



SUCHTHILFE UND GEWALTSCHUTZ IM TANDEM

Ein Konzept zur
Beratung und
zur Integration
gewaltbetroffener
Frauen mit einer
Suchtproblematik
in die stationäre
Reha Sucht





**SUCHTHILFE
UND
GEWALTSCHUTZ
IM TANDEM**



Vorwort	4
1 Zur besonderen Situation von Frauen mit einer dualen Problematik aus Sucht und Gewalt	6
1.1. Zahlen und Fakten	6
1.2. Hemmnisse bei der Inanspruchnahme von Hilfe aus der Perspektive betroffener Frauen	8
1.3. Hemmnisse bei der Vermittlung in die stationäre Rehabilitation Sucht aus unserer Perspektive als Beraterinnen	9
1.4. Konsequenzen für Beratung und Behandlung	11
2 Die Tandemberatung Gewalt/ Sucht als ein Baustein der regionalen Versorgung	12
2.1. Das Setting	12
2.2. Ziele und inhaltliche Schwerpunkte der Beratung	16
2.3. Arbeitsweise und Methodik anhand von Fallvignetten	19
3 Überlegungen zur Erleichterung des Zugangs und der Integration betroffener Frauen in die stationäre Rehabilitation Sucht	31
3.1. Die sensible Gestaltung von Übergängen	31
3.2. Die Klinik als »Sicherer Ort«	33
4 Empfehlungen für den Umgang mit besonderen Herausforderungen bei der Behandlung betroffener Frauen im Rahmen der stationären Rehabilitation Sucht	37
4.1. Geschlechtsspezifische Gewalt zum Thema machen	37
4.2. Betroffene Frauen in der gemischtgeschlechtlichen Gruppe	39
4.3. Das Thema Gewaltbetroffenheit im Gruppensetting	40
4.4. Dissoziative Zustände	41
4.5. Besonderheiten im Klinikalltag	43
5 Alternativen zur stationären Rehabilitation Sucht	45
5.1. Verknüpfung ambulanter Angebote	45
5.2. Ein Plädoyer für die Etablierung frauenspezifischer Angebote in die ambulante Rehabilitation Sucht	48
6 Sieben Jahre GeSA – eine persönliche Bilanz	49
Anlagen	50
Literaturempfehlungen	54



Seit mehr als sechs Jahren beschäftigt uns die besondere Situation von Frauen, die Gewalterfahrungen erleiden mussten und von einer Suchtmittelproblematik betroffen sind: Petra Antoniewski, Dipl. Sozialpädagogin, Sozialtherapeutin Sucht und Traumafachberaterin, seit über zehn Jahren Beraterin in der Fachberatungsstelle gegen sexualisierte Gewalt des Vereins „STARK MACHEN e.V.« in Rostock und Christine Voß, Dipl. Sozialpädagogin, Sozialtherapeutin Sucht, seit 23 Jahren im Fachdienst Suchthilfe der Caritas im Norden tätig.

Zusammengeführt hat uns der Zufall. Die Erkenntnis, dass es vor dem Hintergrund der Funktion von Suchtmitteln bei der Bewältigung von Gewalterfahrungen nicht nur sinnvoll, sondern sogar dringend notwendig sein könnte, miteinander zu kooperieren, kam erst später. Diese Reihenfolge des Zusammenkommens erscheint uns inzwischen symptomatisch für die Kooperation der beiden Arbeitsbereiche. Wir erinnern uns beide sehr gut an unser Erstaunen darüber, dass wir, trotz der fachlich unumstrittenen Zusammenhänge zwischen Sucht und Gewalt, in unserem Arbeitsalltag keinerlei Berührungspunkte hatten. Teilweise hatten wir nicht einmal konkrete Kenntnis von unseren Arbeitsfeldern und Unterstützungsmöglichkeiten. Das sollte sich ändern und stellte den Beginn einer Zusammenarbeit dar, die uns und unseren Blick neu geprägt hat: wir haben genauer hingeschaut, Sucht und Gewaltbetroffenheit zusammen gedacht und uns getraut, unsere Klientinnen nach ihren Erfahrungen zu fragen. Ganz allmählich erhielten wir eine Vorstellung vom Ausmaß der Problematik, von den Auswirkungen auf den Alltag und die Lebensqualität betroffener Frauen sowie von der Ausgrenzung und Stigmatisierung, der sie ausgesetzt sind.

Erstaunt hat uns auch, dass die fehlende Berücksichtigung der Zusammenhänge zwischen dem Erleiden von Gewalt und dem Rückgriff auf Suchtmittel sowie die mangelnde Kooperation zwischen den Hilfesystemen sich keineswegs als persönliches oder regionales Defizit herausstellte, sondern durchaus als ein flächendeckendes Problem. Das war einer der Anstöße für das Modellprojekt »GeSA (Gewalt-Sucht-Ausweg), einem Kooperationsmodell zur Unterstützung von Frauen im Kreislauf von Gewalt und Sucht«, das von 2015 bis 2018 durch das Bundesgesundheitsministerium gefördert wurde.



Im Rahmen des Modellprojektes lag der Schwerpunkt darauf, verschiedenste Einrichtungen, die an der Begleitung und Behandlung betroffener Frauen beteiligt sind, an einen Tisch zu bringen. Es ging zunächst einmal darum sich kennenzulernen, Fachwissen miteinander auszutauschen sowie Ressourcen und Kompetenzen zu bündeln. Darauf aufbauend hat sich unsere Arbeit weiterentwickelt. In den vergangenen zwei Jahren hat uns vor allem die Frage beschäftigt, wie es gelingen kann, Gewalt und Sucht in ein gemeinsames Beratungskonzept zu integrieren. Wir wollten betroffene Frauen darin unterstützen, neue Perspektiven und Möglichkeiten des Umgangs mit einer dualen Problematik aus Sucht und Gewalt zu entwickeln und ihnen Zugänge in die Hilfesysteme erleichtern. Für uns war dies eine logische und vor allem notwendige Weiterentwicklung des GeSA-Gedankens. Wir haben uns sehr gefreut, dass die DRV Nord dem Thema so aufgeschlossen gegenüberstand und uns die Möglichkeit gegeben hat, ein solches Konzept zu entwickeln und zu erproben. Für einen Zeitraum von zwei Jahren konnten wir mit einem Anteil von jeweils zehn Wochenstunden betroffene Frauen im Rahmen von Einzel- und Gruppengesprächen begleiten und mit Einrichtungen der stationären Rehabilitation Sucht in den fachlichen Austausch dazu treten, wie eine gute Integration betroffener Frauen in die stationäre Rehabilitation gelingen kann.

Die vorliegende Broschüre richtet sich an Kolleg*innen aus den Einrichtungen der Suchthilfe und des Gewaltschutzes und im Besonderen an Mitarbeitende in den Kliniken der stationären Rehabilitation Sucht, denen die Begleitung dieser Frauen ein ebenso wichtiges Anliegen ist wie uns. Wir möchten unsere Erfahrungen aus der gemeinsamen Beratungsarbeit mit Ihnen teilen, für die besondere Situation betroffener Frauen sensibilisieren und dabei unterstützen, Hemmnisse bei der Integration in die Behandlung im Rahmen der stationären Sucht zu reduzieren. Und natürlich möchten wir für eine enge Kooperation zwischen Suchthilfe und Gewaltschutz werben.

Unser besonderer Dank gilt den Klientinnen, die uns ihr Vertrauen geschenkt haben und uns an ihren Erfahrungen teilhaben ließen. Sie haben den größten Beitrag zu dieser Broschüre geleistet.

1

Zur besonderen Situation von Frauen mit einer dualen Problematik aus Gewalt und Sucht

1.1. Zahlen und Fakten

- 35 Prozent der Frauen in Deutschland erleiden ab dem 15. Lebensjahr eine Form körperlicher und/oder sexueller Gewalt.
- 44 Prozent der Frauen in Deutschland haben körperliche, sexuelle oder psychische Gewalt vor ihrem 15. Lebensjahr durch eine/n erwachsene/n Täter*in erfahren.
(Studie der Agentur der Europäischen Union für Grundrechte [FRA]: Gewalt gegen Frauen: eine EU-weite Erhebung 2014)
- Die Gewaltbetroffenheit zeigt sich unabhängig vom sozialen Status der Frauen.
- Besonders gefährdet sind Frauen in Trennungssituationen, Frauen mit frühen Gewalterfahrungen und Frauen, die in erhöhtem Maße gesellschaftliche Diskriminierung erfahren.
- Viele betroffene Frauen kommen aus unterschiedlichen Gründen nicht im Hilfesystem an.
(Robert-Koch-Institut 2020: Bericht zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Deutschland)
- 28 Prozent aller gewaltbetroffenen Frauen greifen in der Folge auf Alkohol, Medikamente und andere Drogen zurück.
(Müller, Schröttle 2004 u. 2008: Bericht zur Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland)
- Etwa ein Drittel der Patient*innen in der stationären Rehabilitation Sucht sind Frauen.
(Statistik der deutschen Rentenversicherung: Rehabilitation 2019)



- Die Gewaltbetroffenheit von Frauen in Einrichtungen der Suchthilfe ist überdurchschnittlich hoch:
 - körperliche Gewalt 50 bis 60 Prozent,
 - sexuelle Gewalt 30 bis 40 Prozent.
- Der Konsum psychotroper Substanzen erhöht speziell für Frauen das Risiko, im sozialen Nahraum Opfer von Gewalt zu werden.
(Vogt, Fritz, Kuplewatzky 2015: Frauen, Sucht und Gewalt: Chancen und Risiken bei der Suche nach Hilfe und Veränderungen)
- Epidemiologische Studien belegen den Zusammenhang zwischen einer PTBS und einer Suchterkrankung. Durchschnittlich 25 Prozent der Suchtkranken leiden an einer akuten oder chronischen PTBS. Frauen sind doppelt so häufig betroffen wie Männer.
(dependence: a multi-center-study. zit. nach Lüdecke, Sachsse, Faure 2010: Sucht-Bindung-Trauma. S.168)

1.2. Hemmnisse bei der Inanspruchnahme einer stationären Rehabilitation Sucht aus der Perspektive betroffener Frauen

ERFAHRUNGEN / GRUNDÜBERZEUGUNGEN

- Entwertung und Stigmatisierung
→ internalisiert, antizipiert
»Ich bin eine schlechte Frau.«
»Mir wird nicht geglaubt.«
»Ich bin selbst schuld.«
- Odyssee durch das Hilfesystem: keiner fragt nach bzw. stellt Zusammenhänge her, Relativierung, Vorwürfe, Entmündigung, übergriffige Ratschläge, Schuldzuweisungen
- Ich bin verrückt.
- Ich kann mich nicht angemessen verhalten.
- Ich darf mich nicht so haben.
- Ich kann nicht weg. (Kontrollbedürfnis: wissen, was der Täter macht, was im familiären System passiert, vertraute und schützende Strukturen nicht verlassen wollen)
- Ich bin eine schlechte Mutter.
- Das Suchtmittel hilft Folgen zu reduzieren (Ängste, Schlafstörungen, belastende Erinnerungen etc.)

HEMNMISSE

- Misstrauen/Scham gegenüber Institutionen
- Sucht und/oder Gewalt werden nicht von allein thematisiert
- Hilfe wird nicht aktiv gesucht
- Angst vor Gruppen/Institutionen
- Gefühl des eigenen Versagens wird durch Klinikaufenthalt bestätigt: »So weit darf es nicht kommen, ich muss es alleine schaffen«
- Kontrollverlust durch räumliche Distanz
→ lähmende Angst
- Angst, in der Klinik eingesperrt, ausgeliefert zu sein
- Wer übernimmt Versorgung der Kinder?
- Unterstützung durch Jugendamt
→ Angst, Kinder werden weggenommen
→ damit drohen Täter
- Angst vor Abstinenz

1.3. Hemmnisse bei der Vermittlung in die stationäre Rehabilitation Sucht aus unserer Perspektive als Beraterinnen

- **Fehlende Kooperation der beteiligten Hilfesysteme:**

Es fehlen Kenntnisse über Angebote und Arbeitsweise des jeweils anderen Hilfesystems, wodurch auch keine an der individuellen Problemlage Betroffener orientierten Vermittlungen erfolgen können. Verloren geht damit auch die Chance zur Vernetzung von Ressourcen, fachlichem Austausch und gemeinsamer Fallarbeit.

- **Zeitnot, Überlastung und Abgrenzung von Zuständigkeiten:**

In beiden Hilfesystemen ist die Arbeitsbelastung der Kolleg*innen hoch. So bleibt oft wenig Zeit für den »Blick über den Tellerrand«. Die komplexen Wechselwirkungen zwischen Suchterkrankung und Gewaltbetroffenheit erfordern in der Beratung und Behandlung ein interdisziplinäres Vorgehen. Dafür bedarf es personeller und zeitlicher Ressourcen.

- **Fehlende frauenspezifische Angebote vor Ort:**

Das hat zur Folge, dass die Behandlung betroffener Frauen in männerdominierten Settings stattfindet. Die Mehrheit der Frauen hat Gewalt durch männliche Täter erlitten. Die Konfrontation mit einer solchen männlichen Überlegenheit wird häufig als bedrohlich erlebt und führt zum Rückgriff auf vertraute Überlebensstrategien und Rollenmuster. Die Entwicklung neuer Einstellungen und Verhaltensweisen, wie sie zur Bewältigung der Suchterkrankung notwendig wären, wird dadurch blockiert. Behandlungsinhalte sind zudem sehr stark an männlichen Problemfeldern orientiert und berücksichtigen zu wenig die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Suchterkrankung.

- **Zu wenige Einrichtungen, die Gewaltbetroffenheit und Sucht zusammen in den Fokus nehmen:**

Das bedeutet aus unserer Sicht mehr als nur die Etablierung einer spezifischen Behandlungsgruppe mit dem Schwerpunkt Trauma und Sucht, wie sie inzwischen erfreulicherweise in mehreren Kliniken angeboten wird. Es bedarf auch struktureller Anpassungen, die eine intensive Auseinandersetzung mit Bedingungen, Formen und Häufigkeit geschlechtsspezifischer Gewalt und ihren Folgen voraussetzen. Das muss sich in der Haltung der Mitarbeitenden, in der Gestaltung aller therapeutischen Angebote und im Klinikalltag widerspiegeln.



- **Die vorrangige Behandlung in Gruppen:**

Diese bietet unserer Erfahrung nach zu wenig Raum für eine Berücksichtigung des Bedürfnisses gewaltbetroffener Frauen nach Sicherheit, Schutz, Kontrolle und Autonomie. Frauen, die wir begleiteten, beklagten auch, dass in sehr stark standardisierten Verfahren zu wenig Rücksicht auf ihre individuelle Situation, ihre Ängste und ihr Tempo genommen wurde.

- **Zu wenig Kliniken, die die Aufnahme (Mitbehandlung) von Kindern ermöglichen:**

Betroffene Frauen sind auch Mütter und in der Regel in der Hauptverantwortung für die Erziehung und Versorgung der Kinder. Für die Inanspruchnahme einer mehrmonatigen stationären Behandlung stellt die Frage der Unterbringung und Versorgung der Kinder eine oft nicht zu überwindende Hürde dar. Besonders zu berücksichtigen ist dabei, dass vor dem Hintergrund innerfamiliärer Gewalterfahrungen die Familie als unterstützendes System entfällt.

Kinder, die mit suchtkranken Eltern aufwachsen und direkt oder indirekt von häuslicher Gewalt betroffen sind, tragen eine schwere Last mit sich. Ihr Risiko, später einmal selbst eine Suchterkrankung zu entwickeln oder von Gewalt betroffen zu sein oder diese auch selbst auszuüben, ist deutlich erhöht. Es sollte also nicht nur um die Möglichkeit der sicheren Unterbringung und Versorgung der Kinder gehen, sondern auch um eine Mitbehandlung.

- **Wenig substitutionsgestützte Therapiemöglichkeiten/
die Hürde des Abstinenzgebotes:**

Die Substitution bedeutet für Klientinnen eine haltgebende Sicherheit, die sie (noch) nicht aufgeben wollen / können.

Die Forderung nach Verzicht auf das Substitut oder das Suchtmittel, ohne dass schon alternative Strategien für den Umgang mit den belastenden Traumafolgen zur Verfügung stehen, stellt eine Überforderung dar. Das bedeutet nicht das Fehlen einer Abstinenzmotivation. Aber wenn dieses hohe Ziel wieder und wieder mit Scheitern verknüpft ist, stellen sich Resignation und Hoffnungslosigkeit ein, die keine guten Begleiterinnen für Veränderungsprozesse sind.



1.4. Konsequenzen für Beratung und Behandlung

- Enge Kooperation an der Begleitung und Versorgung Betroffener beteiligter Institutionen:
 - interdisziplinärer Fachaustausch im Rahmen von Fortbildungen / Fallbesprechungen
 - Vernetzung von Angeboten
- Integrative Beratungs- und Behandlungsansätze, die die Gewaltbetroffenheit und die Suchterkrankung gleichzeitig in den Blick nehmen
- Gestaltung sicherer und traumasensibler institutioneller Rahmenbedingungen u. a. durch Fortbildung und die Etablierung von Schutzkonzepten
- Implementierung geschlechtsspezifischer Angebote, die die Unterschiede bei Entwicklung und Verlauf der Suchterkrankung sowie bei wirksamen Strategien zur Abstinenzsicherung berücksichtigen
- Etablierung eines niedrigschwelligen frauenspezifischen Angebotes vor Ort zur Vorbereitung auf die Reha Sucht → z.B. nach dem **Konzept der Tandemberatung**
- Angebot einer gewalt- **UND** suchtspezifischen Nachsorge nach der Entlassung aus der Rehabilitation Sucht
- Verknüpfung ambulanter / teilstationärer Angebote verschiedener Hilfesysteme vor Ort als Alternative / Ergänzung zur stationären Reha Sucht



2

Die Tandemberatung als ein Baustein der regionalen Versorgung

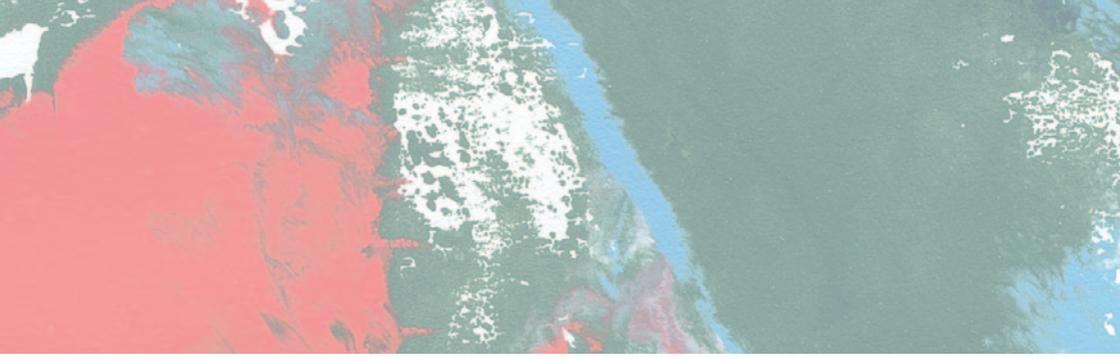
2.1. Das Setting

Der Begriff der **Tandemberatung** stand für uns sowohl für die Verknüpfung der beiden Problembereiche Gewalt und Sucht als auch für die gemeinsame Beratung betroffener Frauen in einem Dreiersetting.

***Petra:** »Der Gedanke, Klientinnen gemeinsam zu beraten, drängte sich förmlich auf. Was könnte besser dazu beitragen, beide Aspekte in ihrer Wechselwirkung in den Blick zu nehmen? Außerdem erschien ein solches Vorgehen als eine gute Möglichkeit, die Erfahrungen und Kompetenzen aus der Perspektive beider Arbeitsbereiche mit denen der Klientinnen aus ihrem Lebensalltag zusammenzuführen. Wir könnten also alle voneinander profitieren. Aber zugleich war es auch ein eher ungewohntes Setting. Bei uns in der Fachberatungsstelle waren Beratungen in Gegenwart einer zweiten Kollegin durchaus umstritten. Gerade in Phasen der Einarbeitung neuer Kolleg*innen war das immer wieder Thema. Dabei stand vor allem die Befürchtung im Raum, die Klientin könnte sich einer Dominanz von »Expert*innen« ausgesetzt sehen, sich vielleicht nicht sicher oder geschützt genug fühlen, um über so intime und tabuisierte Themen »unter sechs Augen« zu sprechen. Diese Befürchtungen haben sich nicht bestätigt. Wir konnten in den Beratungen eine andere Erfahrung machen. Zugleich bedeutete gemeinsame Beratung natürlich auch, einen tiefen Einblick in die eigene Arbeitsweise zu geben. Würde das auch Konkurrenz bedeuten? Von Vorteil war, dass wir uns durch die Zusammenarbeit im GeSA-Projekt vertraut waren. Wir waren uns einer gemeinsamen Haltung sicher. Wir hatten außerdem erfahren, dass wir miteinander auch kritisch sein dürfen. Das waren wichtige Voraussetzungen. Klar war auch, es braucht eine gute Vorbereitung und intensive Reflexion.«*

Uns ist bewusst, dass die Voraussetzungen für ein solches Setting nicht überall gegeben sein werden bzw. manchmal vielleicht erst das Ergebnis einer längeren Phase intensiver Kooperation sind. Übertragbar sind aber u. E. nach dennoch die Arbeitsprinzipien, die Inhalte und Methoden unserer Beratungsarbeit. So berät jede von uns mit »dem Tandem im Hinterkopf« betroffene Frauen auch im Einzelsetting.

Als ein entscheidender Vorteil des Trialogs erwies sich, dass die Klientinnen sich durch die Anwesenheit der beiden Beraterinnen aus den Hilfesystemen Sucht und Gewalt stärker in ihrer Ganzheitlichkeit gesehen fühlten. Zugleich schützte dieses Setting uns als Beraterinnen vor Überforderungssituationen und der Gefahr der Überidentifi-



kation. Es erlaubte jeder von uns, sich auch mal einen Moment rausnehmen zu können. Bei der anschließenden Reflexion und den Fallbesprechungen in unseren Teams implizierte der Trialog bereits immer schon das Vorhandensein einer »Zweitmeinung« und spiegelte unsere manchmal übereinstimmenden oder eben unsere unterschiedlichen Wahrnehmungen wider. Wertvoll waren außerdem die gegenseitigen Rückmeldungen, die wir uns bezüglich unserer Rollen und unserer Wirkung als Beraterinnen gaben.

Bei der Gestaltung des Settings berücksichtigten wir in besonderer Weise, dass wir Klientinnen kennenlernen würden, deren Lebensgeschichten durch vielfache Traumatisierungen geprägt sind. Es war also wichtig, den Klientinnen einen sicheren Raum zur Verfügung zu stellen, der den größtmöglichen Kontrast zum traumatischen Erleben bieten würde.

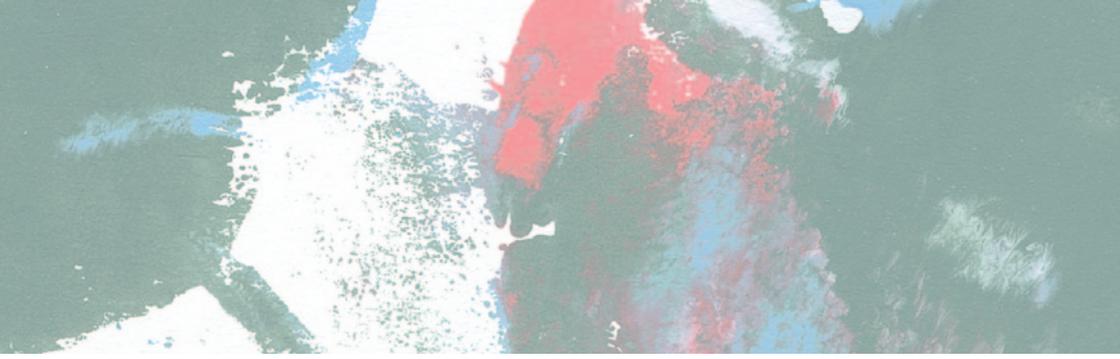
So blieben wir in der Wahl der Örtlichkeiten z. B. flexibel. Die Gespräche konnten sowohl in den Räumlichkeiten der Suchtberatungsstelle als auch der Fachberatungsstelle gegen sexualisierte Gewalt stattfinden. Für Klientinnen, die sich also bereits an dem einen oder dem anderen Ort sicherer fühlten, konnte dieser auch der Ort der weiteren Begleitung bleiben. Mit dem Wissen darüber, dass Wartezeiten für Klientinnen häufig eine besondere Herausforderung darstellen, besonders wenn sie in engen Räumlichkeiten zusammen mit anderen Menschen verbracht werden müssen, versuchten wir, diese zu vermeiden. Wir überließen den Frauen die Wahl des Platzes im Beratungsraum und erfragten Triggerreize, um diese ggf. aus dem Raum entfernen zu können.

Von besonderer Bedeutung erschien uns – gerade im Hinblick auf die Situation für betroffene Frauen, zwei Beraterinnen gegenüber zu sitzen – der Aspekt der Wahrung der Würde.



Christine: »Eine besondere Bedeutung hat für mich im Rahmen dieser Arbeit das Thema »Achtung der Würde« bekommen. Mir ist aufgefallen, wie nah die Gefahr lauert, als Beraterin in eine Falle zu geraten, die sich als besserwisserische Haltung gegenüber betroffenen Frauen äußert und die dadurch mitunter zu sehr unangenehmen Folgen führen kann. Wir sind in unserer Arbeit bisher vielen Frauen begegnet, die solche Erfahrungen gemacht haben in ihrer Geschichte, die nicht ernst genommen wurden, denen nicht geglaubt wurde, die in ihrer Würde derart verletzt wurden und die daraufhin in keiner Weise mehr das Wagnis eingehen konnten, sich jemandem gegenüber zu öffnen und/oder anzuvertrauen. Ausgewirkt haben sich meine Erfahrungen mit betroffenen Frauen in der Hinsicht, dass ich meine innere Haltung dahingehend nochmals überprüft habe, ob sie einem würdevollen Umgang entspricht. Ganz viel Anregung zu einer selbstkritischen Reflexion fand ich in Texten von Luise Reddemann und Gerald Hüther.«

Wir wollten Gespräche auf Augenhöhe führen und Klientinnen als Expertinnen ihrer selbst anerkennen. Das steht im Widerspruch zum gängigen Krankheitsparadigma. Wir sind beide durch unsere beruflichen Vorerfahrungen durch dieses Paradigma auch geprägt und haben durchaus bemerkt, wieviel kritische Selbstreflexion notwendig ist, um eben nicht in die Falle der Bewertung und Regulierung zu tappen. Das fällt unserer Erfahrung nach besonders dann schwer, wenn Frauen Entscheidungen treffen, deren Konsequenzen wir meinen vorhersagen zu können, wie die Rückkehr in eine gewaltgeprägte Beziehung, die Fortsetzung des Konsums oder der Abbruch einer Behandlung. Wir können unsere Sorge dazu mitteilen, mögliche Auswirkungen diskutieren, gemeinsam über Alternativen nachdenken, auch unsere Grenzen definieren, aber immer gilt es, die Selbstbestimmung von Klientinnen zu wahren. Das bedeutet auch, die Verantwortung oder Schuld für die Begrenztheit unseres eigenen Handlungsspielraums nicht auf Betroffene zu verschieben. Die Entscheidungen, die betroffene Frauen treffen, sind in der Regel genau das, was im Augenblick möglich erscheint, um die Situation zu bewältigen. Sie sind als Bewältigungsversuche immer auch zu wertschätzen. Wir haben gemerkt, dass genau diese Wertschätzung die wichtigste Grundlage für Veränderung ist. Diese Einstellung prägt auch unseren Umgang mit Rückfällen. Es gibt keine Verpflichtung dazu, über einen Rückfall sprechen zu müssen, es gibt eine Einla-



dung dazu, die angenommen oder abgelehnt werden darf. Häufig wird sie übrigens angenommen.

Wir haben uns außerdem um höchstmögliche Transparenz und Verlässlichkeit im Rahmen der Tandemberatungen bemüht. Das bedeutete, z. B. unser Vorgehen zu erklären, über die Hintergründe zu informieren, konkrete Absprachen für das weitere Vorgehen miteinander zu treffen und sich daran auch zu halten bzw. Abweichungen zu begründen. Wir haben oft laut gedacht in den Gesprächen, unsere Gedanken und Überlegungen miteinander geteilt und zur Diskussion gestellt.

Neben der Tandemberatung im Trialog haben wir als Tandem auch mit einer Gruppe von Frauen gearbeitet, für die grundsätzlich dieselben Arbeitsprinzipien galten. Maximal acht Frauen fanden sich mit uns in 14 tägigem Rhythmus für einen 90 minütigen Austausch zusammen. Um die individuellen Sicherheitsbedürfnisse der Teilnehmerinnen ausreichend berücksichtigen zu können, stand am Anfang der Zusammenarbeit die Aushandlung gemeinsamer Regeln. Die Frauen unserer Gruppe vereinbarten u. a.:

- Dass die Abstinenz keine Voraussetzung für die Teilnahme an der Gruppe darstellt, aber eine Punktabstinenz für das Treffen vereinbart ist.
- Dass »alles kann, aber nichts muss« – die Entscheidung, sich im Rahmen der Gruppe zu äußern, liegt bei jeder Teilnehmerin selbst. Es ist auch in Ordnung, einfach nur da zu sein und zuzuhören
- Dass die Begegnungen von Respekt und Wertschätzung geprägt sind. Dazu gehört es auch, ausreden und anderer Meinung sein zu dürfen.
- Dass alle mit ihren »Macken« da sein dürfen.
- Dass es keine Tabuthemen gibt, aber erlittene Gewalterfahrungen zum gegenseitigen Schutz nicht detailliert beschrieben werden.



- Dass es jederzeit in Ordnung ist, den Raum zu verlassen. Es wird aber darum gebeten, ein Signal zu geben, ob Unterstützung benötigt wird oder wenn eine Rückkehr in die Gruppe nicht möglich ist.
- Dass es ok ist, über bewegende Inhalte der Gruppe auch mit außenstehenden Vertrauenspersonen zu sprechen. Es wird aber alles vermieden, was Hinweise auf die Identität der Teilnehmerinnen geben könnte.
- Dass es nicht hilfreich wäre, sich gegenseitig runterzuziehen und deshalb immer wieder gemeinsam nach vorn geschaut wird. Auch positive Erfahrungen sollen ihren Platz haben.

Diese Regeln werden beim Hinzukommen neuer Teilnehmerinnen neu besprochen und diskutiert, aber auch zwischenzeitlich auf ihre Gültigkeit und Praktikabilität hin hinterfragt und ggf. verändert.

2.2. Ziele und inhaltliche Schwerpunkte der Beratung

- **Entwicklung eines Verständnisses für die Zusammenhänge zwischen Gewalterfahrungen und Suchtmittelkonsum: Symptome als normale Reaktionen auf überfordernde Lebensereignisse verstehen → Entlastung von Schuldgefühlen, Entstigmatisierung**

Frauen mit einer dualen Problematik aus Gewaltbetroffenheit und Suchterkrankung tragen nicht nur an dieser doppelten Last schwer, sondern erleben zusätzlich auch noch die doppelte Wucht an Stigmatisierung und Ausgrenzung. Über die Netzwerkarbeit im GeSA-Regionalverbund haben wir versucht, professionelle Unterstützer*innen für die Situation betroffener Frauen zu sensibilisieren und zu einer Entstigmatisierung beizu-



tragen. Es mag auf den ersten Blick absurd erscheinen, dass dies auch im Umgang mit den betroffenen Frauen selbst zu den wichtigsten Zielsetzungen unserer Beratungsarbeit gehört und dennoch ist es so. Es ist eine perfide Strategie von Täter*innen, die Verantwortung und die Schuld für die Ausübung von Gewalt auf die Betroffenen zu verschieben. Ein soziales Umfeld, das auf die Gewalterfahrungen Betroffener mit Ignoranz, Bagatellisierung und Ausgrenzung reagiert, festigt die Überzeugung Betroffener, dass mit ihnen etwas nicht stimmt und dass sie selbst schuld seien an dem, was ihnen widerfahren ist. Eine zusätzliche Suchterkrankung lässt sich zudem wenig mit dem gesellschaftlich vermittelten Bild von Weiblichkeit und Frausein verbinden und verstärkt das negative Selbstbild Betroffener. Die Entlastung von Schuld-, Scham- und Versagensgefühlen stellt unseres Erachtens die wesentliche Voraussetzung für die Inanspruchnahme von weiterführender Hilfe dar.

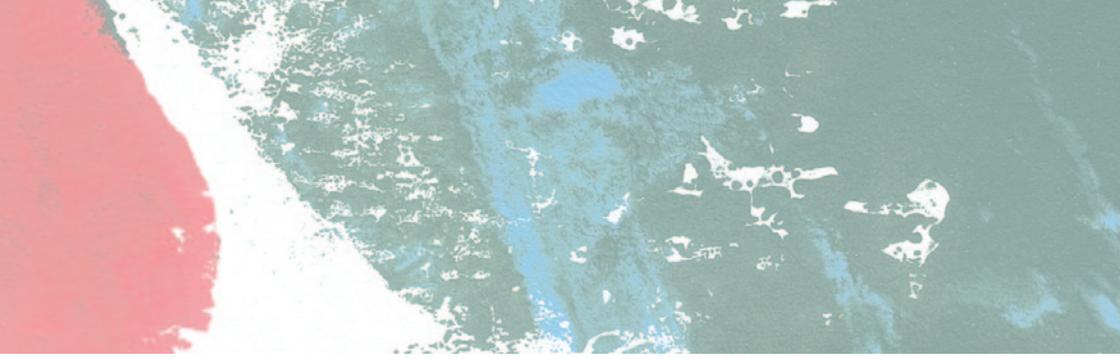
● **Unterstützung bei der Herstellung und Aufrechterhaltung äußerer Sicherheit**

Damit ist nicht nur gemeint, Frauen bei der Beendigung gewaltvoller Beziehungen zu unterstützen. Bei der Mehrheit der Klientinnen, die wir begleiteten, lagen die Gewalterfahrungen lange zurück und sie lebten aktuell in vermeintlich sicheren Kontexten. Bedrohungen ihrer äußeren Sicherheit resultierten aber weiterhin aus verinnerlichten, ehemals überlebenssichernden Verhaltensmustern, die sie mit in neue Beziehungen nahmen. Auch mit der Beschaffung und / oder dem Konsum von Suchtmitteln setzten sich die Frauen häufig dem Risiko einer erneuten Viktimisierung aus. Es geht also sowohl um Fragen eines sicheren Beziehungs- als auch Konsumverhaltens.

● **Unterstützung bei der Herstellung und Aufrechterhaltung innerer Sicherheit:**

- Rückgewinnung von Kontrolle
- Entwicklung von Fähigkeiten zur Reorientierung, Selbstberuhigung und Selbstregulierung
- Aufdeckung und Reduzierung von externen Stressoren und Triggern

Auch wenn Bedrohungen von außen möglicherweise keine Rolle mehr spielen, haben die Gewalterfahrungen innere Repräsentanzen hinterlassen, die es Klientinnen erschweren, ein Gefühl der Kontrolle und Sicherheit erleben zu können. Trigger in ihrem



Alltag reaktivieren vergangene traumatisierende Erfahrungen, die die Klientinnen überfluten und sich wie Ereignisse aus dem Hier und Jetzt anfühlen. Klientinnen verlieren die Kontrolle. Vor allem in diesen Situationen wirken Suchtmittel. Es muss also darum gehen, gemeinsam mit den Klientinnen nach alternativen Möglichkeiten der Selbstberuhigung und -regulierung zu suchen. Das ist sehr viel leichter gesagt als getan. Der Verzicht auf das Suchtmittel fordert den Klientinnen immens viel Mut ab und bedeutet, mit höchst unangenehmen und belastenden Symptomen konfrontiert zu sein. Das Suchtmittel ist ein starker Konkurrent, denn keine der Strategien, die wir anbieten können, stehen jetzt und sofort zur Verfügung und wirken so schnell und verlässlich. Alle Alternativen müssen erst mühsam erarbeitet werden. Das ist ein wichtiger Aspekt bei der Bewertung von Rückfällen.

● **Entwicklung/Stärkung von Alltagskompetenz**

Klientinnen, deren Leben über einen langen Zeitraum hinweg von Gewalterfahrungen geprägt war, konnten bzw. durften soziale und praktische Kompetenzen, die ihnen ein eigenständiges und selbstbestimmtes Leben ermöglicht hätten, oft entweder gar nicht erst entwickeln oder wurden in diesen massiv eingeschränkt. Die Angst, den Alltagsanforderungen nicht gerecht zu werden, es nicht allein zu schaffen, erschwert die Ablösung aus dem Gewaltkontext. Es geht bei diesem Punkt also sowohl um ganz alltagspraktische Dinge, wie Umgang mit Geld, Regelung von Behördenangelegenheiten, das Einrichten der Wohnung als auch um soziale Kompetenzen, wie Kontakte zu knüpfen, sich Hilfe zu organisieren, sich aber auch abgrenzen zu können und zu dürfen. Ein besonders wichtiger Aspekt ist auch die Selbstfürsorge, die bei vielen traumatisierten Klientinnen einem inneren Verbot unterliegt. »Ich bin es nicht wert.« oder »Es darf mir nicht gutgehen.« sind fest verankerte Grundüberzeugungen. Die Gruppe spielt als Ort des Austausches, der gegenseitigen Solidarität, aber vor allem der Ermutigung hier eine ganz wesentliche Rolle.



2.3. Arbeitsweise und Methodik

Bereits die Zielsetzungen verdeutlichen, dass es sich um ein **langfristig angelegtes Beratungskonzept** handelt, wobei sich die Anzahl der Beratungen entsprechend der individuell unterschiedlichen Persönlichkeiten, Lebenssituationen und Bedürfnisse der Klientinnen unterscheidet. Wir sind davon überzeugt, dass es gerade die Konstanz und Verlässlichkeit in Beziehungen sind, die neue Erfahrungen ermöglichen und heilsam wirken. Frau D., die wir hier noch genauer vorstellen werden, begleiten wir inzwischen über einen Zeitraum von anderthalb Jahren mit bislang 35 Beratungen. Zur Vermittlung der inhaltlichen Grundbausteine sollten jedoch wenigstens 10 – 15 Beratungen pro Klientin zur Verfügung stehen, wenn die erarbeiteten Strategien auch im Alltag erprobt werden sollen. Es gibt **Phasen unterschiedlicher Intensität** in der Beratung. Besonders in der Einstiegsphase oder in Krisensituationen bemühen wir uns um Regelmäßigkeit und kürzere Abstände zwischen den Beratungen. Frau J. (auch sie werden wir noch genauer vorstellen) kennen wir bereits seit Beginn unserer Zusammenarbeit im Rahmen von GeSA, also fast sieben Jahre. In dieser Zeit gab es Phasen ganz intensiver Arbeit und dann sehr stabile Zeiten, in denen wir die Klientin nur wenige Male im Jahr sahen – gerade so oft wie es notwendig war, um den Kontakt nicht zu verlieren. Das half ihr, sich in Krisensituationen wieder an uns zu wenden. Eine allmähliche Ablösung aus der intensiven Einzelberatung gelingt gut über die Integration der Frauen in die Gruppe, über die dann auch der Kontakt fortbesteht.

Bezüglich der Struktur der Beratungsgespräche haben wir es als besonders wichtig erlebt, jedes Gespräch klar in **Ankommen – Arbeitsphase – und Abschied** einzuteilen. Auch wenn das Ankommen manchmal den Anschein von Belanglosigkeit oder Geplänkel hat, dient es der Entlastung. Es gibt außerdem oft schon Hinweise darauf, ob ein Thema gerade »obenaufliegt« und möglicherweise Vorrang bekommen muss, bevor ein Übergang in die Arbeitsphase gelingen kann. Eine zeitliche Begrenzung dieser Phase ist dennoch wichtig, weil das »Alltags-Ich« traumatisierter Menschen manchmal die Auseinandersetzung mit belastenden Inhalten zu vermeiden sucht und ins »Plaudern« kommen kann.



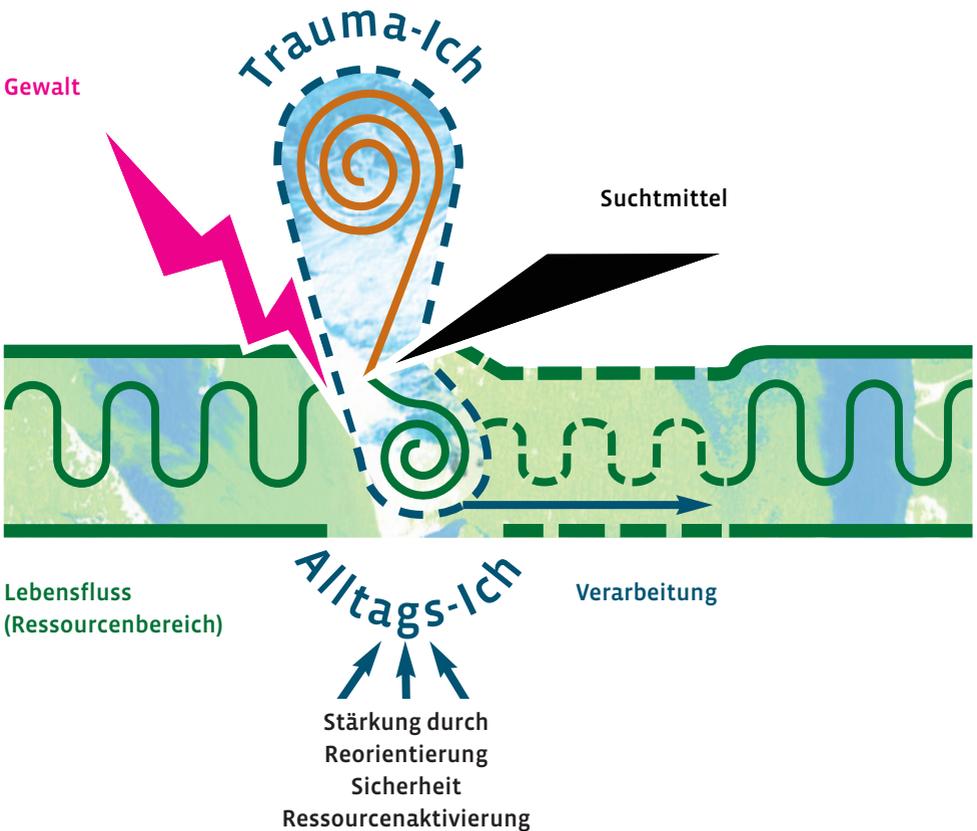
Frau D.: Das äußere Erscheinungsbild von Frau D. vermittelt eine deutliche Botschaft: Komm mir nicht zu nah! Nichts an Frau D. entspricht dem gesellschaftlichen Konstrukt von Weiblichkeit. Ihr Kopf ist unter dem Basecap fast kahl rasiert. Sie trägt Jogginghose und ein übergroßes, weites Sweatshirt. Sie ist 39 Jahre alt, wirkt durch ihr Auftreten aber deutlich jünger. Sie spricht sehr laut, begrüßt uns mit festem Handschlag und nimmt sofort den Raum ein. An ihrem Anliegen lässt sie keinen Zweifel: »Ich will endlich abschließen mit dem Scheiß aus dem Heim!« – Frau D. wurde über mehrere Jahre von einem älteren Heimbewohner sexuell missbraucht. Sie wirft uns ohne jede emotionale Reaktion ein paar Brocken aus ihrer Biographie hin: Mit drei ins Heim, Eltern haben gesoffen, wollten nichts mehr mit ihr zu tun haben. Mit zehn ging's los – die Erzieherin, der sie sich mal anvertraut hat, hat »Du, Du! gemacht, sonst nichts und weiter ging's. Sie möchte da dringend mal ein paar Fragen beantwortet haben: Wieso hat die mich nicht ernst genommen? Warum hat die mich nicht geschützt? Was war eigentlich mit meinen Eltern los?«

Aber sie lässt sich auf keines der Themen richtig ein, springt von einem Schauplatz zum nächsten, albert eine Weile herum, wirft immer mal wieder einen Brocken hin und ist wieder weg. Wir fühlen uns ein bisschen auf dem Prüfstand – so, als wolle sie testen, ob wir sie ernst nehmen oder uns ablenken lassen von ihrer zur Schau getragenen Oberflächlichkeit. Wir spüren eine große Ambivalenz zwischen dem Wunsch, sich einzulassen und der Angst vor erneuter Ablehnung. Wir haben uns dann entschieden, genau diese Ambivalenz aufzugreifen und waren plötzlich mittendrin in der Arbeit.

Eine besondere Bedeutung kommt der Abschiedsphase zu. Durch Gewalt traumatisierte Frauen können durch die Konfrontation mit traumatischen Inhalten in dissoziative Zustände geraten, in denen sie weder orientiert noch handlungsfähig sind. Das bedeutet, dass eine Reorientierung ins Hier und Jetzt notwendig wird, damit die Klientin sicher gehen kann. Manchmal ist es sinnvoll, belastende Inhalte gut »wegzupacken« (z.B. Tresortechnik), damit sich die Klientin wieder den Themen ihres Alltags zuwenden kann. Dafür braucht es am Ende des Gespräches ein Zeitfenster. Wir haben die Abschiedsphase außerdem genutzt, um die Klientin nach ihrem Eindruck von der Gesprächsatmosphäre im Hinblick auf die Achtung ihrer Grenzen, ihrer Selbstbestimmung und Würde zu fragen. Wichtig war uns auch die Absprache zum weiteren Vorgehen und zum Ablauf der nächsten Beratung.

Einer der Grundbausteine der Beratung ist die Psychoedukation. Dafür haben wir nach einem einfach verständlichen Trauma-Sucht-Modell gesucht, das nicht mit medizinischen Fachbegriffen und der Darstellung komplizierter neurologischer Vorgänge überfordert.

Das Modell sollte außerdem geeignet sein, die individuell unterschiedliche Symptomatik von Klient*innen einordnen zu können. Angesprochen hat uns eine Darstellung, wie sie im Somatic Experiencing verwendet wird, einem traumatherapeutischen Verfahren nach Peter Levine. An diese Darstellung ist das von uns genutzte Trauma-Modell, das wir um die Funktion des Suchtmittels ergänzt haben, angelehnt.





Die erlittene Gewalt wird als ein traumatisierendes Ereignis beschrieben, das die schützenden Ufer des Lebensflusses verletzt und die Kompetenzen, mit denen bisher alle Untiefen, Strudel und Hindernisse bewältigt werden konnten, überfordert. Als ein überlebenswichtiger Schutzmechanismus erfolgt eine Spaltung in ein »Trauma-Ich« und ein »Alltags-Ich«. Das »Trauma-Ich« bewahrt alle aus dem Trauma resultierenden belastenden Erinnerungen, Gefühle, Körperempfindungen und Gedanken. Es schützt dadurch das »Alltags-Ich« und sorgt dafür, dass es weiter funktionieren kann. Das entspricht dem Bild, dass ein psychisches Trauma eine so schwerwiegende Erfahrung darstellt, die von einer Person allein gar nicht getragen werden kann. Durch den Mechanismus der Abspaltung wird das Trauma auf mindestens zwei Schultern verteilt. Das Suchtmittel hilft, die schützende Barriere zwischen »Trauma-Ich« und »Alltags-Ich« aufrechtzuerhalten. Zugleich schwächt es jedoch das »Alltags-Ich«, indem es für zusätzliche Problemfelder und Belastungen auf allen Erlebensebenen sorgt. Ohnehin ist das »Alltags-Ich« in seiner Funktionsfähigkeit eingeschränkt, weil ihm ein wichtiger Teil von Erinnerungen und Erfahrungen, nämlich denen aus dem »Trauma-Ich«, fehlt. Sobald eine Phase der Beruhigung eingetreten ist, strebt das »Trauma-Ich« deshalb danach, sich wieder mit dem »Alltags-Ich« zu verbinden. Das geschieht z. B. über Träume oder Symptome, wie Flashbacks, Panikattacken oder körperliche Schmerzen. Sie alle versuchen Hinweise auf die traumatisierende Erfahrung aus der Vergangenheit zu geben, die noch unverarbeitet ist. Diese Symptome sind daher ohne jeden Bezug zum Hier und Jetzt, wirken oft völlig unangemessen, sogar »verrückt« und haben auch keine organische Ursache. Ein Prozess der Linderung und Heilung kann einsetzen, wenn ein ausreichend gestärktes »Alltags-Ich« sich ganz vorsichtig und schonend mit den Inhalten des »Trauma-Ich's« wieder verbinden kann. Dabei kann eine therapeutische Begleitung sinnvoll sein. In unserer Beratung geht es deshalb zunächst darum, das »Alltags-Ich« zu stärken und ein Verständnis für die Symptome, ihre Botschaft und Funktion zu entwickeln. Auf diese Art und Weise verlieren sie ihre Bedrohlichkeit. Damit eröffnet sich die Chance, dass auch die Barriere zwischen »Alltags-Ich« und »Trauma-Ich« durchlässiger werden darf und das Suchtmittel seine Funktion verliert.

In etwa dieser Art und Weise nutzen wir das Modell zur Erklärung für unsere Klientinnen und haben damit gute Erfahrungen gemacht, zumal die individuellen biographischen Erfahrungen und belastenden Symptome hier gut eingeordnet werden können.

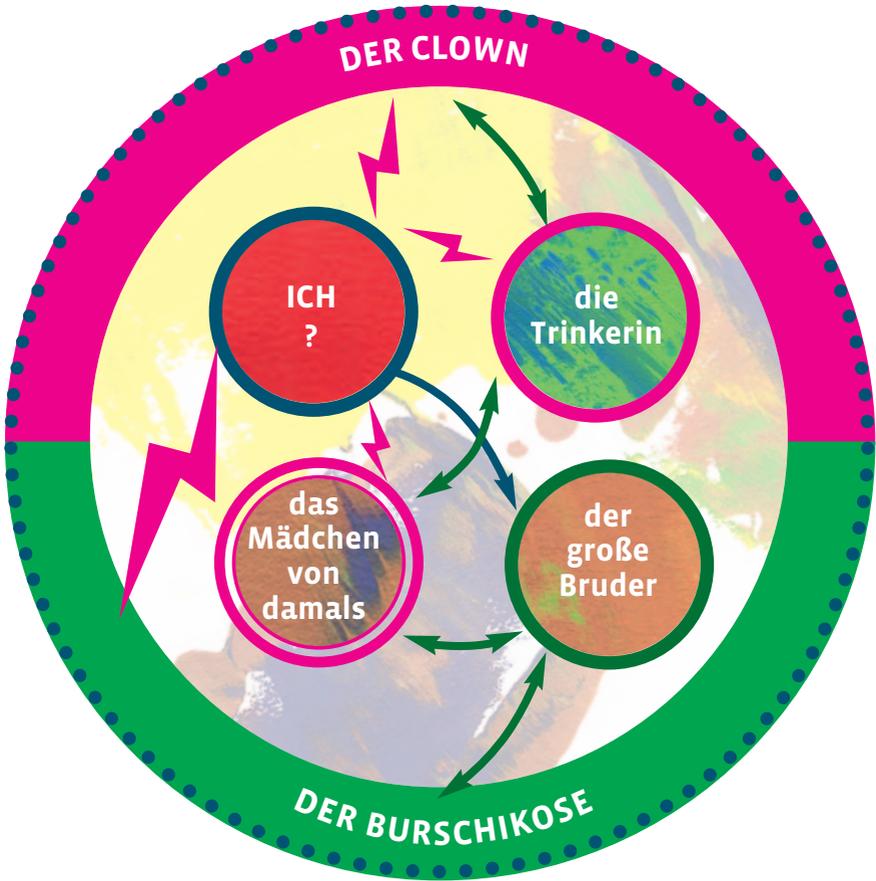


Ein zweiter Baustein in der Beratung ist die Arbeit mit der »Inneren WG (Wohngemeinschaft)« als eine Form der Arbeit mit inneren Anteilen, wie sie z.B. auch in der Ego-State-Therapie erfolgt. Dabei versuchen wir gemeinsam mit den Klientinnen, den belastenden Symptomen oder dysfunktionalen Verhaltensweisen einen Ausdruck oder eine Gestalt zu verleihen, sie zu externalisieren und sie auf diese Art und Weise auch mit sicherem Abstand betrachten zu können. Wir haben das Bild der »Inneren WG« gewählt, weil die meisten Menschen davon eine ganz klare Vorstellung und manchmal sogar Erfahrungen mit dieser Wohnform haben.

Auch in einer WG geht es ja darum, ganz unterschiedliche Interessen, Bedürfnisse und Charaktere unter einen Hut zu bringen. Dazu muss man sich kennenlernen, miteinander kommunizieren, oft auch sich widersprechende Interessen in Einklang bringen und Kompromisse finden. Eine WG funktioniert auch nur dann, wenn sich alle gesehen und gehört fühlen und eine Bereitschaft entwickeln, aufeinander zuzugehen. So ähnlich ist das mit den unterschiedlichen Stimmen, Gefühlen und Gedanken im Innen auch. Und wir laden Sie ein, mit uns gemeinsam mal einen Blick auf Ihre »Innere WG« zu werfen.

Die meisten Klientinnen haben unserer Erfahrung nach eine ganz konkrete Vorstellung von ihrer »Inneren WG«:

Die innere WG von Frau D.



- in Konflikt miteinander
- enge Verbindung
- neutral

- neutral
- von Klientin sehr geschätzt
- ungeliebt
- unerwünscht / missachtet



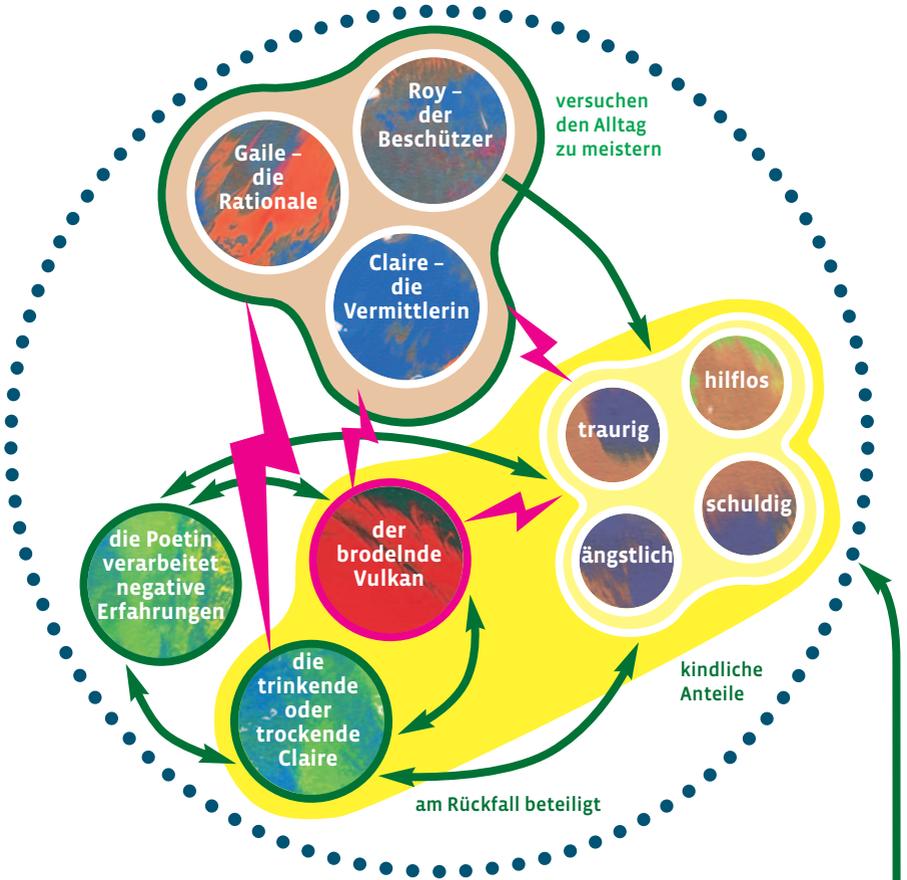
Das ist die innere WG von Frau D.: Der Clown und der Burschikose sind zur schützenden Fassade nach außen geworden. Niemand soll sie mehr hilflos und traurig erleben. Bis heute kann sie mit dem Mädchen von damals nichts anfangen. Sie hat keine Ahnung, wer diesem Mädchen jemals erklären soll, warum niemand es geschützt hat. Sie schleift es so hinter sich her. Gelernt hat sie: Ein Mädchen sein, ist gefährlich. Über ihr »Ich« ist sie sich ganz im Unklaren: »Keine Ahnung, wer ich eigentlich bin: Mann oder Frau, nichts von dem? Familie will ich jedenfalls keine, sowieso keine Kinder. Neel!« Wenn der Spagat zwischen dem Clown nach außen und der Traurigkeit und Hilflosigkeit im Innen zu groß wird, kommt die Trinkerin ins Spiel: »Obwohl klar ist, dass das gar nichts bringt – aber dann führt kein Weg am Netto vorbei!«

Einen Bewohner gibt's aber noch – so eine Art großer Bruder, Frau D. nennt ihn Lee. Der hat einen Draht zum Mädchen von damals und kann auch mit dem Burschikosen ganz gut. Lee sagt: »Hör auf zu saufen und schau nach vorn! An der Vergangenheit kannst Du eh nichts mehr ändern. Kannst es nur besser machen als die Alten.«

Wir fragen dann nach dem Alter, dem Erscheinungsbild, den Überzeugungen, Bedürfnissen und Wünschen der einzelnen Bewohner*innen. Wer kann was besonders gut oder auch gar nicht. Wir erfragen die Beziehungen untereinander: wer kann gut mit wem? Zwischen welchen Bewohner*innen gibt es Konflikte? Wer hat das Sagen und warum? Wer kommt immer zu kurz? Wer braucht was, damit er sich in der WG willkommen fühlt? Gibt es jemanden, vor dem sich die anderen fürchten? Warum? Warum ist es dieser/ diesem Bewohner*in wichtig, dass die anderen ihn fürchten? Gibt es eine alternative Strategie, um das eigene Anliegen zu erreichen? Usw., usw. Manchmal laden wir einen/ eine Bewohner*in auch in die Beratung ein und geben ihm/ ihr eine eigene Stimme.

Immer fragen wir auch nach dem/ der konsumierenden Bewohner*in. Manchmal wird der Konsum einem/ einer Bewohner*in zugeordnet, oft dem/ der Wütenden oder dem aufmüpfigen Teenie. In anderen Fällen gibt es den oder die Trinker*in, wie z.B. bei Claire. Dabei legt »die trinkende Claire« großen Wert darauf, in abstinenten Phasen »die trockene Claire« zu sein und fordert sich so die Wertschätzung der anderen ein.

Die innere WG von Claire



in Konflikt miteinander



enge Verbindung



neutral



von Kientin sehr geschätzt



ungeliebt

- reagiert auf Trigger
- bedrohliche Männer
 - Ablehnung
 - Dunkelheit
 - laute Ansprache
 - Anschreien

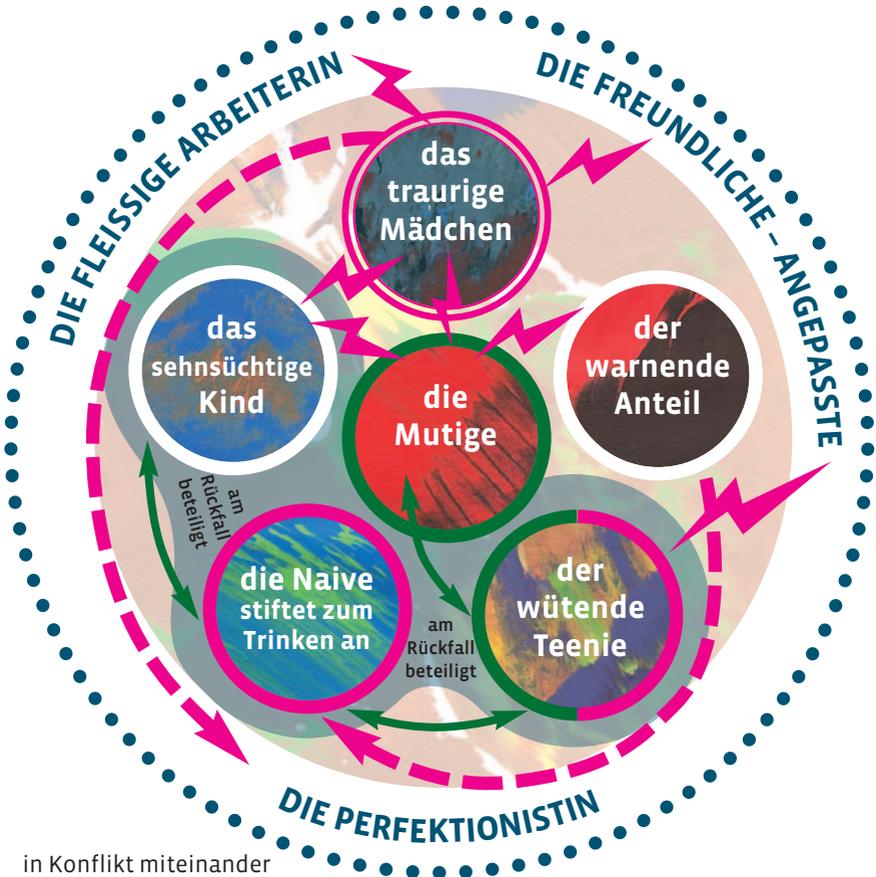


Claire ist 41 Jahre alt und gebürtige Kanadierin, aufgewachsen mit einer psychisch kranken Mutter und einem fanatisch religiösen Vater. Sie erleidet massive Gewalterfahrungen verschiedenster Form in der Kindheit: Demütigungen, emotionale Vernachlässigung, willkürliches und unberechenbares elterliches Verhalten und auch körperliche Gewalt. Durch den älteren Bruder wird sie ab dem 10. Lebensjahr auf Partys mitgenommen und dort Männern gegen Geld und Drogen für sexuelle Handlungen zugeführt. Eine Ablösung aus der abhängigen Beziehung zur Herkunftsfamilie gelingt ihr erst als junge Frau durch einen einschneidenden Schritt: Sie versucht möglichst viel räumliche Distanz zwischen sich und die Herkunftsfamilie zu bringen und reist Hals über Kopf nach Deutschland. Sie hat über das Internet einen Mann kennengelernt. Bei der ersten Begegnung in der realen Welt zeigt sich, dass nichts ist, wie erwartet. U.a. ist der Mann über 30 Jahre älter als sie selbst. Aber sie kann und will nicht mehr zurück und gerät erneut in eine Abhängigkeit. Sie verfügt über keinerlei eigene finanzielle Mittel, hat keinen unabhängigen Aufenthaltstitel. Sie wird zur billigen Pflegekraft und muss ihrem »Partner« auch sexuell zur Verfügung stehen. Angst, Ohnmachtsgefühle und Ekel unterdrückt sie mit Alkohol, was die Konflikte aber zugleich verschärft und immer häufiger in körperlichen Attacken des Partners gegen sie mündet. Zugleich verliert Claire immer mehr die Kontrolle über ihren Alkoholkonsum. Sie nimmt Kontakt zur Suchtberatungsstelle auf. Durch die Vernetzung im GeSA-Regionalverbund kommt sie zu uns in die Tandemberatung. Ihr Partner glaubt, sie nimmt weiterhin Termine in der Suchtberatung wahr.

*Anders als bei den meisten Klientinnen, mit denen wir arbeiten, entwickeln Claires Innenbewohner*innen eine viel stärkere Eigendynamik. So agieren nicht nur Alltagspersönlichkeiten nach außen, sondern beispielsweise auch kindliche Bewohner*innen oder die wütende Claire. Die Alltags-Claire registriert das, kann aber nicht eingreifen. Inzwischen kennt Claire Auslöser für solche Wechsel: aggressive Männerstimmen, Dunkelheit, Angst vor Ablehnung, Erinnerungen an Daddy. Wenn das Chaos im Innen, vor allem die Angst der Kinder zu groß wird, greift die trinkende Claire ein, um zu beruhigen. Das funktioniert leider sehr gut, wird sie – langfristig gesehen – aber kaputt machen. Das kann Claire sehr deutlich erkennen.*

*Beim gemeinsamen Blick auf die WG rücken die kindlichen Bewohner*innen und die wütende Claire in den Fokus. Was löst so viel Angst und Wut aus? Der Zusammenhang zwischen der gegenwärtigen Lebenssituation und den traumatisierenden Erfahrungen in der Herkunftsfamilie wird schnell offensichtlich. Wir entwickeln zunächst einen Schutzplan, um für Claire den Aufenthalt in der Wohnung des Partners so sicher wie irgendwie möglich zu machen und suchen parallel nach Auswegen, prüfen alle Optionen auf ihr Für und Wider. Nach sorgsamer Abwägung entscheidet sich Claire für den Schutz eines Frauenhauses. Ihr erster Schritt in ein selbstbestimmtes Leben, das sie sich so sehr wünscht.*

Die innere WG von Frau J.



-  in Konflikt miteinander
-  enge Verbindung
-  neutral
-  von Klientin sehr geschätzt
-  ungeliebt
-  unerwünscht / missachtet

Frau J. ist Mitte Dreißig, alleinerziehend und lebt seit einem Jahr gemeinsam mit ihrem 12jährigen Sohn in einer eigenen Wohnung. Darauf ist sie ganz besonders stolz, denn bis zu diesem Schritt war es ein langer, schmerzvoller Weg: Frau J. ist mit zwei alkoholkranken Elternteilen aufgewachsen. Die narzisstische Mutter manipulierte das Kind früh zur Durchsetzung ihrer eigenen Bedürfnisse. Sie stachelte Konflikte des Kindes mit dem Vater an, erhöhte sich selbst in der Öffentlichkeit, indem sie das Kind massiv entwertete. Sehr früh animierte sie die Tochter zum Trinken, um sie dann im alkoholisierten Zustand bloßzustellen. Wegen der Eskalation häuslicher Gewalt kommt es wiederholt zu Polizeieinsätzen. Trotzdem schafft Frau J. ihren Schulabschluss und absolviert ein Fachschulstudium. Ihre Mutter schwärzt sie danach jedoch bei potentiellen Arbeitgebern an, so dass die Tochter in der wirtschaftlichen Abhängigkeit verbleibt. Im Alter von 23 Jahren wird sie schwanger. Auch in die Erziehung des Sohnes mischt sich die Mutter massiv ein. Bis heute findet Frau J. nur schwer Zugang zu dem Jungen, kann ihn emotional schlecht annehmen. Nach einer erneuten Eskalation im Elternhaus sucht Frau J. Unterstützung beim Jugendamt und begibt sich in eine stationäre Entgiftung. Danach kehrt sie nicht mehr in ihr Elternhaus zurück. Sie nimmt eine stationäre Rehabilitation Sucht in Anspruch und nutzt den anschließenden Aufenthalt in der Adaption, um sich ein eigenes Leben aufzubauen. Sie findet vor dem Hintergrund ihrer guten Ausbildung Arbeit in einem Ingenieurbüro und holt den Sohn wieder zu sich. Ab diesem Zeitpunkt könnte alles gut sein. Aber Frau J. darf nicht zur Ruhe kommen, weil sie dann sofort von belastenden Erinnerungen und Gefühlen an die Vergangenheit eingeholt wird. Sie versucht, in Bewegung zu bleiben, beschäftigt zu sein und macht Überstunden bis zur Erschöpfung. Christine lernt Frau J. in der Nachsorge kennen und wird aufmerksam: eine Frau wie auf der Flucht. So kommt Frau J. zu uns in die Beratung. Das zentrale Thema in den Gesprächen ist die Mutter, die trotz der geschaffenen räumlichen Distanz und Unabhängigkeit übermächtig präsent wirkt. Tatsächlich versucht sie auch immer wieder Kontakt zur Tochter aufzunehmen, mal flehend, mal drohend. Frau J. hält lange dagegen, versucht, sich abzugrenzen. Aber da ist auch eine Sehnsucht, eine Hoffnung, ob nicht vielleicht doch noch alles gut werden kann mit Mutter? Zu Weihnachten entscheidet sie sich nach zwei Jahren erstmalig für einen Besuch zu Hause. Es dauert nur wenige Stunden bis zur Eskalation. Der Alkohol steht bereits bereit als sie eintrifft, die Mutter triumphiert: Wusste ich es doch, dass Du es nicht schaffst! Es kommt zu Handgreiflichkeiten. Die Nachbarn rufen die Polizei. Frau J. findet sich in der Entgiftung wieder. Aber sie kehrt sofort in ihr eigenes Leben zurück, geht uns gegenüber, ihrem Sohn, ihrem Arbeitgeber und Kolleg*innen gegenüber offen mit dem Rückfall um.

Beim Blick auf die innere WG wird deutlich, dass es zwei kindliche Bewohnerinnen gibt, denen sie sich bislang nicht zuwenden konnte: dem sehnsüchtigen Kind und dem traurigen Mädchen. Die beiden gehen sich aus dem Weg, wissen nichts voneinander. Und weder die Perfektionistin noch die fleißige Arbeiterin, die den Alltag meistern, möchten mit diesen beiden etwas zu tun haben. Es hat kein Prozess des Abschieds von den Eltern stattgefunden, keine Trauer darüber, dass weder Vater noch Mutter gute Eltern sein konnten. Einen Moment der Erschöpfung hat das sehnsüchtige Kind genutzt, sich mit der Naiven und dem wütenden Teenie zusammenge-



schlossen, und entschieden, endlich mal wieder »nach Hause« zu fahren. Das konnte nicht gut gehen. Bis zu diesem Punkt war es nicht schwierig. Allerdings war die Ablehnung von Frau J. den inneren Kindern gegenüber so stark, dass eine Begegnung unmöglich erschien. Wir mussten gemeinsam einen Umweg gehen: zunächst einen guten und sicheren Ort für beide Kinder kreieren und den erwachsenen Anteilen eine ganz vorsichtige und allmähliche Annäherung ermöglichen. Frau J. konnte sich nach langem Zögern vorstellen, das Kind einzuladen, welches sie gerne gewesen wäre. Sie war während dieser Beratung unglaublich aufgeregt, fand auch, dass wir alle drei doch irgendwie ziemlich verrückt seien. Aber schließlich legte sie los und es zeigte sich, dass sie sehr konkrete Vorstellungen von einem glücklichen inneren Kind hatte: ein Mädchen mit Zöpfen auf einem Bauernhof, eine gemütliche Küche, in der es nach Kuchen duftet ... Das erwies sich als beruhigendes Bild, das sich in der Beratung zugleich als Gegenentwurf zur Präsenz der Mutter nutzen lässt, die immer für größte Unruhe und Angst im Innen sorgt.

Auch wenn wir mit dieser Form der Arbeit einen Blick aus sicherer Distanz auf das Innen werfen und sehr im Hier und Jetzt arbeiten, bleibt es nicht aus, dass es Rückbezüge zu den traumatisierenden Erfahrungen gibt. Zum Beispiel dann, wenn Bewohner*innen berichten, weshalb sie sich in der einen oder anderen Art und Weise verhalten oder von wem sie bestimmte Überzeugungen und Verhaltensweisen übernommen haben, warum sie so wütend, traurig oder ängstlich sind. Es entspräche nicht unserer Haltung, dies zu unterbinden, weil das aus unserer Sicht bedeuten würde, diese ohnehin viel zu lange mit Schweigegeboten belegten Themen erneut zu tabuisieren. Dennoch ist natürlich Vorsicht, Sensibilität und höchste Aufmerksamkeit für das Gegenüber geboten. Auch hier ist eine Beratung im Dreiersetting ein großer Vorteil. Zusätzlich arbeiten wir zum Schutz vor Überforderung und Retraumatisierung mit einer **Belastungsskala**, die eine von uns während des Gespräches immer wieder abfragt. Das bedeutet zugleich immer wieder eine gute Reorientierung im Hier und Jetzt. Hilfreich ist es auch, mit den Frauen vor Beginn der gemeinsamen Arbeit ein **Stopp-Signal** zu vereinbaren. Für einige ist das Sprechen in einem dissoziativen Zustand nicht möglich, aber sie können nonverbal Zeichen geben. Für die Klientinnen bedeutet diese Vorgehensweise zugleich die Erfahrung von Selbstwirksamkeit: Sie schützen aktiv ihre Grenzen und behalten die Kontrolle.



3

Überlegungen zur Erleichterung des Zugangs und der Integration betroffener Frauen in die stationäre Rehabilitation Sucht

3.1. Die sensible Gestaltung von Übergängen

● Kontaktaufnahme, Vermittlung

Für viele Klientinnen ist es zunächst unvorstellbar, das vertraute Umfeld für einen mehrmonatigen Klinikaufenthalt zu verlassen. Das gilt auch dann, wenn dieses Umfeld durchaus als bedrohlich und schädigend wahrgenommen wird. Darauf haben sich betroffene Frauen bereits eingestellt, haben Strategien entwickelt, die hilfreich sind, sich auch stützende Strukturen aufgebaut. Sie bewegen sich auf vertrautem Terrain. Der Schritt in die Klinik ist zunächst auch ein Schritt ins Ungewisse. Hinzu kommt, dass mit dieser Entscheidung das bislang wirksame Suchtmittel nicht mehr zur Verfügung steht.

Die Entscheidung für die Inanspruchnahme einer stationären Rehabilitation Sucht fiel Klientinnen dann leichter, wenn wir ein genaues Bild von dem vermitteln konnten, was sie in der Behandlung erwarten würde. Die Klientinnen spürten, wenn wir wussten, wovon wir sprachen. Als ein Türöffner erwies sich zudem, wenn im Beisein der Klientin ein telefonischer Erstkontakt mit der Klinik erfolgte, z. B. um ganz konkrete Fragen nach der Hausordnung, den Zimmern oder den Therapieangeboten zu klären. Besonders wirksam ist das, wenn hier ein Kontakt mit einer Therapeutin erfolgen kann, die später auch in die Behandlung der Klientin eingebunden ist, eventuell die Kollegin, die die Frauengruppe, die es in den meisten Einrichtungen gibt, begleitet. Das Gefühl, jemanden in der fremden Umgebung bereits zu kennen, gibt Klientinnen Sicherheit. Hier zeigt sich auch der Vorteil von Vernetzung: wenn z. B. die Kollegin aus dem Gewaltschutz Ansprechpartnerinnen in den Kliniken der Reha Sucht kennt. Viele Kliniken veranstalten Tage der offenen Tür für Suchtberatungsstellen. Diese Einladung auf Angebote des Gewaltschutzes auszuweiten, ergäbe auf regionaler Ebene eine gute Möglichkeit der Vernetzung. Andersherum stellen auch die regionalen Arbeitskreise der Gewaltschutzeinrichtungen eine Ressource für die Vernetzung beider Arbeitsbereiche dar. Auch hier wäre es wünschenswert, Kolleg*innen aus der Klinik zu integrieren. Viele Klientinnen stimmten unserem Vorschlag zu, den Kliniken vor der geplanten Aufnahme eine Zuarbeit zu den bisherigen Inhalten der Tandemberatung zuzusenden. Oft erleben sich betroffene Frauen mit ihren Symptomen selbst als besonders auffällig, haben Angst, sich zu blamieren und die Kontrolle zu verlieren. Die Klinik im Vorfeld von besonderen Sicherheitsbedürfnissen, Verhaltensweisen und hilfreichen Strate-



gien für den Umgang mit Krisen in Kenntnis zu setzen, bedeutete für die meisten unserer Klientinnen eine immense Entlastung. Dabei, und das besprechen wir auch mit den Frauen, geht es nicht darum, alle Rahmenbedingungen den individuellen Bedürfnissen anzupassen. Das wäre eine Illusion. Aber die Erfahrung von Sensibilität für die Auswirkungen einer Traumatisierung durch erlittene Gewalt und gemeinsame Überlegungen dazu, wie unter den gegebenen Bedingungen der Aufenthalt so sicher wie möglich gestaltet werden kann, bedeutet eine Form der Aufmerksamkeit, Wertschätzung und Rücksichtnahme, die für viele Frauen eine neue Erfahrung darstellt. Das ist alles andere als selbstverständlich.

● Entlassung

Das Beispiel von Frau J. macht deutlich, welche Chance für Veränderung in einem Klinikaufenthalt liegen kann. Für sie war die Rehaklinik ein Ort der Ermutigung, an dem sie sich sicher genug fühlte, ihre aktuelle Lebenssituation und die Gewalt durch die Mutter anzusprechen. Erstmals eröffneten sich mögliche Alternativen zu dieser, ihr bis dahin als ausweglos erschienenen familiären Situation. Aber nicht in jedem Fall gelingt der Neuanfang so nahtlos wie bei dieser Klientin.

Für die meisten Betroffenen ist das ein längerer Prozess, der zunächst auch die Rückkehr in ein gewaltvolles Umfeld einschließt. Es birgt besondere Gefahren, wenn Frauen dann versuchen, neu erworbene Verhaltensweisen und Handlungsstrategien im Alltag umzusetzen. Um so wichtiger ist es, den Patientinnen Informationen über Unterstützungsangebote und einen Schutzplan nicht nur für den Umgang mit Rückfallrisiken, sondern auch für Risikosituationen, die aus dem Gewaltkontext resultieren, mitzugeben. Besonders hilfreich kann sein, wenn ein Erstkontakt zu Einrichtungen des Gewaltschutzes noch während des Klinikaufenthaltes vermittelt, u. U. sogar begleitet werden kann.

Hilfreich war es für uns als Beraterinnen auch, wenn wir über eine bevorstehende Entlassung informiert wurden. In einem Fall gab es ein gemeinsames Telefonat zwischen Bezugstherapeutin, Patientin und uns. Wir erfuhren vom Stand der Arbeit, konnten einen Folgetermin für die Fortsetzung der Tandemberatung vereinbaren und so an die in der Klinik erzielten Fortschritte anknüpfen. Das Tandemkonzept bietet sich hier als eine Form der sucht- und gewaltspezifischen Nachsorge an, bei der Klientinnen Hilfe aus einer Hand erhalten.



3.2. Die Klinik als sicherer Ort

Wir haben bereits an mehreren Stellen darauf hingewiesen, mit welchen Hürden die Entscheidung für die Inanspruchnahme einer stationären Rehabilitation Sucht für Frauen mit einer dualen Problematik verbunden ist. Ein wichtiger Aspekt ist u. a. die Erfahrung von Schutz und äußerer Sicherheit als Voraussetzung für die Aufarbeitung erlittener Gewalt und die Gestaltung eines selbstbestimmten und gewaltfreien Lebens. Das gilt auch oder sogar in besonderer Weise für den Klinikaufenthalt, weil es hier ja gerade um die Entwicklung eines positiven Selbstbildes, neue Beziehungserfahrungen und das Kennenlernen alternativer Lebenskonzepte geht.

Nun sind Suchtkliniken ganz sicher kein Ort von »Sodom und Gomorra«, sondern auf den ersten Blick eher erstaunlich friedliche Orte, die durchaus schützende Rahmenbedingungen bieten. Zugleich sind sie aber auch Abbild und Ausschnitt unserer Gesellschaft, in der Frauen immer noch – manchmal sehr subtilen Formen – geschlechtsspezifischer Gewalt ausgesetzt sind. Das reicht von Alltagssexismen, über tradierte, klischeehafte Rollenzuschreibungen bis hin zu sexuellen Grenzverletzungen und Übergriffen.

Es ist zum einen also wichtig, Frauen darauf vorzubereiten, dass ihnen das auch in einer Klinik begegnen wird. Zum anderen darf die Verantwortung für Schutz und äußere Sicherheit nicht allein auf die Frauen verschoben werden. Das geschieht manchmal mit zum Teil absurden Rechtfertigungen, wie z. B. der, dass Frauen sich mit der Realität konfrontieren müssten.

Uns ist es wichtig, darauf hinzuweisen, dass Institutionen hier auch in der Verantwortung stehen, entsprechende **Schutzkonzepte** zu entwickeln und zu etablieren. Die Existenz eines Schutzkonzeptes ist eine wichtige Botschaft an Betroffene ebenso wie an potentielle Täter*innen: Gewaltschutz ist ein Thema, das uns wichtig ist und das wir im Blick haben!

Wir können an dieser Stelle **Empfehlungen** aus unserer praktischen Erfahrung im Umgang mit Betroffenen und aus der Unterstützung anderer Institutionen bei der Entwicklung von Schutzkonzepten geben. Ein Schutzkonzept kann nicht als fertiges Konstrukt von außen »aufgedrückt« werden. Die Entwicklung und konkrete Ausgestaltung können nur in der Einrichtung selbst erfolgen. Dabei muss der Prozess von der Leitung und **allen** Mitarbeitenden (nicht nur therapeutischem Personal) getragen

werden und sich an den Gegebenheiten vor Ort orientieren. Wenn ein Schutzkonzept mehr sein soll als Papier in einer Schublade, bedarf es eines kontinuierlichen Prozesses der Reflexion, Weiterentwicklung und ggf. Korrektur.

Wichtige Aspekte des Schutzkonzeptes:

- **Die Verankerung einer klaren Positionierung gegen jedwede Form von Gewalt im Leitbild der Klinik:**

Hier ist es wichtig, gesondert auf geschlechtsspezifische Gewalt und ihre Ausdrucksformen im Alltag einzugehen.

- **Ein Verhaltenskodex für Mitarbeitende (Verankerung im Arbeitsvertrag) und Patient*innen:**

Dieser muss zur Kenntnis gegeben, erklärt und unterschrieben werden. Mitarbeitenden und Patient*innen sollte ein Merkblatt dazu ausgehändigt werden.

- **Inhaltliche Empfehlungen für Mitarbeitende:**

- Mir ist mein Autoritäts- und Vertrauensverhältnis und das sich daraus ergebende Machtgefälle gegenüber Patient*innen bewusst. Ich verpflichte mich, dieses nicht auszunutzen.
- Ich dulde keine Form der Diskriminierung und Gewalt.
- Ich respektiere und achte die individuellen Grenzen der Patient*innen und bewerte oder kommentiere diese nicht.
- Ich gehe achtsam und professionell mit Nähe und Distanz um.
- Ich achte auf eine grenzwahrende Sprache und Kleidung.
- Gespräche mit Patient*innen finden nur in den dafür vorgesehenen Räumen statt, die jederzeit von außen zugänglich sind.
- Ich pflege keine persönlichen Kontakte zu Patient*innen außerhalb der Dienstzeit, auch nicht via Handy oder Social Media.
- Zu keiner Zeit begehe ich an oder vor Patient*innen als sexuell zu interpretierende Handlungen oder Gesten. Ich mache ebenfalls zu keiner Zeit Bemerkungen oder Andeutungen mit sexuellem Bezug oder kommentiere Körper oder Kleidung von Patient*innen.

- 
- Ich reagiere begrenzend auf sprachliche und körperliche Grenzverletzungen, wenn ich sie beobachte, Beschwerden über sexuell grenzverletzendes oder gewaltvolles Verhalten nehme ich ernst.
 - Bei Verdacht oder Kenntnis von Gewalt handle ich entsprechend der internen Verfahrensleitlinien.
 - Mit versehentlichen Grenzverletzungen durch mich pflege ich einen bewussten Umgang. Ich reflektiere sie mit ... / dokumentiere sie ...

● **Inhaltliche Empfehlungen für Patient*innen:**

Diese sollten kurz und übersichtlich verfasst und leicht verständlich formuliert sein.

- Jeder Mensch ist einzigartig und wertvoll.
- Diese Klinik versteht sich als sicherer Ort: Ich trage dazu bei, indem ich auf einen wertschätzenden und respektvollen Umgang im Miteinander achte.
- Ich verzichte auf jedwede Form von Gewalt. Das bedeutet auch, dass ich Mitpatient*innen und Mitarbeitende nicht beleidige, keine herabwürdigenden Kommentare, z. B. zum äußeren Erscheinungsbild, gebe und persönliche Grenzen respektiere.
- Ich bin sensibel für Signale, die auf Gewalt hinweisen, und biete Betroffenen meine Unterstützung an.
- Wenn ich Zeug*in von Gewalt werde oder selbst betroffen bin ist es in Ordnung, mich dem Klinikpersonal anzuvertrauen und Hilfe zu holen!

● **Etablierung eines transparenten und praktikablen Beschwerdeverfahrens:**

Für Betroffene ist wichtig zu wissen: Wer ist im Notfall mein / e Ansprechpartner*in? Was passiert, wenn ich einen Übergriff mitteile? Es ist eine zeitnahe Reaktion sicherzustellen. Es sollten keine Maßnahmen ohne Rücksprache mit der Betroffenen erfolgen. Das gilt insbesondere für eine Konfrontation der / des Täter*in oder die Erstattung einer Anzeige. Der Schutz Betroffener hat oberste Priorität.



- **Einrichtung eines Schutzraumes für Betroffene als sicherer Rückzugsort:**

- Als Möglichkeit des Schutzes vor dem/der Täter*in
- Als Schutz vor Reizüberflutung und Triggern mit der Möglichkeit zur Anwendung stabilisierender und reorientierender Strategien → Auslegen von Anleitungen für den Umgang mit Panik, Anspannung und Stress
- Ausstattung mit Informationsmaterial zu Unterstützungsangeboten (Notrufnummer z. B. Bundesweites Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen, Frauenhaus, Interventionsstelle, Fachberatungsstellen etc.)

- **Sicherstellung regelmäßiger Fortbildungen für alle Mitarbeitenden:**

Vermittlung von Kenntnissen über Gewaltformen, Täter*innenstrategien, Dynamik in Gewaltbeziehungen, Möglichkeiten der Intervention und Prävention → Ableitung von sinnvollen Schutzmaßnahmen in der eigenen Einrichtung

- **Erarbeitung von Verfahrensabläufen bei geschlechtsspezifischer Gewalt**

zur Stärkung der Handlungssicherheit der Mitarbeitenden:

- Bei Verdacht oder Kenntnis von Gewalt im häuslichen Umfeld
- Bei Verdacht oder Kenntnis von sexuellen Übergriffen unter Patient*innen
- Bei Verdacht oder Kenntnis von sexuellen Übergriffen durch Mitarbeitende auf Patient*innen

Im Anhang finden Sie einen Reflexionsbogen mit relevanten Fragen zur Analyse des Risikos geschlechtsspezifischer Gewalt in der Einrichtung und schematische Darstellungen beispielhafter Verfahrensabläufe.

***Wichtig:** Wir beziehen uns in diesen Verfahrensabläufen auf den Schutz betroffener Frauen in den Einrichtungen. Ein umfassendes Gewaltschutzkonzept muss auch andere Aspekte berücksichtigen wie z.B. den Schutz von Mitarbeitenden vor Gewalt durch Patient*innen oder den Schutz betroffener Männer, Transpersonen u.a., sexualisierte Gewalt am Arbeitsplatz durch Kolleg*innen und Vorgesetzte! Diese Aspekte sind aber nicht Gegenstand der vorliegenden Broschüre.*

4

Empfehlungen für den Umgang mit besonderen Herausforderungen bei der Behandlung betroffener Frauen im Rahmen der stationären Rehabilitation Sucht

4.1. Geschlechtsspezifische Gewalt zum Thema machen

Gewalt hat viele Gesichter. Einige davon sind in unserem Alltag so präsent, dass wir sie gar nicht mehr als gewaltvoll und grenzverletzend wahrnehmen. So werden mit dem Begriff der Gewalt häufig nur schwerwiegende körperliche Übergriffe oder Vergewaltigungen assoziiert. Das führt bei der Frage nach Gewalterfahrungen oft zur Verneinung oder Bagatellisierung. Andere Formen sexualisierter Gewalt oder psychische, soziale und ökonomische Gewalt werden nicht als solche interpretiert bzw. nicht mitgedacht, können aber in ihren Auswirkungen und Folgen für Betroffene gravierend sein. Außerdem wird die Offenbarung einer eigenen Betroffenheit durch belastende Scham- und Schuldgefühle und die Angst vor möglichen negativen Konsequenzen erschwert. Letzteres führt dazu, dass eher über zurückliegende Gewalterfahrungen als über aktuelle berichtet wird. Neben einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung, in der sich betroffene Frauen einer klaren Position gegen Gewalt sowie einer parteilichen und schützenden Haltung ihres Gegenübers sicher sein müssen, bedarf es der sehr konkreten Nachfrage, die sich immer auf Vergangenheit und Gegenwart beziehen muss. Wichtig ist zudem, Betroffenen zu erklären, warum nach Gewalterfahrungen gefragt wird, also in welchem Zusammenhang diese Frage mit der Suchterkrankung steht. Der Einstieg in ein Gespräch über Gewalterfahrungen sollte niedrigschwellig erfolgen. Betroffene sind in der Beziehung dem/ der Täter*in gegenüber häufig sehr ambivalent, wollen ihm oder ihr nicht schaden. Oft wirken auch Schweigegebote des/ der Täter*in, so dass Betroffene Angst vor einer Offenbarung haben.

- *»Es ist ganz häufig so, dass die Entwicklung einer Suchterkrankung in engem Zusammenhang mit belastenden Erfahrungen in der Lebensgeschichte steht. Diese Möglichkeit beziehen wir immer in unsere Überlegungen ein.«*
- *»Haben Sie möglicherweise schon mal erlebt, von jemandem aus Ihrer Familie oder Ihrem Umfeld bedroht, gedemütigt, beleidigt, vorgeführt ... zu werden. Hatten oder haben Sie vor jemandem aus Ihrer Familie oder Ihrem Umfeld Angst?«*
- *»Fühlten oder fühlen Sie sich durch Ihren Partner oder jemanden aus Ihrem Umfeld kontrolliert? Hat Ihnen jemand schon mal verboten, Ihre Freunde oder Ihre Familie zu treffen, verbietet Ihnen dies aktuell jemand? Hat Ihnen Ihr Partner oder jemand aus der Familie schon mal verboten, eigenes Geld zu verdienen oder Ihnen den Zugang zu eigenem Geld entzogen? Passiert das auch aktuell gerade?«*



- *»Sind Sie in der Vergangenheit/Werden Sie aktuell von Ihrem/Ihrer Partner*in oder Menschen aus Ihrem Umfeld geschlagen, geschubst, getreten, gewürgt ...«*
- *»Sind oder werden Sie durch jemanden aus Ihrer Familie oder Ihrem Umfeld zu sexuellen Handlungen gedrängt, obwohl Sie das gar nicht wollten bzw. wollen?«*

Auch wenn Betroffene sich nicht offenbaren, enthält allein schon die Nachfrage eine wichtige Botschaft, nämlich die, dass da jemand genau hinschaut, aufmerksam ist und um Zusammenhänge weiß.

Wenn eine Patientin sich offenbart, sollte sie nach Unterstützungsbedarf gefragt werden. Keineswegs sollten Entscheidungen ohne ihr Einverständnis bzw. über ihren Kopf hinweg getroffen werden. Eine Verpflichtung zur Erstattung einer Strafanzeige besteht für professionelle Unterstützer*innen nicht. Manchmal bedeutet das auch, aushalten zu müssen und nichts weiter tun zu können, als Angebote zu unterbreiten oder einen Schutzplan (s. Anlage) zu erarbeiten. Veränderung braucht Zeit. Aufklärung und Information sind ein erster Schritt.

Eine Ausnahme bildet das Wissen um eine Kindeswohlgefährdung. Hier sind professionelle Unterstützer*innen entsprechend dem Bundeskinderschutzgesetz (§ 8 a) zum Handeln verpflichtet. Interventionsstellen gegen häusliche Gewalt und Fachberatungsstellen gegen sexualisierte Gewalt bieten hierzu, auf Wunsch auch anonym, Beratung an. Ein strukturelles Problem, das sich in der Klinik stellt, ist Zeit. Gespräche zum Thema Gewalt sollten nicht unter Zeitdruck stattfinden. Sowohl Anzahl als auch zeitlicher Rahmen für begleitende Einzelgespräche sind jedoch begrenzt. Sie stellen aber das geeignete Setting dar, um Gewalterfahrungen zu thematisieren, weil sie den notwendigen Schutz bieten. Diesem Aspekt muss über zusätzliche Ressourcen Rechnung getragen werden. Ergänzend könnte hier auch eine enge Kooperation mit Beratungsstellen des Gewaltschutzes zur Entlastung beitragen. Denkbar wären im Rahmen psychoedukativer oder frauenspezifischer Angebote in der Klinik die Vorstellung von Unterstützungseinrichtungen des Gewaltschutzes oder auch die Etablierung regel-



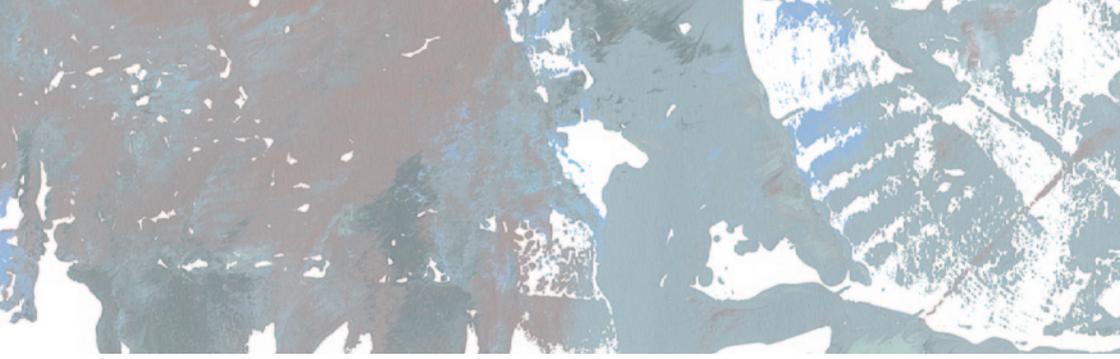
mäßiger Sprechstunden. Allerdings setzt dies intensiven fachlichen Austausch voraus, um nicht Gefahr zu laufen, die Zusammenhänge zwischen Suchterkrankung und Gewaltbetroffenheit aus den Augen zu verlieren und beide Problembereiche wieder voneinander zu trennen. Das gilt für professionelle Unterstützer*innen ebenso wie für die betroffenen Frauen.

4.2. Betroffene Frauen in der gemischtgeschlechtlichen Gruppe

Für betroffene Frauen bedeutet die Teilnahme an einer gemischtgeschlechtlichen Gruppe zumeist, in der **Minderheit** zu sein und unter einem hohen Anpassungsdruck zu stehen. Die Normen innerhalb der Gruppe werden von der männlichen Mehrheit, deren Sozialisationserfahrungen und Rollenzuschreibungen geprägt. Das bedeutet, dass Frauen in ihren Möglichkeiten neues Rollenverhalten zu erproben, erheblich eingeschränkt sind. Oft erfolgt dann eher der Rückgriff auf vertraute Verhaltensmuster. Das kann sich u. a. im **Pairing** widerspiegeln. Es ruft häufig großes Unverständnis hervor, wenn Frauen in der Klinik sehr schnell neue Beziehungen eingehen, vor allem dann, wenn sie bereits in vorangegangenen Partnerschaften sehr leidvolle Erfahrungen machen mussten. Unter Umständen handelt es sich aber um einen Schutzmechanismus, über den sich Frauen vor sexistischer Anmache und sexuellen Grenzverletzungen in eine scheinbare Sicherheit flüchten.

Manchmal wird über die Beziehungen auch die missbräuchliche Beziehungsdynamik reinszeniert, in der Anerkennung und Selbstwert über sexuelle Leistungen und Verfügbarkeit definiert wurde.

Ein grundsätzliches Verbot von Pairing ist wenig hilfreich, weil es das Geschehen in die Heimlichkeit verlagert. Dadurch wird eine kritische Reflexion ebenso wie die Offenbarung von Gewalterfahrungen und die Möglichkeit des Schutzes verhindert.



4.3. Das Thema Gewalterfahrungen im Gruppensetting

Wenn davon auszugehen ist, dass sich unter den Patient*innen sowohl Täter*innen als auch Betroffene befinden, kann die Offenbarung einer Gewalterfahrung in der Gruppe sehr heftige emotionale Reaktionen auslösen. Das kann von wildem Aktionismus, durch den Betroffene wie Behandler*innen unter Druck geraten, doch »irgendetwas« tun zu müssen, bis hin zu Bagatellisierung und Schuldzuweisungen reichen. Für Betroffene kann dadurch eine unberechenbare Situation entstehen, die von Gefühlen der Überforderung und dem Verlust an Kontrolle geprägt ist. Das ähnelt dem Erleben in der traumatisierenden Situation und birgt die Gefahr einer Retraumatisierung.

Eine besondere Gefahr geht von Lebensberichten aus, die manchmal für alle unvorbereitet in die Offenbarung einer Gewalterfahrung münden können. Klientinnen haben uns dies auch als ursächlich für »Abstürze« berichtet: *»Der Deckel ging plötzlich auf und ich hatte nichts, um ihn wieder zumachen zu können.«*

Es wäre deshalb wichtig, in der Gruppe auf traumatisierende Erfahrungen in der Biographie und ihre Folgen als eine mögliche Ursache für die Entwicklung einer Suchterkrankung hinzuweisen und Absprachen für den Umgang mit der Offenbarung sehr persönlicher und belastender Lebenserfahrungen zu vereinbaren.

Ein guter Zugang zum Thema könnte im Rahmen von Psychoedukation gestaltet werden. Eine Möglichkeit wäre, hier das Trauma-Sucht-Modell zu integrieren. Die Auseinandersetzung würde eher auf der Meta-Ebene erfolgen und vor einer zu detaillierten Schilderung persönlicher Gewalterfahrungen schützen. Der Fokus ist stärker auf das »Hier und Jetzt« ausgerichtet. Zugleich ist dennoch eine Übertragung individueller Erfahrungen auf das Modell möglich. Die Erfahrungen werden dadurch vergleichbar und es kann Empathie entstehen. Es kann im Rahmen einer Entwöhnungsbehandlung in der Regel nicht um Traumabearbeitung gehen, aber um eine Stabilisierung, die die Symptome beherrschbar macht und ihre Auswirkungen auf die Gegenwart mildert.



4.4. Dissoziative Zustände

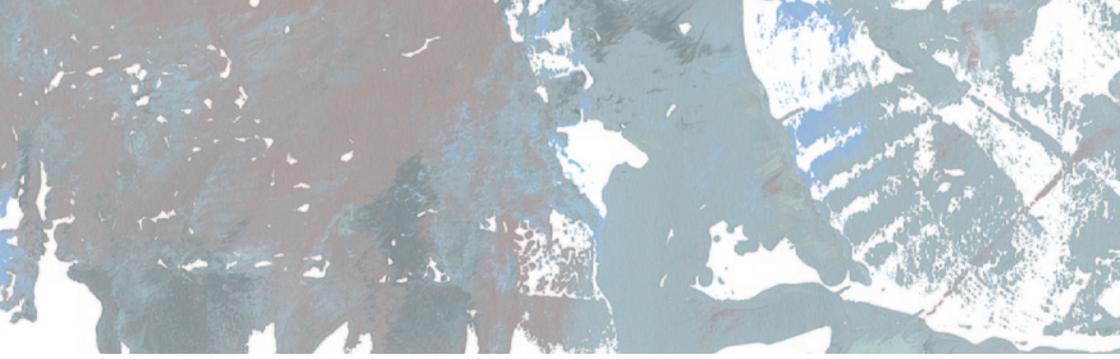
Das Verhalten betroffener Frauen kann manchmal merkwürdig und in der aktuellen Situation völlig unangemessen erscheinen. So kann es z. B. zu unerwarteten heftigen Impulsdurchbrüchen kommen. Anders als bei Patientinnen mit einer Borderline-Diagnose gibt es keine vorangegangene Frustration oder Kränkung. Die Patientinnen reagieren nicht mehr auf kognitive Ansprache und erleben ihr Verhalten im Nachgang selbst als Ich-dyston. Es kann auch passieren, dass betroffene Frauen mitten im Gespräch erstarren oder abwesend und räumlich sowie zeitlich desorientiert wirken.

Tatsächlich befindet sich die Patientin nicht mehr im »Hier und Jetzt«, sondern in einem dissoziativen Zustand.

Die Dissoziation schützt die Patientinnen vor der Konfrontation mit dem unerträglichen Ausmaß traumatischer Erinnerungen. Es handelt sich also ursprünglich um eine wertvolle und sinnvolle Überlebensstrategie. Bei Menschen, die über einen längeren Zeitraum hinweg und wiederholt traumatischen Geschehnissen ausgesetzt waren oder sind (wie es bei häuslicher und sexualisierter Gewalt häufig der Fall ist), kann sich dieser wirksame Schutzmechanismus verselbständigen. Das führt dazu, dass er auch in Situationen zur Anwendung kommt, die objektiv nicht bedrohlich sind, aber durch das innere Alarmsystem Betroffener dennoch so bewertet werden. Eine neue Umgebung, der Kontakt mit vielen Menschen und die Auseinandersetzung mit belastenden Lebensthemen hält viele auslösende Trigger bereit, die für Außenstehende als solche nicht erkennbar sind.

Dissoziative Zustände entziehen sich der Kontrolle durch die Patientin. Sie sind nicht bewusst ausgelöst, sondern funktionieren wie ein Automatismus. Das Verhalten der Patientin hat also auch keinen manipulativen Charakter, wie manchmal unterstellt wird.

Es handelt sich bei der Dissoziation nicht um einen für die Patientin lebensbedrohlichen Zustand. Dennoch gilt es, diesen Zustand zu unterbrechen, da eine Patientin in der Dissoziation hilflos ist und nicht situationsangemessen reagieren kann. Zur Unterbrechung des Zustandes bedarf es einer Reorientierung der Patientin im »Hier und Jetzt«.



Es gibt eine Reihe von Interventionsmöglichkeiten, die dabei hilfreich sein können:

- Der Patientin mitteilen, wo sie sich weshalb befindet.
- Die Patientin über Datum und Uhrzeit aufklären.
- Die Patientin in Bewegung bringen, sie z. B. auffordern, aufzustehen, ans Fenster zu treten, ein Glas Wasser zu trinken ...
- Das Fenster öffnen.
- Die Patientin mit klaren, deutlichen Worten auffordern, beide Füße fest auf den Boden zu stellen.
- Der Patientin eine »Wahl«-Frage stellen: »Trinken Sie lieber Tee oder Kaffee?«
- Menschen reagieren sehr sensibel auf die Nennung ihres Namens. Deshalb kann es auch wirkungsvoll sein, die Patientin mit falschem Namen anzusprechen.

Vorsicht ist bei Berührungen geboten. Diese sollten, wenn überhaupt, nur nach vorheriger Ankündigung erfolgen. Zu vermeiden sind auch laute Geräusche, wie z. B. eine sehr laute Ansprache, Tür knallen oder das Schnipsen mit den Fingern. Das kann unter Umständen zu einer Vertiefung des dissoziativen Zustandes führen.

Für viele betroffene Frauen ist das Abgleiten in einen dissoziativen Zustand mit intensiven Gefühlen der Scham und Peinlichkeit verbunden. Manche halten sich für verrückt. Bei Hinweisen auf massive Gewalterfahrungen in der Biographie kann es für Patientinnen deshalb entlastend sein, nach Zuständen der Dissoziation in der Vergangenheit zu fragen, über die Funktionalität aufzuklären und gemeinsam Strategien für den Umgang in der Klinik zu erarbeiten. Betroffene Frauen verfügen über eine hohe Expertise im Umgang mit sich selbst, wissen oft bereits sehr gut, was ihnen bei der Unterbrechung eines dissoziativen Zustandes hilfreich ist. Manche haben für diese Situationen bereits einen persönlichen Notfallkoffer zur Verfügung. Die Erarbeitung wirksamer Strategien ist auch eine Zielsetzung der Tandemberatung in Vorbereitung der Klientinnen auf eine stationäre Rehabilitation Sucht.

In Absprache mit der Patientin und mit ihrer Zustimmung kann es für alle Beteiligten zusätzlich entlastend sein, auch die Gruppe über das Erscheinungsbild, die Funktion von Dissoziationen und Strategien zur Unterbrechung aufzuklären.



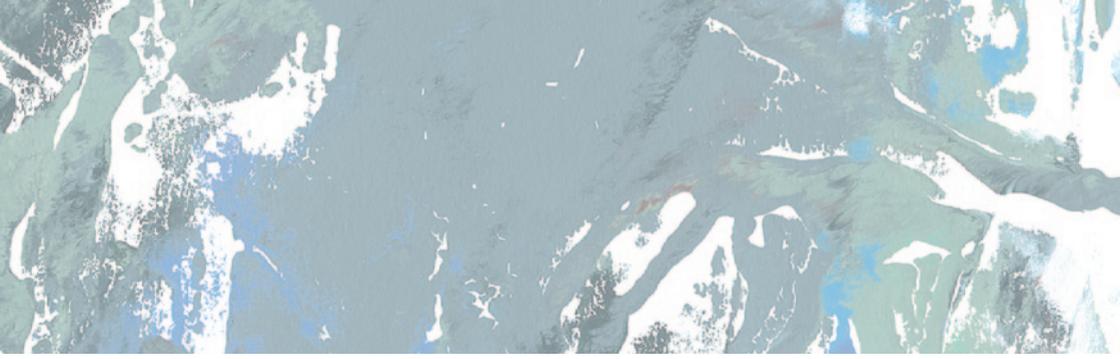
4.5. Besonderheiten im Klinikalltag

● Rückfälle

- Hier sind akute Bedrohungen bzw. das aktuelle Erleben von Gewalt in der Häuslichkeit oder der Klinik, die aus Angst vor Konsequenzen nicht offenbart wurden, als mögliche Auslöser mit zu berücksichtigen.
- Die Aussage einer Patientin, »Ich habe wie fremdgesteuert zur Flasche gegriffen – ich konnte gar nichts tun, ich stand wie neben mir.«, muss nicht in jedem Fall eine Verschiebung von Verantwortung bzw. Widerstand gegen die Aufarbeitung eines Rückfallgeschehens sein. Diese Aussage könnte auch für einen Rückgriff auf das Suchtmittel in einem dissoziativen Zustand stehen. Das hätte Auswirkungen auf die Inhalte der Rückfallprophylaxe, in der es dann u. a. um die Verhinderung (z.B. durch Identifikation von Triggern) bzw. Unterbrechung dieser Zustände durch Reorientierung gehen muss.
- Rückfälle sind ein hochsensibles Thema in der Klinik und können bei Patient*innen ebenso wie bei Therapeut*innen Gefühle des Scheiterns auslösen, die den Aufarbeitungsprozess belasten. Eine vorzeitige Entlassung bei wiederholter Rückfälligkeit geht deshalb manchmal mit Zuschreibungen von Schuld und Versagen einher und bedeutet für betroffene Frauen häufig eine Bestätigung ihres negativen Selbstbildes. Dennoch kann ein solcher Schritt vor dem Hintergrund der Konzeption der Klinik, des Regelwerks und auch dem Schutz anderer Mitpatient*innen notwendig werden. Hilfreich ist, wenn gelingt, dass die Entlassung nicht zur strafenden Sanktion wird, sondern Ausdruck dessen ist, dass die Möglichkeiten der Klinik zur weiteren Behandlung an dieser Stelle erschöpft sind. Das Aussprechen einer Empfehlung oder die Vermittlung in alternative weiterführende Beratungs- oder Behandlungsangebote wäre eine Ermutigung für Patientinnen, kein »hoffnungsloser Fall zu sein. Auch hier könnte eine etablierte Tandemberatung greifen.

● Beurlaubungen in die Häuslichkeit

- Im Vorfeld einer Beurlaubung sollte erfragt werden, ob die Patientin Angst vor jemandem im häuslichen Umfeld hat. Die Erarbeitung eines Schutzplanes (s. Anlage), die Aktivierung von Unterstützer*innen im häuslichen Umfeld



oder Absprachen für eine vorzeitige Rückkehr in die Klinik sind für diesen Fall wichtige schützende Maßnahmen. Immer ist in Fällen einer akuten Gefährdung eine gute Dokumentation der Gespräche wichtig!

● **Angehörigengespräche**

- Angehörigengespräche und -kontakte können im Kontext von Gewalterfahrungen zu einem »Minenfeld« mit hohem Gefährdungspotential für betroffene Frauen werden. Täter*innen verfügen über hoch manipulative Fähigkeiten und fürchten nichts mehr als den Verlust der Kontrolle über ihre Opfer. So geben sich Täter*innen gern als besorgte und unterstützende Angehörige aus. Die Patientin kann dann nicht offen reden und muss »heile Welt« vorgaukeln.
- Andersherum können sich Patientinnen durch einen Klinikaufenthalt auch gestärkt und mutig genug fühlen, um ihre Gewalterfahrungen zu offenbaren und den/die Angehörige/n zu konfrontieren. Das kann fatale Konsequenzen bei einer Rückkehr ins häusliche Umfeld haben, bei der die Patientin der Situation wieder allein ausgesetzt ist.

Bei Verdacht auf oder Kenntnis über einen aktuellen Gewaltkontext sollten diese Gefahren in einem Vier-Augen-Gespräch thematisiert werden. Es wird einer Patientin dann leichter fallen, sich anzuvertrauen, wenn ihr im Vorfeld nochmals versichert wird, dass ihre Selbstbestimmung gewahrt bleibt und keine Maßnahmen über ihren Kopf hinweg ergriffen werden.



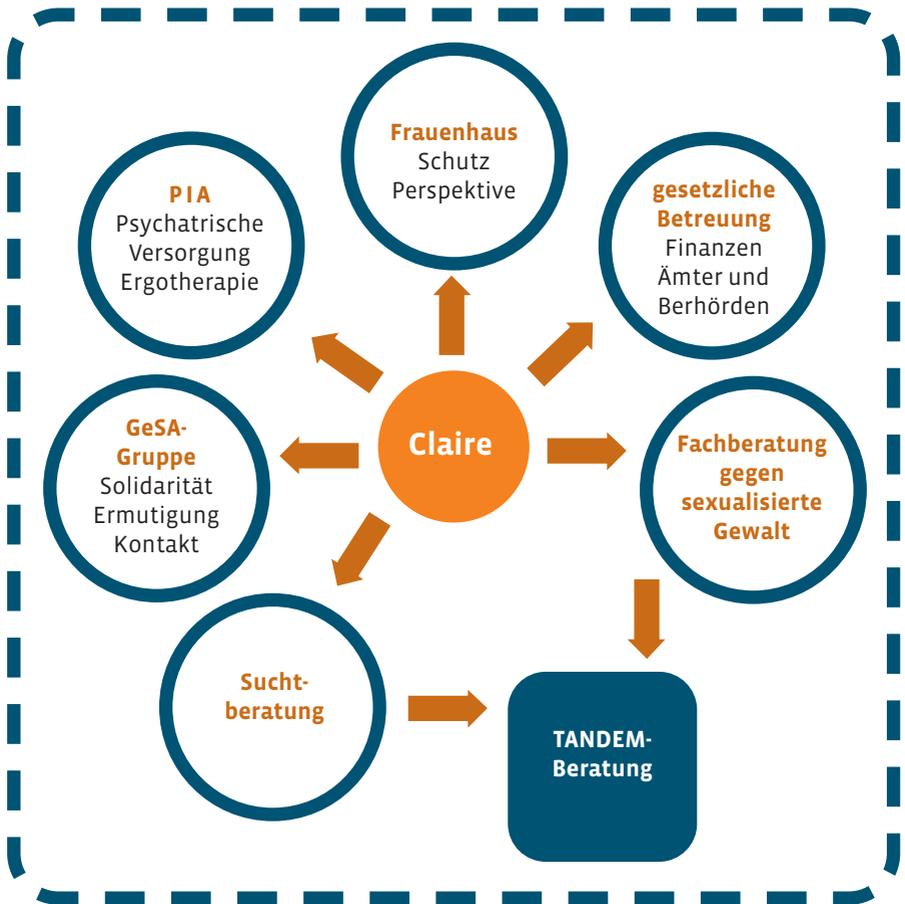
5

Alternativen zur stationären Rehabilitation Sucht

5.1. Verknüpfung ambulanter / teilstationärer Angebote – der Fall »Claire«

Claire's Alltag ist von Angst geprägt. Es reicht ein Geruch, eine laute Stimme und Claire wechselt in einen Zustand, der für sie nicht mehr kontrollierbar ist. Sie schreit und weint, manchmal wirft sie mit Gegenständen um sich oder verletzt sich selbst. Das kann ihr überall passieren – mitten in einem Gespräch, an der Kasse im Supermarkt oder in der Straßenbahn. Auch die Nächte sind schlimm, wenn es dunkel ist und sie sich allein gelassen fühlt. Alkohol hilft, beruhigt. Aber auch beim Konsum geht ihr die Kontrolle über die Trinkmenge und ihr Verhalten verloren. Sie geht dann einfach los, ist verwirrt und völlig orientierungslos. Sie wird von der Polizei aufgegriffen, landet im Nachtsyl und mehrfach auf der Entgiftungsstation. Claire hasst das Trinken, sie möchte aufhören damit. Aber sie hält es in der Klinik nicht aus. Zu viele Männer dort, die wie sie selbst erkrankt und in ihrer Impulskontrolle und Interaktionsfähigkeit beeinträchtigt sind. Sie fühlt sich bedroht. Beschränkt zu sein in ihren Freiheiten, also nicht einfach nach draußen gehen zu können, macht ihr zusätzlich Angst. Das ist wie bei Dad. Für Claire ist eine stationäre Rehabilitation keine Option.

Claire fasst aber irgendwann den Mut und wagt den Schritt ins Frauenhaus. Unsere Idee ist, Claire über eine Vernetzung mehrerer ambulanter Angebote zu begleiten. Sie bleibt in der Suchtberatungsstelle angebunden, wird im engen Austausch mit der Suchtberaterin in der Fachberatungsstelle gegen sexualisierte Gewalt nach dem Tandemkonzept beraten und besucht die Gruppe für betroffene Frauen. Zudem erfolgt eine Anbindung an die psychiatrische Institutsambulanz. Alle Beteiligten dürfen sich mit Zustimmung von Claire miteinander austauschen. Für diese Treffen schreibt Claire auf, welche Themen ihr besonders wichtig sind. Sie möchte auch über unsere Themen bzw. Ergebnisse informiert werden. Dabeisein möchte sie lieber nicht. Claire gelingt über dieses Setting eine immerhin über 200 Tage andauernde Abstinenz. Sie beschreibt, sie habe das erste Mal in ihrem Leben das Gefühl gehabt, ernst genommen zu werden und sie selbst sein zu dürfen. Schwierig bleiben für Claire aber Veränderungen, die mit Abschieden aus vertrauten Beziehungen und Verlustängsten einhergehen. So ist es der Wechsel der Wohnform, der bevorstehende Einzug in ein betreutes Wohnprojekt, der in eine Krise und zum Rückfall führt. Aber gerade bei der Bewältigung solcher Krisen, in die Claire vermutlich immer wieder geraten wird, kann das ambulante Hilfenetz greifen, weil es immer Angebote und Kontakte gibt, die stabil und verlässlich verfügbar bleiben.





Die Voraussetzung dafür, ein solches Setting gestalten zu können, ist eine gute Vernetzung und Kooperation. Die Vorteile für die Klientinnen liegen auf der Hand:

- Ein niedrigschwelliger Zugang ins Hilfesystem.
Die Abstinenz ist eines der Ziele, aber eben nicht die Voraussetzung.
- Ein Unterstützungsangebot, das sich an den ganz individuellen Bedarfen von Klientinnen orientiert und variabel ist, also ergänzt und angepasst werden kann.
- Ein ganzheitlicher Blick auf die Klientinnen durch ein multidisziplinäres Team.
- Die Sicherung von Kontinuität und Langfristigkeit. Übergänge und Abschiede können sanfter gestaltet werden. Angebote enden nicht gleichzeitig.

Aber auch für die beteiligten Einrichtungen ergeben sich Vorteile:

- Es können Ressourcen gespart werden. Jeder Baustein bringt seine Kompetenz im Rahmen eines begrenzten Zeitfensters ein.
- Die Verantwortung muss weder fachlich noch emotional allein getragen werden.
- Die Möglichkeit des fachlichen Austausches in einem multidisziplinären Team schließt ein, vom Fachwissen anderer profitieren und im Umgang mit Sucht und Gewalt mehr Handlungssicherheit entwickeln zu können.



5.2. Ein Plädoyer für die Etablierung frauenspezifischer Angebote in die ambulante Rehabilitation Sucht

Für viele der Frauen, die wir begleitet haben, wäre die Inanspruchnahme einer frauenspezifischen ambulanten oder ganztägig ambulanten Rehabilitation Sucht eine gute Alternative zum mehrmonatigen vollstationären Aufenthalt:

- Weil es einen niedrighschwelligen Zugang in die Rehabilitation Sucht bedeutet, der ihnen den Verbleib im vertrauten Umfeld und die Versorgung ihrer Kinder ermöglicht.
- Weil es ein sinnvoller nächster Schritt nach Tandemberatung und begleiteter Gruppe auf dem Weg in eine stabile Abstinenz und zu innerer Sicherheit sein kann, der einen Fortschritt (und damit auch einen Erfolg!) auf ihrem Weg signalisiert.
- Weil es ein Ort der Sicherheit und Solidarität unter Frauen für die Entwicklung und Erprobung neuer Rollen und Verhaltensweisen unter abstinenten und gewaltfreien Lebensbedingungen sein kann, an dem sie nicht männlichen Erwartungen und Bewertungen ausgesetzt sind.
- Weil es als ein Angebot vor Ort Bestandteil des unterstützenden Netzwerkes für betroffene Frauen sein kann und zugleich dessen Erhalt und Erweiterung ermöglicht.

6

Sieben Jahre GeSA – eine persönliche Bilanz

Die gemeinsame Arbeit der vergangenen Jahre hat uns geprägt. Keine von uns beiden ist hinsichtlich ihrer professionellen Identität noch die, die sie vor dem Start von GeSA war. Wir haben uns weiterentwickelt, von unseren Klientinnen und den vielen Kolleg*innen aus den unterschiedlichsten Arbeitsfeldern gelernt. Wir haben unseren Blick und unsere Methodik verändert und erweitert. Wir sind überzeugt von dem, was wir tun und davon, dass in der Kooperation und Vernetzung sowie in der Umsetzung frauenspezifischer integrativer Beratungs- und Behandlungsansätze ein Schlüssel für die bessere Versorgung und den Schutz gewaltbetroffener Frauen mit einer Suchtmittelproblematik liegt. Wir haben unsere Erfahrungen im regionalen und überregionalen Austausch geteilt und diskutiert. Wir haben diese Broschüre gerne geschrieben.

Unser Herzblut fließt in die Arbeit mit den betroffenen Frauen und die Kooperation im Regionalverbund. Uns geht es natürlich darum, diese Arbeit fortsetzen zu können. Zugleich wissen wir, dass das, was wir hier vor Ort tun können, nur ein Tropfen auf den heißen Stein ist. GeSA als Kooperationsprojekt und die Tandemberatung Gewalt/Sucht sind aber durchaus übertragbare Konzepte, die auch in anderen Regionen Interesse geweckt haben und Umsetzung finden könnten. Allerdings bedarf es für eine flächendeckende Etablierung und eine Verstetigung der Angebote struktureller Veränderungen und zusätzlicher Ressourcen. Wir sprechen dabei nicht von der Schaffung neuer spezialisierter Einrichtungen, sondern von der Ergänzung, Erweiterung und Anpassung bereits bestehender Angebote und von zusätzlichen Zeitfenstern für Fortbildung und Netzwerkarbeit. Wir denken, das ist ein überschaubarer Aufwand im Vergleich zu den Kosten, die entstehen, wenn betroffene Frauen durch Gewalt und Suchterkrankung langfristig in ihrer Gesundheit geschädigt und in ihrer Leistungsfähigkeit und Erziehungskompetenz eingeschränkt bleiben. Und wir denken auch: Hier gibt es eine Verpflichtung zum Handeln für Politik und Kostenträger*innen! Denn Sucht und Gewalt entwickeln sich auf dem Boden unserer gesellschaftlichen Strukturen, Machtverhältnisse und tradiert Rollenzuweisungen. Daraus erwächst unserer Ansicht nach auch eine Verantwortung für diejenigen Menschen, die in diesen Strukturen Gewalt erfahren und erkranken.



Anlagen



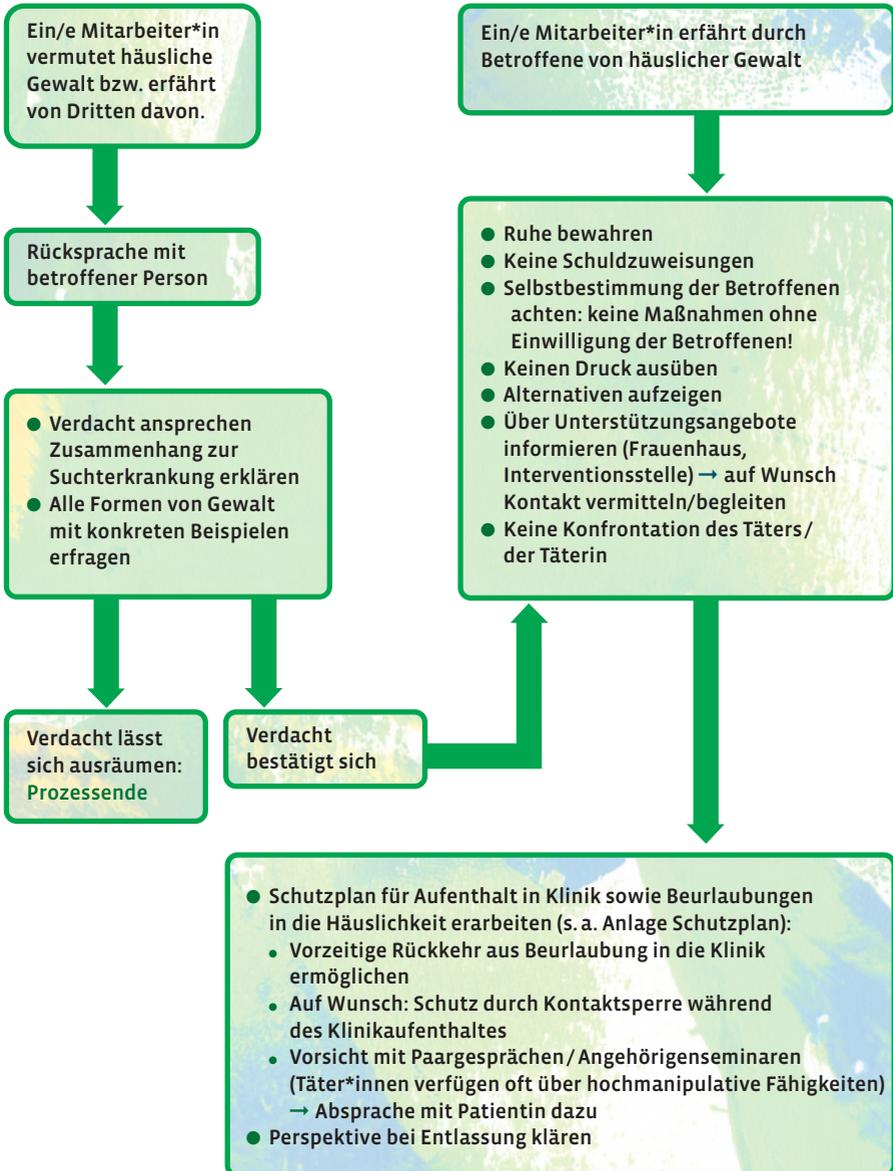
Risikoanalyse

Stationäre Suchtkrankenhilfe

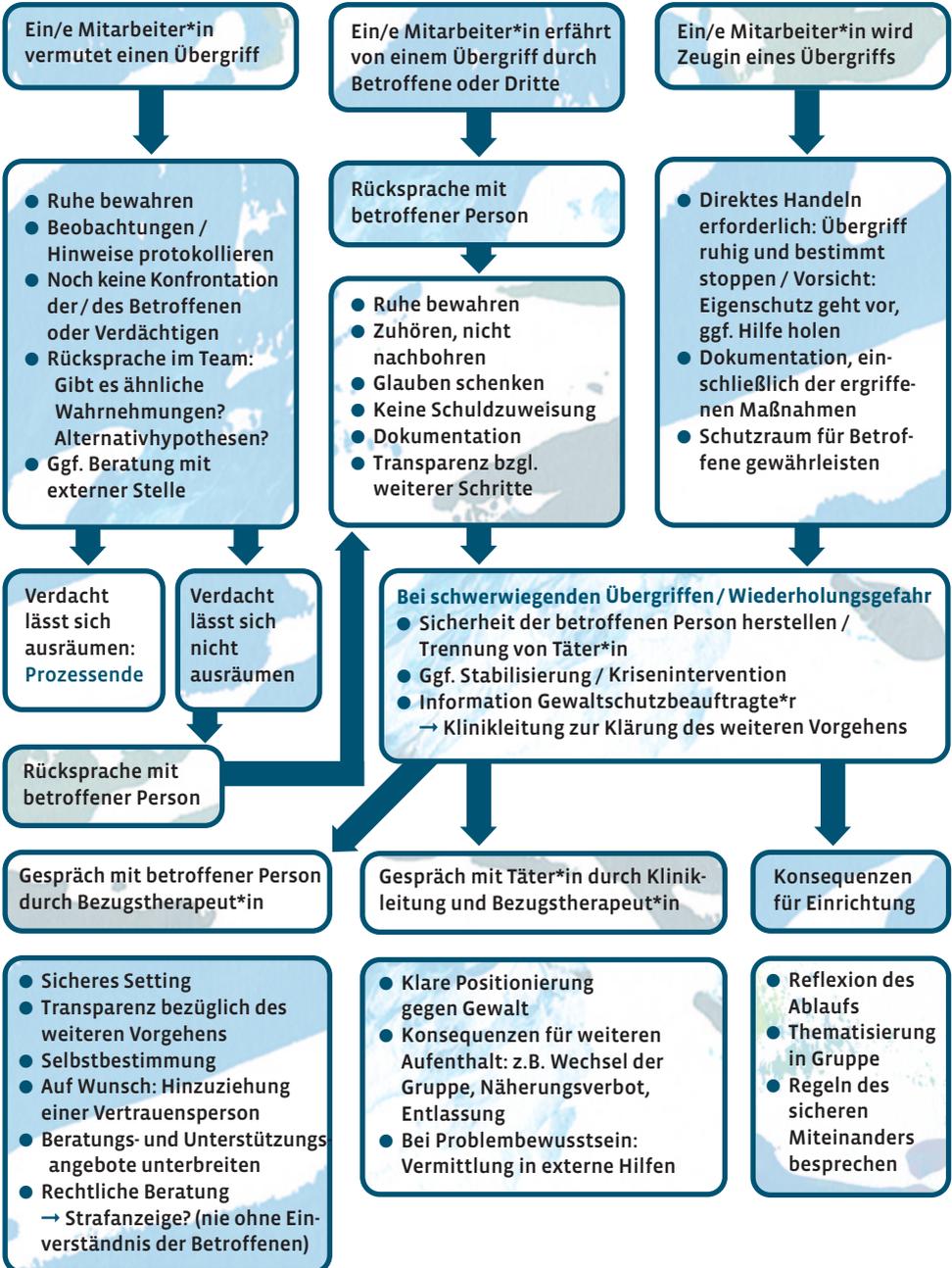
- Wird das Thema Gewalt in Einrichtungen bereits im Einstellungsverfahren berücksichtigt/thematisiert? Wie ist das bei nichtmedizinischem oder nicht-pädagogischem Personal (Sicherheitsdienst, Hausmeister, Reinigungspersonal ...)?
- Wird das Thema Gewalt bereits bei der Patient*innenaufnahme berücksichtigt/thematisiert?
- Haben alle Mitarbeitenden hinreichend Wissen über Formen und Dynamik sowie über Signale und Symptome geschlechtsspezifischer Gewalt und reflektieren die Möglichkeit von Übergriffen innerhalb der Institution?
- Zwischen welchen Personengruppen können besondere Abhängigkeitsverhältnisse und Machtgefälle bestehen, die ausgenutzt werden könnten?
- Gibt es verbindliche Standards für die Gestaltung der Beziehung zu Patient*innen/zu Nähe und Distanz?
- Gibt es Unterschiede in der Behandlung und Bewertung von männlichen und weiblichen Patient*innen und deren Verhalten?
- Wo und wann könnte es in unserem Haus zu unbeobachteten sexuellen Übergriffen kommen? (1-zu-1-Situationen, räumliche Gegebenheiten, Außengelände, Nacht ...)
- Gibt es Settings, in denen hin und wieder ein sexualisiertes Klima vorherrscht?
- Gibt es spezielle Ansprechpartner*innen zum Thema Gewalt in der Einrichtung? Sind diese hinreichend bekannt? Stehen Frauen weibliche Ansprechpartnerinnen zur Verfügung?

- 
- Gibt es einheitliche Standards/Verfahrensleitlinien zum Umgang mit Gewalt in der Einrichtung? Sind diese allen hinreichend bekannt?
 - Ist unser Nachtdienst/Sicherheitsdienst befähigt, sensibel und schützend auf mögliche Übergriffe zu reagieren?
 - Lässt unsere Kommunikations- und Fehlerkultur einen Austausch zu Grenzverletzungen im Arbeitsalltag zu?
 - Bietet unsere tägliche Arbeitsstruktur den Raum, Verdachtsfälle von Gewalt zeitnah zu reflektieren?
 - Gibt es hinreichend bekannte und niedrighschwellige Beschwerdewege für den Fall sexueller Grenzverletzungen oder Übergriffe?
 - Gibt es im Haus sichtbare Hinweise darauf, dass wir für das Thema Gewalt sensibel und ansprechbar sind?
(Plakate, Flyer, Broschüren von Hilfsangeboten z. B.)
 - Gibt es Kooperationen mit auf Gewalt spezialisierten Beratungsdiensten?

Beispielhaftes Vorgehen bei Verdacht auf häusliche Gewalt gegen Patientin



Beispielhaftes Vorgehen bei Verdacht auf Gewalt durch Mitpatient*innen



Beispielhafter Handlungsablauf bei Verdacht auf geschlechtsspezifische Gewalt durch Mitarbeiter*in





Der Schutzplan bei häuslicher Gewalt

Eine Patientin berichtet Ihnen im Vertrauen von häuslicher Gewalt. Sie hat Angst, dass die Situation jederzeit wieder eskalieren könne. Sie kann sich momentan nicht vorstellen, eine Beratungsstelle aufzusuchen. An dieser Stelle kann es für die betroffene Frau hilfreich sein, wenn Sie gemeinsam mit ihr einen Schutzplan erstellen. Da die Betroffene aus bisher Erlebtem das notwendige Hintergrundwissen hat, das für die Einschätzung einer möglichen Gefährdung für sie, und u. U. ihre Kinder, unentbehrlich ist, ist sie auch die Expertin für ihre Situation. Dieses Wissen ist die Basis, um den Schutz für sie und ggf. ihre Kinder gemeinsam mit ihr planen zu können. Ein sogenannter Schutzplan hat die Funktion, eine Eskalation möglichst zu vermeiden und / oder eine Flucht aus der Häuslichkeit vorzubereiten. Betroffene von häuslicher Gewalt haben meistens schon Strategien entwickelt, die sie in entsprechenden Situationen als nützlich empfinden. Diese Strategien können gut in die Planung mit einfließen, da sie in der Regel bereits erprobt sind.

Haben Sie dabei immer vor Augen, dass gefährliche Situationen, bei gleichzeitigem Konsum von Suchtmitteln, noch gefährlicher für Betroffene werden können.

Fragen, die Sie vorab stellen können, könnten sein:

- »Frauen berichten immer wieder, dass sie eine Vorahnung haben, dass es bald wieder eskalieren wird. Können Sie (und Ihre Kinder) irgendwo hingehen, wo sie sich sicher fühlen?«
- »Was tun Sie in Situationen, in denen es eskaliert? Was erscheint Ihnen hilfreich?«
- »Gibt es eine Vertrauensperson, die über die Situation informiert ist und bei der Sie u. U. Dokumente und Sachen deponieren könnten?«

Sinnvoll ist es dann, eine Checkliste mit der Betroffenen zu erarbeiten, die sie möglichst nicht bei sich trägt, da es bei gewaltausübenden Partner*innen in der Regel um Macht und Kontrolle geht. Umso weniger auf eine Vorbereitung für eine Notsituation, evtl. sogar Flucht, hinweist, umso geringer die Wahrscheinlichkeit dass der Partner davon erfährt.



Checkliste für den Notfall:

- Wichtige Telefonnummern (Polizei, Frauenschutzhaus, Beratungsstelle, Vertrauensperson ...) möglichst abgespeichert in der Kurzwahl! In Notsituationen konzentrieren wir uns auf Flucht, nicht auf Telefonnummern, auch wenn sie noch so einfach erscheinen.
- Dokumente sichern (Geburtsurkunden, Ausweise, Krankenkassenpapiere, Zeugnisse, Personalausweise, Zeugnisse, Bankpapiere etc.) und möglichst bei einer Person des Vertrauens lagern! So kann der/die gewaltausübende Partner*in die Dokumente nicht zurückhalten oder gar mit Vernichtung selbiger drohen, um eine Trennung zu verhindern. Ebenso verhält es sich mit Gegenständen, die für die Betroffene einen emotionalen Wert haben.
- Standortdienst im Mobiltelefon deaktivieren! Es ist nicht auszuschließen, dass kontrollierende Partner*innen die technischen Möglichkeiten nutzen, um die Frau zu überwachen. Frauen berichten u. a., dass sie sich wundern, warum ihr/ ihre Partner*in ständig weiß, wo sie sich aufhält.
- Situation der Trennung/ Flucht mental vorbereiten (Wen rufe ich an? Wo kann ich sicher unterkommen? Welchen Weg werde ich nehmen?)
Die gedankliche Planung schafft Handlungssicherheit in der Extremsituation.

Je nachdem, ob die Klientin eine Trennung oder ihre Flucht in einer akuten Situation plant, ist die Liste der Dinge, die bedacht werden müssen, auf Wesentliches zu beschränken oder auch zu ergänzen.

Es sei darauf hingewiesen, dass es in Situationen, in denen es um die Einschätzung von Gefährlichkeit und dementsprechende Schutzmöglichkeiten für die Betroffenen geht, immer ratsam ist, an eine spezialisierte Beratungsstelle zu vermitteln. Wenn dies nicht gelingt, können auch Sie selbst als professionelle Unterstützer*in eine anonymisierte Fallbesprechung in Anspruch nehmen.



Literaturempfehlungen

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Bericht der Bundesregierung zur Situation der Frauenhäuser, Fachberatungsstellen und anderer Unterstützungsangebote für gewaltbetroffene Frauen und deren Kinder 2013.

Gahleitner, Silke Brigitte/Gunderson, Connie Lee (Hg.): Gender Trauma Sucht. Neues aus Forschung, Diagnostik und Praxis. Kröning: Asanger Verlag GmbH 2016 (2. Auflage).

Gahleitner, Silke Brigitte/Gunderson, Connie Lee (Hg.): Frauen Trauma Sucht. Neue Forschungsergebnisse und Praxiserfahrungen. Kröning: Asanger Verlag GmbH 2014 (3. Auflage).

Gloor, Daniela / Meyer, Hanna: Gewalt in der Partnerschaft und Alkohol. Häufigkeit einer Dualproblematik, Muster und Beratungssettings. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit der Schweiz 2013.

Gloor, Daniela / Meyer, Hanna: »Der Polizist ist mein Engel gewesen«. Sicht gewaltbetroffener Frauen auf institutionelle Interventionen bei Gewalt in Ehe und Partnerschaft. Schweizerischer Nationalfonds NFP 60, Schlussbericht 2014.

Hantke, Lydia/Görges, Hans-Joachim: Handbuch Traumakompetenz. Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik. Paderborn: Junfermann Verlag 2012.

Heinzen-Voß, Doris/Stöver, Heino (Hg.): Geschlecht und Sucht. Wie gendersensible Suchtarbeit gelingen kann. Lengerich: Pabst Science Public 2016.

Holms, Tim/Holmes Lauri: Reisen in die Innenwelt. Systemische Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen. München: Kösel-Verlag 2010 (9. Auflage) (Copyright für die deutsche Ausgabe).

Hüther, Gerald: Würde: Was uns stark macht – als Einzelne und als Gesellschaft. München: Albrecht-Knaus-Verlag 2018.



Junker, Susanne: Trauma und Sucht. Zusammenhängen von Traumatisierung und Substanzabhängigkeit auf der Spur. Saarbrücken: Akademikerverlag GmbH & Co 2012.

Kahn, Gabriele: Das-Innere-Kinder-Retten. Sanfte Traumabearbeitung bei Komplextraumatisierung. Gießen: Psychosozial-Verlag 2010.

Kunzke, Dieter: Sucht und Trauma. Grundlagen und Ansätze einer psychodynamisch-integrativen Behandlung. Gießen: Psychosozial-Verlag 2008.

Lüdecke, Christel/Sachsse, Ulrich/ Faure, Hendrik: Sucht-Bindung-Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext. Stuttgart: Schattauer 2018 (1. Nachdruck der 1. Auflage).

Najavits, L.M.: Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch. Das Therapieprogramm »Sicherheit finden«. Deutsche Übersetzung und Bearbeitung durch Ingo Schäfer, Martina Stubenvoll, Anne Dilling. Hogrefe Verlag 2009.

Schrötle, M./ Müller, U.: Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Ergebnisse der repräsentativen Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Kurzfassung. BMFSFJ 2004.

Vogt, Irmgard: Geschlecht, Sucht, Gewalttätigkeiten. Die Sicht von Süchtigen auf ihr Leben und auf formale Hilfen. Weinheim Basel: Beltz Juventa 2021.



Herausgeberin

STARK MACHEN e.V.
Ernst-Haeckel-Straße 1
18059 Rostock
Telefon 0381. 4403077
www.fhf-rostock.de

Autorinnen

Petra Antoniewski
Christine Voß
Projektleiterinnen **GeSA**
Ernst-Haeckel-Straße 1
18059 Rostock
Telefon 0381. 4403294

Finanzierung

Deutsche Rentenversicherung Nord

Layout

Marion Hornung
mh@g4grafik.de

Druck

Druckerei Weidner GmbH, Rostock

© November 2021



