

Frauen- und mütterspezifische Suchttherapie - Ein Therapieprogramm

Julia Domma

Hürth 2017

Einführung

Es ist keine neue Erkenntnis, dass Unterschiede im Zusammenhang mit Suchtmittelkonsum und -abhängigkeit zwischen Männern und Frauen bestehen (Vogt 2010). Diese beziehen sich auf:

Die Wahl des Suchtmittels: Frauen wählen eher Substanzen, die vermeintlich als „ungefährlicher“ gelten: Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittel, leichte Alkoholika, wie Sekt, Wein, Bier, Alkopops, Cannabis.

Das Einstiegs- und Konsumverhalten: Frauen bzw. Mädchen gleichen sich dem Einstiegsalter von Jungs immer weiter an (12 Jahre). Sie trinken häufiger alleine als in Gesellschaft.

Die Komorbidität: Frauen weisen nicht selten bereits vor einem substanzbezogenen Missbrauchsverhalten beziehungsweise einer Abhängigkeitsstörung psychosomatische Reaktionsmuster (beispielsweise Depressionen, Angststörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Ess-Störungen) auf.

Die Alltags- und Lebensbedingungen während der Suchtmittelabhängigkeit: Süchtige Frauen leben häufig in stabilen „Suchtpartnerschaften“ (etwa 77%), das heißt, der Partner ist ebenfalls süchtig. Männer leben dagegen sehr häufig in Partnerschaften, in denen die Partnerin kein Suchtproblem hat (nur etwa 33% der suchtmittelabhängigen Männer leben in sogenannten Suchtpartnerschaften) (Zenker, 2006). Süchtige Frauen werden eher von ihrem sozialen Umfeld ausgegrenzt als Männer. Von Prostitutions- und Gewalterfahrungen sind überproportional häufig Frauen betroffen. Gewalterfahrungen verstärken das Gefühl eigener Hilf- und Wertlosigkeit und können zu einem verstärkten Konsum von Suchtmitteln führen.

Die Motive für den Ausstieg aus der Abhängigkeit: Bei Frauen ist zu keinem Zeitpunkt die Motivation zum Ausstieg so groß, wie in dem Moment, in dem sie von einer bestehenden Schwangerschaft erfahren. Familien- oder Kinderwunsch oder auch die Aussicht auf eine konstruktive Partnerschaft stellen für Frauen ausgeprägte Ausstiegsmotivationen dar und werden bei der Formulierung von Perspektiven für das eigene Leben in der Regel an erster Stelle genannt. Suchtmittel selbst sind natürlich geschlechtsneutral, nicht aber die alltäglichen Anforderungen an Frauen und Männer. Das bedeutet auch, dass dieselben Suchtmittel sehr unterschiedliche Bedeutungen im Leben von Frauen und Männern haben können, denn die Funktionen, die Suchtmitteln zugewiesen werden, unterscheiden sich nach den geschlechtsspezifisch geprägten Lebensbedingungen (Heinzen-Voß, 2010).

Wie wir gesehen haben, gibt es durchaus unterschiedliche Konsummuster, -motive und –ausstiegsgründe für Frauen als für Männer. Daraus ergibt sich zwangsläufig, dass es auch

unterschiedliche Voraussetzungen für Frauen gibt, eine Behandlung zu beginnen sowie unterschiedliche Beweggründe diese Behandlung auch abzuschließen bzw. die Abstinenz aufrecht zu halten. In Arbeiten von Beckman (1994) sowie Walitzer und Connors (1997) werden Barrieren benannt, die Frauen im Wege stehen, um sich in Behandlung zu begeben: Angst vor Stigmatisierung als „trinkende Frau“, Sorge, die Kinder zurückzulassen oder zu verlieren, Schuld- und Schamgefühle, Verleugnung von Problemen, die durch das Trinken entstanden sind. Weitere Barrieren sind: Interpersonale Hemmnisse (z. B. Widerstand des Partners, soziale Kosten) und Strukturelle Faktoren (z. B. fehlende Kenntnis professionell Tätiger über frauenspezifische Problemzusammenhänge, fehlende Kinderbetreuungsangebote etc.).

Folgende Elemente einer Behandlung sind nach Beckman (1994) für Frauen wichtig: eine weitreichende Gesundheits- und Familienberatung; Angebote zur Entwicklung von Elternkompetenz, zur Differenzierung sozialer Rollen und zum Aufbau der Fähigkeit, soziale Unterstützung einzufordern; Unterstützung bei der Stabilisierung eines positiven Selbstwertgefühls und beim Ausbau adaptiver Bewältigungsfertigkeiten; Hinführung zur Nutzung von Frauengruppen in der Nachsorge. Außerdem sind für einige Frauen spezielle Behandlungsangebote notwendig, wie zum Beispiel für Inzestopfer, Opfer von sexuellen Übergriffen sowie sexueller oder körperlicher Gewalt und für Frauen mit sexuellen Dysfunktionen.

Gordon (2002) berichtete von ihrer Arbeit in der Caron Foundation (USA), die auch geschlechtsspezifische Behandlungsangebote für Abhängige unterbreitet, dass Männer in gemischten Gruppen häufig den Gruppenprozess und die ablaufenden Interaktionen dominieren. Ein ähnliches Ergebnis zeigt sich auch in unterschiedlichen Therapiestudien, in denen die Häufigkeit von Redebeiträgen und die Kommunikationsstruktur in gemischtgeschlechtlichen Gruppen untersucht wurden. Frauen profitieren (auch in pädagogischen Kontexten) eher von gleichgeschlechtlichen Gruppen, da hier eine gezielte Förderung möglich ist und genderspezifische Rollenverhaltensweisen weniger zum Tragen kommen. Frauenspezifische Themen geraten in gemischtgeschlechtlichen Gruppen häufig in den Hintergrund.

Funke und Scheller (2004) kommen in ihrer Arbeit zu dem Schluss, dass insbesondere Frauen mit gleichgeschlechtlicher Beziehungspräferenz, Frauen mit früherer sexueller Missbrauchserfahrung und jüngere polytoxikomane Patientinnen von der Behandlung in einer geschlechtshomogenen Einrichtung profitieren.

Konzeption (Kurzfassung)

Räumlicher Schutz

Auf diesem Hintergrund haben wir in einem Neubau auf unserem Klinikgelände Behandlungsplätze nur für Frauen geschaffen, die in einem geschützten Rahmen aufgrund ihrer Störungsbilder und ggf. Lebenserfahrungen (körperliche, sexuelle und seelische Gewalterfahrungen) geschlechtergetrennt behandelt werden. Das Klinikgelände bietet sehr gute Möglichkeiten, einen

entsprechenden Schutzraum zu schaffen und gleichzeitig Synergien zu den bereits bestehenden Infrastrukturen der beiden Therapiegebäude für a) männliche und weibliche Suchtpatienten und b) psychosomatische Patienten zu nutzen. Des Weiteren bietet der zentrale Standort auch die infrastrukturellen Elemente, die für die Versorgung von Begleitkindern notwendig werden (z. B. Grundschule, Kinderarzt, Praxis für Kinder- und Jugendpsychotherapie, Freizeitmöglichkeiten). In dem von den beiden anderen Gebäuden getrenntem Haus für Frauen befinden sich Einzelzimmer für Frauen, Zwei-Raum-Appartements für Mütter mit Kindern, ein Kindergarten und alle anderen Funktionsräume, die für einen stationären Aufenthalt und die Behandlung notwendig sind (Speisesaal, Aufenthaltsräume, medizinische Station, Verwaltung, Patientinnen-Café, etc.). Durch eine abschirmende Gestaltung des Außengeländes ist die „Frauenklinik“ eine eigenständige Einheit und bietet die Abgrenzung und den Schutz, den die Frauen gegenüber der männlichen Klientel der anderen Häuser benötigen.

Therapieprogramm

Als Psycho- oder Sozialtherapeutin führt die Bezugstherapeutin die klassischen Verfahren der Verhaltenstherapie wie Diagnostik einschließlich Verhaltens- und Plananalyse, die Erstellung und Vereinbarung eines Therapieplans gemeinsam mit der Patientin und die Durchführung der indizierten Interventionen (z. B. Rückfallprävention, Aktivitätstraining, Kognitive Umstrukturierung, Kommunikationsübungen). Die Therapie orientiert sich an den Wirkfaktoren von Grawe (1998), dem Selbstmanagement-Ansatz von Kanfer & Schefft (1988), den S3 Leitlinien (Vogt, Winkler & Hoch 2016) und den Reha-Therapiestandards (DRV Bund 2011). Die Interventionen werden je nach Indikation auf die Problem-, Bedürfnis- und Motivationslage der Patientinnen abgestimmt, ohne dass männliche Patienten darauf Einfluss nehmen können. Die Gruppentherapie orientiert sich an den Wirkfaktoren von Yalom (1974, 2016) und an dem Vorgehen von Lindenmeyer (2012), die Einzeltherapie an Kanfer, Reinecker & Schmelzer (2005). Zusätzlich werden spezielle frauenspezifische Interventionen angeboten. Dazu gehören:

Rückfallprävention unter besonderer Berücksichtigung frauenspezifischer Themen wie Belastungen in Partnerbeziehungen, Alkohol- oder Drogenkonsum des Partners, Scham- und Schuldgefühle im gesellschaftlichen Kontext, etc. Das Programm stützt sich auf die achtsamkeitsbasierte Stressreduktion (MBSR, Kabat-Zinn & Kappen (2013), die achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie (MBCT, Segal, Williams & Teasdale 2015) und Daleys und Marlatts Ansatz zur Rückfallprävention (2006).

Traumabehandlung. In Gruppe- und Einzeltherapie können die Patientinnen eine Reihe von Übungen kennenlernen, mit denen sie ihre eigenen Ressourcen aktivieren und zur psychischen Stabilisierung nutzen. Die Patientinnen erfahren, dass Traumasymptome als eine normale Reaktion auf ein „unnormales“ Ereignis verstanden werden können. Ziel der Interventionen ist es, ihnen Erkenntnisse darüber zu vermitteln, was mit ihnen nach ihren Erlebnissen „geschehen“ ist, und welche Strategien es gibt, die den Umgang mit den Traumasymptomen im Alltag erleichtern

können. Je nach Indikation werden suchtttherapeutische und traumabezogene Interventionen phasengerecht miteinander kombiniert (Hildebrand, Vollmer & Domma-Reichart 2017; Schäfer, Schulze & Stubenvoll 2011; Stubenvoll, Körtner & Schäfer 2015).

Paar-Interventionen

Es wird versucht mit allen Patientinnen, die einen Partner bzw. Partnerin haben wenigstens zwei Partnergespräche durchzuführen. Themen sind unter anderem: Kommunikation (z. B. Bedürfnisse und Wünsche äußern, Konflikte ansprechen), Rückfall (z. B. Angst vor einem Vorfall (lapse), Verhalten bei einem Vorfall), mangelnde Zärtlichkeit (Häufigkeit und Art, Initiative zu Zärtlichkeiten), Sexualität (gegenseitige Wünsche, Häufigkeit, Probleme), Erziehung der Kinder (Freunde der Kinder, Schule, Anwesenheiten zu Hause), berufliche und familiäre Zukunftsplanung, gegenseitige Erwartungen und Wünsche, Aktuelle Konflikte (Vollmer & Domma, 2005).

Familien-Interventionen

An den Familiengesprächen nehmen die Patientin und Angehörige teil. In der Regel wird in der Behandlung Wert gelegt – in Rangreihe der Wichtigkeit – auf die Teilnahme von: Partner, Eltern bei jüngeren Patientinnen, Kindern bei älteren Patientinnen, Geschwister, Großeltern und weitere sehr nahestehende Familienangehörige. Die Festlegung der Ziele für den Kontakt mit ihren Angehörigen liegt bei der Patientin, der Therapeut unterstützt sie durch eine nicht-direktive Gesprächsführung, dass die Patientin für sich richtige Entscheidungen treffen kann.

Interventionen für Mütter

Themen sind unter anderem: Aufbau und Verbesserung der mütterlichen Erziehungskompetenzen (auch im Hinblick auf Prävention von Substanz- und Medienkonsum der Kinder); Auseinandersetzung mit eigenen Schuld- und Versagensgefühlen; Aufbau und Stärkung eines positiven Selbstbildes als Mutter; Aufbau und Stärkung des Selbstwertgefühls des Kindes; Ganzheitliche Förderung der Kinder; Hilfestellung im Umgang mit Ämtern und Behörden; Vermittlung zu regionalen Netzwerken (z. B. Frühe Hilfen, Stiftung Leuchtfeuer etc.); Umgang mit schwierigen Entwicklungsphasen der Kinder; Unterstützung im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten; Hinweise auf unterstützende ambulante Hilfen (Heilpädagogik, Logopädie, Psychomotorik, Ergotherapie etc.) und das Programm SAFE – Sichere Ausbildung für Eltern (Brisch 2010).

Weitere Besonderheiten der Behandlung sind: Kochen in der Lehrküche, Gruppe Haushaltsführung, Ernährungsberatung, Körpertherapie, Gruppe Einzelhandel und Verkauf in der klinikeigenen Boutique, etc.

Literatur

Beckman, L. J. (1994). Treatment Needs of Women With Alcohol Problems. *Alcohol Health and Research World*; Rockville 18.3 (Jan 1, 1994): 206.

DAK Gesundheitsreport 2015

Brisch, K.H. SAFE. Sichere Ausbildung für Eltern. Stuttgart: Klett Cotta.

Daley, D.C. & Marlatt, G.A. (2006). *Overcoming your alcohol or drug problem*. Oxford. Oxford University Press.

DRV Bund (2011). *Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation.

Funke, W. & Scheller, R. (2004). Differentielle Indikation und Sucht: Einflüsse des Geschlechts auf die Alkoholentwöhnungsbehandlung. *Abhängigkeiten* 3, 63-77.

Gordon, S.M. (2002). *Women & Addiction: Gender issues in abuse and treatment*. Verfügbar unter: <http://www.caron.org/pdf/Wmn&Adctn-GenderIssues.pdf>.

Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.

Heinzen-Voß, D., Ludwig, K. (2010), *Gender und Sucht*. Empfehlungen: Genderaspekte in Institutionen der Suchthilfe Sabine Klemm-Vetterlein Studie: Geschlechterdifferenzierte Ansätze in der Behandlung Suchtkranker Ergebnisse einer Befragung der Fachkliniken in Nordrhein-Westfalen

Hildebrand, A., Vollmer, H.C. & Domma-Reichart, J. (2017). Klinische und psychosoziale Charakteristika bei Suchtpatienten mit und ohne PTBS. *Sucht*, 63 (6), 315-324.

Kabat-Zinn, J. & Kappen, H. (2013). *Gesund durch Meditation*. München, Barth Verlag.

Kanfer, F.H. & Schefft, B.K. (1988). *Guiding the process of therapeutic change*. Champaign: Research Press.

Kanfer, F., Reinecker, H., Schmelzer, D. (2005). *Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. 4. Auflage. Springer-Verlag.

Küfner, H., Feuerlein, W. (1989). *In-patient-treatment of alcoholism. A multi-center evaluation study*. Springer: Berlin.

Schäfer, I. (2006): Die Bedeutung von Traumatisierungen für die Entwicklung und den Verlauf von Suchterkrankungen. In: Schäfer, I. & Krausz, M. (Hrsg.) (2006): Trauma und Sucht. Konzepte – Diagnostik – Behandlung. München, S. 21 ff

Schäfer, I., Schulze, C. & Stubenvoll, M. (2011). Psychotherapie bei Abhängigkeitserkrankungen und Posttraumatischer Belastungsstörung. Sucht, 57 (5), 353-361.

Segal, Z.V., Williams, M.G. & Teasdale, J.D. (2015). Die achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie der Depression, MBCT. Tübingen, DGVT

Stubenvoll, M., Körtner, I. & Schäfer, I. (2015). Integrative Behandlung von Frauen mit alkoholbezogenen Störungen und Traumaerfahrungen. Suchttherapie, 16, 123-125.

Vogt, I. (2010). Probleme mit und Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen, psychotherapeutische Behandlungen und spezifische Behandlungsansätze für Mädchen und Frauen. Suchttherapie, 11(4): 173-178.

Vogt, I., Hoch, E., Thomasius, R., Winkler, K. (2015). Frauen und Alkoholabhängigkeit: Aktueller Forschungsstand zur Effektivität psychotherapeutischer Behandlungen als Grundlagen für Behandlungsempfehlungen. Suchttherapie, 16, (3), 110-117.

Vollmer, H.C. & Domma (2005). Verhaltenstherapie. In R. Thomasius & U.J. Küstner (Hrsg.). Familie und Sucht. Stuttgart: Schattauer, 135-145.

Walitzer, K.S., Connors (1997): Gender and treatment of alcohol-related problems. In: Wilsnack, R.W., Wilsnack, S.C. (Eds.) Gender and alcohol: Individual and social perspectives. New Brunswick: Rutgers Center of Alcohol Studies, 445-461.

Yalom, I. (1974). Group therapy and alcoholism, Annals of the New York Academy of Sciences, 233:85-103.

Yalom, I. D. (2016). Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie (12. Aufl.). Klett-Cotta-Verlag.

Zenker, Christel (2006) [2]: Brauchen wir Gender in der Suchtkrankenhilfe? Vortrag, gehalten im Rahmen des Fachtags der Westfälischen Akademie für Suchtfragen (WAKS) am 14.03.2006 in Münster. Zugriff unter: [<http://waks.de/files/GenderVortrag.pdf>] am 30.01.2009, S. 3.

Hinweis zum Zitieren dieses Manuskripts:

Domma, J. (2017). Frauen- und mütterspezifische Suchttherapie - Ein Therapieprogramm.

Verfügbar unter:

<https://www.salus-kliniken.de/publikationen/article/736-frauen-und-muetterspezifische-suchttherapie/>