

Dipl. Psychologe Rainer Koch-Möhr,
Leiter der Fachklinik Flammersfeld
Bergstr.2-4
57632 Flammersfeld-Rott
Tel.: 02685 – 953014
mailto: Rainerkm@t-online.de

Praxis der zielgruppenorientierten Suchtarbeit: Zielgruppe polytoxikomane Männer

Referat zum 29. BundesDrogenKongress des fdr in Potsdam, 22.-23. Mai 2006

Guten Tag meine Damen und Herren

mein Name ist Rainer Koch-Möhr. Ich bin Diplom-Psychologe und Leiter der Fachklinik Flammersfeld. Die Klinik liegt im Westerwald und behandelt ausschließlich polytoxikomane Männer. Ich freue mich, Ihnen heute etwas über unser männerspezifisches Konzept und meine Alltagserfahrungen im Umgang mit der Thematik berichten zu können.

Vorab etwas Information über mich:

Meinen beruflichen Weg habe ich als Streetworker begonnen, mein Klientel waren damals rechtsradikale junge Heranwachsende, ausschließlich Männer. Danach habe ich mehrere Jahre lang in der therapeutischen Heimerziehung gearbeitet, in einem hochspezialisierten Heim für dissoziale männliche Jugendliche und Heranwachsende.

Später war ich in einer Erziehungsberatungsstelle tätig (als einziger Mann mit 4 Kolleginnen), habe Supervisionen und Fortbildungen im Heim- und Schulbereich durchgeführt, war in der Familienbildung für Kurse für Eltern und Erwachsenen beiderlei Geschlechter zuständig.

Meine Tätigkeit im Suchtbereich begann mit der Leitung einer kurzzeittherapeutischen Fachklinik für Drogenabhängige, gemischtgeschlechtlich besetzt. Wenn ich „gemischtgeschlechtlich“ sage, bedeutet dies, daß höchstens 20% Frauenanteil in der Patientenschaft war. (Man kann das auch als „organisierten Mißbrauch“ bezeichnen, ich kann dies heute nicht mehr fachlich rechtfertigen).

Danach arbeitete ich in der Forensik, der Gefängnispsychiatrie, ausschließlich mit polytoxikomanen Männern, die nach §64 untergebracht waren.

Im Anschluß habe ich eine gemischtgeschlechtliche Übergangseinrichtung für polytoxikomane Patientinnen und Patienten geleitet, bevor ich meine jetzige Tätigkeit als Leiter der Fachklinik Flammersfeld begann, wo ausschliesslich männliche drogenabhängige Patienten behandelt werden.

Als Leiter dieser Fachklinik, die seit 2 Jahren neben dem oft mühsamen Alltag ein männer - spezifischer Behandlungskonzept entwickelt, möchte ich Ihnen gerne einige Erfahrungen erzählen, mit Bezug zum Geschlecht der Patienten und zum Geschlecht der behandelnden Fachleute. Ich würde mich freuen, wenn Sie daraus einige Impulse ziehen können.

A. Geschlechtsspezifische Krankheitsmerkmale

Ich will zuerst einmal **klassisch-medizinisch** beginnen.

Sucht ist eine schwere Krankheit, die bei Männer andere Formen annimmt als bei Frauen. Nach Geschlecht verschieden sind Infektionswege, Krankheitsverläufe und Heilungswege. Wir vermuten unterschiedliche Empfindlichkeiten (Kränkbarkeit) der Geschlechter. Sucht ist zuvorderst eine Krankheit von Seele und Gehirn, und letzteres scheint bei Frauen, völlig anders zu sein als bei Männer! Manche Süchte treten fast nur bei Männern auf, manche nur bei Frauen. Es gibt besondere Risikogruppen, die kaum erforscht sind, wie etwa deutsch-russische männliche Migranten mit defizitären aktiven Sprachkompetenzen.

Neuerdings generalisieren einige „Erreger“ und wirken sowohl auf Männer wie Frauen, krankmachend, d.h. wir erleben teilweise eine emanzipative Egalisierung der Suchterkrankungen (Nikotin, Alkohol, Tabletten).

Auch Begleiterkrankungen (Parallelinfekte, Folgeerkrankungen) sind je nach Geschlecht unterschiedlich. Manche Begleiterkrankungen verteilen sich aber auch geschlechts - übergreifend, wie etwa Hepatitis C, HIV, körperl. Zusatzschäden, Methadonabhängigkeit, Sekundäralkoholismus. Auch die Verwahrlosungstendenz und die Verrohung der Gemüter generalisieren, schwere psychische drogeninduzierte Syndrome gleichfalls.

Mittlerweile setzt sich fachlich langsam die Erkenntnis durch, dass neben einer generalisierten Suchtbehandlung (sozusagen Breitband-Antisuchttherapie) eine geschlechtsspezifische Behandlung nötig ist, um Heilungschancen zu optimieren und dauerhafter zu sichern.

Das hat sowohl mit neuen biochemischen Erkenntnissen zur Geschlechtsspezifität zu tun, aber von allem mit neu erkannten nosologischen Zusammenhängen.

Mittlerweile wissen wir, dass der Polytoxikomanie eine schwere Erkrankung der Identitätsentwicklung und des Selbst vorausgehen. Früh schon gibt es im kindlichen Leben der Drogenkranken schwere Infektionen und Störungen der Gesundheit im Bereich der Geschlechtsidentität, der Selbstwertregulation und des Selbstgefühls als kohärente Größe. Diese wird selten pädiatrisch diagnostiziert und bleibt unbehandelt. Die davon Erkrankten versuchen dies später mit Suchtstoffen oft in Verbindung mit Gewalt und Kriminalität selbst zu heilen, chronifizieren so aber weiter.

Kurz: „Doing gender by doing drugs“ besänftigt zeitweise den Schmerz der beschädigten, defizitären Identität des Jungens, führt mittelfristig aber zu schweren Gesamtschädigungen des Organismus, wie so oft bei nur prothetischer Krankheitsbehandlung. (Nebenbei: Sehr deutlich sichtbar z. Zt an den Auswirkungen der Methadon-Substitution.)

Zu beachten ist noch Folgendes: Die Behandlung der geschlechtsspezifisch wirksamen Suchtkrankheit birgt auch unterschiedliche Risiken für die Behandelnden, je nach Geschlecht.

Und hier möchte ich das etwas scherzhaft medizinalisierte Modell verlassen und aus unserer klinischen Erfahrung, aber auch aus meiner Erfahrung als Reisender zu Vorträgen oder Besuchen bei Drogenberatungsstellen, Kliniken, Entgiftungen erzählen.

B. Die Tabuisierung des männlichen Geschlechts in der Suchtarbeit

Wir arbeiten als Männer und als Frauen in der Fachklinik Flammersfeld mit suchtkranken Männer und suchten einen männerspezifischen Behandlungsansatz, da wir realisierten, daß fast ausschliesslich Arbeitserfahrungen mit suchtkranken Männern vorlagen. Es bestanden aber lange **Widerstände**, das Thema „Männerspezifik“ und „Genderperspektive“ überhaupt ernst zu nehmen. Kaum ein Mitarbeiter oder Mitarbeiterin machte sich selbstständig Gedanken, was dieser männerspezifische Ansatz, die Gender - Perspektive, für die eigene Arbeit bedeuten könnte.

Fachleute, Mediziner wie TherapeutInnen, die schon Jahrzehnte fast ausschliesslich mit suchtkranken Männer arbeiten, hatten sich noch nie mit den Besonderheiten der männlichen Entwicklung in diesem Zusammenhang befasst, geschweige denn mit der Entwicklungspsychologie von Männern.

Nebenbei keine Seltenheit: Ich habe 1 Jahr in der Forensik gearbeitet, mit schwer suchtkranken männlichen Straftätern, ohne dass in Supervision, Fallbesprechung, Gutachten das männliche Geschlecht der Behandelten überhaupt als Variable im Bedingungsgefüge in Betracht gezogen wurden.

Männliche Kollegen – so meine Erfahrung - nehmen an, dass sie das eigentlich schon alles wissen und besserwissen, weil sie ja selber Männer sind.

Weibliche Kolleginnen - (Zahlenmäßig weit überwiegend in der Suchtarbeit) eignen sich generell auch keine Kenntnisse zur männlichen Sozialisation/Entwicklungspsychologie an. Das ist vordergründig gänzlich unbegreiflich, steht ihnen noch nicht einmal die biographische Selbst-Erfahrung zur Verfügung.

Fragen sie einmal in ihren Arbeitsteams nach, wer die „Kleinen Helden in Not“, „Die Prinzenrolle“ oder etwa ein Fachbuch von Fthenakis („Väter“) oder Blos („Sohn und Vater“) oder Bly („Eisenhans“) zur männlichen Entwicklung gelesen hat, es wird sie erschüttern, wie wenig an privater literarischer Fort-Bildung zum Thema stattfindet.

Wenn man dies Faktum einmal unvoreingenommen betrachtet, vermutet man alsbald als Ursache dieser Ignoranz erheblichen Omnipotenzwahn der Behandler und Behandlerinnen. Nun ist Omnipotenzwahn etwas, was wir erstmal eher Männern unterstellen. In diesem Bezug betrifft es aber auch Frauen, anscheinend gelingt es ihnen aber besser, dies kosmetisch zu maskieren! Der „**Alleskönnervirus**“ scheint aber auch sie befallen zu haben.

Nun ist das nicht ungewöhnlich in der Suchtarbeit, wo viele Paartherapien und Familiensitzungen durchführen, ohne je eine Weiterbildung hierzu gemacht zu haben. Arbeitstherapeuten die Psychotherapie ersetzen wollen, der Verwaltungsleiter alles besser weiß über den Umgang mit Suchtkranken, also ohnehin viele omnipotente Alleskönner unterwegs sind.(Über Klinikleiter sag ich lieber nichts und die inneren Zusammenhänge zur Krankheit der Patienten können Sie selbst phantasieren.)

Verwunderlich ist es aber schon sehr, da zumindest die Erfahrung der frauenspezifischen Suchtarbeit und die geschlechtsunterschiedlichen Verteilungsstatistiken der Suchtkrankheiten

seit Jahren bekannt sind, die Bedeutung des Zusammenhang, von Sucht und Geschlecht unübersehbar im Raum ist.

Wider alle fachliche Realität also wird diese Omnipotenz agiert. Das deutet in der Regel auf einen kollektiven wie individuellen neurotischen Mechanismus oder virulenten Konflikt hin, auf Widerstand in der Gegenübertragung, Abwehr und Verdrängung und Verleugnung. Dementsprechend muß es also damit verbundene Ängste geben, die einer fachliche Beschäftigung mit der Geschlechtsspezifität von Sucht bzw. männlicher Sucht und ihrer Behandlung im Wege stehen. Die behandelnden Personen werden so anscheinend vor unangenehmen, schmerzhaften, konfliktreichen oder defizitären Erleben geschützt.

Ich vermute deshalb, dass im Bereich der Suchthilfe viele Menschen arbeiten, die selbst große Unsicherheiten und Ängste in Bezug auf die eigene Geschlechtsidentität als Mann oder Frau haben. Dafür spräche auch die Vehemenz, mit der oft auf das plakative geschlechtliches Agieren der Patienten reagiert wird, oder auch die gänzliche Vermeidung naheliegender Interventionen (pornographische Medien, medizinische Untersuchung des Unterleibs) oder das Vermeiden spezieller Fragestellungen (Erektile Potenz, Beschneidungserleben muslimischer Patienten, Erfahrungen sex. Demütigungen).

C. Die Berührung des Tabus

Was passiert nun, wenn das Thema in einer Klinik weitervorangetrieben wird.?

Die Mitarbeiter/innen werden sich sehr schnell des eigenen Geschlechtes bewusst und konflikthafte Material aus der eigenen Biographie tritt an die Oberfläche, oft verkleidet in heftigen Reaktionen auf Patienten.

Viele reagieren empfindlicher und kränkbarer, anderen gelingt es zunehmend, eine fachliche Bewusstheit der Geschlechtlichkeit zu erlangen. Manche kommen auch in persönliche Krisen, die ergänzende Selbsterfahrung nötig werden lassen.

Von der Art und Weise der gemeinsamen Thematisierung hängt es dann ab, ob dieser Prozess zu einer geschlechtspezifische Fachlichkeit in Diagnostik, Beratung und Therapie überleiten kann oder ob alle in den erstarrten Krusten ihrer Ängste stecken bleiben.

Um diesen Prozess der Thematisierung der geschlechtergerechten Suchttherapie von Männern nun konkret einzuleiten, empfehle ich Ihnen, in Ihrem Arbeitsbereich einige Fragen zu stellen:

Checken Sie Ihren Arbeitsbereich :

1. Gibt es Urinale ?
2. Tastet der Arzt Hoden und Prostata in der Eingangsuntersuchung ?
3. Wie erfolgt die Begrüßung neuer Patienten ?
4. Wie erfolgen im detail die Urinkontrollen ?
5. Wie kleiden sich Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ?
6. Welche(Kleidungs-) Vorschriften gelten für Patienten ?
7. Wie viele Pinups mit wieviel freier haut wird an den Wänden geduldet ?
8. Wie wird mit Pornographie umgegangen ?
9. Wird über Bordellbesuche gesprochen ?
10. Arbeiten alle MitarbeiterInnen gerne mit Männern ?

11. Wie realisiert sich die Männlichkeit der Patienten ?
12. Wie erfolgt die „Würdigung des Phallus“ ?
13. Welche männlichen Symbole und Rituale gibt es ?
14. Welche „weiblichen“ Eigenschaften müssen Patienten übernehmen, um als erfolgreiche, geheilte Patienten gelten zu können ?
15. Wie erfahren und verarbeiten die Patienten die tiefe Wunde ihrer Männlichkeit?

Ich habe manches heute etwas leicht und flockig und provokativ formuliert. Die gefühlsmäßige Realität des Themas ist aber gekennzeichnet von höchster Intimität, Verletzbarkeit, Nähe.

Deshalb: Seien sie vorsichtig bei der Thematisierung in Ihren Arbeitsbereichen. Wir Menschen sind in diesem Punkt Geschlechtsidentität äußerst kränkbar. Wenn es allerdings gelingt, hier einen Prozess der Öffnung zu initiieren, wird man viel Freude an der Arbeit erleben, die eine tiefere Zufriedenheit mit dem eigenen Tun in einem sehr schwierigen Arbeitsbereich vermitteln wird.

Tips für den Alltag

Hierzu noch einige Anregungen für Sie, die sich im Alltag leicht realisieren lassen, aber von großer Wirkung sind:

1. Denken Sie einmal täglich daran: „Ich bin ein Mann !“ oder „Ich bin eine Frau !“
2. Fragen Sie einmal täglich KollegInnen: „Wie siehst Du das als Mann/als Frau ?“ (Diese Frage kann man auch an PatientInnen stellen.)
3. Schauen Sie eine Woche lang alle Interaktionen durch die Gender-Brille an. Und fragen sich: Was hat das mit dem Geschlecht der Beteiligten zu tun ? (Schreiben Sie sich das in die Hand, damit Sie es nicht vergessen oder verdrängen !)
4. Kleiden Sie sich einmal wöchentlich ganz geschlechtstypisch. Vielleicht so wie „Mutti und Vati in den 60ern“ mit Kostüm, Anzug und Krawatte. (Sehr spannend !)
5. Vereinbaren Sie, daß die/der Supervisor/in über ein halbes Jahr in jeder Sitzung fragt: „Was hat das mit dem Geschlecht der Beteiligten zu tun ?“
6. Setzen Sie durch, daß Lesepflicht für folgende männerspezifische Literatur angeordnet wird:

Maurice Sendak: Wo die wilden Kerle wohnen (Diogenes Bilderbuch)

Schnack & Neutzling: Kleine Helden in Not

Gebrüder Grimm: Das Märchen vom Eisenhans

Robert Bly: Eisenhans

Peter Blos: Sohn und Vater

7. Googeln Sie ein bißchen im Internet. Stichworte u.a. *Koch-Möhr*, *Vosshagen*, *Stöver*, *Casa Fidelio*, *Switchboard*, *Michaels House*, *Männerprojekt*, u.v.a.m.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit und viel Freude beim Weiterführen der Thematik !