

LAGAYA
Stuttgart, 29.11.2010

SUCHT UND GENDER

Christel Zenker, Berlin

THEMEN

1. Gender
2. Gendereinfluss auf Gesundheit und Suchtmittelkonsum
3. Gendereinfluss auf Suchtentwicklungen
4. Diversity Management: Strukturelle und fachliche gendersensible Arbeitsansätze

DIE GENDER - KONSTRUKTION

- „Sex“ ist das genetische oder biologische, „Gender“ das soziale, nämlich erlernte Geschlecht.
- Nach der Geschlechtszuordnung bei der Geburt setzt ein fortwährender Differenzierungsvorgang ein.
- Eltern projizieren ihre Rollenvorstellungen auf die Kinder.
- Die von den Töchtern / Söhnen gezeigten Verhaltensweisen und potentiellen Fähigkeiten werden geschlechtstypisch unterstützt oder unterbunden.

WORLD VISION 2007

8 - 11 Jährige, N = 1.592

- Weniger Mädchen als Jungen konsumieren Medienangebote (18% : 82%)
- Weniger Mädchen als Jungen üben Gewalt aus (6% : 15%)
- Eltern streiten mit Mädchen vor allem ums „Aufräumen“, mit Jungen vor allem um „Schule“.
- Signifikant weniger Mädchen als Jungen erhalten regelmäßig Taschengeld und sie erhalten weniger.

GENDER WIRKT GESELLSCHAFTLICH UND INDIVIDUELL

- Es existieren genderabhängige kulturelle Übereinkünfte und gesellschaftliche Normierungen: Typisch Mädchen / Frau - typisch Junge / Mann, mit vielen Facetten. Diese Übereinkünfte sind zeitabhängig und werden geprägt von sozialer Lage, Alter, Ethnizität.
- Gender prägt das Individuum bezüglich seiner Identität, Handlungs-, Denk- und Gefühlsmuster.
- *Gender kann dekonstruiert werden! (J. Butler)*

GENDER MAINSTREAMING (GM)

- 1995 verpflichteten sich die UN, 1996 die EU und 1999 die Bundesregierung, GM als Querschnittsaufgabe und Leitprinzip zu fördern.
- „Mainstreaming“ bezeichnet einen fortlaufenden politischen Prozess. GM heißt, bei allen Maßnahmen, von der Planung bis zur Evaluation, die Ausgangsbedingungen und Auswirkungen auf die Geschlechter zu berücksichtigen (Top Down-Strategie).
- Die Federführung liegt beim BMFSFJ.

Gendereinfluss auf Gesundheit und Suchtmittelkonsum

GENDEREINFLUSS AUF GESUNDHEIT

Gender beeinflusst

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

DER EINFLUSS VON SEX UND GENDER AUF GESUNDHEIT

Männliches Geschlecht

- Mehr Totgeburten und höhere Säuglingssterblichkeit, Entwicklungs- und Verhaltensstörungen
- Mehr Suizide
- Lebenserwartung 2006 geborener Jungen: 76 J.

Weibliches Geschlecht

- Lebenserwartung 2006 geborener Mädchen: 82 J.
- Frauen erleiden seltener als Männer Herzinfarkte, die Herzinfarkt - Sterberate ist bei ihnen aber höher.
- Mehr Suizidversuche

FRAUEN KONSUMIEREN MEDIKAMENTE..

- .. weil sie, biopsychologisch begründet, im Vergleich zu Männern, mehr und stärkere Schmerzen haben: Zahn-, Kopf-, Rücken-, Bauchschmerzen und Schmerzen, die sich keiner bestimmten Körperregion zuordnen lassen.
- .. weil sie seelische Belastungen sensibler als Männer wahrnehmen, diese aber in sich hinein-fressen.
- Die Schmerzmitteleinnahme bei Frauen zwischen 20 und 40 Jahren ist etwa doppelt so hoch ist wie bei Männern und verringert sich mit zunehmendem Alter.

BEGRIFFE

- 1 Drink = 1 alk. Getränk hat ca. 10 g Reinalkohol: 0,25 l Bier; 0,1 l Wein; 0,02-0,04 l Spirituosen.
- *Riskanter Konsum*: Frauen / Männer: 20 - 40 / 40 - 60 g Alkohol tgl. Ohne körperliche Folgeschäden
- *Gefährlicher Konsum*: Frauen / Männer: 40 - 80 / 60 - 120 g Alkohol tgl. Eventuell körperliche Folgeschäden
- *Hochkonsum*: Frauen / Männer: >80 / >120 g Alkohol tgl. Körperliche Folgeschäden sicher
- *Keine eigenen Grenzwerte für Jugendliche*
- *Alkoholabhängigkeit* = seelische Erkrankung
- Binge - Drinking, Rauschtrinken, Komasaufen, Kampftrinken. 4 / 5 (Frauen / Männer) oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit

KONSUM UND SUCHT

(18 - 64jährige Männer) (DHS 2010)

Männer stellen ..

- 57% aller abhängigen Raucher
- 71% aller Alkoholabhängigen
(Der Anteil alkoholbedingter an allen Todesfällen (35 - 65 J.): bei Männern 25%, bei Frauen 13%)
- 66% aller Cannabisabhängigen
- 75% aller Konsumenten anderer illegaler Drogen.
- 73% der ambulant betreuten KlientInnen mit problematischem Glücksspielverhalten.

KONSUM UND SUCHT (18 - 64jährige Frauen)

Frauen stellen ..

- 66% aller Medikamentenabhängigen
- 90% aller Essgestörten
(Anorexie und Bulimie)
- 65% bei den atypischen Essstörungen
(BED)

INANSPRUCHNAHME DER SUCHTKRANKENHILFE

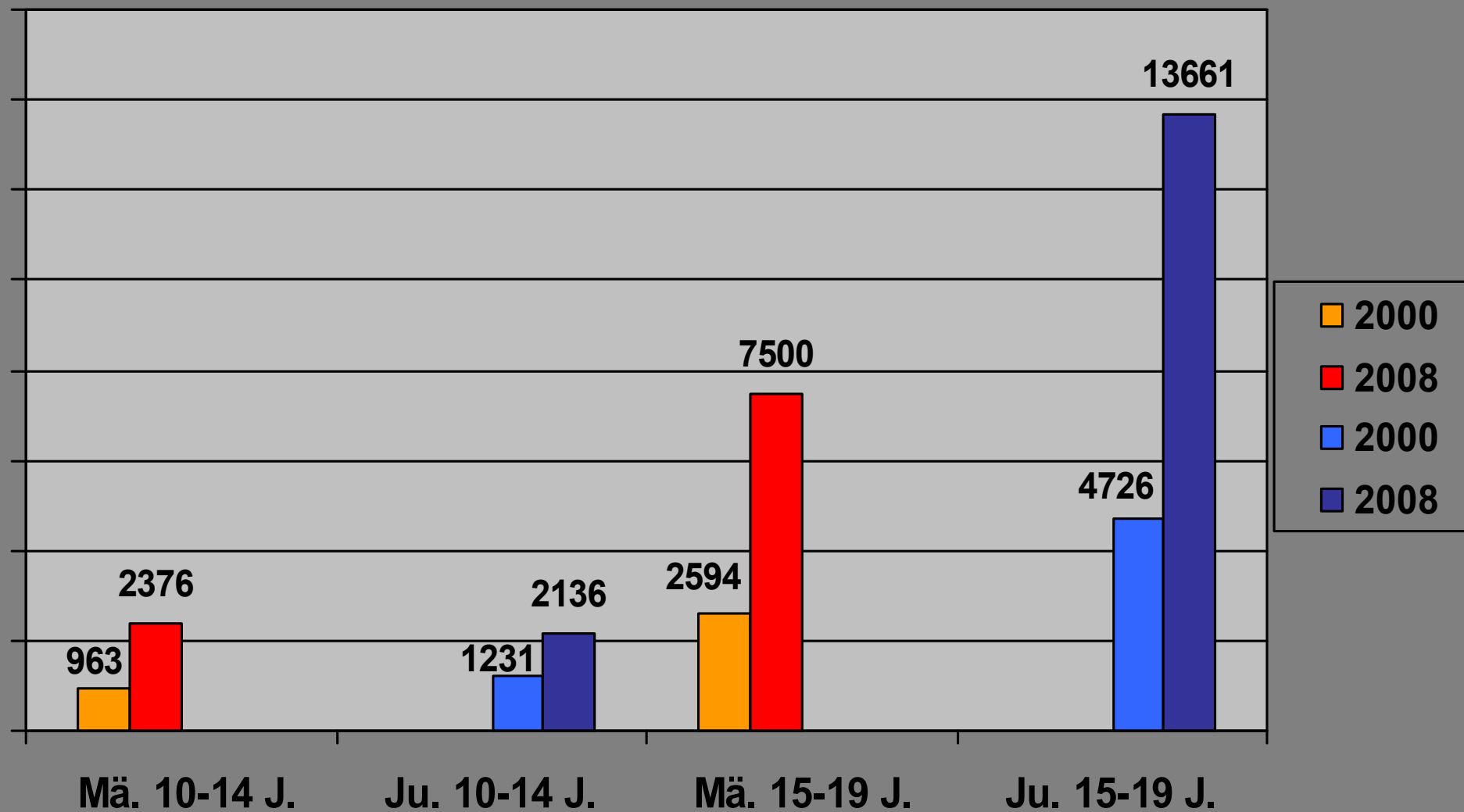
	Frauen	Männer
In Einrichtungen		
ambulant	22%	78%
stationär	25%	75%
Abgeschlossene Entwöhnungen		
ambulant	28%	72%
stationär	19%	81%
Angehörige	91%	9%

ALKOHOLKONSUM 12 - 17 Jährige (BZgA 2010)

	Mädchen (%)		Jungen (%)	
	2004	2008	2004	2008
riskanter Konsum Mädchen 20 - 40 g Jungen 40 - 60 g	8,0	5,8	6,8	6,6
gefährlicher Konsum Mädchen 40 - 80 g Jungen 60 - 120 g	1,1	1,5	2,9	2,5
Binge Drinking mind. 1x / Monat	18,7	17,7	26,3	23,0
Binge Drinking mind. 1x / Woche	3,9	4,0	9,1	7,6

Stationär behandelte Alkoholintoxikationen

Stat. Bundesamt 2010



RAUCHEN 11 – 17 Jährige

KIGGS -Studie (2003-2006) N = 17.641; 0 - 17 Jährige

- Zwischen dem 12.-15. Lebensjahr rauchen mehr Mädchen als Jungen täglich, ab dem 16. Lebensjahr mehr Jungen.
- Mädchen gehören seltener zu den stark Rauchenden (> 10 Zig./Tag):
Mädchen 6,0%; Jungen 8,5%

ESSVERHALTEN

KIGGS 2007 (2003-2006; N = 17.641; 0-17 Jahre):

- Mehr Mädchen als Jungen (11-17 J.) zeigen ein auffälliges Essverhalten (29% : 15%).
- Verdachtsfälle bei Mädchen nehmen in der Adoleszenz zu, bei Jungen ab.

GA Bremen 2009 (N = 602; 12-17 Jahre) :

- Mehr Mädchen als Jungen zeigen ein gestörtes Essverhalten (24% : 11%)
- hielten sich für zu dick (47% : 35%)
- hatten Diäterfahrungen (35% : 16%).

Gendereinfluss auf Suchtentwicklungen

GENDER - RISIKEN JUNGEN / MÄNNER

Klassische Männlichkeitskonstruktion

- Dominanzstreben
- Überforderung durch gefordertes Stark-Sein
- Instrumentell / funktionell geprägtes Selbst- und Körperkonzept: Rationalität ↑, Kontrolle ↑, Emotionalität ↓.
- Positive Erwartungshaltung an Drogen (Doing Gender):
 - ✓ Gewaltbereitschaft wird erhöht, Angst überwunden, Verletzlichkeit verborgen.

Marginalisierte Männlichkeiten

- Mangel an Dominanz; keine Chance der Teilhabe
- Fehlender Vater

Neue Männlichkeiten

- Alternative Lebensentwürfe (Verzicht auf Drogen?)

GENDER - RISIKEN MÄDCHEN / FRAUEN

Klassische Weiblichkeitskonstruktion

- Wenig Selbstwertgefühle, mangelnde Identität.
Vernachlässigung eigener Bedürfnisse zugunsten Anderer: Verständnis, Anspruchslosigkeit, Passivität,
- Mangelnder Einfluss / Ohnmachtserfahrungen
- Dem Freund / Partner gefallen wollen

Weiblichkeitskonstruktion heute

- Manipulation des Körpers
- Demonstration von Emanzipation, Cool - Sein
- Mehrfachbelastungen durch Teilhabe an materiellem / immateriellem Erfolg *und* Erfüllung traditioneller Rolle:
 - ✓ Verlust von Freiräumen
 - ✓ Verlust schützender weiblicher Eigenschaften

BEISPIEL RAUCHEN

- Rauchen gilt bei Mädchen / Frauen als sichtbares Zeichen der Teilhabe an männlichen Privilegien
- Rauchen steht für Selbstbestimmtheit und Unabhängigkeit
- Symbolische Bedeutung des Rauchens: Erotik

„You’ve come a long way, baby“
(1968, Philip Morris: Virginia Slims)

BEWERTUNG DES ALKOHOLKONSUMS

(LANDOLT, ZÜRICH; 5.10.10)

Jungen

- keine Erklärung bzgl. des Alkoholkonsums nötig
- Heldengeschichten, eigene Stärke wird fokussiert
- Gewinner von Trinkspielen

Mädchen

- Keine Heldinnengeschichten
- Alkoholkonsums muss erklärt werden, weil das zu viel Trinken als Normüberschreitung gilt.
- Entschuldigungen: Nicht wissen, wie..
- Alkoholkonsum kann sauber oder schmutzig sein.

BEWERTUNG DES ALKOHOLKONSUMS

(JAH - Studie Berlin (2009): 65 Mä., 113 Ju.; 60% 11-17 J. alt)

- Mädchen befürworten zu einem höheren Prozentsatz als Jungen alkoholfreie Partys.
- Mädchen fühlen sich generell öfter als Jungen durch alkoholbedingtes Verhalten sowohl bei Jungen wie Mädchen gestört.
- Jungen schreiben dem A. häufiger pos. Wirkungen zu als Mädchen. „Alkohol verbindet, macht Freunde“ (35% Ju., 24% Mä.)
- Jungen werden für grenzüberschreitendes Verhalten kritisiert, Mädchen für ihr normüberschreitendes.

WENN MÄDCHEN BETRUNKEN SIND (JAH – STUDIE)

In dieser Kategorie fallen die Bewertungen (von beiden Geschlechtern) besonders negativ aus

- „Machen Sachen, die sie später bereuen“
- „Lassen sich schneller als sonst von Jungen anmachen, lassen sich anfassen, ziehen sich vor Jungs aus“
- „Sie verhalten sich wie Dreck“
- „Sie verhalten sich nuttig“
- „Sie werden zu Schlampen“

ALKOHOL + PROBLEME IFT 2003, SchülerInnen 9.+10. Klasse	Jungen (%)	Mädchen (%)	HS (%)	GY (%)
Unfall, Verletzung	9,4	6,3	9,3	6,5
Balgerei, Kampf	7,4	2,1	6,4	2,7
Sex mit nachfolgender Reue	6,7	7,4	8,1	4,6
Sex ohne Kondom	3,8	4,2	5,2	2,5
Probleme Polizei	4,5	1,4	4,1	1,8

Gendereinfluss auf Suchtentwicklungen

SUCHTENTWICKLUNGEN

Jugendliche mit riskanten Konsummustern

- beenden diese i. d. R. mit der Übernahme der Erwachsenenrolle.
- Sie setzen diese Konsummuster fort, wenn ihre bisherige Biographie von problematischen Entwicklungen oder traumatischen Ereignissen begleitet war und keine protektiven sozialen Netzwerke kompensatorisch wirken konnten.

(Thomasius 2003)

SPÄTE UND FRÜHE SUCHTENTWICKLUNGEN

1. Spät im Leben: Der Konsum steigert sich über lange Zeit. Bestehende Probleme sind anders nicht lösbar. Soziale Aufgaben werden noch viele Jahre (eingeschränkt) erfüllt.
2. Früh im Leben: Risikofaktoren, die die Persönlichkeitsentwicklung nachhaltig stören, führen in kurzer Zeit, oft noch in der Jugend, zur Sucht.

SUCHT – URSACHEN

- Negative soziale Faktoren in der Kindheit: schlechtes Bildungsniveau, negative Einkommensverhältnisse, negative Kindheitsereignisse.
- Hoher Entwicklungsstress, anhaltendes Leistungsversagen, Peer Group als Familienersatz.

FAMILIÄRE RISIKOFAKTOREN

- Vernachlässigung
- Erziehungsstil: übermäßige Härte, Aggressivität
- Mangelnde emotionale Tragfähigkeit
- Inkonsistentes, widersprüchliches Erziehungsverhalten
- Verlusterlebnisse, Fremdunterbringung
- Sucht in der Familie
- Psychische, körperliche, sexuelle Gewalterfahrung

MÄDCHEN INTERNALISIEREN, JUNGEN EXTERNALISIEREN

Mädchen: Störung der emotionalen Entwicklung

- Unsicheres, ängstliches, reizbares Verhalten, sozialer Rückzug, Selbstwertprobleme, selbstverletzendes Verhalten. Heimlicher Konsum von Alkohol und Medikamenten, Essstörungen (Bulimie, Adipositas), Somatisierungsstörungen. Seelische Störungen (depressive, Angststörungen).

Jungen: Verhaltensstörungen

- Risikoreiches Verhalten, Aggression, ADHS, Dissozialität, emotionale Ausbrüche, Schulversagen

ALKOHOLABHÄNGIGKEITSRISIKO (OR)

EDSP: N=3021; 14 – 24J. (Lachner & Wittchen (1997))

Eltern mit Alkohol- Problemen	Männliche Probanden	Weibliche Probanden
Nur Vater	2.01 **	8.69 ***
Nur Mutter	3.29 ***	15.94***
Beide Elternteile	18.77 ***	28.00 ***

** : $p < .01$; *** : $p < .001$.

BETREUERBEFRAGUNG

GA Bremen (2008): JUGENDLICHE MIT SUCHTPROBLEMEN
(196 ♂, 92 ♀. 12-19 J.)

(Prozentangaben)	Mädchen	Jungen
Lern- und Leistungsschwierigkeiten	64	73
ohne Eltern aufgewachsen	38	20
Körperliche, sexuelle Gewalterfahrungen	46	34
Suizidversuche	24	7
Psychische Probleme: Ja	69	41
weiß nicht	11	25

JUGENDLICHENBEFRAGUNG

BMG (2009): GENDERSPEZIFISCHE ANFORDERUNGEN AN DIE SUCHTHILFE (75 ♂, 28 ♀. 13 - 22 J.)

(Prozentangaben)	Mädchen	Jungen
Ich wohne nicht mehr zu Hause	57	36
Ich habe Körperverletzungen begangen	54	76
Ich war vor Gericht wegen Gewaltstraftaten	36	48
Ich war Opfer von Körperverletzungen innerhalb der Familie	14	7
Ich habe Essstörungen	21	5
Psychische Beschwerden (SCL-K-9)	89	82

74% DER FRAUEN IN MED. REHABILITATION HABEN GEWALT ERLEBT (BIS ZUM 16. LBJ.)

Einstiegsalter in die Sucht	Anteil Frauen mit Gewalterfahrung
- 14 Jahre	91%
15 - 18 Jahre	79%
19 - 30 Jahre	71%
31 - 60 Jahre	66%

GEWALT BIS ZUM 16. LBJ. BEI MÄNNLICHEN OPIATABHÄNGIGEN

sexuelle Gewalt	25 – 40%
physische Gewalt	ca. 30%

Schmidt (2000), Schäfer et al. (2000)

FOLGEN VON GEWALTERFAHRUNGEN BEI SÜCHTIGEN MÄNNERN

- Stereotypen: Jungen sind stark + weinen nicht
- Schwach zu sein, dem männlichen Idealbild nicht zu genügen, führt zu Selbstvorwürfen. Ablehnung der als weiblich empfundenen Opferrolle durch hypermaskulines, aggressives, machohaftes Verhalten
- Männern fällt es schwerer als Frauen über Gewalterfahrungen zu sprechen, Helfern fällt es schwer, danach zu fragen.

*Hohes Maß an Suizidalität, Depression,
Angstsymptomatik, PTSD*

(vgl. S. Kuhn 2003)

SUCHTVERLAUF FRAUEN

- Unauffälligkeit des Agierens
- Soziale Stigmatisierung besonders groß
- Prostitutionsrisiken: Geschlechtskrankheiten, HIV-Infektionen, Gewalt
- Psychische Komorbidität
- Stabile Sucht-Partnerschaften (77%); (Männer 33%)
- Zusammenleben mit Kindern
- Mangelnde familiäre Unterstützung beim Ausstiegswunsch
- Embryopathie

SUCHTVERLAUF MÄNNER

- Drogen und Gewalt
- Hohes Risikoverhalten (Morbidität / Mortalität)
- Juristische Probleme
- Geringe (Psycho-) Therapiebereitschaft
- Ursächliche Gewalterfahrungen werden nicht benannt, nicht erfragt und nicht erkannt.

GENDERSPEZIFISCHE THERAPIE - BESONDERHEITEN

- Frauen lehnen (anfänglich) 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 (z.B. AA).
- Frauen profitieren von wenig strukturierten Gruppen, die Gefühlsbearbeitung integrieren sowie Selbstbewusstsein und Selbstwirksamkeit stärken.

GENDERSPEZIFISCHE THEMEN ?

- Die bisher in der Frauen- bzw. Männertherapie als geschlechtsspezifisch reklamierten Themen gehen beide Geschlechter an: Rollenverständnis, Gewalt, Beziehungen, Sexualität, Körperlichkeit Kommunikation, Elternschaft, Beruf.

*Nicht die Themen sind geschlechtsspezifisch,
sondern jedes Thema muss gendersensibel
bearbeitet werden.*

**Diversity Management:
Strukturelle und fachliche
gendersensible Lösungen**

DIVERSITY MANAGEMENT (DM)

- Beim DM werden die Unterschiede zwischen den Menschen in einer Organisation akzeptiert und genutzt, wodurch deren Zufriedenheit wächst und damit Leistung und Ergebnisqualität der Arbeit positiv beeinflusst wird.
- Gemeint sind äußerlich wahrnehmbare Unterschiede: ethnische Herkunft, Geschlecht, Alter, körperliche Behinderung und subjektive Unterschiede: weltanschauliche, religiöse, sexuelle Orientierung und Lebensstil: individuelle soziale Lage (*Stockdale, Crosby 2004*).
- Die Beachtung der Vielfalt kann einerseits als Methode zur Überwindung von Ungerechtigkeiten / Benachteiligungen gesehen werden, andererseits als Nutzung des individuellen oder Gruppen-Beitrags für die Organisationsziele. (*Clutterbuck, Ragins 2002*).

STRUKTURELLE ANSÄTZE

BMG (2009): GENDERSPEZIFISCHE ANFORDERUNGEN AN DIE SUCHTHILFE

1. Genderkompetenz in Aus-, Weiterbildungen
2. Gendersensible, interkulturelle Konzepte, DM
3. Präventive Hilfen so früh wie möglich: Jugendschutz.
Kooperationen zwischen Jugend- / Suchthilfe, KiGa,
Schule, Polizei, Medizin
4. Bei Suchtproblemen: Kooperationen zwischen den
Beteiligten, mindestens: Entgiftung, Jugendhilfe, Kinder-
/ Jugendpsychiatrie, Suchthilfe
5. Suchtbelastete Familien, Eltern früh erreichen
6. Ausreichende Angebote, auch für Jungen

GENDER - IMPLEMENTATION

1. Top Down: Gender als Querschnittsaufgabe, Überdenken und Änderung der bestehenden politischen, institutionellen Überzeugungen. ‚Mainstream‘: Verankerung auf allen Ebenen.
2. Bottom Up: Gender als Integrationsprozess in der Arbeit mit Klienten / Patienten. Die generelle politische/institutionelle Überzeugung bleibt (zunächst) unangetastet.

INSTITUTIONELLE GENDERSENSIBILITÄT

Infrastruktur

- Geschlechterdemokratie / Hierarchien
- Stellenbesetzung
- Teilzeit-, Vollzeitbeschäftigung

Leitbilder / Konzepte

- Außendarstellung
- Berücksichtigung der Bedürfnisse und Ansprüche von weiblichen und männlichen Patienten: Zugangswege, Angebote (Unterbringung, Therapie, Sport, Arbeit ..)

Evaluation

- Gender Berücksichtigung auf allen Evaluationsebenen: Strukturen, Konzepte, Personal, Patienten

CHECKLISTE GENDERPERSPEKTIVE

1. Problemdefinition
 - Werden die Probleme geschlechtsspezifisch erfasst?
2. Lösungsstrategie
 - Werden die Lösungen geschlechtsspezifisch entwickelt (von Mitarbeiter- , für Adressaten)?
3. Umsetzung
 - Projektorganisation: Sind „weiblicher“ und „männlicher“ Blick vertreten?
 - Werden Mädchen- (Jungen-) anliegen gerecht und sensibel berücksichtigt?
4. Überprüfung
 - Erfolgt die Dokumentation und Auswertung der Zugänge, Erfolgs-, Abbruchquoten und Zielerreichung geschlechtsspezifisch? Werden die Erfahrungen weiblichen /männlichen Projektmitarbeiter evaluiert?

GENDERFACHLICHKEIT

Genderkompetenz und Gendersensibilität kann in Aus-, Fort- und Weiterbildungen, Teamgesprächen und in der Supervision entwickelt werden.

- Reflexion der eigenen Geschlechtlichkeit
- Reflexion der Einstellung gegenüber anderen Frauen und Männern
- Die schon geschlechtsspezifisch Arbeitenden müssen ihre Genderkompetenz hinterfragen

REFLEXION DER EIGENEN GESCHLECHTSIDENTITÄT

- Welches Bild habe ich als Frau / Mann von mir (erfolgreich, stark, schwach, begehrenswert, wertvoll)? Wäre ich gern anders?
- Waren meine Eltern mit mir als Tochter / Sohn zufrieden? Wurde ich meinen Fähigkeiten entsprechend gefördert oder wurde mir etwas verwehrt? Wurde ich gekränkt?
- In welcher Weise beeinflussen eigene Erfahrungen meine Sicht auf Mädchen/ Frauen, Jungen/Männer?

EINSTELLUNG GEGENÜBER KLIENT(INN)EN UND KOLLEG(INN)EN

- Was weiß ich vom anderen Geschlecht?
- Kann ich das Anders-als-ich-selbst-Sein von Frauen, Männern ertragen?
- Was ruft meine Akzeptanz, Ablehnung oder Wut hervor?
- Ist mein Verhältnis von Neid, Konkurrenz geprägt?
- Von welchem Geschlecht lasse ich mir mehr bieten?
- Bei welchem bin ich unterwürfiger?
- Welches Geschlecht nehme ich ernster als das andere?

VORBILDFUNKTION

Die positive Verankerung in der Geschlechtsrolle ist Vorbedingung für Professionalität.

Prävention, Beratung und Therapie werden negativ beeinflusst, wenn Fachkräfte ..

- vom eigenen oder anderen Geschlecht frustriert oder gekränkt wurden (Ablehnung, Wut, Identifikation)
- ungelöste Autoritätskonflikte in die Arbeit tragen
 - keine professionelle Distanz, fixierte Adoleszenz
 - Herrschaftsansprüche durchsetzen (strafender Vater, überfürsorgliche Mutter)

REFLEXION

PROFESSIONELLEN VERHALTENS

*Unterschiede im Verhalten gegenüber Klientinnen / Klienten
in Bezug auf ..*

- Vormachtstellung
- Regelverletzungen
- Sprache
- Haltung bei körperlicher oder seelischer Gewalt
- Sexistische Provokationen oder sexualisiertes Verhalten
- Akzeptanz der jeweiligen Genderausprägung oder sexuellen Ausrichtung
- Berücksichtigung von Schamgefühlen
- Partnerschaften: KlientInnen untereinander, im Kollegenkreis, zwischen KlientInnen und KollegInnen

EINZELARBEIT

- Erfahrungen als Mädchen (Junge)
- Erfahrungen mit Mutter und Vater
- Eigenbild - Idealbild
- Sexualität
- Einstellung / Verhalten gegenüber dem eigenen und anderen Geschlecht
- Rolle als Freund/ Freundin, Partnerin / Partner
- Aktive und passive Gewalterfahrungen

GLEICHGESCHLECHTLICHE GRUPPEN

Schutz und Freiraum gewähren

- Reflexion der bisher gelebten Geschlechtsrolle
- Überwindung eines einengenden Rollenverständnisses: Alternativen anerkennen
- Ressourcen spürbar machen
- Solidarität spüren
- Tabuisierte, schambesetzte Themen und Kränkungen ansprechen und offenbaren: Gewalterfahrungen, gleichgeschlechtliche Liebe, Kontrollverlust, (ungewollter) Sex

FORDERUNGEN MÄNNER DROGEN - 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).

GENDER - THEMEN IN GEMISCHTGESCHLECHTLICHEN GRUPPEN

Bei ausgewogenem Geschlechterverhältnis und
ausreichend stabiler Gender-Identität:

- Gemeinsame Reflexion gesellschaftlicher
Genderkonstruktionen
- Entwicklung von Dialog- und
Handlungsfähigkeit
- Förderung gegenseitigen Verstehens und
Lernens
- Erprobung der neu-definierten Geschlechtsrolle

WAS BRINGT GENDERSENSIBLES ARBEITEN?

- Bedürfnisse der MitarbeiterInnen werden berücksichtigt, flexiblere Arbeitsbedingungen
- Abwendung von der symptomorientierten Arbeit
- Größeres Verständnis für die KlientInnen und KollegInnen
- Zielgenaueres Arbeiten
- Nachhaltigere Ergebnisse
- Mehr Arbeitszufriedenheit

LITERATUR FÜR DIE GENDERARBEIT

Zenker C (2009). Gender in der Suchtarbeit.
Anleitung zum Handeln. Hrsg: fdr-Texte #9.
Neuland

Im Fachbuchhandel oder
über den „Fachverband Drogen Rauschmittel
(fdr)“ Tel.: 0511 / 18333 bestellen.

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

Zenker C, Bammann K & Jahn I (2002). Genese und Typologisierung der Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung, Bd. 148. Baden-Baden: Nomos.

Schu M, Tossman P, Zenker C, Stolle M (2009): Geschlechterspezifische Anforderungen an die Suchthilfe – Gender Mainstreaming in der Suchttherapie von Jugendlichen. Abschlussbericht.

Zenker C (2009): Gendertypische Aspekte von Konsum und Missbrauch. In: Thomasius R, Schulte-Markwort M, Küstner UJ, Riedesser P (Hrsg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter Schattauer: Stuttgart, New York

Zenker C (2009): Vorträge/Fortbildungen/Veröffentlichungen: München (Condrobs), Augsburg (Landeszentrale für Gesundheit in Bayern), Berlin (DHS-Tagung), Hannover (Fachtagung, Ev. Jugend)