

**Aus Gahleitner & Gunderson, 2009: Gender, Trauma, Sucht – Neues aus Forschung Diagnostik und Praxis. Kröning: Asanger**

Thomas Schlingmann:

## **Männlichkeit, sexuelle Gewalterfahrung und Drogenkonsum**

Aus der Beratungsarbeit mit Männern, die als Junge Opfer sexueller Gewalt gewesen sind, ist ein breites Spektrum von verschiedenen Erscheinungsformen des Umgang der betroffenen Männer mit Drogenkonsum und Sucht bekannt. Das reicht von totaler Abneigung und Abstinenz über gelegentlichen, kontrollierten Konsum bis zu massiver Abhängigkeit. Alle können aus der Sicht des Betreffenden mit der widerfahrenen sexuellen Gewalt in Zusammenhang stehen. Als Einstieg soll diese Vielfalt an Hand mehrere Fallbeispiele<sup>1</sup> dargestellt werden.

### **Fallbeispiele**

- A. ist 18 Jahre alt, und ist auf Trebe. Er wurde ab seinem vierten Lebensjahr durch seinen Stiefvater sexuell missbraucht. Dieser erlaubte auch anderen Männern gegen Bezahlung A. zu missbrauchen. Mit 10 Jahren trank A. erstmals Alkohol. Mit 14 kam A. mit Heroin in Kontakt. Um sich zu finanzieren, begann A., der inzwischen von zu Hause abgehauen war, sich auf dem Straßenstrich zu prostituieren.
- B. ist Mitte 30. Er war bis vor 3 Monaten in führender Position in einer Investmentfirma tätig. Arbeitstage von 14-16 Stunden waren für ihn keine Seltenheit. Er achtet sehr auf sein Äußeres, ist freundlich und kann gut mit Menschen umgehen. B. ist sehr leistungsfixiert und verlangt sich und anderen viel ab. Er hat „um fit zu bleiben“ Kokain konsumiert. Vor 3 Monaten hatte er einen körperlichen Zusammenbruch und kam in eine Klinik. Bei Gesprächen mit dem dortigen Psychologen tauchte für ihn die Frage auf, ob seine extreme Leistungsfixierung etwas mit der in der Kindheit erlebten sexuellen Gewalt zu tun haben könnte.
- C. ist Ende 40. Er arbeitet als Sozialarbeiter in einer Jugendfreizeiteinrichtung. Er ist in die Beratung gekommen, um sich über den korrekten Umgang in einem Verdachtsfall zu informieren. Im Laufe des Beratungsprozesses stellt sich heraus, dass C. selber in seiner Kindheit Opfer sexueller Gewalt geworden ist. Er meint die Folgen schon lange überwunden zu haben. Wiederum einige Zeit später wird deutlich, dass C. schon geraume Zeit gerne abends kiff, weil er dann besser schlafen kann. Erst auf Nachfragen und nach einigem Überlegen fällt ihm ein, dass er vorher immer Alpträume hatte.
- D. ist Mitte 20. Er verbringt oft sein Wochenende in Clubs. Er hat schon öfter Extacy genommen und neulich sind ihm dabei Erinnerungen hochgekommen, dass er als Kind sexuell missbraucht wurde. Das wusste er vorher nicht. Ähnliches ist ihm wohl schon zwei mal vorher passiert, da ist die Erinnerung aber in nüchternem Zustand hinterher immer wieder weg gewesen. Er hat aber von Bekannten erfahren, dass er auf Droge, davon erzählt habe. Jetzt will D. gezielt weiter konsumieren, um an weitere Erinnerungen zu kommen.
- E. ist als Junge durch einen alkoholisierten Täter sexuelle Gewalt widerfahren. In Folge lösten Alkoholisierte bei ihm ein „inneres Absterben, ein kalt-und-gefühllos-werden“ (Numbing) aus. Als Jugendlicher ist E. in die Freiwillige Feuerwehr seines Dorfes eingetreten. Dort wurde regelmäßig in großen Mengen Alkohol konsumiert. E. trank sehr schnell und viel „bis zum Umfallen“. E. verließ das Heimatdorf, der exzessive Alkoholkonsum setzte sich fort. Er bekam frühzeitig einen Leberschaden, machte eine Entziehungskur und lebte als trockener Alkoholiker. Erst über ein Jahrzehnt später stellt er in einer Selbsthilfegruppe einen Zusammenhang zwischen der Exzessivität seines Alkoholkonsums und der sexuellen Gewalt her.
- F. ist mit der Art und Weise, wie er seine Homosexualität lebt unzufrieden. Beziehungen scheitern meist nach kurzer Zeit, oftmals weil er feststellt, dass es doch nicht der richtige ist und sich nach anderen umguckt. Dazu kommt, dass sich seine Bekannten an der Häufigkeit stören, mit der er anonymen Sex in Saunen sucht. F. gibt große Summen Geldes für 0180er-Nummern aus, was ihn immer wieder in finanzielle Schwierigkeiten bringt. Durch einen schwulen

<sup>1</sup> Die Beispiele entstammen der Arbeit bei Tauwetter, sie sind zum Zwecke der Anonymisierung verfremdet.

Therapeuten stößt er schließlich auf die Frage, ob sein Verhalten etwas mit der sexuellen Gewalt zu tun haben könne, die er als Junge erlebt hat.

- G. ist mit Bekannten entgegen seiner sonstigen Gewohnheit auf eine Party. Er konsumiert dort aber weder Alkohol noch andere Drogen. Dennoch bekommt er plötzlich Herzrasen, Schweißausbrüche, Zittern und fällt zunehmend Panik und wird unansprechbar. Die Bekannten, die das als Folge von Drogenkonsum interpretierten, wollten ihn nach an die frische Luft bringen und fassen ihn zu diesem Zwecke an. G. rastet aus und beginnt um sich zu schlagen. Er wird schließlich von der Security überwältigt. Als G. einige Zeit später beginnt, sich mit der ihm als Junge angetanen sexuellen Gewalt zu beschäftigen, kann er die Partysituation als Traumaflashback erkennen, der vermutlich durch die sexualisierte, drogengeschwängerte Atmosphäre ausgelöst worden war.
- Beim geselligen Beisammensein nach einer Veranstaltung erfährt H. davon, dass ein mit am Tisch befindlicher Veranstaltungsteilnehmer, beruflich mit Männern arbeitet, die als Junge Opfer sexueller Gewalt geworden sind. Er hat schon einigen Alkohol konsumiert und trinkt jetzt ziemlich schnell weiteren. Als alle anderen bis auf die beiden gegangen sind, ist er stark alkoholisiert, hat Artikulationsschwierigkeiten und erzählt, dass er selber als Junge sexuell missbraucht wurde. Am nächsten Tag und in Folge meidet H. jeden Kontakt mit dem Veranstaltungsteilnehmer, dem er von der ihm widerfahrenen sexuellen Gewalt erzählt hat.

Beim Betrachten dieser Beispiele fallen einige Dinge auf:

- Keineswegs jeder Drogenkonsum führt zu sozial auffälligem, unangepassten Verhalten.
- Drogen werden teilweise gezielt eingesetzt, um an Erinnerungen zu kommen. Wie erfolgreich bleibt zu fragen.
- Es gibt offensichtlich kontrollierte User. Ob dies nur eine Phase oder eine Dauerzustand ist, ist schwer zu beurteilen.
- Trotz heftiger Abneigung gegen Drogen kann es bei sozialem Druck zu exzessivem Konsum und Abhängigkeit kommen.
- Keineswegs jedes Suchtverhalten in Folge sexueller Gewalt ist stoffgebunden.
- Durch ein Trauma hervor gerufene Flashbacks sind teilweise nur schwer von durch Drogen hervorgerufenen Zuständen zu unterscheiden.
- Drogenkonsum kann Hemmschwellen senken, von erlebter sexueller Gewalt zu sprechen. Das ist keineswegs aber immer ein geplanter Einsatz von Drogen.

In diesem Ausschnitt aus der Praxis einer Männerberatung zum Thema sexuelle Gewalt zeigt sich also eine Vielfalt von möglichen Interaktionen zwischen Drogen und sexueller Gewalt sowie ihren Auswirkungen.

## Theoretische Modelle zu möglichen Zusammenhängen

### Komorbidität von PTSD und SUD

Vor allem im US-amerikanischen Raum wird seit einigen Jahren verstärkt geforscht zur Komorbidität von PTSD (posttraumatic stress disorder) und SUD (substance use disorder), wie sie in der DSM definiert sind. Überblicke über diese Forschungen gibt es z.B. bei Brown & Ouimette (1999), Stewart et al. (2002), Kuhn (2004), sowie Schäfer & Najavits (2007). Hier wurden Komorbiditätsraten zwischen Lifetime PTSD und SUD zwischen 21 – 43% festgestellt.

Um diese Korrelationen zu erklären werden hauptsächlich zwei Ansätze herangezogen:

1. Die Selbstmedikationshypothese von Khantzian (1984, 1997): Abhängigkeit resultiert demzufolge aus einem Drogenkonsum, der primär nicht stattfindet, um Vergnügen zu haben, sondern um unangenehme Zustände und Gefühle zu vermeiden oder zu lindern. Judith Hermann (1992) erläutert, dass Traumatisierte Drogen z.B. als Hilfsmittel zur Dissoziation einsetzen können, wenn sie dazu nicht spontan in der Lage sind.

2. Einen entgegengesetzter Zusammenhang wird in der „high-Risk“-Hypothese vertreten, derzufolge eine Drogenabhängigkeit die Wahrscheinlichkeit einer PTSD erhöht, weil eine SUD das Risiko steigert, einem Trauma ausgesetzt zu werden (Schäfer & Najavits, 2007). Dieser zweite Zusammenhang würde eher bei Männern auftreten, der erstere öfter bei Frauen (Theunissen & Engels, 2006).

Inzwischen gibt es an der Forschung, die diesen Thesen zugrunde liegt, einige Kritik:

Es ist festzustellen, dass offensichtlich der Blick auf die DSM, in der als Traumafolge vor allem die PTSD genannt wird, den Blick für weitere Traumafolgen, wie sie z.B. in der ICD aufgelistet werden verstellt. Insbesondere kindliche Traumatisierung scheint mit der DSM nicht ausreichend zu fassen (Cook et al. 2005). Auch Bange (2007) weist darauf hin, dass die PTSD nicht die Gesamtheit der Traumafolgen fassen kann. Die Studien können also etwas über Korrelationen zwischen PTSD und SUD sagen, Schlussfolgerungen über Zusammenhänge zwischen Traumatisierung und Drogenkonsum lassen sie aber nur begrenzt zu. Und eine Konkretisierung auf eine Interaktion zwischen sexueller Gewalt und dem Verhältnis zu Drogen ergibt sich auch nicht zwangsläufig.

Langeland et al. (2004) weisen darüber hinaus darauf hin, dass die US-amerikanischen Studien im Bezug auf Männer primär Kriegsveteranen untersuchen und deshalb fraglich ist, ob sie sich auf hiesige Verhältnisse übertragen lassen.

Schäfer und Reddemann (2005) merken an, „dass Suchterkrankungen auch als eigenständige Traumafolgen angesehen werden müssen“.

### **Das Verlaufsmodell von Nathan & Fischer**

Vor dem Hintergrund der klinischen Erfahrung, dass es vielfältige Komorbiditäten zwischen PTSD und anderen Diagnosen gibt haben Nathan & Fischer (2001) ein Verlaufsmodell von Traumafolgen entwickelt und unterteilen in folgende Typen:

- Der Sucht-Verlaufstyp versucht Angst und intrusive Erinnerungsbilder durch Drogenkonsum unter Kontrolle zu bringen. Oft findet sich in der Familie bereits ein Suchthintergrund.
- Der PTBS-Vermeidungs-Typ verarbeitet primär durch verschiedene Formen von Vermeidung, dazu können auch Suchtmittel als Unterstützung herangezogen werden. Er war oft sexueller oder anderer Gewalt ausgesetzt und es gab psychisch kranke bzw. gewalttätige Hauptbezugspersonen.
- Der Dissoziations-Verlaufstyp ist vorrangig durch Traumaverarbeitung mittels verschiedener Formen der Dissoziation gekennzeichnet. In der Vorgeschichte finden sich besonders oft Erfahrungen von Gewalt, Vernachlässigung und Trennungserlebnisse im Kontext mit alkoholkranken Eltern.
- Der leistungskompensatorische Verlaufstyp („workaholic“) versucht das Trauma durch übermäßiges Arbeiten zu kompensieren. In der Untersuchung von Nathan & Fischer (ebd.) entwickelten Männer und Frauen gleich häufig diese Strategie. Von der Art der Traumatisierung her scheinen Gewalterfahrungen zu überwiegen, bei den Frauen auch sexuelle Gewalt,
- Beim PTBS-Angst-Typ stehen traumabedingte Ängste im Vordergrund.
- Beim dissoziationsarmen Typ mit neurotischer Konfliktbewältigung treten Traumata meist erst im Jugend- oder Erwachsenenalter auf. Es gibt eine Vorgeschichte von neurotischer Konfliktverarbeitung in belastenden Situationen.

Diese Typologie ist nicht exklusiv, d.h. es kommt durchaus vor, dass jemand Phänomene verschiedener Verlaufstypen aufweist. (vgl. auch Fischer & Riedesser, 2003)

Diese Verlaufstypen weisen eine erstaunliche Deckung mit Beobachtungen aus der Arbeit mit Männern auf, die als Kinder oder Jugendliche Opfer sexueller Gewalt geworden sind. Mehrere der vorgestellten Fallbeispiele lassen sich ohne größere Probleme einem Verlaufstyp zuordnen. Auch finden sich hier Parallelen zu dem in der Beratungsarbeit entstandenen Modell der Bewältigungsstile Verleugnung, Kompensation und Resignation (Schlingmann 2007). Die Verlaufsmodelle versuchen auch verschiedene Arten der Traumatisierung zu berücksichtigen. Der Gender-Aspekt scheint

allerdings nur dahingehend berücksichtigt, dass Häufigkeiten verteilt auf die Geschlechter betrachtet wurden – eine Einbeziehung der Interaktion mit Geschlechtskonstruktionen fehlt leider noch.

### **Drogen und Konstruktionen von Männlichkeit**

Männer und Frauen sind unterschiedlich oft potentiell traumatischen Situationen ausgesetzt. Die Art dieser Situationen unterscheidet sich ebenfalls zwischen den Geschlechtern. Und diese Situationen werden unterschiedlich erlebt und interpretiert. Männer und Frauen zeigen ein unterschiedliches Ausmaß an PTSD (Norris et al 2002). Um das unterschiedliche Erleben und die Bewältigungsversuche zu verstehen, kann ein Blick aus der Gender-Perspektive hilfreich sein.

In der Männerforschung hat sich in den letzten Jahren das von Connel (2000) entwickelte Modell der Interaktion zwischen vielen verschiedenen Männlichkeiten und einer „Hegemonialen Männlichkeit“ durchgesetzt. Angelehnt an Gramscis Hegemonie-Begriff geht er davon aus, dass es eine hegemoniale Männlichkeit gibt, die so etwas wie die Wortführerschaft innehat, unabhängig von den Unterschieden und Ausprägungen, wie Männlichkeit in den verschiedenen sozialen Gruppen konstruiert wird. Ein elementarer Bestandteil dieser hegemonialen Konstruktion von Männlichkeit ist männliche Dominanz und weibliche Unterlegenheit. Gleichzeitig gibt es für viele Männer – und für Junge gilt das noch mal zugespitzter - eine Diskrepanz zwischen der kollektiven Privilegiertheit und der persönlichen Unsicherheit.

Brandes (2001) benutzt den Begriff Habitus um zu fassen, was es bedeutet Mann (bzw. Frau) zu sein. Habitus lässt sich nicht auf eine Einstellung oder Haltung reduzieren. „Der Habitus - das sind die einverlebten Werte, die durch körpernahe Interaktion in einer bestimmten Umgebung unvermeidbar angeeignet werden.“ Habitus beinhaltet zwar die Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe, lässt aber einen Spielraum für persönliche Auslegungen. Der individuelle geschlechtsspezifische Habitus und die darauf basierende Geschlechtsidentität des Subjektes sind jeweils stark von dem jeweiligen Umfeld abhängig, in dem die Person aufgewachsen ist.

Im Suchtbereich hat Stöver (2007) an diese Gedanken gewinnbringend angeknüpft: „Rausch, Drogenkonsum und Sucht sind Phänomene, die unmittelbar mit der Konstruktion von männlichen Identitäten verbunden sind: Ein ‚ganzer Kerl‘, ‚trinkfest‘ zu sein und ‚Stehvermögen‘ zu zeigen sind männliche Attribute, die nicht akzidentiell ‚passieren‘, sondern die permanent gemacht werden, wesentliche Bestandteile männlicher Identitätskonstruktionen und gelebt: Risikobiographien sind.“ Gerade bei Verunsicherungen der Männlichkeit können Drogen eingesetzt werden. Stöver nennt dieses Vorgehen „Doing Gender with Drugs“.

### **Konstruktion von Männlichkeit nach widerfahrener sexueller Gewalt und Drogenkonsum**

Es ist bekannt, dass für Jungen, die Opfer sexueller Gewalt geworden sind, ein - oftmals zentrales - Problem darin besteht, die persönliche Opfererfahrung mit der Erfüllung der Anforderungen der zukünftigen Rolle als Mann in Einklang zu bringen (Bange & Enders 1995, Duncan & Williams 1998, Schlingmann 2007). Nach wie vor gilt: Ein Mann ist kein Opfer. Es gibt ein gravierendes Diskrepanzerleben zwischen eigenen Handlungsmöglichkeiten und der zukünftig einzunehmenden Männerrolle, das wohl alle Jungen kennen, aber nur wenige so zugespitzt, wie die Opfer sexueller Gewalt.

Die erste Reaktion ist zumeist eine häufig verwandte, männliche Coping-Strategie: Verleugung, Abspaltung, Verdrängung – auch weil Männlichkeit sehr stark von außen zugewiesen bzw. anerkannt wird und deshalb Geheimhaltung solcher Makel sinnvoll erscheint. Stöver (2007) hat auf die Funktionalität von Alkohol für diese Strategie hingewiesen.

Ergänzend versuchen viele Männer durch besonders männliches Verhalten jeden Verdacht von sich zu weisen und das empfundene Defizit zu kompensieren. Gahleitner (2005) hat in ihrer Untersuchung festgestellt, dass ein solches Extremverhalten vorübergehend durchaus hilfreich und funktional ist. Auch hier kann Drogenkonsum ein wichtiges Mittel sein, das erwähnte „Doing Gender with Drugs“ (Stöver 2007, vgl. auch Boldt 2007).

Es gibt aber auch eine gegenläufige Möglichkeit der Integration der Opfererfahrung, nämlich die Resignation und Entwicklung einer Opferidentität. Und auch bei dieser eher internalisierenden Vorgehensweise kann der Konsum von Drogen eine Rolle spielen: „Bei Männern mit ‚internalisierenden Reaktionsweisen spielen sie (Alkohol- und Drogenprobleme, d.A.) jedoch eine nicht

weniger bedeutsame Rolle und exzessiver Substanzgebrauch trägt häufig überdeutliche Züge nach innen gerichteter Aggression“ (Schäfer 2006).

Diese Verbindungen zwischen männlichen Traumabewältigungsstrategien und Drogenkonsum müssen noch um eine Erfahrung aus der Praxis ergänzt werden: Es gibt viele Männer, die zwischen verschiedenen Coping-Stilen wechseln und so einen eigenen, an die jeweilige Situation angepassten entwickeln. Hier können Drogen je nach Situation einen stark differierenden Stellenwert haben.

## **Veränderungen in den Zugangsbedingungen der Anlaufstelle**

In der Arbeit bei Tauwetter hat sich sukzessive eine Veränderung im Umgang mit Drogenkonsum ergeben: Bedingung, um an einer Gruppe teil zu nehmen, war anfangs, dass eine eventuell neben der Traumatisierung vorliegende Drogenproblematik geklärt war. D.H. der betreffende Mann musste clean und trocken sein. Für den Gruppenabend wurde von allen eine nüchternes Erscheinen gefordert. Für diese Vorgaben gab es mehrere Gründe:

- Drogen insbesondere Alkohol haben bei vielen während der sexuellen Gewalt eine Rolle gespielt, sei es dass der/die Täter(in) Alkohol konsumiert hat, um gezielt eigene Hemmschwellen zu senken, sei es dass Drogen eingesetzt wurden, um das Opfer gefügig zu machen, sei es dass die Eltern aufgrund von Abhängigkeiten den betroffenen Jungen nicht ausreichend gestützt haben, so dass er leichter Opfer von Dritten werden konnte, sei es dass der betroffene Junge mit Drogen geködert wurde, ...
- Ein Arbeiten in einer Selbsthilfegruppe ist nicht möglich, wenn ein Teilnehmer unter Drogen steht.
- Und last but not least gab es die Einschätzung, Sucht bringe eine so große Destabilisierung mit sich, dass an eine Traumabearbeitung nicht zu denken sei.

In der Einzelberatung bei Tauwetter wurde von betroffenen Männern hingegen nicht Abstinenz, sondern Nüchternheit in der konkreten Beratungssituation gefordert. Hier in der Beratung wurde deutlich, dass entgegen der oben formulierten Annahme für einige Männer der Drogenkonsum eben nicht eine Destabilisierung darstellte, sondern stabilisierende Funktion hatte. Die Drogen wurden von ihnen konsumiert, unerträgliche Zustände abzuwenden oder zu lindern. Es ist einleuchtend, dass die Forderung, den Konsum einzustellen, ohne andere Hilfsmittel zur Stabilisierung zur Verfügung zu stellen, für diese Männer so gut wie unerfüllbar ist.

Aktuell ist Voraussetzung für eine Gruppenteilnahme die Fähigkeit ist, nüchtern zu erscheinen. Jemand, der unter Drogen steht, kann an dem jeweiligen Gruppentreffen nicht teilnehmen. Wenn das öfter der Fall ist, ist die Teilnahme an der Gruppe überhaupt in Frage gestellt, denn verbindliches regelmäßiges Erscheinen ist eine Voraussetzung, um Vertrauen zu entwickeln. Gründe, die von einer regelmäßigen verbindlichen Teilnahme abhalten, kann es viele geben, z.B. wenn jemand gerade seine Examensarbeit schreiben oder die Wohnung verloren habe oder sich um die Beschaffung von Drogen kümmern muss. Anders formuliert: Die Selbsthilfegruppen sind offen für „Konsumenten“, aber nicht für „Süchtige“. Wobei der Punkt, wo der einzelne Mann steht, natürlich bei jedem einzeln abgeklärt werden muss, was nicht immer einfach ist. Leider gibt es immer noch kein ambulantes Angebot für süchtige Männer, die als Junge Opfer sexueller Gewalt geworden sind.

Basis einer Beratung ist, dass es möglich ist, eine Form des Dialogs zu finden und zu einer Verständigung zu gelangen. Wenn das nicht mehr gegeben ist, ist eine sinnvolle Beratung nicht mehr möglich. Darüber hinaus braucht es, um das Gespräch erfolgreich führen zu können, Kontakt zwischen Ratsuchendem und Berater und der kann ebenfalls durch Drogenkonsum eingeschränkt werden. Es gibt Männer, die „brauchen“ ein Bier oder einen Joint, um sich in Beratung zu trauen. Solange dadurch die Beratung nicht beeinträchtigt wird, ist das ok. Ob sie selber durch den Konsum eingeschränkt sind, müssen sie primär selber entscheiden – in diesem Sinne verbleibt die Verantwortung für sich selber bei den Betroffenen, trotz der womöglich vorliegenden Schwierigkeit, Eigenverantwortung bei Abhängigkeit wahr zu nehmen. Die Zuständigkeit des Beraters ist es, darauf zu achten, ob das Beratungsgespräch noch führbar ist.

Tauwetter arbeitet grundsätzlich ohne Diagnostik und festgelegte Behandlungspläne. Der Arbeitsansatz lautet, auf die jeweilige Person mit seinen subjektiven Begründungen und der konkreten Funktionalität der Bewältigungsstrategien zu gucken. Das beinhaltet einen differenzierten Umgang, der sich an den konkreten Zielsetzungen des ratsuchenden Mannes orientiert. Und das sind keineswegs immer Entzug und nachfolgende Traumatherapie.

Unserer Erfahrung nach ist es im ambulanten Setting mit Konsumenten, bei denen nicht die Beschaffung oder der Konsum den gesamten Alltag bestimmen, durchaus möglich, an der erlebten sexuellen Gewalt zu arbeiten. Wie in der Traumarbeit generell üblich versuchen wir dabei als erstes eine Basis für eine Bearbeitung zu schaffen. Dies bedeutet zumeist eine Auseinandersetzung über die Ursachen des Konsums und ggf. das Erlernen anderer Hilfsmittel, statt Drogen. Erst danach – so das Modell – erfolgt die eigentliche Bearbeitung. In der Realität laufen diese Prozesse oftmals wesentlich verschachtelter ab, und keineswegs folgt auf einen Schritt auch zwangsläufig der nächste. Es bleibt also kein Weg als der, individuelle Prozesse beratend zu begleiten – ein Ansatz der sich allein schon aus der Spezifik sexueller Gewalterfahrung ergibt (vgl. Arbeitsgruppe bKA 2006).

## Literatur:

- Arbeitsgruppe bKA (2006): Der betroffenenkontrollierte Ansatz in: Prävention 9(3). S. 4-9
- Bange, Dirk (2007): Sexueller Missbrauch an Jungen. Die Mauer des Schweigens. Göttingen.
- Bange, Dirk; Enders, Ursula (1995): Auch Indianer kennen Schmerz. Sexuelle Gewalt gegen Jungen. Ein Handbuch. Köln.
- Boldt, Stefan (2007): Suchtarbeit mit Männern vor dem Hintergrund sexueller Gewalterfahrung. Unveröffentlichte Diplomarbeit Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik „Alice Salomon“, Berlin
- Brandes, Holger (2001): Der männliche Habitus. Band 1: Männer unter sich, Männergruppen und männliche Identitäten. Opladen
- Brown, Pamela J.; Ouimette, Paige C. (1999). Introduction to the special section on substance use disorder and posttraumatic stress disorder comorbidity, in: *Psychology of Addictive Behaviors*, 13(2), S. 75-77.
- Connell, Robert W. (2000): Der gemachte Mann. Konstruktion und Krise von Männlichkeiten. Opladen
- Cook, Alexandra; Spinnazola, Joseph; Ford, Julian; Lanktree, Cheryl; Blaustein, Margare; Cloitre, Marylene; DeRosa, Ruth; Hubbard, Rebecca; Kagan, Richard; Liautaud, Joan; Mallah, Karen; Olafson, Erna; van der Kolk, Bessel (2005): Complex Trauma in Children and Adolescents, in: *Psychiatric Annals*, 35(5), S. 390 - 398
- Duncan, Lauren E.; Williams, Linda M. (1998): Gender role socialization and male-on-male vs. female-on-male child sexual abuse, in: *Sex Roles: A Journal of Research*, 39(9/10), S.765-785
- Fischer, Gottfried; Riedesser, Peter (2003): Lehrbuch der Psychotraumatologie. München.
- Gahleitner, Silke Brigitta (2005): Sexuelle Gewalt und Geschlecht. Hilfen zur Traumabewältigung bei Frauen und Männern. Gießen
- Herman, Judith L. (1992): Trauma and Recovery. The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror. New York.
- Khantzian, Edward J. (1985): The self-medication hypothesis of addictive disorders, in: *American Journal of Psychiatry*, 142, S. 1259 - 1264
- Khantzian, Edward J. (1997): The self-medication hypothesis of substance use disorder: A reconsideration and recent applications, in: *Harvard Review of Psychiatry*, 4, S. 231 - 244
- Kuhn, Silke (2004): Trauma, Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzabhängigkeit: Eine Literaturübersicht, in: *Suchttherapie* 5, S. 110 - 117
- Langeland, Willie; van den Brink, Wim; Draijer, Nel (2004): Traumatische Erlebnisse in der Kindheit und psychiatrische Komorbidität bei erwachsenen männlichen Alkoholkranken: Empirische Untersuchungsergebnisse und ihre klinische Bedeutung, in: *Suchttherapie*, 5, S.132-136
- Nathan, Ruth; Fischer, Gottfried (2001): Psychosomatische Störungsbilder als Langzeitfolge des psychotraumatischen Belastungssyndroms (PTBS). Explorative Untersuchung und Modellentwicklung zur psychosomatischen Symptombildung, in: *Psychotraumatologie* 2(3). Verfügbar über <http://www.thieme-connect.de/ejournals/abstract/psychotrauma/doi/10.1055/s-2001-16558>, Zugriff am 11.7.2008

- Norris, Fran H.; Foster, Jennifer D.; Weisshaar, Deborah L. (2002): The Epidemiology of Sex Differences in PTSD across Developmental, Societal, and Research Contexts, *in: Rachel Kimerling; Paige Ouimette; Jessica Wolfe (Eds.) Gender and PTSD. New York, S. 3-42*
- Schäfer, Ingo (2006) : Zusammenhänge zwischen Traumaerfahrungen und Suchtentwicklung bei Männern, *in: Jutta Jacob; Heino Stöver (Hrsg) (2006): Sucht und Männlichkeiten: Entwicklungen in Theorie und Praxis der Suchtarbeit, S. 69-78*
- Schäfer, Ingo; Najavits Lisa M. (2007): Clinical Challenges in the Treatment of Patients With Posttraumatic Stress Disorder and Substance Abuse, *in: Current Opinion in Psychiatry, 20(6) S.: 614-618*
- Schäfer, Ingo; Reddemann, Luise (2005): Traumatisierung und Sucht – eine Literaturübersicht. In: Zeitschrift für Psychotraumatologie und psychologische Medizin, 3(3) S.9
- Schlingmann, Thomas (2007): Charles Bronson, I-Aah, James Dean und der Survivor. Vorstellung der Arbeit der Anlaufstelle Tauwetter für Männer, die als Junge sexuell missbraucht wurden. *in: Wildwasser Arbeitsgemeinschaft gegen sexuellen Missbrauch an Mädchen e.V. (Hrsg.): Sexuelle Gewalt, aktuelle Beiträge aus Theorie und Praxis. Berlin*
- Stewart, Sherry S.; Ouimette, Paige C.; Brown, Pamela J. (2002): Gender and the Comorbidity of PTSD with Substance Use Disorders, *in: Rachel Kimerling; Paige C. Ouimette; Jessica Wolfe (Hrsg.): Gender and PTSD. New York, S. 232 – 270*
- Stöver, Heino (2007): Mann, Rausch, Sucht: Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten, *in: Suchttherapie, 8, S. 89 – 94*
- Theunissen, Sibylle; Engels, Michael (2006): Geschlechtsdifferenzierende integrative Therapie von Sucht und Traumafolgestörungen, *in: Ingo Schäfer; Michael Krausz (Hrsg.): Trauma und Sucht. Konzepte – Diagnostik – Behandlung. Stuttgart, S. 127-152*