

Norddeutsche Gesellschaft für  
angewandte Tiefenpsychologie  
Bad Malente - Gremsmühlen, 11.11.2006

# DER EINFLUSS VON GENDER AUF SUCHT

Christel Zenker  
FHS Münster

|

ENTWICKLUNG UND BEDEUTUNG VON

GENDER MAINSTREAMING

# GENDER MAINSTREAMING (GM)

- Entwicklung der Idee des GM 1985 auf der 3. Weltfrauenkonferenz der UN.
- 1995 verpflichteten sich die UN, 1996 die EU und 1999 die Bundesregierung, GM als Querschnittsaufgabe und Leitprinzip zu fördern.
- Die Federführung liegt beim BMFSFJ.

# BEGRIFFE GENDER UND MAINSTREAMING (GM)

- „Gender“ bezeichnet die soziale,  
„Sex“ die biologische Dimension des Geschlechts.  
Unterscheidung von Sex & Gender durch Gayle Rubins (1975)
- „Mainstreaming“ bezeichnet einen fortlaufenden politischen Prozess: Bei allen Maßnahmen, von der Planung bis zur Evaluation, soll die Bedeutung dieser Maßnahme für die Geschlechter berücksichtigt werden
- GM ist also ein Top - down Verfahren, mit dem die Gleichstellung der Geschlechter verankert werden soll.
- Frauenförderpolitik setzt an konkreten Problemen an, zur Verhinderung der Benachteiligung von Frauen.

# DER MENSCH WIRD NICHT ALS FRAU ODER MANN GEBOREN SONDERN DAZU GEMACHT

## *Individuell*

- Gender wird lebenslang in Interaktionen durch Zuordnungs- und Identifikationsprozesse erlernt und reproduziert, wodurch Gefühls- und Denkmuster geprägt werden.

## *Gesellschaftlich*

- Gender wird in sozialen Prozessen verhandelt, produziert, vermittelt und konstruiert. Es entstehen zeitabhängige Übereinkünfte und Normierungen, die sich in sozialen Unterschieden, bei Rangordnungen und Arbeitsteilungen zeigen.

*Die etablierten Übereinkünfte werden als Beweis für das Vorhandensein von Geschlechtsunterschieden verwendet und als ‚natürliche‘ Unterschiede nicht mehr hinterfragt.*

# GENDER KANN DEKONSTRUIERT WERDEN

- Auf der sozialen Organisationsebene durch Veränderung der Rollenzuschreibungen.
- Gesellschaftlich - politisch durch Entwicklung von Geschlechtergerechtigkeit.
- Sozial-psychologisch durch Neu - Definition der individuellen Geschlechtsrolle, z.B. durch therapeutische Interventionen.

# DEKONSTRUKTION DES BIOLOGISCHEN GESCHLECHTS

*Dekonstruktivistische Positionen sehen auch biologische Unterschiede (Sex) als soziale Konstruktionen an.*

1. Im Gegensatz zu Gender folgt das biologische Geschlecht keiner dichotomen Zuordnung. Alle biologischen ‚Übergänge‘ werden als weiblich oder männlich festgelegt.  
(Judith Butler (1992): Das Unbehagen der Geschlechter)
2. Forschung: die Anlagen und die Bereitschaft zu Leistungen und Verhaltensweisen sind nicht geschlechtstypisch sondern gendertypisch geprägt.

II

GENDER

GESUNDHEIT UND KRANKHEIT

# GENDER UND MEDIZIN

- In den (Geistes-) Wissenschaften wurde das Postulat der Gender-Neutralität, angestoßen durch feministische Forschung, aufgegeben.
- In der naturwissenschaftlichen Medizin werden noch heute Krankheiten unabhängig vom Kranken und seiner Umwelt, also (vermeintlich) objektiv / wertfrei, betrachtet.
- Das soziokulturelle Geschlecht wird dem biologischen untergeordnet, sichtbar an der Medikalisierung von Genderaspekten (ADHS, Lebensphasen/Menopause der Frau).
- Medizin wird durch Männer bestimmt und ist an Männern orientiert (Androzentrismus).

# GENDEREINFLUSS AUF GESUNDHEIT

## *Gender beeinflusst*

- das Körperbewusstsein,
- das Gesundheitsverhalten,
- die Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste, einschließlich Vorsorgeuntersuchungen
- Krankheit und Tod sowie
- die Segregation bei den Gesundheitsberufen.

# SEX, GENDER UND MÄNNER - GESUNDHEIT

- Mehr Totgeburten und höhere Säuglingssterblichkeit
- Mehr Entwicklungs- und Verhaltensstörungen  
Höhere Sterberaten bei vielen Todesursachen, z.B. Magenkrebs, Verkehrsunfälle
- Mehr Suizide
- Lebenserwartung 2004 geborener Jungen: 76 Jahre; weitere Lebenserwartung für 65-j. Männer: 16 Jahre

# SEX, GENDER UND FRAUEN - GESUNDHEIT

- Lebenserwartung 2004 geborener Mädchen: 82 Jahre, weitere Lebenserwartung für 65-j. Frauen: 20 Jahre
- Häufiger Autoimmunkrankheiten
- Ergometrie weniger aussagekräftig
- Häufiger negative Medikamentenwirkung
- Frauen erleiden seltener als Männer Herzinfarkte, die diesbezügliche Sterberate ist bei ihnen aber höher
- Mehr Suizidversuche

# UMSETZUNG VON GM IN DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG ?

- Zuzahlungsregelungen und verminderte Leistungsansprüche treffen Frauen härter als Männer, weil sie geringere Arbeitseinkünfte und geringere Rentenansprüche haben (Bühren, DÄ 2004)
- Das Europaparlament hat eine geschlechterspezifische Berücksichtigung bei der Gesundheitsversorgung abgelehnt (DÄ 2005)
- Wien: Hochschullehrgang ab Ende 2007 „Gender based Medicine in Health Care Systems“, gemeinsam mit dem Karolinska Institut und der Johns Hopkins University.

III

GENDER ALS URSACHE

SUCHTENTWICKLUNGEN

# SUCHTMITTEL / SUCHTVERHALTEN DIENEN ..

*.. der Konstruktion von Gender*

*der durch Sozialisationsfaktoren bedingten  
Problemlösung*

*der Rettung des beschädigten Ichs*

# GENDER – KONSTRUKTION

## „DOING GENDER WITH DRUGS“

### *Männer*

- Als Initiationsritus
- Für externalisierendes Verhalten / Eroberung öffentlicher Räume
- Beim Risikoverhalten = Unverletzlichkeitsphantasien
- Zur Angstüberwindung = Männlichkeitsausdruck
- Zur Demonstration von Stärke und Macht: Regelverletzungen / Gewaltbereitschaft
- Kommunikation in Männerbünden

### *Frauen*

- Manipulation des Körpers
- Demonstration von Emanzipation

# BEISPIEL RAUCHEN

- Rauchen ist (war) ein männliches Privileg. Rauchen gilt bei Mädchen / Frauen als sichtbares Zeichen der Teilhabe an diesen Privilegien.
- Rauchen macht interessant, weil es Selbstbestimmtheit und Unabhängigkeit signalisiert.
- Symbolische Bedeutung des Rauchens: Erotik (Carmen, George Sand, Marlene Dietrich, Madonna).
- Gezielte Tabakwerbung für selbst bestimmte Frauen: ‚Cool down, pleasure up‘.

# PROBLEMLÖSUNGSSTRATEGIE GENDER-SOZIALISATION BEGÜNSTIGT DIE SUCHTENTSTEHUNG BEI FRAUEN

- Einengende Rolle ‚Mütterlichkeit‘ = Verfügbarkeit, Verständnis, Fürsorglichkeit und Anspruchslosigkeit
- Wenig Einflussmöglichkeiten / Ohnmachtserfahrungen → Passivität und Opferhaltung (Schweigen und Schlucken)
- Vernachlässigung eigener Bedürfnisse zugunsten Anderer
- Herabsetzung und Gewalt als Alltagsbestandteil
- Beziehungs- / und Nähe - Bedürfnis
- Zwang zur körperlichen Attraktivität
- Veränderung tradierter sozialer Rollen: Rollenunsicherheit → Konvergenz-Effekt, Schließung der Gender-Lücke

# PROBLEMLÖSUNGSSTRATEGIE GENDER-SOZIALISATION BEGÜNSTIGT DIE SUCHTENTSTEHUNG BEI MÄNNERN

- Überforderung durch geforderte Stärke und existenzielle Versorgung der Familie (Ernährerrolle).
- Dominanzstreben: MOA-These (Sieber 1996) = Angst vor Scheitern und Versagen.
- Instrumentell / funktionell geprägtes Selbst- und Körperkonzept, um Erfolg und Leistung zu optimieren.
- Externalisierung, Rationalität, Kontrolle, Gewalt, mangelnde Emotionalität, Stummheit, Alleinsein, Körperferne, Konkurrenzverhalten, Homophobie.
- Defizitäres Gesundheitsverhalten.
- Positive Erwartungshaltung an Drogen.
- Veränderung tradierter sozialer Rollen:
  - Rollenunsicherheit.

# GENDERNEUTRALE EPIDEMIOLOGIE: SUCHT - URSACHEN

- Negative soziale Faktoren in der Kindheit: Sucht in der Herkunftsfamilie, schlechtes Bildungsniveau, negative Einkommensverhältnisse, negative Kindheitsereignisse (Fremdunterbringung).
- Hoher Entwicklungsstress, anhaltendes Leistungsversagen, Peer Group als Familienersatz.
- Gewalt vor dem 16. Lbj.: Seelische (80%), körperliche (30%), sexuelle (45% der Frauen, 16% der Männer).

# SOZIALPSYCHOLOGISCHER SUCHT - ERKLÄRUNGSANSATZ (FRAUEN)

- Die Abgrenzung von der Mutter gelingt nicht, eine eigenständige Persönlichkeit wird nicht entwickelt. Frau leidet zunehmend unter den nicht hinterfragten Werten / Vorstellungen und unter dem mangelhaft entwickelten Selbst, auch in der Partnerschaft:

*Inadäquate Problemlösung durch psychosomatische, depressive und Angst - Störungen, Sucht.*

- Weibliche Identität entwickelt sich durch negative Abgrenzung von der Mutter, mit Leugnung der eigenen weiblichen Anteile.
  - *Peer Group übernimmt Genderdefinition*
  - *Kompensation der defizitären und ambivalenten Bestätigung des weiblichen Wertes durch abgelehnte oder übersteigerte Weiblichkeit, Dissozialität, Ich – Störungen, Ungleichheitsideologien, Sucht.*

# SOZIALPSYCHOLOGISCHER SUCHT - ERKLÄRUNGSANSATZ (MÄNNER) 'DER FEHLENDE VATER' (s. a. Böhnisch & Winter 1993)

- Entwertung des Männlichen durch sozialisierende Frauen.
- Die Abgrenzung von der Mutter (und eigenen weiblichen Identifizierungen) gelingt nicht.
- Männliche Identität entwickelt sich durch negative Abgrenzung von den Müttern / Frauen: Weibliche Anteile der Persönlichkeit werden negiert, um autonom zu sein.  
Homophobie.
- *Peer Group übernimmt Genderdefinition*
- *Kompensation der defizitären und ambivalenten Bestätigung des männlichen Wertes durch übersteigerte Männlichkeit, Aggressivität gegenüber Frauen, Sucht, dissoziales, kriminelles Verhalten, Ungleichheitsideologien, Ich - Störungen, Depression.*

# FRÜHE RETTUNG DER MÄNNLICHEN IDENTITÄT

nach Koch-Möhr (2005)

„Doing Gender with Drugs“ nicht nur als  
Konstruktionsmöglichkeit des Männlichen  
sondern auch als Maßnahme, um Identität zu retten.

„Bevor ich ein Nicht – Mann bleibe, ein Versager,  
ein Schwächling, ein Mädchen oder  
Mamas Zappelphillip, gehe ich lieber zu den  
großen bösen Jungs und werde einer von denen.“

# RETTUNG VON IDENTITÄT & SELBSTWERT

- Identität entwickelt sich aus Fremd- und Selbstattributionen.
- Meist verursacht durch die primären Bezugspersonen, verbinden viele Süchtige ihre Identität mit beschämenden und demütigenden Erfahrungen, auch im Zusammenhang mit ihrer Geschlechtlichkeit.
- Die Verinnerlichung dieser Erlebnisse (Introjektion) und darauf aufbauende spätere Erfahrungen (Reviktimisation) wirken zerstörerisch.

# SUCHT – URSACHE GEWALT

Gewalt wirkt als Suchtursache auch unabhängig von anderen sozialen Faktoren.

	<i>Süchtige</i>	<i>Nicht - Süchtige</i>
Frauen	ca. 60 %	ca. 25 %
Männer	ca. 30 %	ca. 5 %

IV

EPIDEMIOLOGIE  
DES  
DROGENKONSUMS

Drogen = alle psychoaktiven Stoffe

# KONSUM UND SUCHT ERWACHSENER

- 60 % der Raucher von > 20 Zig. / Tag sind Männer.
- 65 % der auffälligen Konsumenten illegaler Drogen sind Männer.
- 2004 waren 85 % der Drogentoten Männer.
- 90 % der pathologischen Glücksspieler sind Männer.
- 66 % der Medikamentenabhängigen sind Frauen.  
Häufigste konsumierte frei verkäufliche  
Medikamente: Schmerzmittel,  
verordnete: Benzodiazepine.
- 90 % der Essgestörten (Anorexie und Bulimie)  
sind Frauen. BED: 65 % sind Frauen.

# BEISPIEL ALKOHOL

- Ca. 90 % der Frauen und 80 % der Männer weisen einen risikoarmen Konsum auf bzw. sind abstinent.
- In den Konsumkategorien ‚riskant‘, ‚gefährlich‘, ‚Hochkonsum‘ (Frauen: > 80 g, Männer: > 120 g Reinalkohol/tgl.) sind Männer stärker vertreten.
- Einjahresprävalenz Alkoholabhängigkeit: 1,3 % Frauen, 4,8 % Männer.
- Jährlich 40.000 alkoholbedingte Todesfälle, davon sind 76 % Männer.
- 89 % aller Verkehrsunfälle unter Alkoholeinfluss werden von Männern verursacht.
- Jugendliche: Der Alkoholkonsum von jungen Frauen und Männern gleicht sich an. Beim vielen und häufigen Trinken führen jedoch nach wie vor die jungen Männer.

# FOLGEN DES DROGENKONSUMS

nach ICD -10 und DSM IV

- Intoxikationen, Delirien und pathologische Räusche
- Entzugssyndrome
- Schädlicher Gebrauch (Schädigung ohne Abhängigkeit)
- Missbrauch (Konsum trotz psycho - somato - sozialer Probleme)
- Abhängigkeit (körperliche, Verhaltens- und kognitive Phänomene)
- Psychosen
- Demenz

V

DER DROGENKONSUM UND

SEINE FOLGEN FÜR DIE

GESCHLECHTER

# SUCHTVERLAUF: BESONDERHEITEN BEI SÜCHTIGEN FRAUEN

- Unauffälligkeit des Agierens
- Soziale Stigmatisierung besonders groß
- Mangelnde familiäre Unterstützung beim Ausstiegswunsch
- Stabile Sucht-Partnerschaften: 77 %, (Männer 33 %), zusätzlich leben mehr süchtige Frauen als Männer mit ihren Kindern zusammen.
- Re - Viktimisierung durch Schuld- und Schamgefühle  
Psychische Komorbidität
- Prostitutionsrisiken: Geschlechtskrankheiten, HIV-Infektionen, Gewalt
- Biologie: Embryopathie und Teleskopeffekt

# SUCHTVERLAUF: BESONDERHEITEN BEI SÜCHTIGEN MÄNNERN

- Gewalt, Destruktivität, besonders durch Rollentausch bei Reinszenierungen eigener Gewalt- Opfer- Erfahrungen: → hypermaskulines, Täterverhalten = Externalisierung
- Kriminalität und juristische Probleme
- Hohes Risikoverhalten (Morbidity / Mortality)
- Geringe (Psycho-) Therapiebereitschaft
- Ursächliche Gewalt - Opfer - Erfahrungen werden nicht benannt und erkannt

# PSYCHIATRISCHE KOMORBIDITÄTEN

## *Beide Geschlechter*

- Erhöhte Suizidalität
- Komorbiditäten sind bei Suchtkranken und psychisch Kranken eher die Regel als die Ausnahme.
- Höhere Komorbidität für Opioidabhängige als Alkoholiker
- Gewalt ist wichtiger Auslöser für Komorbidität

## *Frauen (Männer)*

- Höhere psychiatrische Komorbidität:  
In Krankenhausbehandlung 38% - 75% (27% - 57%).
- Typisch: Depressionen, Angststörungen (PTSD), Borderline, Essstörungen
- Depressionen meist vor Suchtbeginn (antisoziales Verhalten)

# THERAPIERELEVANTE ERKENNTNISSE, GESCHLECHTERÜBERGREIFEND

*Süchtige mit Gewalterfahrungen in der Kindheit und Jugend weisen einen frühen Suchtbeginn und risikoreiche Konsumformen auf. Viktimisation, hohe Komorbidität und negative Therapieergebnisse sind typisch.*

- Diese Süchtigen profitieren besonders gut von gleichgeschlechtlichen, häufigen und gendersensiblen Therapiekontakten.

# THERAPIERELEVANTE ERKENNTNISSE, GENDERTYPISCH

- Frauen lehnen Behandlungen mit anderen Frauen und durch Therapeutinnen ab.
- Männer entwickeln soziale Fähigkeiten besonders gut in gemischtgeschlechtlichen Gruppen.
- Männer profitieren besonders von strukturierten Gruppen, die auf Kognition zielen und gültige Überzeugungen vermitteln (AA).
- Frauen profitieren von wenig strukturierten Gruppen, die Gefühlsbearbeitung integrieren sowie Selbstbewusstsein und Selbstwirksamkeit stärken.

VI

IST – ZUSTAND

GENDER UND SUCHTKRANKENHILFE

# SUCHTKRANKENHILFE UND GENDER

*Die Suchtkrankenhilfe nimmt traditionell eine abgrenzende Haltung gegenüber der Medizin ein, in Bezug auf Gender verhält sie sich jedoch ähnlich*

- Der überwiegende Teil der Behandlungskonzepte ist genderneutral.
- In Forschung und Praxis sind Männer das bestimmende Geschlecht (Androzentrismus).
- Selbsthilfe- und Therapiekonzepte werden an ihnen ausgerichtet (was früher Sinn machte).
- Süchtige Frauen sind eine besondere Gruppe, ähnlich wie Patienten mit Doppeldiagnosen, Jugendliche.

# PATIENTEN UND MITARBEITER IN DER SUCHTKRANKENHILFE

	Frauen	Männer
In ambulanten Einrichtungen	22 %	78 %
In stationären Einrichtungen	25 %	75 %
Abgeschlossene ambulante, stationäre Entwöhnungen	28 %	72 %
Angehörige	20 %	2 %
Mitarbeiter sind	Beraterinnen Therapeutinnen	Manager Leiter

# IST – ZUSTAND DER SUCHTARBEIT

- Obwohl Männer die Norm sind, entwickelt sich nur vereinzelt eine akzeptierende oder kritisch-aufarbeitende Haltung gegenüber tradierten Konzepten von Männlichkeit. Männergerechte Konzepte sind die Ausnahme.
- Mangelnde Selbstbehauptungsfähigkeit der Frauen und das Durchsetzungsbestreben der Männer reinitiiieren oder schreiben bestehende Abhängigkeits-/ Dominanzverhältnisse fort.
- Männliche und weibliche Helfer und Klienten bleiben in nicht hinterfragten Geschlechterrollen stecken.

# ÄNDERUNG DER GENDER – SICHTWEISEN

- 60er Jahre: Überwindung der Geschlechterschranken durch Koedukation, ohne dass dadurch Gleichheitsansprüche erreicht wurden.
- 70er Jahre: In der feministischen Arbeit Entwicklung *differenztheoretischer* Überlegungen, mit der Aufgabe von Defizitorientierung und kompensatorischer Förderung von Frauen.

# FRAUEN IN DER SUCHTKRANKENHILFE

- Seit 30 Jahren gibt es Frauenangebote: Frauen- und Indikationsgruppen, Frauen-Stationen und Frauenfachkliniken.
- Geschlechtsspezifische ist Frauen-Suchtarbeit. Diese eher geduldeten, ‚alternativen‘ Angebote haben folgerichtig zu einer Abgrenzungsideologie und nicht zur selbstverständlichen Implementierung in die Suchtkrankenversorgung geführt.
- Allgemeine Akzeptanz gegenüber Frauenbelangen bei deren traditioneller Rolle als Mutter.
- Es fehlt die wissenschaftliche Überprüfung der Frauen-Suchtarbeit.

VII

GENDER UND

DIFFERENZIIERTE SUCHTARBEIT

# UNTERSCHIEDE *INNERHALB* EINER GENDERGRUPPE

Je belastender die Lebenserfahrungen,  
desto früher treten seelische Störungen (Sucht)  
auf und desto schwerer sind sie.

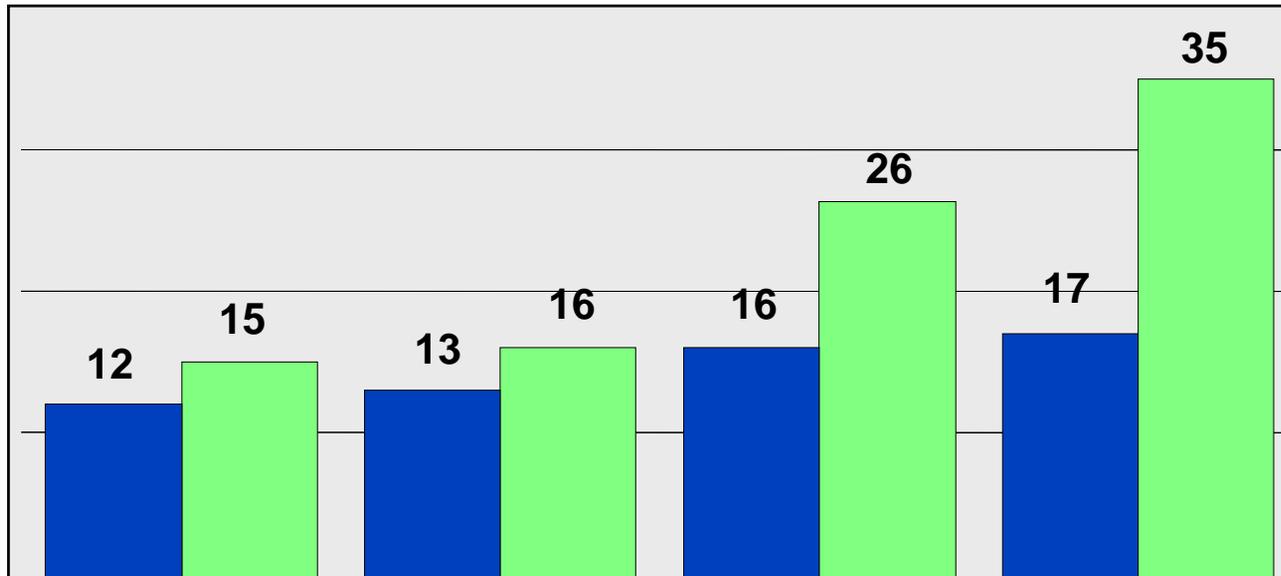
Der Drogengebrauch und Suchtverlauf  
sind abhängig  
von den erfahrenen Kränkungen, die deshalb  
aktiv thematisiert werden müssen.

# GEWALTERFAHRUNGEN VON 908 FRAUEN IN STATIONÄREER REHABILITATION (2002)

	Anzahl	Prozent
Seelische	563	62
Körperliche	482	53
Sexuelle	289	32

# EINSTIEGSALTER NACH SUCHTERKRANKUNG (N = 861)

oberes und unteres Quartil in Jahren



# 74 % der Frauen in stationärer Rehabilitation hatten Gewalterfahrungen

<i>Konsum</i>		<i>Einstiegsalter</i>	
Polysucht:	91 %	- 14 Jahre:	91 %
Illegal:	92 %	15 - 18 Jahre:	79 %
Alkohol + :	88 %	19 - 30 Jahre:	71 %
Alkohol:	67 %	31 - 60 Jahre:	56 %

VIII

GENDER UND DIE ZUKUNFT

DER SUCHTARBEIT

# GENDER – KOMPETENZ

*Die in der Suchthilfe Arbeitenden müssen ihre Einstellung gegenüber Frauen und Männern überprüfen.*

- Reflexion von Frauen - / Männerbildern, Rollenklischees, Wahrnehmungs -, Interaktions – Kommunikationsmustern und der Vor- und Nachteile, die das Frau / Mann-Sein mit sich bringt.
- Sie müssen sich ihrer eigenen Geschlechtlichkeit stellen.
- Sie müssen Gendersensibilität entwickeln.
- Die schon geschlechtsspezifisch Arbeitenden müssen ihre Genderkompetenz hinterfragen.

# GESCHLECHTER - HOMOGENE ANGEBOTE: VON DER PATHOGENESE ..

## *Im Schutzraum / Freiraum*

- Verstehen der geschlechtsbezogenen Diskrepanzerfahrungen und inadäquaten Bewältigungsstrategien.
- Bearbeitung und Wahrnehmung der erfahrenen körperlichen und psycho-sozialen Kränkungen, die mit Scham- und Schuldgefühlen verbunden waren.
- Reflexion der bisherigen, einengenden Geschlechtsrolle.

# .. ZUR SALUTOGENESE

## *Rekonstruktion* von Geschlecht

- Stärkung von Androgynie, d.h. der ausgewogenen Mischung weiblicher und männlicher Eigenschaften in einer Person, mit Würdigung und Respekt beider Seiten
- Aussöhnung mit Ideal- und Realbild.
- Entwicklung einer befriedigenden Geschlechtsidentität
- Steigerung von Selbstakzeptanz- und Selbstwert
- Aber auch: Die Nutzung der Stärken, die in den typischen Rollen liegen.

Dies bedeutet die *Dekonstruktion* der mit Gender verbundenen Überforderungen und Einstellungen.

IX

MÄNNERSENSIBLE SUCHTARBEIT

# ALLGEMEINES ZUR MÄNNER - THERAPIE

- Je stärker die Identitätsstörung ist, desto wichtiger ist es, den Patienten nicht das andere Geschlecht zuzumuten, um zunächst eine stabile Identität aufzubauen. Referenzrahmen ist die Männergruppe.
- Wichtig ist, dass die Mitarbeiter stabil in ihrer Genderrolle verankert sind.
- Schwierig: Gekränkte Therapeutinnen (als Frauen / allein erziehende Mütter).
- Schwierig: Therapeuten in verlängerter Adoleszenz, mit ungelösten Autoritätskonflikten / ‚strafende Väter‘ mit Herrschaftsansprüchen.

# MÄNNER - THERAPIE SOLLTE (nach Koch-Möhr 2005) BEINHALTEN:

1. Anamnese: Vaterfiguren? Passive Gewalterfahrungen?
2. Thematisierung von Sexualität, Potenz, Vaterschaft, Beziehung zu Kindsmutter und Kindern.
3. Berücksichtigung männlicher Gestaltungsaspekte, z.B. Externalisierung, Rationalität, Handlungsorientierung.
4. Einseitig gelebte Männlichkeit ergänzen, z.B. Reflexivität üben, sich aufeinander verlassen üben, Schwächen und Begrenztheit zulassen, Gefühle wahrnehmen lernen (Trauer).
5. Korrektur der Ängste und Abwertungen gegenüber Frauen.
6. Förderung der Körperlichkeit unter Männern: Sport und Körpertherapie (Fußball, Konditionsaufbau, Joggen, ‚Extrem‘ – Wandern).

# FORDERUNGEN FÜR MÄNNER - THERAPIE

1. Die labilen Identitätsfragmente nicht weiter schädigen (Begrüßung: Du – Sie ? Hand geben?)  
Urin - Abgabe: Blick auf Penis, mit herunter gelassener Hose?)
2. Männliche Kern-Identität und Geschlechtsrollen-Identität fördern (Sport, Rudelverhalten, symbolische Wertschätzung des Phallus).
3. Individuelle männliche Identität im therapeutischen Dialog und durch Gruppenaktivitäten erweitern (Androgynie).

# ERKENNTNISSE DER MÄNNER - THERAPIE

## *Rudelverhalten*

- Akzeptanz von Hierarchie wichtig („Rudelordnung“, z. B. Sitzordnung)
- Die Therapeut(inn)en müssen Alpha-Tiere sein

*Körperlichkeit und Körpersprache spielen eine wichtige Rolle,*

- durch sie werden Botschaften vermittelt.
- Kämpferisches Verhalten ist Bestandteil von Männlichkeit (Sport!), dient dem Aggressions- (Kraft-) Abbau.
- Die Sehnsucht nach bestätigendem Körperkontakt wird befriedigt (Fußball).
- Therapeuten müssen Mut zum ‚Anfassen‘ haben, z.B. wenigstens mit Handschlag begrüßen.
- Der Körper ist oft das Einzige, das noch zur Selbstinszenierung zur Verfügung steht (Kleidung, Tätowierungen) und muss Wert geschätzt werden.

# GESCHLECHTERÜBERGREIFENDE GENDER – ANGEBOTE

- Entwicklung von Dialog- und Handlungsfähigkeit,
- zur Förderung des gegenseitigen Verstehens und Lernens,

*um einen respekt- und achtungsvollen Umgang miteinander zu üben.*

# LITERATUR

- FDR-Texte Nr. 4 (2005): Gender Mainstreaming in der Suchthilfe
- ZFG & BISDRO (2004): ‚Von „Trunkenbolden“ und anderen Männern im Rausch‘. Konferenzreader
- Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, Bella Donna (2004): Anforderungen an eine geschlechtsbezogene stationäre medizinische Rehabilitation mit drogenabhängigen Frauen
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle Sucht (2006): Leitfaden zur männerspezifischen Sucht- und Drogenarbeit