Medien auftreten, verdeutlichen das wachsende Interesse an dem Störungsbild der Verhaltenssucht. Durch die Verschiebung des Fokus in der Suchtforschung von sozialen Aspekten süchtigen Verhaltens hin zu neurobiologischen Grundlagen wird verstärkt die Vergleichbarkeit exzessiver Verhaltensweisen (Ver-

haltenssüchten) mit stoffgebundener Abhängigkeit diskutiert. Erste psychophysiologische Studien legen nahe, dass exzessiv ausgeführte Verhaltensweisen, die die Kriterien einer Abhängigkeit erfüllen, vergleichbare psychobiologische Mechanismen der Entstehung und Aufrechterhaltung zugrunde liegen. Jedoch besteht hinsichtlich der Ätiologie und Nomenklatur des Störungsbildes in der wissenschaftlichen Diskussion nach wie vor nur wenig Konsens.

Bislang gibt es nur wenige Ausführungen, die das Störungsbild der Verhal-

tenssucht umfassend beschreiben und dem Erscheinungsbild und seiner klinischen Charakterisierung in seinem vollen Umfang gerecht werden. Insbesondere wird dabei die Beschreibung von geschlechtsspezifischen Unterschieden vernachlässigt. Im folgenden Kapitel wird zunächst kurz das Störungsbild der Verhaltenssucht charakterisiert und in einem weiteren Schritt auf geschlechtsspezifische Aspekte der Glücksspielsucht, Kaufsucht und Computer- und Internetsucht eingegangen.

Was sind Verhaltenssüchte?

Abhängigkeit von psychotropen Substanzen stellt weltweit eine der am häufigsten auftretenden psychischen Störung dar. Zentrale Merkmale der stoffgebundenen Abhängigkeit sind Kontrollverlust über das Ausmaß des Konsums, starkes Verlangen eine Substanz zu konsumieren, fortgesetzter Substanzkonsum trotz Nachweis eindeutiger Schäden als Charakteristiken der psychischen Abhängigkeit sowie

Entzugssymptome und Toleranzentwicklung als Charakteristiken der körperlichen Abhängigkeit. Eben jene Merkmale können auch bei exzessiven Verhaltensweisen wie pathologischem Glücksspiel, exzessivem Kaufen, Sport treiben oder Computerspielen beobachtet werden und sie werden von verschiedenen Autoren als Verhaltenssüchte oder stoffungebundene Abhängigkeit bezeichnet [21, 27, 42].

Ähnlich wie bei stoffgebundenen Süchten erwerben auch exzessive Verhaltensweisen die Funktion einer kurzfristig effektiven, jedoch langfristig mit negativen Konsequenzen verbundenen Strategie zur Gefühlsregulation und Stressverarbeitung. Neuere Erkenntnisse über das Belohnungssystem des Gehirns legen nahe, dass es für das Gehirn unerheblich ist, ob eine Belohnung auf der Zufuhr chemischer

Substanzen oder auf Erfahrung beruht [27]. Demnach basiert der psychotrope Effekt der Verhaltenssuchte auf körpereigenen biochemischen Veränderungen, die sich im Laufe der Suchtentwicklung einstellen.

Bislang haben Verhaltenssuchte noch keinen Eingang als eigenständiges Störungsbild in die internationalen Klassifikationssysteme psychischer Störungen (ICD-10, DSM-IV) gefunden [1, 53], womit in der Praxis eine Diagnosestellung für diese Störungen erschwert wird [21]. Das Störungsbild wird im DSM-IV unter der Kategorie „Störungen der Impulskontrolle – nicht andernorts klassifiziert“, in der ICD-10 unter „Abnorme Gewohnhei-

ten und Störungen der Impulskontrolle“ aufgeführt, wobei explizite Kriterien lediglich für pathologisches Glücksspiel als eine Form der Verhaltenssucht beschrieben werden. Die gegenwärtig gebräuchlichen diagnostischen Kriterien für pathologisches Glücksspiel überschneiden sich in wesentlichen Punkten mit denen für Substanzabhängigkeit. So bestehen ähnliche Einschlusskriterien für Beeinträchtigungen in wesentlichen Lebensbereichen (z.B. soziale Folgeschäden), Toleranzentwicklung, Entzugssymptome und wiederholte, erfolglose Versuche den Substanzkonsum bzw. das Glücksspiel zu reduzieren oder aufzugeben.

Die starke Überlappung klinischer Merkmale dieses Störungsbildes und aktuelle psychobiologische Erkenntnisse legen nahe, dass eine Einordnung spezifischer Impulskontrollstörungen wie z.B. pathologisches Spielen, exzessives Kaufen oder exzessive Internet- oder Computer(spiel-)nutzung unter die Abhängigkeitserkrankungen sinnvoll erscheint.

Glücksspielsucht

Das pathologische Glücksspiel ist die bislang am besten beschriebene und empirisch erforschte Form der Verhaltenssucht. Als Glücksspiel werden Spiele definiert, bei denen ein Vermögenswert durch den Spieler eingesetzt wird und die Entscheidung über Gewinn oder Verlust ausschließlich oder vorwiegend vom Zufall und nicht von der Fähigkeit oder dem Geschick des Spielers abhängt. Formen des Glücksspiels umfassen z.B. Geldspielautomaten, Roulette, Black Jack, Baccara, Zahlenlotto, Toto sowie Sportwetten. Die zunehmende Zahl von Glücksspielnutzern kann unter anderem auf das ständig wachsende Angebot an Glücksspielen im Internet und anderen Medien zurückgeführt werden. Neuere epidemiologische Studien weisen darauf hin, dass in Deutschland 0,1–0,6% der erwachsenen Be-

völkerung von einem problematischen Spielverhalten betroffen sind [8, 9]. Laut der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) wird aktuell von 100.000 bis 170.000 beratungs- und behandlungsbedürftigen Spielern ausgegangen.

In der Anfangsphase werden Glücksspiele zunächst in Antizipation des Gewinnes gespielt und erhalten erst im Lauf der pathologischen Entwicklung einen Selbstzweck, d.h. das Glücksspiel selbst und nicht mehr der Gewinn bzw. die Erwartung eines Gewinnes wirkt bereits erregend, euphorisierend oder auch emotionsregulierend. Die Genese des pathologischen Glücksspielverhaltens vollzieht sich wie bei den Abhängigkeitserkrankungen in einem jahrelangen Prozess. Nach Angaben von Betroffenen in Selbsthilfegruppen werden Glücks-

spiele zunächst über zwei bis drei Jahre nur gelegentlich genutzt, daran schließt sich eine durchschnittlich sechs bis sieben Jahre dauernde Phase exzessiven Glücksspiels an, in der es zu einer Pathologisierung des Verhaltens kommt. Jedoch vergehen in der Regel bis zu zehn Jahre bevor adäquate Hilfsmaßnahmen für einen Weg in die Abstinenz in Anspruch genommen werden.

Ogleich Glücksspiel eher eine männlich geprägte Domäne ist, nimmt die Zahl glücksspielender Frauen vor allem auch durch die zunehmende Präsenz von Glücksspielangeboten in den Medien und im Internet kontinuierlich zu. Gesteigerte Spielbeteiligung geht jedoch auch mit einem erhöhten Risiko einher, problematisches oder pathologisches Spielverhalten zu entwickeln. Nach Schätzungen sind ein

Drittel der problematischen Glücksspieler Frauen. Trotz der wachsenden Zahl betroffener Frauen existieren bisher nur wenige Studien, die sich geschlechtsspezifischen Aspekten problematischen und pathologischen Glücksspiels zugewendet haben. Wie bereits Anfang der 90er Jahre von Mark und Lesieur kritisch bemerkt, basiert die Forschungsliteratur fast ausschließlich auf Studien an männlichen Spielern und es wird häufig fälschlicherweise von der Annahme ausgegangen, dass sich die Ergebnisse auch auf weibliche Spieler übertragen lassen [37]. Die wenigen Studien zu geschlechtsspezifischen Aspekten zeigen jedoch, dass durchaus Unterschiede zwischen Männern und Frauen in der Genese und den psychosozialen Einflussfaktoren problematischen und pathologischen Glücksspielverhaltens bestehen. Obgleich Männer häufiger in Glücksspiele involviert sind und in ihrem Leben fast doppelt so häufig von pathologischem Glücksspiel betroffen sind [3, 26, 6], scheinen Frauen, die Glücksspiele regelmäßig in Anspruch nehmen, einem erhöhten Risiko ausgesetzt zu sein, ein pathologisches Spielerverhalten zu entwickeln. So sind Frauen, wenn sie die ersten Erfahrungen mit Glücksspielen machen oder beginnen regelmäßig Glücksspiele in Anspruch zu nehmen, durchschnittlich älter als Männer. Jedoch treten spielbezogene Probleme bei Frauen schneller auf und die Zeitspanne zwischen dem Beginn des Glücksspielens und der Ausbildung pathologischen Glücksspiels ist deutlich verkürzt [43, 51]. Hinsichtlich der Behandlung pathologischen Glücksspiels ist bislang auch unklar, inwieweit die Wirksamkeit der bislang ausschließlich auf die



Bedürfnisse männlicher Spieler ausgerichteten Präventions- und Interventionsmaßnahmen für Glücksspielsucht auch bei weiblichen Spielern gewährleistet ist. Glücksspielbezogene Probleme werden bei Frauen, die aufgrund anderer psychosozialer Probleme Hilfe suchen, nur selten berücksichtigt und häufig übersehen und somit erhalten nur diejenigen Frauen eine Behandlung, die ihr eigenes Spielverhalten als problematisch erkennen und dieses thematisieren [11]. Auch weisen Ergebnisse aus Studien zur Genetik und Molekulargenetik sowie Therapiestudien auf geschlechtsspezifische Unterschiede hin. Zum Beispiel ist eine Variation am Serotonin-Transporter-Gen mit einer erhöhten Vulnerabilität für pathologisches Glücksspiel bei Männern, nicht jedoch bei Frauen verbunden [29]. Dies könnte die reduzierte Wirksamkeit selektiver Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer bei weiblichen im Vergleich zu männlichen Spielern erklären [4]. In der Nutzung spezifischer Glücksspielangebote und der Motivation, Glücksspiele zu spielen, zeigen Männer und Frauen ebenfalls abweichende Muster. Während Männer Glücks-

spiele mit hohem Einsatz wie Roulette oder Börsenspekulation und auch Glücksspiele mit einem gegenüber der Zufallskomponente höheren Anspruch an die eigenen Fähigkeiten wie Kartenspiele oder Sport- und Pferdewetten bevorzugen, gehen Frauen häufiger bevorzugt Glücksspielen wie Lotto und Automatenspielen nach, bei denen die Einsätze und Fähigkeitsanforderungen geringer sind [3, 11, 26]. Weiterhin ist bei Männern das Glücksspiel durch die Antizipation des Gewinns oder der Suche nach erregenden Erfahrungen im Sinne des „Sensation Seeking“ motiviert, während Frauen eher spielen, um sich von Konflikten oder Gefühlen der Langleweiligkeit abzulenken oder Problemen und schwierigen oder unbefriedigenden Lebenssituationen zu entkommen [43]. In diesem Kontext fanden Scannell und Kollegen [44], dass weibliche Problemspieler dazu neigen, ineffektive emotionsfokussierte Stressverarbeitungsstrategien einzusetzen und sie schlussfolgern, dass Glücksspiele von weiblichen Spielern häufig als Vermeidungsstrategie eingesetzt werden, wenn sie Stress oder negativen Gefühlszuständen ausgesetzt sind.

Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Motivation spiegeln sich auch im Auftreten von spielbezogenen Problemen im Sinne der Kriterien für pathologisches Glücksspiel und den Komorbiditäten problematischen Glücksspiels bei Frauen wieder. Während starkes Eingenommensein vom Glücksspiel und Chasing (den Verlusten hinterher jagen) eher bei männlichen pathologischen Spielern im Vordergrund steht, spielen weibliche Spieler häufiger, um Problemen und negativen Gefühlszuständen zu entkommen [3]. Weiterhin machen weibliche Spieler weniger Schulden und gehen geringere finanzielle Risiken für das Spielen ein [31]. Im Vergleich zu männlichen Spielern erle-

ben weibliche Spieler soziale Probleme und Konflikte im Zusammenhang mit dem Glücksspiel als unangenehmer [32]. Obgleich sowohl bei männlichen als auch bei weiblichen pathologischen Spielern erhöhte Raten an komorbiden psychischen Störungen wie affektiven Störungen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen und Störungen im Zusammenhang mit Substanzkonsum zu beobachten sind, treten bei Frauen häufiger affektive Störungen und Angststörungen [6, 28] und seltener Störungen im Zusammenhang mit Substanzkonsum auf [36, 43]. Auch im Hinblick auf prädispositionierende und auslösende Faktoren für psychische Erkrankungen zeigen sich geschlechtsspezifische Un-

terschiede. Im familiären und biographischen Kontext berichten Frauen mit spielbezogenen Problemen häufiger von Traumata durch Alkoholabhängigkeit oder Glücksspielsucht der Eltern sowie sexuellem und körperlichem Missbrauch [32, 50].

Trotz zunehmender Befunde zu geschlechtsspezifischen Unterschieden bei problematischen und pathologischen Spielern sind sowohl zugrunde liegende Mechanismen als auch kausale Faktoren bislang weitgehend ungeklärt. Als Erklärungsansätze werden sowohl genetische, soziologische, motivationale als auch ökonomische Faktoren in Betracht gezogen.

Kaufsucht

Exzessives oder übermäßiges Kaufen – ein Verhalten, das in der öffentlichen Wahrnehmung gerne mit Frauen assoziiert wird – ist in der aktuellen Forschungsliteratur unter den Begriffen Kaufsucht, exzessives Kaufen, pathologisches Kaufen und auch zwanghaftes Kaufen aufgeführt. Obgleich ein exzessives krankhaftes Kaufverhalten bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts unter dem Begriff Oniomanie beschrieben wurde, rückte dieses Störungsbild erst wieder Ende des 20. Jahrhunderts in das klinische und wissenschaftliche Interesse. Jedoch liegt bei dieser Form der Verhaltenssucht im Vergleich zum pathologischen Glücksspiel eine deutlich reduzierte Datenbasis vor und Befunde zu Geschlechtsunterschieden und ge-

schlechtsspezifischen Einflussfaktoren werden nur selten berichtet.

Das klinische Bild der Kaufsucht beschreibt Personen, die stark vom Akt des Kaufens und des Bezahlens eingenommen sind und übermäßig viel Zeit oder materielle Ressourcen in diese Verhaltensweisen investieren. Häufig gehen negative Emotionen wie Langeweile, Angst, Depression oder Ärger dem Kaufakt voraus, während euphorische Gefühle oder die Erleichterung von negativen Gefühlszuständen als unmittelbare Konsequenzen des Kaufens erlebt werden [40]. Die Betroffenen berichten von einem nahezu unwiderstehlichen Verlangen oder einer Art Drang zu Kaufen, von dem sie sich nur durch den Erwerb einer Ware wieder lösen können. Dabei

wird in erster Linie der Erwerb, also das Bezahlen als lustvoll empfunden und nicht der durch die erworbenen Güter ermöglichte Genuss. Die erworbenen Sachen selbst werden von den Betroffenen häufig nicht oder nicht in der erworbenen Menge benötigt. Nach dem Erwerb verliert der Kaufsüchtige in der Regel das Interesse an der erworbenen Ware, teilweise wird diese zurückgegeben, unausgepackt aufbewahrt, weiterverkauft oder verschenkt [47].

Das süchtige Kaufverhalten dient somit primär als emotionale Unterstützung, als Verstärker bei einem niedrigen Selbstwert, als Ersatz für Anerkennung und als Belohnung oder Trost [16, 45, 46] und hat somit die Funktion einer Stressverarbeitung und Emo-



tionsregulation. Als langfristige negative Konsequenzen des problematischen und unkontrollierbaren Kaufverhaltens werden Schuldgefühle, Suizidgedanken und -versuche, soziale und familiäre Konflikte (z.B. Scheidung), finanzielle Probleme und Schulden sowie Verstrickungen in illegale Handlungen (z.B. Ausstellen ungedeckter Schecks, Unterschlagung) von den Betroffenen berichtet [17], die ihrerseits zur Aufrechterhaltung des süchtigen Kaufverhaltens beitragen.

Angaben zur Prävalenz pathologischen Kaufens variieren in der Literatur zwischen 1–8%, wobei ältere konservative Schätzungen von 1–2% [16] ausgehen. Schätzungen aus neueren Studien gehen von 6% pathologischen Käufern in der Bevölkerung aus [30, 46]. Das durchschnittliche Erkrankungsalter liegt im Altersbereich zwischen 18 und 25 Jahren [2, 47], vereinzelt werden auch 30 Jahre berichtet [38].

Entgegen der Dominanz männlicher Betroffener beim pathologischen Glücksspiel scheint bei diesem Störungsbild die überwiegende Mehrzahl der Betroffenen weiblich zu sein. So legen epidemiologische Studien nahe, dass 80–95% der Kaufsüchtigen Frauen sind [13, 15, 38, 47]. Jedoch stellen einige Autorinnen und Autoren den erhöhten Anteil an betroffenen Frauen in Frage und verweisen auf eine mögliche Artefaktbehaftung durch methodische Einschränkungen. So

sind bei vielen untersuchten Stichproben Frauen deutlich überrepräsentiert [2]. Auch konnte in einer aktuellen Studie zum pathologischen Kaufen von Koran und Kollegen [30], in der Frauen doppelt so häufig vertreten waren wie Männer, kein signifikanter Unterschied in der Prävalenzrate von kaufsuchtigen Männern und Frauen nachgewiesen werden. So stehen weitere Studien an repräsentativen Stichproben noch aus, die ein potentiell erhöhtes Risiko für Frauen ein kaufsuchtiges Verhalten zu entwickeln bestätigen könnten. Hinsichtlich der Art der erworbenen Ware bevorzugen Frauen in der Regel Schmuck, Schminke, Kleidung und Schuhe, Dinge, die ihr äußeres Erscheinungsbild betreffen und durch die sich der soziale Status und die Gruppenzugehörigkeit betonen lassen [46]. Männer dagegen bevorzugen elektronische Geräte oder Autos, in denen sich ihre persönliche Identität, ihre Werte und Ansichten widerspiegeln.

Analog zum pathologischen Glücksspiel fehlt es bei der Kaufsucht an angemessenen Erklärungsmodellen, die auch geschlechtsspezifische Einflussfaktoren berücksichtigen. Angesichts mangelnder repräsentativer Studien und der häufig durch Stereotype über weibliches Kaufverhalten verstellten Sicht auf das Störungsbild, ist die Entwicklung eines theoretischen Modells für zukünftige epidemiologische und klinische Forschung von besonderer Bedeutung.



Online-Sucht

Der Computer als Medium ist zu einem ständigen Begleiter in unserem Berufsleben und vor allem auch in der Freizeit geworden. Online- und Internetaktivitäten wie auch Computer- und Videospiele finden immer größere Verbreitung. Mit wachsender Nutzung des Mediums Computer werden jedoch zunehmend pathologische Nutzungsmuster im Zusammenhang mit dem Computer und dem Internet im Sinne einer Verhaltenssucht beschrieben [23]. Computer- oder Internetsucht wird teilweise weiter in spezifische Subtypen in Bezug auf die Nutzungsmöglichkeiten wie Cybersex, Online-Bekanntschafen, Online-Glücksspiele, exzessiver Online-Handel, exzessive Informationssuche und Online-Computerspiele unterteilt [55]. Dagegen argumentiert Griffiths [20], dass viele der beschriebenen exzessiven Internetnutzer nicht internet-süchtig seien, sondern das Internet als Medium zur Befriedigung einer anderen Verhaltenssucht (Computerspielen, Sex, Glücksspiel, Kaufen) nutzen. Er führt daher den Begriff „technological addiction“ für diese Störungsgruppe ein, in die Verhaltenssuchten mit Nutzung technischer Medien einschließlich der Fernsehsucht subsummiert werden können. Die in der Literatur am häufigsten untersuchten Formen sind Internetsucht (Chatten, Surfen) und Computerspielsucht [23].

Bei süchtigen Verhaltensweisen im Umgang mit dem Computer wird das Verhalten – wie auch bei den anderen süchtigen Verhaltensweisen – nicht mehr aufgrund seines ursprünglichen Zweckes (Unterhalten, Lernen, Informationssuche, Spielen etc.) sondern zweckentfremdet vom Betroffenen eingesetzt. So wird die Computernutzung von dem betroffenen Computer- oder Internetsüchtigen zunächst als belohnend erlebt und im Laufe einer Suchtentstehung als inadäquate Stressverarbeitungsstrategie und zur Emotionsregulation eingesetzt [23]. Analog zum Modell der Anspannungsreduktionshypothese bei der Substanzabhängigkeit wird somit die exzessive Computer- und Internetnutzung mit Entspannung und dem Entfliehen aus unbefriedigenden Lebenssituationen assoziiert, aber auch mit Vertrautheit und Spaß sowie Glücksgefühlen, Macht und Erregung [7, 41]. Zur Prävalenz der Computer- und Internetsucht liegen bislang nur vereinzelte Angaben vor und die durchgeführten Studien lassen sich aufgrund methodischer Einschränkungen bei der Wahl der Stichprobe (z.B. Online-Befragungen) nicht auf die Allgemeinbevölkerung generalisieren. Weiterhin kommt erschwerend hinzu, dass es hinsichtlich der Computer- und Internetsucht an einer einheitlichen Operationalisierung und Nomenklatur für

dieses Störungsbild und somit auch an allgemein anerkannten Messinstrumenten mangelt. Insgesamt variieren die Angaben zu Prävalenzraten bei diesen Studien in Abhängigkeit von der erhobenen Stichprobe erheblich von 3–66% [24, 34, 56]. Für Computerspielsucht werden ähnlich variierende Prävalenzraten berichtet. So konnte für Kinder- und Jugendliche eine Prävalenz problematischen oder süchtigen Computerspielverhaltens von 6–9% ermittelt werden [18, 19, 22]. Geschlechtsunterschiede in der Prävalenz oder im Nutzungsverhalten von Internet- und Computersüchtigen werden nur selten in den Studien berichtet. Jedoch zeichnet sich ab, dass bei Internet- und Computerspielabhängigkeit überwiegend männliche junge Erwachsene betroffen zu sein scheinen [19, 35]. Hahn und Jerusalem [24] nehmen an, dass sich ein im Jugendalter beobachtbarer Unterschied bei Internetnutzern ab einem Alter von 19 Jahren umkehrt. So seien mit zunehmenden Alter proportional zur Gesamtzahl der Internetsüchtigen vermehrt Frauen betroffen. Studien zur Einstellung gegenüber dem Medium Computer zeigen jedoch, dass Frauen im Vergleich zu Männern generell eine weniger positive Einstellung zum Computer haben, sich im Umgang mit dieser Technologie weniger sicher fühlen und weniger Zeit mit

dem Computer verbringen [14, 33]. Ähnliches wurde auch für das Nutzungsverhalten im Internet postuliert und es konnte nachgewiesen werden, dass Männer den Computer und das Internet häufiger und länger nutzen [39, 48]. Im Hinblick auf das Nutzungsverhalten wird davon ausgegangen, dass Frauen im Vergleich zu Männern das Internet aus kommunikativen und sozialen Motiven nutzen wie sie z.B. bei der Partnersuche oder beim Chatten im Vordergrund stehen

[12], während bei Männern Informationserwerb und Unterhaltung im Mittelpunkt stehen [25]. Auch bei den Computerspielen stehen bei Männern und Frauen unterschiedliche Motive für das Spielen im Vordergrund. So konnte Yee [54] zeigen, dass Frauen Online-Rollenspiele häufiger aus sozialen Motiven (z.B. Beziehungsaufbau) bevorzugen, während bei Männern leistungsbezogene Motive (z.B. mit dem eigenen Charakter eine höhere Stufe erreichen, Steigerung der

eigenen Fähigkeiten) im Vordergrund stehen. Jedoch scheinen sich Prävalenzraten und Nutzungsverhalten bei Männern und Frauen zunehmend anzugleichen [52]. Auch konnten teilweise keine Geschlechtsunterschiede nachgewiesen werden [5, 10, 49].

Diskussion

Bislang existieren nur verhältnismäßig wenig Studien und somit Erkenntnisse über das Störungsbild der Verhaltenssucht und seine einzelnen Ausprägungsformen, wobei in den Studien der Einfluss des Geschlechts bislang nur wenig berücksichtigt wurde. Ausgehend von der Annahme, dass Verhalten allgemein durch geschlechtsspezifische und soziokulturelle Faktoren beeinflusst wird, lässt sich unter Berücksichtigung der Ergebnisse aus der Glücksspielforschung davon ausgehen, dass das Geschlecht bei allen Formen der Verhaltenssucht eine entscheidende moderierende Rolle spielt. Jedoch ermöglichen Befunde zu Geschlechtsunterschieden häufig kein näheres Verständnis des Störungsbildes und der zugrunde liegenden Mechanismen,

wenn integrative Erklärungsmodelle fehlen, die geschlechtsspezifische Einflussfaktoren berücksichtigen. Studien zu Geschlechtseinflüssen bei den verschiedenen Formen der Verhaltenssucht unterliegen in besonderem Maße stereotypen Einstellungen und neigen häufig dazu, Geschlechtsunterschiede in diesem Kontext zu erklären. Dies geht mit einer Überrepräsentation weiblicher oder männlicher Probanden in den untersuchten Stichproben bis hin zum Ausschluss des einen oder anderen Geschlechts einher. Hinzu kommt, dass die Geschlechtszugehörigkeit häufig als Erklärung für Unterschiede zwischen Männern und Frauen herangezogen wird und weitere mögliche soziodemographische oder psychosoziale ursächliche Faktoren, die geschlechtsspezifisch variie-

ren, unberücksichtigt bleiben. Befunde zum pathologischen Glücksspiel zeigen, dass psychosoziale Prädiktoren, wie Copingstile oder auch der sozioökonomische Status, denen Geschlechtseinflüsse zugrunde liegen können, häufig mehr Aussagekraft besitzen als das Geschlecht selbst.

Literatur

- [1] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.). Washington, DC: APA, 1994.
- [2] BLACK DW. A review of compulsive buying disorder. *World Psychiatry* 2007, 6: 14–18.
- [3] BLANCO C, HASIN DS, PETRY N ET AL. Sex differences in subclinical and DSM-IV pathological gambling: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Med* 2006, 36: 943–953.
- [4] BLANCO C, PETKOVA E, IBANEZ A ET AL. A pilot placebo-controlled study of fluvoxamine for pathological gambling. *Ann Clin Psychiatry* 2002, 4: 9–15.
- [5] BONEVA B, KRAUT R, FROHLICH D. Using email for personal relationships. *Am Behav Sci* 2001, 45: 530–549.
- [6] BOUGHTON R, FALENCHUK O. Vulnerability and Comorbidity Factors of Female Problem Gambling. *J Gambl Stud* 2007, 23: 323–334.
- [7] BRIAN D, WIEMER-HASTINGS P. Addiction to the internet and online gaming. *Cyberpsychol Behav* 2005, 8: 110–113.
- [8] BÜHRINGER G, KRAUS L, SONNTAG D ET AL. Pathologisches Glücksspiel in Deutschland: Spiel- und Bevölkerungsrisiken. *Sucht* 2007, 53: 296–308.
- [9] BUTH S, STÖVER H. Glücksspielteilnahme und Glücksspielprobleme in Deutschland: Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativbefragung. *Suchttherapie* 2008, 9: 3–11.
- [10] CHUMBLEY J, GRIFFITHS M. Affect and the Computer Game Player: The Effect of Gender, Personality, and Game Reinforcement Structure on Affective Responses to Computer Game-Play. *Cyberpsychol Behav* 2006, 9: 308–316.
- [11] CRISP BR, THOMAS SA, JACKSON AC ET AL. Not the Same: A Comparison of Female and Male Clients Seeking Treatment from Problem Gambling Counselling Services. *J Gambl Stud* 2004, 20: 283–299.
- [12] DANEBACK K, MANSSON SA, ROSS M. Using the Internet to Find Offline Sex Partners. *Cyberpsychol Behav* 2007, 10: 100–107.
- [13] DITTMAR H. Understanding and diagnosing compulsive buying. In Coombs R (Ed.), *Addictive disorders: A practical handbook* (pp. 411–450). New York: Wiley, 2004.
- [14] DURNDELL A, MACLEOD H, SIANN G. A survey of attitudes to, knowledge about, and experience of computers. *Comput Educ* 1987, 11: 167–175.
- [15] FABER RJ, O'GUINN TC. A clinical screener for compulsive buying. *J Consum Res* 1992, 19: 459–469.
- [16] Faber RJ, O'Guinn TC. Classifying compulsive consumers: advances in the development of a diagnostic tool. *Advances in Consumer Research* 1989, 16: 147–157.
- [17] FABER RJ. Self-control and compulsive buying. In Kasser T, Kanner AD (Eds.), *Psychology and Consumer Culture: The Struggle for a Good Life in a Materialistic World* (pp. 169–187). Washington, DC: APA, 2004.
- [18] FISHER S. Identifying video game addiction in children and adolescents. *Addict Behav* 1994, 19: 545–553.
- [19] GRIFFITHS MD, DAVIES M, CHAPPELL D. Online computer gaming: A comparison of adolescent and adult gamers. *J Adolesc* 2004, 27: 87–96.
- [20] GRIFFITHS MD. Technological addictions. *Clinical Psychology Forum* 1995, 76: 14–19.
- [21] GRÜSSER SM, THALEMANN CN. Verhaltenssucht – Diagnostik, Therapie, Forschung. Bern: Huber, 2006.
- [22] GRÜSSER SM, THALEMANN R, ALBRECHT U ET AL. Exzessive Computernutzung im Kindesalter – Ergebnisse einer psychometrischen Erhebung. *Wien Klin Wochenschr* 2005, 117: 188–195.
- [23] GRÜSSER SM, THALEMANN R. Computerspielsüchtig? Rat und Hilfe. Bern: Huber, 2006.
- [24] HAHN A, JERSUSALEM M. Internetsucht: Jugendliche gefangen im Netz. In Raithel J (Hrsg.), *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Erklärungen, Formen und Prävention*. Opladen: Leske & Budrich, 2001.
- [25] HAMBURGER YA, BEN-ARTZI E. The relationship between extraversion and neuroticism and the different uses of the Internet. *Comput Human Behav* 2000, 16: 441–449.
- [26] HING N, BREEN H. Profiling Lady Luck: An Empirical Study of Gambling and Problem Gambling Amongst Female Club Members. *J Gambl Stud* 2001, 17: 47–69.
- [27] HOLDEN C. Behavioral addictions: Do they exist? *Science* 2001, 294: 980–982.
- [28] IBANEZ A, BLANCO C, MORERYRA P ET AL. Gender differences in pathological gambling. *J Clin Psychiatry* 2003, 64: 295–301.
- [29] IBANEZ A, DE CASTRO IP, FERNANDEZ-PIQUE-RAS J ET AL. Pathological gambling and DNA polymorphic markers at MAO-A and MAO-B genes. *Mol Psychiatry* 2000, 5: 105–109.
- [30] KORAN LM, FABER RJ, ABOUJAOUDE E ET AL. Estimated prevalence of compulsive buying behavior in the United States. *Am J Psychiatry* 2006, 163: 1806–1812.
- [31] LADD G, PETRY NM. Gender differences in treatment seeking pathological gamblers. *Exp Clin Psychopharmacol* 2002, 10: 302–309.
- [32] LESIEUR HR, BLUME SB. When lady luck loses: Women and compulsive gambling. In van den Burgh N (Ed.), *Feminist perspectives on treating addictions*. New York: Springer, 1991.
- [33] LI N, KIRKUP G, HODGSON B. Cross-Cultural Comparison of Women Students' Attitudes Toward the Internet and Usage: China and the United Kingdom. *Cyberpsychol Behav* 2001, 4: 415–426.
- [34] LIN SS, TSAI CC. Sensation seeking and internet dependence of Taiwanese high school adolescents. *Comput Human Behav* 2002, 18: 411–426.
- [35] LUCAS K, SHERRY JL. Sex differences in video game play: A communication-based explanation. *Communic Res* 2004, 31: 499–523.
- [36] MACCALLUM F, BLASZCZYNSKI A. Pathological gambling and comorbid substance use. *Aust N Z J Psychiatry* 2002, 36: 411–415.

- [37] MARK ME, LESIEUR HR. A feminist critique of problem gambling research. *Br J Addict* 1992, 87: 549–565.
- [38] MCELROY S, KECK P, POPE H ET AL. Compulsive buying: A report of 20 cases. *J Clin Psychiatry* 1994, 55: 242–248.
- [39] MCILROY D, BUNTING B, TIERNEY K ET AL. The relation of gender and background experience to self-reported computing anxieties and cognitions. *Comput Human Behav* 2001, 17: 21–33.
- [40] MILTENBERGER RG, REDLIN J, CROSBY R ET AL. Direct and retrospective assessment of factors contributing to compulsive buying. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2003, 34: 1–9.
- [41] PETRY J. Pathologischer PC-Gebrauch: nosologische Einordnung und Falldarstellungen. In R. Ott & C. Eichenberg (Hrsg.), *Klinische Psychologie im Internet* (S. 257–267). Göttingen: Hogrefe, 2003.
- [42] POPPELREUTER S, GROSS W. Nicht nur Drogen machen süchtig – Entstehung und Behandlung von stoffungebundenen Süchten. Weinheim: Beltz, 2000
- [43] POTENZA MN, STEINBERG MA, MCLAUGHLIN SD ET AL. Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. *Am J Psychiatry* 2001, 158: 1500–1505.
- [44] SCANNELL ED, QUIRK MM, SMITH K ET AL. Females' coping styles and control over poker machine gambling. *J Gamb Stud* 2000, 16: 417–432.
- [45] SCHERHORN G, REISCH LA, RAAB G. Addictive buying in West Germany: An empirical study. *Journal of Consumer Policy* 1990, 13: 699–705.
- [46] Scherhorn G, Reisch LA, Raab G. Kaufsucht. Bericht über eine empirische Studie. Stuttgart: Universität Hohenheim, Institut für Haushalts- und Konsumökonomik, *Arbeitspapier* 50, 2001.
- [47] SCHLOSSER S, BLACK DW, REPERTINGER S ET AL. Compulsive buying: demography, phenomenology, and comorbidity in 46 subjects. *Gen Hosp Psychiatry* 1994, 16: 205–212.
- [48] SCHUMACHER P, MORAHAN-MARTIN J. Gender, Internet and computer attitudes and experiences. *Comput Human Behav* 2001, 17: 95–110.
- [49] SHAW LH, GANT LM. Users Divided? Exploring the Gender Gap in Internet Use. *Cyberpsychol Behav* 2002, 5: 517–527.
- [50] SPECKER SM, CARLSON GA, EDMONSON KM ET AL. Psychopathology in pathological gamblers seeking treatment. *J Gamb Stud* 1996, 12: 67–81.
- [51] TAVARES H, ZILBERMAN ML, BEITES FJ ET AL. Gender differences in gambling progression. *J Gamb Stud* 2001, 17: 151–159.
- [52] THAYER SE, RAY S. Online Communication Preferences across age, gender and duration of internet use. *Cyberpsychol Behav* 2006, 9: 432–440.
- [53] WORLD HEALTH ORGANIZATION. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO, 1992.
- [54] YEE N. Motivations for play in online games. *Cyberpsychol Behav* 2006, 9: 772–775.
- [55] YOUNG K. Internet addiction: Evaluation and treatment. *Student British medical Journal* 1999, 7: 351–352.
- [56] YOUNG K. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychol Behav* 1998, 1: 237–244.

Esstörungen als Suchtproblem bei Frauen

Workshop-Bericht

Vorbemerkung:

Die Veranstaltungskategorie ‚Workshop‘ enthält zwei Imperative: Work! and Shop! Im Anschluss an die großen Vorträge des Vormittags habe ich den zahlreichen Teilnehmerinnen unserer Gruppe den aktiven Teil der Aufforderung zugemutet. Ähnlichkeiten dieses Textes mit Inhalten des realen Workshops sind zwar unmöglich, aber beabsichtigt.

Esstörungen und Sucht – eine diagnostische (Ver-)Störung

Innerhalb der medizinischen Diagnostik des ICD-10-GM gehören Essstörungen – und zwar nur Anorexia nervosa und Bulimia nervosa mit ihrer jeweils atypischen Form – in die Kategorie „Psychische und Verhaltensstörungen“. Untertitel: „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“.¹

Der *Bundesfachverband Essstörungen* (BFE) ordnet den Symptomen seit nunmehr 15 Jahren die Bereiche Psychosomatik und Sucht zu.

Die *Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen* (NLS) hat sich, wegen der starken Nachfrage durch Klientinnen, bereits 2002 dafür entschieden, das Thema Essstörungen in ihren Suchtberatungsstellen ausdrücklich zu berücksichtigen und bot den dort beschäftigten BeraterInnen eine ausführliche mehrteilige Fortbildung zu diesem Themenbereich an.²

Die *Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen* (DHS) stellt sowohl in ihrer umfassenden Themenbroschüre aus der Suchtmedizinischen Reihe³ als auch auf ihrer diesjährigen Fachta-

gung zum Thema „Sucht, Abhängigkeit, exzessives Verhalten – Zustände und Zuständigkeiten“⁴ zwar einen eindeutigen Zusammenhang zwischen Essstörungen, Sucht und Psychosomatik her, verwendet aber die Verknüpfung beider Begriffe jeweils nur im Zusammenhang mit Komorbiditäten.

Nicht als Essstörung gilt die mit *Ess-Sucht* gleichgesetzte Übergewichtssymptomatik Adipositas. Sie ist diagnostisch im ICD-10 unter Kap. IV, Endokrine Ernährungs- und Stoffwechselstörungen, einzuordnen.

Um Übergewichtige von essgestörten bzw. *esssüchtigen* Übergewichtigen zu unterscheiden, wird seit einigen Jahren zunehmend der US-amerikanische Begriff *Binge-Eating-Disorder* (BED) verwendet.⁵ Für *Binge-Eating-Disorder* gibt es bislang weder eine festgelegte deutsche Bezeichnung, noch ist die amerikanische Version national akzeptiert. Fachkundige MedizinerInnen und Psychotherapeuten bzw. Psychotherapeutinnen verwenden diesen neuen Begriff in der Sub-

gruppe „nicht näher bezeichnete Essstörungen“ oder „Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen“.⁶

Zu den diversen atypischen Formen von Essstörungen gehören auch Wortneuschöpfungen wie *Sportbulimie* bzw. *Sportanorexie*⁷ und *Orthorexia nervosa*⁸. Diese werden von einigen DiagnostikerInnen den Zwangsstörungen und Süchten zugeordnet.

Giorgio Nardone (2005) hält bestimmte Formen bulimischen Verhaltens für Spielarten der *Perversion*⁹, was, wenn wir unseren Klientinnen lauschen, auf Grund der von ihnen verwendeten Adjektive in den Beschreibungen von Fress- und Erbrechenlust durchaus nachvollziehbar ist.

J.H. Lacey (1986) und ergänzend Manfred M. Fichter (1994) beschäftigten sich ausführlich mit dem Konzept der „*Multi-Impulsive Bulimia nervosa*“. Unter diesem Begriff ordneten sie Bulimikerinnen ein, welche zusätzlich mindestens drei der genannten Verhaltensweisen zeigten: Alkohol-, Heroin-, LSD- oder Amphetaminabusus,

regelmäßige Selbstverletzungen, Suizidversuche, Kleptomanie (ausgenommen Nahrungsmittel), Promiskuität und die Angabe, während dieses Verhaltens, das Gefühl von Kontrollverlust zu erleben.

Aus der Praxis wissen wir: Diagnosekriterien von Multi-Impulsive Bulimie und Borderline-Persönlichkeitsstörung überschneiden sich. Borderline-diagnosen wiederum beschreiben häufig Verhaltenselemente, die auch Posttraumatischen-Belastungsstörungen (PTBS) zugeordnet werden.

Essstörungen haben, so Nardones gewagtes Fazit, unter den psychosomatischen Erkrankungen weltweit die höchste Todesrate und die schlechteste Diagnostik.

Folgende Aspekte wurden im Workshop hervorgehoben:

- Trotz der (irreführenden?) deutschen Übersetzungen *Magersucht*, und *Ess-Brech-Sucht* und *EssSucht*, liegen derzeit aus medizinischer Sicht bei Essstörungen keine Suchtstörungen vor.

- Die pathologische und gleichzeitig resiliente¹⁰ Verhaltensvielfalt von Frauen und Mädchen (zunehmend auch Männern und Jungen) hat die medizinische Diagnostik längst einfallsreich überholt.¹¹

- Wir EssstörungsdiagnostikerInnen aus den verschiedensten medizinischen und psycho-sozialen Arbeitsbereichen sind gezwungen, uns und unsere Klientel kreativ durch die gängige magere Diagnostik und um diese herum zu (beg-) leiten.

Selbst is(s)t die Frau – oder: Wo Sucht drauf steht ist auch Sucht drin

In den Selbstbeschreibungen der Frauen, die unsere Beratungsstellen, Kliniken und Psychotherapiepraxen aufsuchen, tauchen in den meisten Fällen Muster von Kontrollverlust, Wiederholungszwang, sozialer Isolation, Sucht, Rausch, Abhängigkeit, etc. auf.

Das Angehörigenverhalten gegenüber den betreffenden Töchtern, Freundinnen und Ehefrauen gleicht dem von Ko-Alkoholikern.

International verbreitete Selbsthilfekonzepte, wie *Overeaters Anonymous (OA)* und *Food Addicts in Recovery Anonymous (FA)* arbeiten mit der Idee von „trigger food“. Dies sind Nahrungsmittel, von denen angenommen wird, dass sie Fressanfälle auslösen können. Diese Gruppen arbeiten mit Abstinenzprogrammen und konstatieren, dass mögliche stoffgebundene

Abhängigkeiten bei Nahrungsmitteln bei weitem nicht ausreichend erforscht sind – auch wenn wir schon einiges über psychophysiologische Eigenschaften von Nahrungsmitteln wissen.

Der wenig beachtete Bereich ‚Essstörungen am Arbeitsplatz‘ wird seit Jahren den entsprechenden Suchtbeauftragten von Firmen, Verwaltungen und Universitäten zugewiesen.¹²

Den Suchtcharakter von Essstörungen anzuerkennen würde:

- eine moderne medizinische Differentialdiagnostik erforderlich machen, die sich vom gängigen deskriptiven Diagnosemodell abwendet.¹³ Die wenigsten Patientinnen finden sich in dieser diagnostischen Reduktionskost wieder. Im Gegenteil, sie sehen sich unter der Behandlung einem

Anpassungszwang ausgesetzt, *weil* sie der Diagnostik *nicht* entsprechen (können). Sinnvolles Ziel wäre eine operative Beschreibung der Symptommatiken mit dem Effekt nachhaltiger Genesungsstabilität.

- Forschungen zu potentiell stoffgebundenen Abhängigkeiten von bestimmten Lebensmitteln und Zusatzstoffen erfordern.

- eine Neuordnung der Verteilung finanzieller Ressourcen bei Essstörungs- und Suchtberatungen und -therapien bedeuten, was wiederum, so auch die Argumentation der NLS, eine Aufwertung des für Frauen und Mädchen immer noch typischen leisen und in der Regel unauffälligen Leidens zur Folge habe.

„und jetzt?“

Literatur

- BEYER, KATHRIN / HOLTERHOFF-SCHULTE, INGEBORG / PEGEL-RIMPL, UTE / SCHWARZ, ANNE (2004): „Ess-Störungen am Arbeitsplatz. Eine Praxis-hilfe für Personalverantwortliche und Kollegen und Kolleginnen“; NLS Hannover
- DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN (2004): „Ess-Störungen“, *Suchtmedizinische Reihe Band 3*; Hamm
- EGER, JOANNA (2004): „Essstörungen und Suchterkrankungen“, *Dissertation*; Fakultät für Medizin der Technischen Universität München
- FICHTER, M. M. / QUADFLIEG, N. / RIEF, W. (1994): „Course of Multi-Impulsive Bulimia“ In *Psychological Medicine* 24: 591–604; zit. nach Joanna Eger (2004)
- LACEY, J. H. / EVANS, B. A. (1986): „The Impulsivist: a multi-impulsive personality disorder.“ *British Journal of Addiction* 81: 641–649; zit. nach Joanna Eger (2004)
- NARDONE, GIORGIO (2003): „Systemische Kurzzeittherapie bei Essstörungen“; Hans Huber, Bern
- NARDONE, GIORGIO / SCHMIDT, GUNTHER (2005): „Systemische Kurzzeittherapie bei Ess-Störungen“; Weiterbildungsseminar des Milton-Erickson-Institut Heidelberg; 3 DVDs, auditorium-netzwerk
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) und DEUTSCHES INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE DOKUMENTATION UND INFORMATION – DIMDI, onlineversion: „ICD 10-GM; 10. Revision www.dimdi.de vom 17.09.2008

Anmerkungen

- 1 WHO und Dt. Institut für Medizinische Dokumentation und Information (dimdi): „ICD-10-GM Version 2009“
- 2 „Essgestörte Klientinnen in der Suchtberatung – qualifiziert betreuen, beraten und vermitteln“; Fortbildungsveranstaltung in 3 Blöcken, NLS 2002/2003
- 3 „Ess-Störungen“, Suchtmedizinische Reihe Bd. 3, Hamm 2004
- 4 DHS-Fachkonferenz vom 10.–12. November 2008 in Bielefeld zum Thema „Sucht, Abhängigkeit, exzessives Verhalten – Zustände und Zuständigkeiten“
- 5 Binge = Fressgelage; seit 1994 von US-amerikanischen ÄrztInnen als Diagnose verwendet, noch allerdings im DSM-IV als Forschungsdiagnose unter Eating Disorders Not Otherwise Specified (EDNOS); soll ab der Version V in den USA ein eigenständiger Krankheitsbegriff werden.
- 6 S. dazu auch: www.ab-server.de
- 7 Die Klinik am Corso (Bad Oeynhausen) benennt diese Formen auf ihrer homepage auch mit ‚Exercise-Bulimie‘ und ‚Anorexia athletica‘; www.klinik-am-korso.de, vom 1. November 2008
- 8 1997 von Steven Bratman, einem US-amerikanischen Arzt, aus dem griechischen (orthos = der Richtige und orexi = Appetit) abgeleitet. Diese Diagnose beschreibt die ideologische Fixierung auf ausschließlich gesundes Essen.
- 9 Nardone, Giorgio (2005) ist Leiter des Mental Research Institute (früher gemeinsam mit Paul Watzlawick) in Arezzo, Italien
- 10 Des Einen Pathologie ist des Anderen Ressource: so würdigen TraumaexpertInnen und systemische Therapeuten viele Essstörungen-, Borderline- und PTBS-Verhaltensweisen unter der Überschrift „Normales Verhalten auf unnormale Verhältnisse“ als Ressource.
- 11 So ist Magersucht keinesfalls mehr zeitlich an die Pubertät gebunden, sondern taucht häufig (zumindest in den Frauenberatungsstellen) als Übergangssymptom in der Zeit zwischen Schulende / Universitätsabschluss und Arbeitsleben auf.
- 12 Beyer, Kathrin (2004)
- 13 Dazu: G. Nardone (2003), Kap. 1: „Von deskriptiven zu operativen Diagnosen“

Lebensweltnahe und zielgruppenspezifische Methoden der präventiven Arbeit

Workshop-Bericht

Zur Überraschung der beiden Workshop-Leiter fanden sich erfreulicherweise deutlich mehr Interessierte zum Workshop ein. Sie kamen aus den stationären, ambulanten und präventiven Bereichen der Suchthilfe. Dabei waren die TeilnehmerInnen, im Gegensatz zu den Teilnehmern, deutlich stärker vertreten (Verhältnis 4:1).

Nach einer kurzen Vorstellungsrunde äußerten sich die TeilnehmerInnen zu ihren Erwartungen. Diese reichten vom Kennenlernen konkreter einzusetzender Methoden bis hin zu der Frage, wie es überhaupt möglich ist, Männer gezielt in der Suchthilfearbeit anzusprechen.

Folgende Übung wurde mit den Teilnehmenden durchgeführt.

Blindenspaziergang

Es bildeten sich geschlechtshomogene Paare. Person A ist in der ersten Phase der „Sehende“ bzw. die „Sehende“, der den „Blinden“ bzw. die „Blinde“ B eine Minute, angefasst an den Händen durch den Raum führt und dabei möglichst nicht mit ande-

ren Paaren kollidiert. B schließt dabei die Augen (diese können alternativ je nach Setting verbunden werden).

Dann führen die Paare die Übung mit vertauschten Rollen nochmals durch.

In der anschließenden Reflexion wurden folgende Auswertungsfragen vertieft:

- Was haben Sie als „Blinder“/ „Blinde“ wahrgenommen?
- Wie konnten Sie sich auf das „Geführt werden“ einlassen?
- Wie erging es Ihnen in der Rolle des/der Führenden?
- Hatten Sie Spaß am Führen?
- Wäre es ein Unterschied, von einer Person im anderen Geschlecht geführt zu werden?
- Gab es Vorbehalte, eine fremde Person durch den Raum zu führen?
- Wenn Sie eine solche Übung mit Ihren Klienten und Klientinnen durchführen, welche Erfahrung würden Sie machen?

Anhand der Auswertungsfragen und der anschließenden Diskussion wurde schnell deutlich, dass es bei der Reflexion große Unterschiede gibt, ob diese Übung mit Männern oder mit Frau-

en durchgeführt wird. Auch der Zeitpunkt, zu der diese Übung im Rahmen einer therapeutischen Gruppe oder im präventiven Bereich eingesetzt wird, wurde sehr unterschiedlich diskutiert.

Folgend einige Facetten der Diskussion:

- Die Übung ist als Vertrauensübung zu Beginn einer Gruppe gut einzusetzen.
- Die Übung würde ich immer erst später im Rahmen einer Gruppe einsetzen, wenn schon Vertrauen vorhanden ist.
- Die Übung nur mit Männern oder Jungen durchzuführen, kann bedeuten, sich auch mit Körperberührungen unter Männern (Themen: Homophobie, Homosexualität) auseinanderzusetzen.
- Für Männer und Jungen ist es eine gute Möglichkeit, sich überhaupt erstmals wahrzunehmen.
- Das Thema „Führen“ und „Geführt werden“ kann auf spielerische Weise erfahren und bearbeitet werden.

Die Diskussion zeigte, dass mit dieser Übung bei den Teilnehmenden und auch bei möglichen Klienten und Klientinnen Zugänge zu geschlechtsspe-

zifischen Themen geöffnet werden können.

Im Verlauf des Workshops wurden weitere Methoden (jeweils leider nur kurz) angerissen und diese jeweils mit geschlechtsspezifischen Fragestellungen und Auswertungsrastern betrachtet.

Die Teilnehmenden des Workshops berichteten dabei auch von ihren Erfahrungen aus der täglichen Arbeit.

Insgesamt wurde speziell von den Frauen beklagt, dass es in ihren Teams kaum Männer gebe, die sich einer männerspezifischen Suchthilfe mit Klienten annehmen würden. Die anwesenden Männer (einschließlich der Workshop-Leiter) konnten diesem nur mit Bedauern zustimmen.

In Nordrhein-Westfalen sind erste Qualifizierungsmaßnahmen für Fachpersonal aus der Suchthilfe zur geschlechtsspezifischen Suchtarbeit und der Umsetzung der Strategie Gender Mainstreaming durchgeführt worden. Diese werden auch im Jahr 2009 fortgesetzt.

Der Workshop endete mit der Feststellung, dass es in allen Bereichen der Suchthilfe – stationär, ambulant und präventiv – noch einiges zu tun gibt, um geschlechtsspezifische Suchtarbeit sowohl in den Strukturen als auch in der Arbeit mit den Klienten und Klientinnen zu implementieren. Sensibilisierung und Qualifizierung des Fachpersonals wäre ein erster möglicher Schritt.



Verzeichnis der Referentinnen und Referenten

SABINE BRÄGELMANN-TAN

Landesdrogenbeauftragte

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit

Postfach 1 41, 30001 Hannover

PROF. DR. IRMGARD VOGT

Institut für Suchtforschung

Fachhochschule Frankfurt am Main, Fachbereich 4

Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt am Main

PROF. DR. HEINO STÖVER

Universität Bremen, Fachbereich 06

Postfach 330 440, 28334 Bremen

PROF. DR. CORNELIA HELFFERICH

Evangelische Fachhochschule Freiburg,

„Sozialwissenschaftliches Frauenforschungsinstitut“ SoFFI K

Bugginger Straße 38, 79114 Freiburg im Breisgau

DIPL.-PSYCH. CHANTAL MÖRSEN

Kompetenzzentrum Verhaltenssucht –

Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie

Saarstraße 21, 55099 Mainz

SABINE TIMME

AMANDA e.V., FrauenTherapie- und Beratungszentrum

Fachbereich Essstörungen

Volgersweg 4a, 30175 Hannover

ANDREAS HAASE

Postfach 2201, 32712 Detmold

Impressum

Herausgegeben vom
Niedersächsischen Ministerium
für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit
Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2
30159 Hannover

in Zusammenarbeit mit der
Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover

Redaktion:
Sabine Hillmann, Jutta Frohne,
Melanie Bremer, Nadine Hohmann,
Sabine Brägelmann-Tan, Thomas Altgeld

Layoutkonzept und Gestaltung:
Homann Güner Blum,
Visuelle Kommunikation,
Hannover

Druck:
Druckerei Carl Küster, Hannover

Herausgegeben vom
Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit
Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2
30159 Hannover

in Zusammenarbeit mit der
Landesvereinigung Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover

September 2008

Diese Broschüre darf, wie alle Publikationen der Landesregierung
nicht zur Wahlwerbung in Wahlkämpfen verwendet werden.