

**Aus der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Tübingen**

**Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie mit Poliklinik**

**Ärztlicher Direktor: Professor Dr. G. Buchkremer**

**Sektion Suchtmedizin und Suchtforschung**

**Leiter: Professor Dr. A. Batra**

**Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der  
stationären Opiatentgiftung**

**Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Medizin**

**der Medizinischen Fakultät  
der Eberhard-Karls-Universität  
zu Tübingen**

**vorgelegt von**

**Anna Christine Rilk, geb. Matheis**

**aus**

**Konstanz**

**2009**

Dekan

Professor Dr. I. B. Autenrieth

1. Berichterstatter:

Professor Dr. A. Batra

2. Berichterstatter:

Professor Dr. S. Zipfel

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>1</b>
1.1	Fragestellung . . . . .	3
1.2	Ziel der Studie . . . . .	3
1.3	Beschreibung der Station . . . . .	4
1.4	Therapeutisches Programm auf Station . . . . .	5
1.5	Verschiedene Formen der Entgiftung . . . . .	6
1.6	Therapiemotivation . . . . .	8
1.7	Definitionen . . . . .	8
<b>2</b>	<b>Material und Methoden</b>	<b>11</b>
2.1	Patienten . . . . .	11
2.1.1	Geschlecht und Alter . . . . .	11
2.1.2	Nationalität . . . . .	12
2.2	Aufbau und Ablauf der Studie . . . . .	13
2.3	Statistische Auswertung . . . . .	16
<b>3</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>18</b>
3.1	Gegenüberstellung von Frauen und Männern . . . . .	18
3.1.1	Vorgeschichte . . . . .	18
3.1.2	Soziale Situation . . . . .	26
3.1.3	Aktuelle Entgiftungsbehandlung . . . . .	29
3.1.4	Selbsteinschätzung der Patienten . . . . .	33

## INHALTSVERZEICHNIS

---

3.2	Gegenüberstellung der weiblichen Patienten . . . . .	35
3.2.1	Vorgeschichte . . . . .	36
3.2.2	Soziale Situation . . . . .	39
3.2.3	Aktuelle Entgiftungsbehandlung . . . . .	40
3.2.4	Selbsteinschätzung der Patientinnen . . . . .	44
3.2.5	Frauenspezifische Fragen . . . . .	44
3.2.6	Zusammenfassung . . . . .	45
<b>4</b>	<b>Diskussion</b>	<b>49</b>
<b>5</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>60</b>
	<b>Tabellenverzeichnis</b>	<b>62</b>
	<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>63</b>
	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>64</b>

# 1 Einleitung

Etwa 30% der drogenabhängigen Menschen in Deutschland sind Frauen (Fengler 2002). In früheren internationalen Studien konnte gezeigt werden, daß im Gegensatz zu den männlichen Abhängigen Frauen signifikant jünger sind, häufiger keinen Schulabschluß haben und häufiger arbeitslos sind. Sie steigen früher auf die sogenannten harten Drogen um, zu deren Konsum sie oft von ihren ebenfalls drogenabhängigen Partnern verleitet werden (Chen 1998, Comfort *et al.*, 2003). Gleichzeitig haben Frauen trotz häufig schwierigerer Lebensumstände eine niedrigerer Rückfallrate nach einer Behandlung als männliche Abhängige (Pelissier *et al.*, 2003)

Der geringere Frauenanteil spiegelt sich auch in den Patientenzahlen auf den Entgiftungsstationen der Tübinger Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie (UKPP) wider (Schäfer *et al.*, 1999). So wurden beispielsweise in der Zeit von September 2001 bis August 2002 auf der Entgiftungsstation A6 in der UKPP in Tübingen 262 drogenabhängige Männer behandelt. Im gleichen Zeitraum entgifteten aber nur 68 Frauen stationär. Das entspricht einem Frauenanteil von 22,4%.

Einer Studie an der UKPP zufolge beenden nur 32% der Frauen ihren Entzug regulär, dem gegenüber stehen 56% bei den Männern (Dedner 2002). Dem unterschiedlichen Behandlungsverlauf und Abbruchverhalten bei Männern und Frauen wurde dabei bisher wenig Beachtung geschenkt.

In der Literatur wird außerdem vielfach darauf hingewiesen, daß besonders bei den weiblichen Patienten das Selbstbewußtsein und das Körperverständnis ei-

ne entscheidende Rolle für die Entwicklung einer Sucht spielen. Hierzu wurden in der vorliegenden Studie sowohl opiat- und alkoholabhängige als auch gesunde Frauen mittels zweier Fragebögen zur Beurteilung ihres Körpers und zum weiblichen Rollenverständnis befragt. In beiden Fragebögen schnitten die abhängigen Frauen signifikant schlechter ab (Weathers *und* Billingsley 1982). Auch die Studie von Giacomuzzi *et al.* (2005) zeigte mittels Fragebögen, daß Männer neben einer signifikant besseren psychischen Gesundheit auch ein signifikant besseres Selbstbewusstsein haben als die untersuchten abhängigen Frauen.

Von besonderem Interesse in diesem Zusammenhang ist die Frage, inwieweit Einflußvariablen wie

- Vorgeschichte mit Alter zu Beginn des Konsums, Einstiegsdroge, vorangegangenen Entzugsbehandlungen, Therapien und Substitutionsbehandlungen, Schul- und Berufsausbildung, Gesetzeskonflikten
- soziale Situation mit Familienstand, Wohnsituation, Drogenproblemen des Partners und Erwerbstätigkeit
- Verlauf der aktuellen Entgiftungsbehandlung mit zuletzt konsumierten und zu entziehenden Suchtstoffen, Art der geplanten Entgiftung, Behandlungsmotivation, Plänen bezüglich einer Anschlußtherapie und Therapieende
- Selbsteinschätzung der Patienten hinsichtlich dem Kontakt zu den Stationsmitarbeitern und den Mitpatienten, ihrer eigenen momentanen körperlichen und seelischen Verfassung und der Einschätzung des therapeutischen Programms auf Station

den Erfolg einer Entgiftungsbehandlung bestimmen.

## 1.1 Fragestellung

Ausgehend von den wenigen bekannten Studien zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Drogenabhängigkeit sollen Merkmale der Abhängigkeit und das Abbruchverhalten von Männern und Frauen im Rahmen einer stationären Entzugsbehandlung untersucht werden. Nach Studienlage wäre anzunehmen, dass deutlich mehr Männer als Frauen die Behandlung regulär beenden. Ferner wird angenommen, daß Männer deutlich früher mit dem Konsum von Drogen begonnen haben und im Vorfeld deutlich häufiger straffällig geworden sind. Es wird vermutet, daß die befragten Männer vermutlich häufiger in festen Beziehungen als die Frauen leben und auch im Berufsleben besser integriert sind. Von Interesse ist zudem die Frage, ob Unterschiede in soziodemographischen oder suchtanamnestischen Merkmalen von Frauen bestehen, die ihren Entzug entweder regulär beenden oder vorzeitig abbrechen. Anzunehmen wäre hier, dass diejenigen Frauen, die den Entzug regulär beenden, eine kürzere Drogenkarriere hinter sich haben, eine bessere Schul- und Ausbildung besitzen, sozial insgesamt stabiler integriert und introspektionsfähiger sind als die Frauen, die vorzeitig abbrechen.

## 1.2 Ziel der Studie

Die Ergebnisse der Untersuchung sollen dazu dienen, die stationären Entgiftungsbehandlung von Frauen um abbruch- und rückfallpräventive Komponenten zu ergänzen. Auf diese Weise könnte mehr auf Bedürfnisse und Problemfelder entgiftender opiatabhängiger Frauen eingegangen werden, so daß auf lange Sicht der Anteil der Frauen vergrößert werden kann, der den Opiatentzug erfolgreich beendet.

## 1.3 Beschreibung der Station

Die Station A6 der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen wurde 1997 als niedrigschwellige Drogenentgiftungsstation gegründet. Zuvor wurden stationäre Entgiftungsbehandlungen nur auf den beschützten allgemeinpsychiatrischen Stationen oder auf Alkoholentzugsstationen angeboten. Das neue Konzept (Schäfer *et al.*, 1999) sah nun eine spezielle Station für die Zielgruppe der Abhängigen von illegalen Drogen (Opiaten, Kokain oder die Kombination mehrerer psychotroper Substanzen (Alkohol, illegale Drogen, Sedativa)) vor, die eine Entgiftung oder Teilentgiftung (d. h. unter Fortsetzung einer Substitution mit Methadon/ L–Polamidon oder Kodein) anstrebten. Die Station verfügt über insgesamt zwölf Betten, wobei hiervon aufgrund des Bedarfs im Schnitt neun für Männer und nur drei für Frauen vorgesehen sind. Bei der Station A6 handelt es sich um eine sogenannte halboffene Station, d. h. die Stationstür ist von außen verschlossen, von innen aber jederzeit zu öffnen. So ist es jedem Patienten jederzeit möglich, die Station auf eigenen Wunsch zu verlassen, allerdings wird ein alleiniges und eigenmächtiges Verlassen als Abbruch gewertet und der Patient erhält ein dreiwöchiges Stations– und Wiederaufnahmeverbot. Die Niedrigschwelligkeit zeichnet sich dadurch aus, daß sich die Patienten jederzeit zu einer stationären Entzugsbehandlung anmelden können, unabhängig davon, ob nach Entlassung eine Anschlußtherapie, eine weitere ambulante Versorgung oder keine Inanspruchnahme weiterer Hilfsangebote geplant ist. Durch diese Niedrigschwelligkeit soll das Angebot auch erstmals viele der Abhängigen erreichen, die bisher keine Hilfsangeboten angenommen hatten (Ladewig, 1993) und dadurch dazu beitragen, die persönlichen und gesellschaftlichen Schäden durch den Drogenkonsum zu minimieren (Behrendt *et al.*, 1993).



## 1.4 Therapeutisches Programm auf Station

Den Patienten ist es während ihres Behandlungsaufenthaltes nicht gestattet, die Station oder die Klinik ohne einen Mitarbeiter des Hauses zu verlassen. Umso wichtiger ist für die Patienten das therapeutische Programm, da es die einzige Abwechslung vom Stationsalltag bedeutet (s. Tabelle 1.1).

Von ärztlicher bzw. psychologischer Seite werden eine Oberarztvisite und zwei Visiten durch den Stationsarzt pro Woche angeboten. Ferner besteht zweimal wöchentlich die Möglichkeit eines Einzelgesprächs mit dem Arzt. Dienstags und donnerstags findet jeweils eine themenzentrierte Gruppe in Zusammenarbeit mit einem Vertreter des Pflegeteams und mit Teilnahmepflicht für die Patienten statt. Hier werden zentrale Themen wie Sucht, Behandlungsabbruch, Rückfall, soziale Schwierigkeiten etc. behandelt.

Der Sozialdienst bietet viermal pro Woche eine Sprechstunde an. Hier werden vor allem inhaltliche und administrative Fragen bezüglich einer geplanten oder bereits beantragten Anschlußtherapie besprochen und wenn möglich geklärt. Ein weiterer Schwerpunkt liegt hier in der Hilfe bei der Existenzhaltung auch über den Behandlungszeitraum hinaus. Die Ergotherapie bietet zweimal pro Woche jeweils eine Stunde die Möglichkeit zu handwerklichen und gestalterischen Arbeiten. Das Angebot der Physiotherapie umfaßt Übungen zur Entspannung bis hin zum Konditionstraining zweimal pro Woche zu je 45 Minuten.

Neben den Aufgaben der alltäglichen Routine sieht das Pflegepersonal einen wichtigen Schwerpunkt ihrer Arbeit in der Kontaktaufnahme und dem ständigen Austausch mit den einzelnen Patienten. Hierzu dient unter anderen die tägliche Morgenrunde. Hier wird das Tagesprogramm besprochen und Raum zum gegenseitigen Austausch zwischen Pflege und Patient gegeben. Ein weiterer fester Termin ist einmal wöchentlich die sogenannten Infogruppe, in der vor allem suchtbegogene Fragen der Gesundheit und Prävention thematisiert werden. Weiterhin werden von Seite der Stationsmitarbeiter Unternehmungen

Mitarbeiter	Angebote
Ärzte/ Psychologen	Visiten, Einzelgespräche, themenzentrierte Gruppe, tägliche Modifizierung der (medikamentösen) Therapie
Pflegeteam	tägliche Morgenrunde, themenzentrierte Gruppe, Info-gruppe, gemeinsame Unternehmungen
Sozialdienst	Beratung und Unterstützung
Physiotherapie	Entspannungsübungen bis hin zum Krafttraining
Ergotherapie	handwerkliches und gestalterisches Arbeiten

Tabelle 1.1: Therapieangebot auf Station. Die Tabelle zeigt die verschiedenen Therapieangebote für die Patienten, die von den Mitarbeitern der Klinik angeboten werden.

wie Einkaufen von zusätzlichen Lebensmitteln, Besuche in der Videothek und gemeinsame Spaziergänge angeboten.

### 1.5 Verschiedene Formen der Entgiftung

Grundsätzlich gibt es drei Möglichkeiten der stationären Entgiftungsbehandlung auf der Station A6 (s. Tabelle 1.2):

- „kalt“, d. h. ohne medikamentöse Unterstützung
- „lauwarm“, d. h. mit medikamentöser Unterstützung
- „warm“, d. h. mit L–Polamidon unterstützt

**Ohne medikamentöse Unterstützung** Bei dieser Form der Entgiftungsbehandlung werden keinerlei unterstützende Medikamente verabreicht, sondern ausschließlich physikalische–balneologische Verfahren zur Linderung der Symptome angewendet. Der Vorteil ist die relativ kurze Behandlungsdauer von ca. einer Woche. Diese Art der Therapie wird vor allem den Patienten empfohlen, die entweder in der jüngeren Vergangenheit ausschließlich Opiate konsumiert haben oder diejenigen, die während einer Entwöhnungstherapie rückfällig geworden sind.

**Mit medikamentöser Unterstützung** Bei diesem sogenannten lauwarmen Entzug erhält der Patient zur symptomatischen Behandlung von Entzugssymptomen in erster Linie sedierende Antidepressiva (z. B. Doxepin, Trimipramin) oder niedrigpotente Neuroleptika. Nicht eingesetzt werden hierbei Medikamente mit einem eigenen Abhängigkeitspotential. Geeignet ist diese Therapieform für diejenigen Patienten, die bereits vor Behandlungsbeginn ihren Drogenkonsum deutlich reduziert haben oder die drei Wochen Zeit für eine opiatgestützte Entgiftung nicht aufbringen können oder wollen. Die Entlassung erfolgt in der Regel nach zwei Wochen, wenn mindestens vier Tage keine Medikamente eingenommen wurden und im Drogenurin keine illegalen Substanzen mehr nachweisbar sind.

**Opiatgestützte Entgiftung** Hier erhält der Patient täglich in ausschleichender Dosis L–Polamidon. Um einer ausgeprägten Erwartungshaltung von Seiten der Patienten entgegenwirken, wird das L–Polamidon mit Grapefruitsaft verdünnt verdeckt ausgegeben, auch über den Tag der eigentlichen Substitution hinaus. Die Behandlung mit L–Polamidon endet spätestens eine Woche vor der geplanten Entlassung und wird durch ein sedierendes Antidepressivum ergänzt, um die benötigte L–Polamidonmenge gering zu halten. Diese Form der Behandlung ist die mit Abstand am häufigsten gewählte. Sie eignet sich vor allem für diejenigen Patienten, die von diversen Abbrüchen bei „kalten“ und „lauwarmen“ Entzugsbehandlungen im Vorfeld berichten oder die seit langer Zeit mit Ersatzstoffen wie Methadon, Levomethadon und Codein substituiert werden und ihren Beigebrauch ständig gesteigert haben. Die Behandlungsdauer beträgt bei diesem Vorgehen drei Wochen.

Entgiftungsmodus	Behandlung/ Medikation	Behandlungsdauer
„kalt“	Anwendungen, Tees, Bäder, Akupunktur, Entspannungstechniken	ca. 1 Woche
„lauwarm“	Anwendungen wie oben, zusätzlich Behandlung mit Doxepin oder Trimipramin, Magnesiumtabletten	ca. 2 Wochen
„warm“	Wie „lauwarmer“ Modus plus max. zwei Wochen L-Polamidon	ca. 3 Wochen

Tabelle 1.2: Arten der Entgiftungsbehandlung. Gezeigt werden die drei verschiedenen Arten der Entgiftung, die auf Station angeboten werden.

### 1.6 Therapiemotivation

Es gibt grundsätzlich zwei Möglichkeiten, eine stationäre Entgiftungsbehandlung auf der Station A6 zu beginnen, hier wird zwischen Eigen- und Fremdmotivation unterschieden. Eigenmotiviert bedeutet in diesem Zusammenhang, daß sich der Patient auf eigenen Wunsch und aus freien Stücken in Behandlung be gibt. Bei einer fremdmotivierten Behandlung liegt zumeist eine Rechtsgrundlage nach § 35 des Betäubungsmittelgesetz vor, dieser folgt dem Grundsatz „Therapie statt Strafe“. In diesem Fall ist also die stationäre Entgiftungsbehandlung Teil einer vom Gericht verhängten Strafe.

### 1.7 Definitionen

**Substanzabhängigkeit** Die Definition von Substanzabhängigkeit nach dem „Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen“ (DSM-IV) (Saß *et al.*, 1998) lautet wie folgt: Charakteristisches Muster von psychischen und körperlichen Merkmalen, die anzeigen, daß die Person den Konsum der

Droge trotz einschneidender substanzbezogener Probleme fortsetzt. Eine weitere Definition des sogenannten Abhängigkeitssyndrom nach ICD–10 Kriterien (Dilling *et al.*, 2000) lautet: Es handelt sich um eine Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder Substanzklasse für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihr früher höher bewertet wurden. Ein entscheidendes Charakteristikum der Abhängigkeit ist der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, psychotrope Substanzen oder Medikamente (ärztlich verordnet oder nicht), Alkohol oder Tabak zu konsumieren.

**Legalität der Substanzen** Von den in der Arbeit erfragten Substanzen gehören laut dem deutschen Gesetz Opiate, Kokain, Ecstasy und LSD zu den sogenannten illegalen Drogen, der Besitz und Konsum von Cannabis ist bis zu einer gewissen Menge legal. In jedem Supermarkt frei erhältlich sind hingegen Alkohol und Nikotin. Benzodiazepine sind, wenn sie von einem Arzt verschrieben sind, legal in der Apotheke erhältlich.

**Regelmäßiger Drogenkonsum** Hier wurde regelmäßiger Drogenkonsum als Konsum einer oder mehrerer der genannten Substanzen über einen längeren Zeitraum hinweg, mindestens jedoch dreimal pro Woche definiert.

**Formen der Behandlungsbeendigung** Während des Aufnahmegesprächs werden mit den Patienten ausführlich die verschiedenen Therapieoptionen mit ihren Vor- und Nachteilen besprochen. Dabei werden in Einverständnis mit dem Patienten der Behandlungsmodus und die sich daraus ergebende Mindestdauer des stationären Aufenthaltes festgelegt. Bei der Aufnahme des Patienten auf der Station muß dieser sich neben dem üblichen Aufnahme-procedere wie Anamneseerhebung und körperliche Untersuchung einer Urinuntersuchung auf Drogen und einer gründlichen Leibesvisitation unterziehen. Damit soll zum einen ein

objektiver Ausgangsbefund bezüglich des jüngsten Drogenkonsums und zum anderen der Import von Drogen auf die Station verhindert werden.

Grundsätzlich gibt es drei Wege die Behandlung zu beenden, entweder regulär nach der vereinbarten Zeit, aus disziplinarische Gründen oder vorzeitig auf eigenen Wunsch.

Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlungsbeendigung sind:

- Einhalten der festgelegten Mindestbehandlungsdauer
- seit mindestens vier Tagen Medikamentenfreiheit
- Drogenfreiheit oder zumindest rückläufige Drogenwerte in der Urinuntersuchung

Eine disziplinarische Entlassung des Patienten erfolgt, wenn dieser in erheblichem Maße gegen die Stationsregeln verstößt oder des unerlaubten Konsums von Drogen während des Aufenthaltes überführt wird.

Von einem Behandlungsabbruch wird hingegen gesprochen, wenn der Patient aus freiem Willen die Station vor dem Ende der vereinbarten Behandlungsdauer verläßt.

## **2 Material und Methoden**

### **2.1 Patienten**

Im Rahmen der Studie wurden insgesamt 34 opiatabhängige Patienten, jeweils 17 Frauen und Männer, in der Zeit von September 2002 bis August 2003 befragt. Insgesamt wurden in dieser Zeit 68 Frauen und 262 Männer auf der Station A 6 behandelt. Das Interview erfolgte zwischen dem siebten und zehnten Tag des Aufenthaltes. Dadurch sollten für alle Teilnehmer ähnliche Bedingungen geschaffen werden und die Befragung in einer der schweren Phasen des Entzugs durchgeführt werden. Auswahlkriterium war neben der Zustimmung der Patienten eine bestehende Opiatabhängigkeit, auch im Rahmen einer Mehrfachabhängigkeit. Bezüglich der Art der Entgiftung (warm, lauwarm, kalt) gab es keine Vorgaben. Vor Beginn des Interviews wurden die Patienten persönlich über Zweck und Inhalt der Befragung aufgeklärt. Bis zum siebten Therapietag hatten bereits 72 Männer und 16 Frauen die Behandlung abgebrochen. Von den verbleibenden 51 Frauen und 190 Männern konnten jeweils 17 aus beiden Gruppen für die Teilnahme an der Studie gewonnen werden.

#### **2.1.1 Geschlecht und Alter**

Aufgrund der nur geringen Anzahl an Patientinnen auf Station wurde, sobald eine Patientin in die Studie aufgenommen wurde, ebenfalls ein männlicher Patient der Station befragt. Um ein homogenes Bild bezüglich des Abbruchverhaltens

und der jeweiligen Stimmung unter den Patienten zu erhalten, wurde hierbei auf zeitliche Nähe des Befragungstermins und einen Altersunterschied nicht größer als fünf Jahre geachtet. So ergibt sich ein Patientenkollektiv von jeweils 17 Frauen und Männern. Das Durchschnittsalter insgesamt betrug  $28.2 \pm 4.6$  Jahre, das der Frauen  $27.9 \pm 4.4$  Jahre und der Männer  $28.5 \pm 5$  Jahre (s. Abbildung 2.1). Die Frauen, die die Behandlung regulär beendeten, waren im Durchschnitt  $27.4 \pm 5.2$  Jahre alt, die Frauen, die vorzeitig abbrachen,  $28.6 \pm 3$  Jahre alt. Bei den Männern hingegen lag das Alter bei denjenigen, die regulär beendeten bei  $28.6 \pm 4.3$  Jahren, bei der anderen Gruppe bei  $29.0 \pm 7.6$  Jahre.

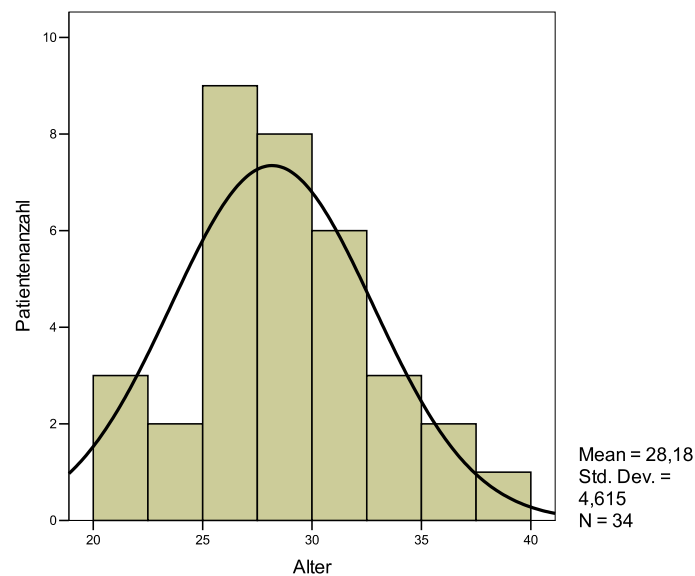


Abbildung 2.1: Altersverteilung aller befragten Patienten.

### 2.1.2 Nationalität

Von den befragten Patienten hatten 79.4 Prozent ( $n = 27$ ) die deutsche Staatsbürgerschaft, gefolgt von 5.9 Prozent ( $n = 2$ ) mit türkischer Staatsbürgerschaft und 2.9 Prozent ( $n = 1$ ) Griechen. Bezüglich der Nationalität gab es zwischen Frauen und Männern dahingehend Unterschiede, daß 94.1 Prozent ( $n = 16$ ) der Männer, aber nur 64.7 Prozent ( $n = 11$ ) der Frauen Deutsche waren. Ferner gab es bei beiden Geschlechtern jeweils 5.9 Prozent ( $n = 1$ ) Türken. Daneben gab



es unter den Frauen 5.9 Prozent ( $n = 1$ ) mit griechischer Staatsbürgerschaft. Vier der Frauen (23.5 Prozent) besaßen weder eine deutsche, russische, griechische oder türkische Staatsbürgerschaft und gaben somit „sonstige“ bei der Befragung an.

## 2.2 Aufbau und Ablauf der Studie

Das Interview dauerte je nach Gesprächsbereitschaft des Patienten zehn Minuten bis hin zu einer halben Stunde, keiner der Patienten brach das Interview vorzeitig ab. Das Vorgehen war bei jeder Befragung gleich.

Zu Beginn wurde noch einmal ausdrücklich darauf hingewiesen, daß die Teilnahme freiwillig erfolgt und eine Absage, auch zu einem späteren Zeitpunkt, keinerlei negative Auswirkungen auf die Behandlung oder andere Konsequenzen haben würde. Der Patient wurde auch darüber informiert, daß die gewonnenen Daten vertraulich behandelt werden und später nicht mehr auf die einzelnen Teilnehmer rückgeschlossen werden kann.

Anschließend begann das eigentliche Interview, das sich aus folgenden Komponenten zusammensetzte:

- Europ ASI<sup>®</sup> (hier wurden nur die für die Arbeit relevanten Punkte erfragt, siehe unten)
- Selbsterstellter Fragebogen
- Fragebogen mit Informationen aus dem Anamnesebogen

Hierbei wurden dem Patienten mittels Europ ASI<sup>®</sup> (Gsellhofer *et al.*, 1994) und dem selbsterstellten Fragebogen geschlossene beziehungsweise halboffene Fragen gestellt. Dabei sollte besonders die Vorgeschichte, die momentane soziale Situation und der Verlauf der aktuellen Entgiftungsbehandlung aus Sicht der Patienten erfaßt werden. Ein weiterer wichtiger Punkt war dabei die Selbsteinschätzung der Patienten im Bezug auf die aktuelle Behandlung.

Nach dem Ende des Gesprächs wurde dann durch den Interviewer selbst noch ein ergänzender Fragebogen ausgefüllt. Die Informationen dazu wurden dem Anamnesebogen entnommen. Dadurch sollten die Rahmenbedingungen wie beispielsweise zuletzt konsumierte Drogen, die Motivation des Patienten, einen Entzug zu machen oder die Art der Entgiftung dokumentiert werden.

Im Folgenden soll nun näher auf die einzelnen Tests eingegangen werden:

**European Addiction Severity Index<sup>®</sup> (Europ ASI<sup>®</sup>)** Der Europ ASI<sup>®</sup> basiert auf dem amerikanischen Addiction Severity Index<sup>®</sup> (ASI, McLellan, 1980). Hierbei handelt es sich um ein semistrukturiertes multidimensionales Interview für Diagnostik und Evaluation im Bereich von Alkohol- und Drogenabhängigkeit sowie deren Mißbrauch. Für sieben Lebensbereiche werden Anzahl, Dauer und Intensität von bereits bestehenden und aktuellen Problemen erfragt. Mittels 150 Items soll so ein Überblick über den körperlichen Zustand, die Arbeits- und Unterhaltssituation, Alkohol- und Drogengebrauch, die rechtliche und Familiensituation, Sozialbeziehungen und den psychischen Status des Patienten ermöglicht werden. Im Interview wurden nur die für die vorliegende Arbeit relevanten Punkte abgefragt. Hierzu zählten folgende Items: Allgemeine Angaben, Arbeits- und Unterhaltssituation, Drogen- und Alkoholgebrauch, Unterpunkte zu Drogen- und Alkoholgebrauch vorausgegangene Entgiftungen und Substitutionen betreffend, Rechtliche Probleme (Punkte 1 – 5), familiärer Hintergrund, psychischer Status (Punkt 1 und 2).

**Selbsterstellte ergänzende Fragebögen** Hierbei handelt es sich um zwei selbst zusammengestellte Fragebögen, die dazu dienen sollen, die wesentlichen Informationen bezüglich der Suchtkarriere und des Behandlungsverlaufs zu erfassen.

Der erste Fragebogen mit dem Titel „ergänzender Fragebogen“ wurde jeweils in Zusammenarbeit mit dem Patienten ausgefüllt.

Es wurde nach der Anzahl der regulär beendeten Entgiftungsbehandlungen und der im Anschluß erfolgten Therapien in der Vergangenheit und eventuellen Abbruchgründen gefragt. Dabei gab es folgende Antwortmöglichkeiten:

- Suchtdruck, Opiathunger
- fehlende Motivation
- disziplinarische Schwierigkeiten
- familiäre Gründe
- Unzufriedenheit mit dem Behandlungsprozeß
- entfällt
- mehrere

Anschließend wurde der Patient dazu aufgefordert, folgende Faktoren seines momentanen Aufenthaltes mit einer Note zwischen eins und sechs zu benoten:

- Kontakt zu den Mitpatienten
- Kontakt zu den Stationsmitarbeitern
- Eigenen körperlichen Zustand
- Seelische Verfassung
- Therapeutisches Programm auf Station

Hierbei entsprach die Note 1 „sehr gut“, die Note 6 „ungenügend“.

Die Patientinnen wurden anschließend noch gebeten, zum Einen anzugeben, ob sie sich von ihren männlichen Mitpatienten dominiert fühlten und zum Anderen, ob sie eine Behandlung auf einer reinen Frauenstation vorziehen würden.

Der zweite Fragebogen „Informationen aus dem Anamnesebogen“, der vom Interviewer selbst ausgefüllt wurde, sollte die Angaben der Patienten vervollständigen. Festgehalten wurden folgende Daten:

- Geburtsdatum
- Geschlecht

- zuletzt konsumierte Drogen anhand des Drogenurins
- Art der Entzugsbehandlung
- Angabe der zu entziehenden Droge
- Planung einer Anschlußtherapie
- Motivation, an einer Entzugsbehandlung teilzunehmen

### 2.3 Statistische Auswertung

Alle Berechnungen und statistischen Analysen wurden mit Hilfe des „Statistical Package for Social Sciences“ (SPSS 10.0 Inc., Chicago, Illinois, USA) durchgeführt.

Die statistische Auswertung erfolgte nach eingehender Beratung durch das Institut für medizinische Biometrie der Universität Tübingen, durch Herrn Dr. Meisner. Die Daten bzw. Variablen wurden an unabhängigen Stichproben erhoben. Für intervallskalierte Variablen wurde der T-Test für unabhängige Stichproben zur Überprüfung der statistischen Signifikanz der Mittelwertunterschiede zwischen den Gruppen berechnet. Für ordinalskalierte Variablen wurde der Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben zur Überprüfung der statistischen Signifikanz der Unterschiede zwischen den rangsortierten Werten berechnet. Die Irrtumswahrscheinlichkeit wurde beidseits auf  $\alpha = 0.05$  festgelegt. Da es sich um eine explorative Auswertung der Daten handelte, wurde auf eine Alphajustierung verzichtet.

Ziel der Arbeit ist es, zu untersuchen, ob Unterschiede zwischen den verschiedenen Patientengruppen Männer und Frauen, Abbrechern und Nicht-Abbrechern bestehen. Hierzu werden im Folgenden zahlreiche Daten bezüglich Vorgeschichte, sozialer Situation, aktueller Entgiftungsbehandlung und Selbsteinschätzung ausgewertet und miteinander verglichen. Bei diesen Faktoren wurde

jeweils untersucht, ob sich hierbei ein statistisch signifikanter Unterschied ergibt. Da es eine Vielzahl von Faktoren gibt, die das Scheitern einer stationären Entgiftungsbehandlung bedingen können, erheben die im folgenden als signifikant aufgeführten Werte nicht den Anspruch, allein gültig zu sein, vielmehr sind sie als Hinweise auf mögliche kausale Zusammenhänge und als Anknüpfungspunkt für weitere Untersuchungen zu verstehen.

## **3 Ergebnisse**

Das folgende Kapitel gliedert sich in zwei Abschnitte. Dabei werden im ersten Teil das gesamte Patientenkollektiv dargestellt und im Anschluß die weiblichen mit den männlichen Patienten verglichen. Hier sollen vor allem die Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern im Hinblick auf ihre Vorgeschichte, ihre sozialen Situation, den Verlauf der aktuellen Entgiftungsbehandlung und ihre Selbsteinschätzung aufgezeigt werden. Der zweite Teil des Kapitels vergleicht drogenabhängige Frauen, die ihre Entgiftungsbehandlung regulär beendet haben mit denjenigen, die vorzeitig abgebrochen haben, hinsichtlich Unterschieden in der Vorgeschichte, sozialen Situation, Verlauf der aktuellen Entgiftungsbehandlung und Selbsteinschätzung.

### **3.1 Gegenüberstellung von Frauen und Männern**

#### **3.1.1 Vorgeschichte**

Bei der Frage nach der Vorgeschichte der Patienten sollen vor allen Dingen

- das Alter bei Beginn des regelmäßigen Drogenkonsums und die „Einstiegsdroge“
- vorangegangene Entzugsbehandlungen, Therapien und Substitutionsbehandlungen
- Schul- und Ausbildung

- Gesetzeskonflikte im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum

untersucht werden.

**Beginn des regelmäßigen Drogenkonsums** Um herauszufinden, in welchem Alter ein Patient welchen Konsum regelmäßig begonnen hat, wurden bei allen nach folgenden Drogen und Genußmitteln gefragt:

- Nikotin
- Alkohol
- Opiate (Heroin, Methadon)
- Benzodiazepine
- Kokain
- Ecstasy, LSD
- Cannabinoide

Bedingt durch diese Definition (regelmäßiger Konsum) kommen die Schwankungen in den Stichprobengrößen zustande. Gerade bei den sogenannten Designerdrogen gaben viele Patienten zumeist einen nur gelegentlichen Konsum an.

Der Altersdurchschnitt für den Erstkontakt mit dem Suchtstoff Nikotin lag mit  $14 \pm 3.7$  Jahren ( $n = 33$ ) am niedrigsten, gefolgt von Alkohol mit durchschnittlich  $14.6 \pm 2.5$  Jahren ( $n = 22$ ) und Cannabis mit  $15.5 \pm 4.1$  Jahren ( $n = 28$ ). Heroin wurde von allen Probanden zumindest eine zeitlang regelmäßig konsumiert. Hier lag das Durchschnittsalter des Erstkonsums bei  $18.7 \pm 3.8$  Jahren. Nur 14 der Patienten gaben an, ab einem Alter von durchschnittlich  $18.3 \pm 2.3$  Jahren Ecstasy und LSD regelmäßig eingenommen zu haben. Bei Kokain lag der Mittelwert bei  $21 \pm 5.7$  Jahren ( $n = 22$ ), für Benzodiazepine bei  $22 \pm 4$  Jahren ( $n = 19$ ) und für Methadon bei  $25 \pm 5.2$  Jahren ( $n = 30$ ) (s. Tabelle 3.1).

### 3 ERGEBNISSE

Suchtstoff	Mann		Frau	
	Alter	n	Alter	n
Nikotin	13.1 ± 2.6	n = 16	14.8 ± 4.5	n = 17
Alkohol	16.4 ± 1.9	n = 13	16.1 ± 2.6	n = 9
Heroin	19.2 ± 3.9	n = 17	18.1 ± 3.8	n = 17
Methadon	25.9 ± 5.3	n = 15	24.1 ± 5.1	n = 15
Benzodiazepine	22.0 ± 3.8	n = 9	21.9 ± 4.4	n = 10
Kokain	21.3 ± 8.0	n = 9	20.7 ± 3.6	n = 13
Ecstasy/LSD	18.1 ± 2.0	n = 7	18.4 ± 2.7	n = 7
Cannabis	14.9 ± 1.9	n = 15	16.3 ± 5.7	n = 13

Tabelle 3.1: Alter bei erstem regelmäßigem Kontakt mit dem jeweiligen Suchtstoff, getrennt nach Geschlecht aufgeführt.

Unter den männlichen Patienten ergab sich ein Durchschnittsalter von  $13.2 \pm 2.5$  Jahren, in dem mit dem ersten regelmäßigen Konsum der jeweiligen Einstiegsdroge begonnen wurde. Im Unterschied dazu begannen die befragten Frauen im Durchschnitt später, erst im Alter von  $14.6 \pm 4.4$  Jahren, zu konsumieren (s. Abbildung 3.1).

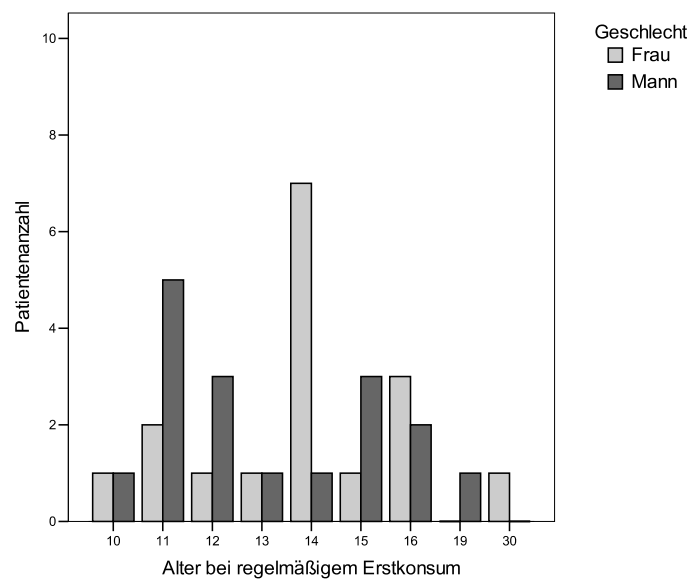


Abbildung 3.1: Alter bei regelmäßigem Erstkonsum. Gezeigt wird die Altersverteilung getrennt nach Geschlechtern.

Als Einstiegsdroge diente bei den Frauen mit 58.8 Prozent ( $n = 10$ ) Nikotin, gefolgt von 41.2 Prozent ( $n = 7$ ), die gleich zu Beginn diverse Suchtstoffe konsu-



mierten. Unter den Männern war der Anteil derer, die von Anfang an mehrere der oben aufgeführten Drogen konsumierten, mit 47.1 Prozent ( $n=8$ ) am größten. 41.2 Prozent ( $n=7$ ) begannen ihre „Suchtkarriere“ mit Nikotin und jeweils 5.9 Prozent ( $n=1$ ) mit Alkohol und Cannabis (s. Abbildung 3.2).

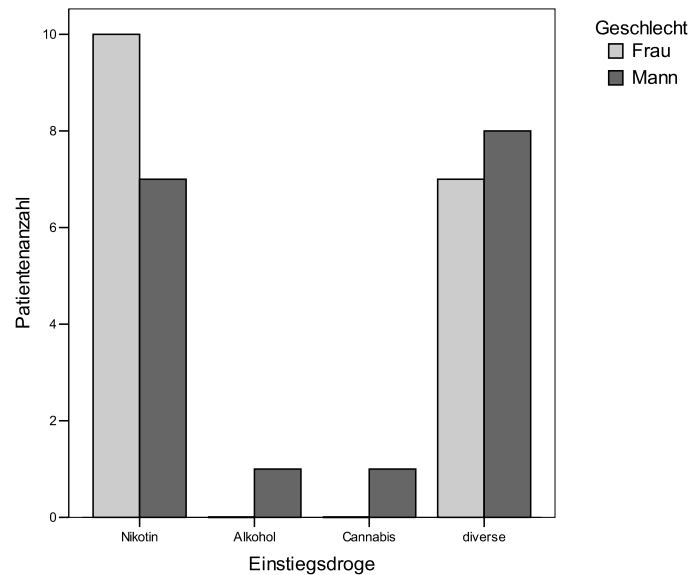


Abbildung 3.2: Einstiegsdroge im Bezug auf das Geschlecht.

Die erste intravenöse Injektion erfolgte im Durchschnitt in einem Alter von  $21.7 \pm 5.3$  Jahren. Hier war der Unterschied zwischen den beiden Geschlechtern nur geringfügig mit  $21.8 \pm 5.5$  Jahren bei den Frauen und  $21.7 \pm 5.3$  bei den Männern (s. Abbildung 3.3).

### **Vorangegangene Entzugsbehandlungen, Therapien und Substitutionen**

Knapp 82 Prozent der befragten Patienten ( $n=28$ ) hatten zum Zeitpunkt des Aufenthaltes auf der Station A6 bereits eine oder mehrere stationäre Entzugsbehandlungen hinter sich, im Durchschnitt 6.2 Stück, von denen durchschnittlich nur 2.8 regulär beendet wurden. Obwohl ebenso viele Männer ( $n=14$ ) wie Frauen ( $n=14$ ) angegeben hatten, schon einmal stationär entgiftet zu haben, hatten die weiblichen Patienten im Mittel 3.3, die männlichen Befragten hingegen 9.1 Behandlungen begonnen.

### 3 ERGEBNISSE

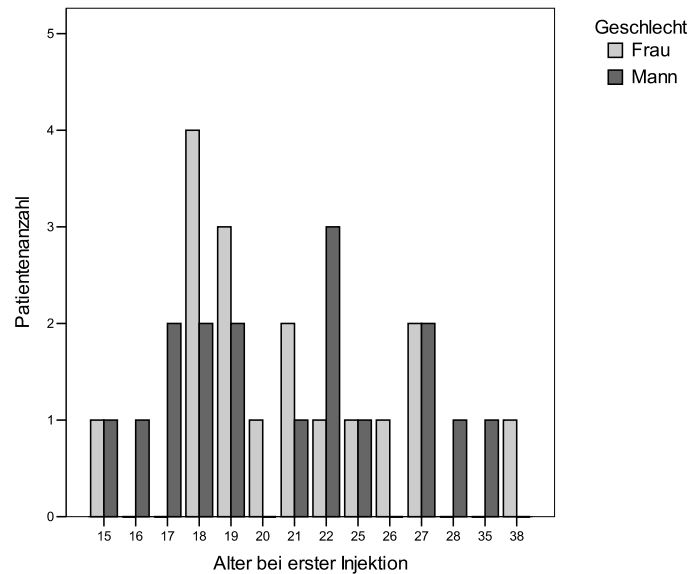


Abbildung 3.3: Alter bei erster intravenöser Injektion, getrennt nach Geschlechtern.

Von Frauen wurden im Mittel 1.9 und von den Männern 3.7 Entgiftungen erfolgreich abgeschlossen.

Als Abbruchgründe wurden den Befragten im Interview folgende Antwortmöglichkeiten vorgegeben:

- Suchtdruck, Opiathunger
- fehlende Motivation
- disziplinarische Schwierigkeiten
- familiäre Gründe
- Unzufriedenheit mit dem Behandlungsprozeß
- entfällt (entweder wurde bisher keine Behandlung abgebrochen oder es handelte sich hier um die Erstbehandlung)
- diverse
- keine Aussage möglich

32.4 Prozent der Befragten gaben Suchtdruck als Hauptabbruchgrund für vorausgegangene Therapien an, gefolgt von Unzufriedenheit mit dem Behandlungsprozeß (14.7%) und disziplinarischen Schwierigkeiten (11.8%).

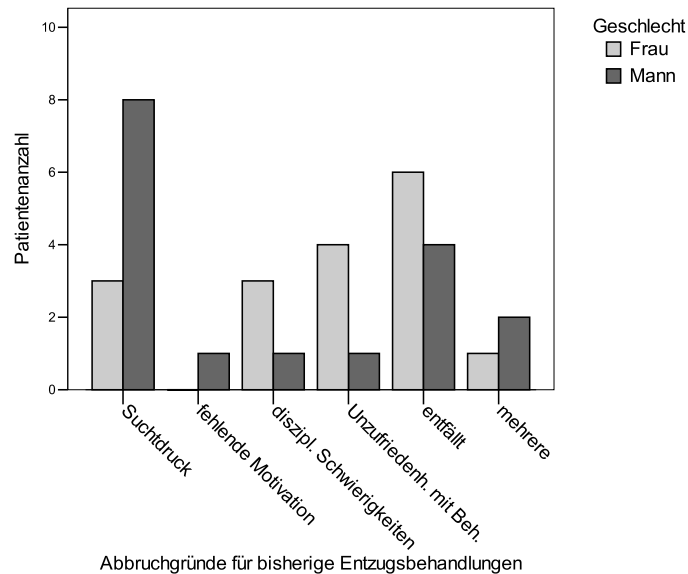


Abbildung 3.4: Abbruchgründe für vorausgegangene Entzugsbehandlungen, getrennt nach Geschlechtern.

Dabei gab es aber zwischen den Geschlechtern enorme Unterschiede: Unter den Männern schien vor allem der Suchtdruck mit 47.1 Prozent ( $n=8$ ) zum Scheitern der Behandlung zu führen. Für 17.6 Prozent ( $n=3$ ) der Patientinnen waren jeweils Suchtdruck oder disziplinarische Schwierigkeiten entscheidend, um die Behandlung frühzeitig zu beenden (s. Abbildung 3.4). Neben der Antwort „entfällt“ mit 35.6 Prozent ( $n=6$ ), da bisher entweder noch keine stationäre Entgiftung stattgefunden hatte oder keine dieser regulär beendet worden war, gaben 23.5 Prozent ( $n=4$ ) der Frauen Unzufriedenheit mit dem Behandlungsprozeß als bestimmenden Abbruchgrund an. Diverse Gründe nannten jedoch nur 5.9 Prozent ( $n=1$ ).

Als zweithäufigste Antwort gaben die Männer mit 23.5 Prozent ( $n=4$ ) „entfällt“ an, gefolgt von „diverse Gründe“ mit 11.8 Prozent ( $n=2$ ) und jeweils 5.9 Prozent ( $n=1$ ) für disziplinarische Schwierigkeiten, Unzufriedenheit mit dem Behandlungsprozeß und fehlende Motivation.

Die Antwortmöglichkeit „keine Aussage möglich“ wählte keiner der Befragten.

### 3 ERGEBNISSE

Bezüglich einer Entwöhnungstherapie gaben nur etwa 52.9 Prozent (n = 18) der Befragten an, schon einmal eine solche angetreten zu haben. Das traf für 47.1 Prozent Frauen (n = 8) und 58.8 Prozent Männer (n = 10) zu.

Insgesamt schafften es nur zwölf der 17 befragten Patienten, die überhaupt eine oder mehrere Therapien angetreten hatten, mindestens eine dieser Therapien auch regulär zu beenden. Von diesen zwölf Personen waren fünf Frauen (29.4%) und sieben Männer (41.2%). Hierbei führten nach Angaben der Patienten vor allem disziplinarische Gründe zu einem Scheitern des Aufenthaltes (s. Abbildung 3.5).

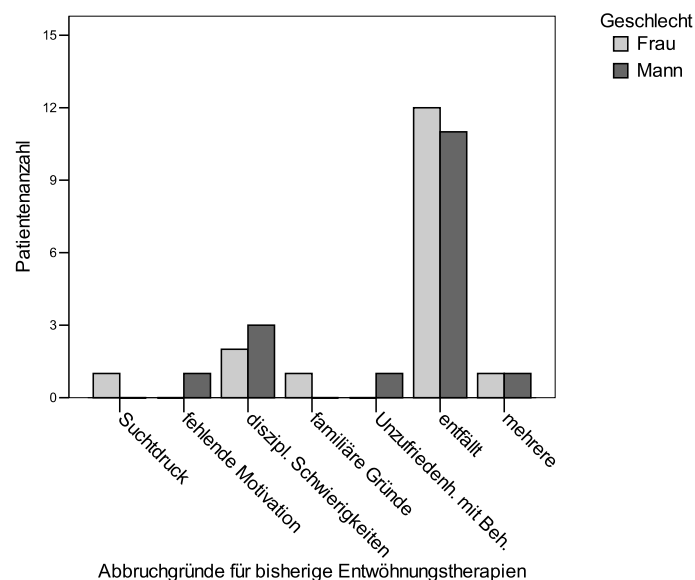


Abbildung 3.5: Abbruchgründe für vorausgegangene Therapien, getrennt nach Geschlechtern.

Die Patienten wurden während des Interviews gebeten, anzugeben, wie oft sie bereits im Vorfeld mit einer der unten genannten Medikamente substituiert worden waren. Als Antwortmöglichkeiten wurden genannt:

- Codein
- Methadon
- Subutex®

97.1 Prozent (n = 33), je 17 Männer und 16 Frauen, waren bereits einmal oder mehrere Male mit einem der oben genannten Stoffe substituiert worden. Im Durchschnitt wurde jeder Patient 1.44mal mit Methadon behandelt, aber nur 0.59mal mit Codein und 0.28mal mit Subutex. Die befragten Frauen waren im Durchschnitt 1.5 (Minimum 0, Maximum 4) mal mit Methadon, 0.38 (Minimum 0, Maximum 2) mal mit Codein und 0.19 (Minimum 0, Maximum 1) mal mit Subutex substituiert worden. Bei den Männern lagen die Durchschnittswerte für die Substitution mit Methadon bei 1.29 (Minimum 0, Maximum 3), mit Codein bei 0.76 (Minimum 0, Maximum 7) und mit Subutex bei 0.35 (Minimum 0, Maximum 1).

**Schulabschluß und Ausbildung** Die Mehrheit von 61.8 Prozent (n = 21) der gefragten Patienten besaß einen Hauptschulabschluß als höchsten erreichten Schulabschluß, das entsprach 47.1 Prozent (n = 8) der Frauen und 76.5 Prozent (n = 13) der Männer. Einen Realschulabschluß hatten insgesamt 26.5 Prozent (n = 9). Der Anteil unter den Frauen lag hier bei 35.3 Prozent (n = 6), derjenige unter den Männern bei 17.6 Prozent (n = 3). Das Abitur besaßen lediglich zwei der Frauen (11.8%), einen Hochschulabschluß hatte ein Mann (5.9%) erlangt. Eine Patientin hatte keinen regulären Schulabschluß.

Die Frage nach einer abgeschlossenen Berufsausbildung konnten 38.2 (n = 13) Prozent bejahen, darunter 35.3 Prozent (n = 6) der Frauen und 41.2 Prozent (n = 7) der Männer (s. Abbildung 3.6). Mit „nein“ antworteten 61.8 Prozent (n = 21), hier war der Frauenanteil mit 64.7 Prozent (n = 11) der Größere. Hingegen hatten 58.8 Prozent (n = 10) der Männer keine abgeschlossene Berufsausbildung.

**Gesetzeskonflikte** Acht Patienten, je vier Frauen und Männer, hatten eine Therapieauflage nach Paragraph 35 Betäubungsmittelgesetz, demnach eine Entgiftungsbehandlung Teil ihrer abzuleistenden Strafe ist. Die übrigen 26 Patienten begaben sich freiwillig in Behandlung. Dagegen hatten aber 47.1 Pro-

### 3 ERGEBNISSE

---

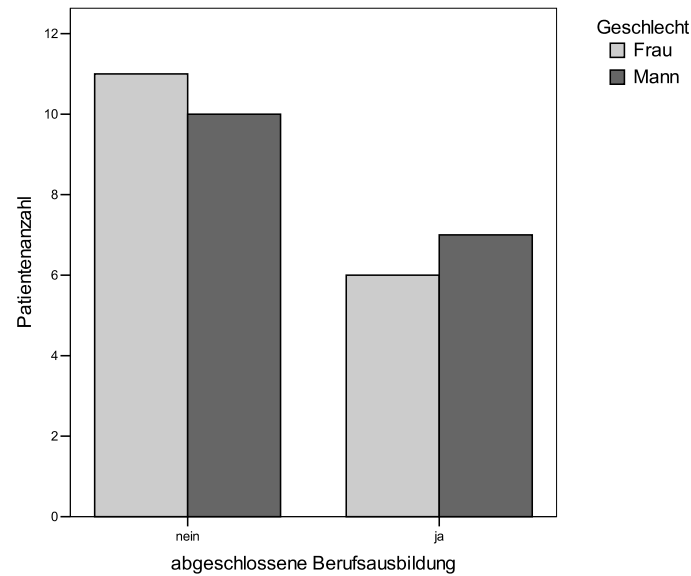


Abbildung 3.6: Abgeschlossenen Berufsausbildung der Befragten, getrennt nach Geschlechtern.

zent ( $n = 16$ ) zum Zeitpunkt der Befragung eine Strafe auf Bewährung ausstehen, 23.5 Prozent ( $n = 4$ ) der weiblichen Patienten und 70.6 Prozent ( $n = 12$ ) der männlichen Patienten. Hier ergab sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen ( $p = 0,007$ , Mann-Whitney-U-Test)

Von den 34 befragten Personen waren insgesamt 18 bereits einmal oder mehrere Male inhaftiert worden, durchschnittlich 16.3 Monate. Unter diesen 18 Patienten waren sieben Frauen, die im Mittel 11.9 Monate und elf Männer, die 19.2 Monate im Gefängnis verbrachten.

#### 3.1.2 Soziale Situation

Um die soziale Situation der Patienten zu erfassen, wurde bei der Befragung das Hauptaugenmerk auf folgende Parameter gerichtet:

- Familienstand
- Wohnsituation
- Drogenprobleme des Partners

- Erwerbstätigkeit

So sollte zumindest eine knapper Überblick über die Lebensumstände der Befragten ermöglicht werden.

**Familienstand** Unter den Befragten waren 85,3 Prozent ( $n=29$ ) ledig. Das traf auf 76,5 Prozent ( $n=13$ ) der Frauen und 94,1 Prozent ( $n=16$ ) der Männer zu. 11,8 Prozent ( $n=4$ ) waren zum Zeitpunkt des Interviews verheiratet, davon waren 17,6 Prozent Frauen ( $n=3$ ) und 5,9 Prozent ( $n=1$ ) Männer, eine Patientin war verwitwet (s. Abbildung 3.7).

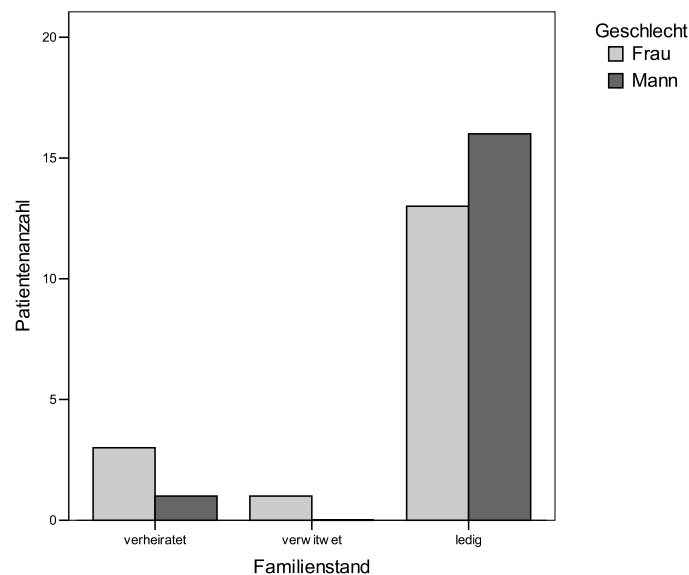


Abbildung 3.7: Familienstand der Befragten, getrennt nach Geschlechtern.

**Wohnsituation** Um die Wohnsituation der Patienten zu ermitteln, wurden ihnen im Interview folgende Antwortmöglichkeiten gegeben:

- mit Lebensgefährte/in und Kindern
- mit Lebensgefährte/in alleine
- mit Kindern alleine
- mit Eltern

- mit Familienangehörigen
- mit Freunden
- alleine
- in institutioneller Umgebung
- kein fester Wohnsitz

Weitaus am Häufigsten wurde angegeben, alleine zu wohnen (s. Abbildung 3.8). Diese Lebensform traf zu diesem Zeitpunkt auf 41.2 Prozent ( $n = 14$ ) der Personen zu, 29.4 Prozent ( $n = 5$ ) der Frauen und 52.3 Prozent ( $n = 9$ ) der Männer. Mit je 17.6 Prozent ( $n = 6$ ) wurden „mit dem Lebensgefährten alleine“ und „mit den Eltern“ angegeben, wobei aber 23.5 Prozent ( $n = 4$ ) der Patientinnen mit ihrem Lebensgefährten ohne Kinder lebten, hingegen aber nur 11,8 Prozent ( $n = 2$ ) der Männer dies angaben. Im Gegensatz dazu lebten noch 29.4 Prozent ( $n = 5$ ) der männlichen Patienten bei ihren Eltern, aber nur eine Frau (5.9%). Mit ihrem Lebensgefährten und Kindern lebten zu diesem Zeitpunkt 11.8 Prozent ( $n = 4$ ) der Befragten, allerdings nur Frauen (23.5%). Ebenfalls nur von Frauen wurden die Antwortmöglichkeiten „mit Kind alleine“, „mit Familienangehörigen“ und „mit Freunden“ mit jeweils 2.9 Prozent ( $n = 1$ ) gewählt. Bezüglich der Frage nach der aktuellen Wohnsituation bestand ein signifikanter Unterschied zwischen den befragten Männern und Frauen ( $p = 0.025$ ).

**Drogenprobleme des Partners** Von allen Befragten gaben 17.6 Prozent ( $n = 6$ ) an, derzeit einen ebenfalls drogenabhängigen Lebensgefährten zu haben. Dabei handelte es sich nur um Frauen, hierdurch ergab sich ein statistisch signifikanter Unterschied ( $p = 0.008$ ). Keiner der befragten Männer hatte eine Beziehung mit einem ebenfalls erkrankten Partner. 82.4 Prozent ( $n = 28$ ) lebten zu diesem Zeitpunkt entweder in keiner Partnerschaft oder hatten nicht-abhängige Partner.

Alkoholprobleme des Partners konnten 11.6 Prozent ( $n = 4$ ), je zwei Frauen und Männer bejahen.



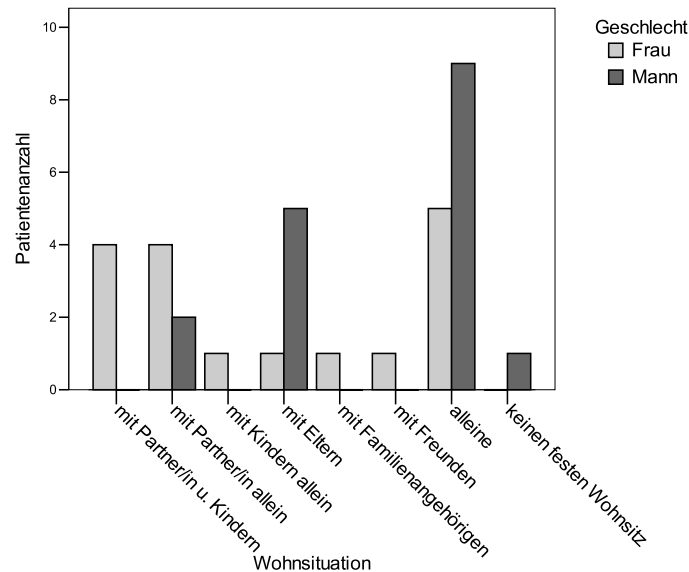


Abbildung 3.8: Aktuelle Wohnsituation der Befragten, getrennt nach Geschlechtern aufgeführt.

**Erwerbstätigkeit** Von allen Befragten waren 35.4 Prozent ( $n = 12$ ) erwerbstätig (s. Abbildung 3.9). Diese Erwerbstätigkeit erstreckte sich von einer geregelten Ganztagesstelle bis hin zum Gelegenheitsjob. Insgesamt verdienten so 41.2 Prozent der Frauen ( $n = 7$ ) und 29.4 Prozent der Männer ( $n = 5$ ) ihren Lebensunterhalt. Der größte Anteil der Patienten (52,9%,  $n = 18$ ), ebensoviele Frauen wie Männer, war zum Zeitpunkt der Behandlung arbeitslos. 17.6 Prozent ( $n = 3$ ) der Männer waren Rentner/ Behindert. Dies traf auf keine Frau zu. Unter den Patientinnen gab es eine Hausfrau (5.9%).

### 3.1.3 Aktuelle Entgiftungsbehandlung

Um die Situation der Patienten während des aktuellen Entzuges zu erfassen, wurden die Informationen teilweise aus den Akten entnommen oder im persönlichen Gespräch erfragt. Dabei ging es vor allem um:

- die zu entziehende Droge
- zuletzt konsumierte Drogen
- Motivation, eine Entzugsbehandlung zu beginnen

### 3 ERGEBNISSE

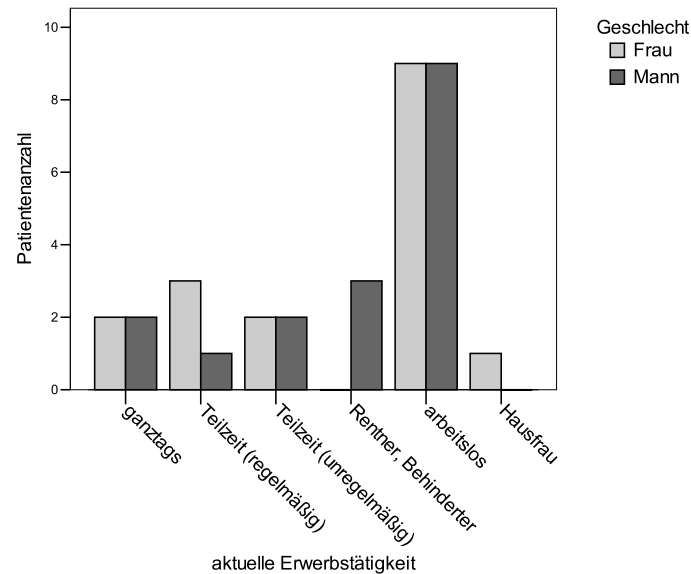


Abbildung 3.9: Aktuelle Erwerbstätigkeit der befragten Patienten, getrennt nach Geschlechtern aufgeführt.

- Art der Entgiftung
- geplante Anschlußtherapie
- Abbruch der Behandlung

**Entgiftungsdroge** Der größte Anteil der befragten Patienten gab als Droge, von der der Entzug stattfinden sollte, Methadon an (s. Tabelle 3.2). Insgesamt hatten 61.8 Prozent ( $n=21$ ), das waren 64.7 Prozent der Frauen ( $n=11$ ) und 58.8 Prozent der Männer ( $n=10$ ), vor, von Methadon zu entgiften. Einen Opiat-Entzug (Opiate ohne Methadon) hatten 38.2 Prozent ( $n=13$ ), gefolgt von Benzodiazepinen mit 23.5 Prozent ( $n=8$ ) geplant.

67.6 Prozent ( $n=23$ ) der Befragten entgifteten nach eigenen Angaben nur von einem Suchtstoff. Davon waren 64.7 Prozent ( $n=11$ ) der Frauen und 70.6 Prozent Männer ( $n=12$ ) betroffen. Der Rest von 32.4 Prozent ( $n=11$ ) entzog von mehr als einer Substanz gleichzeitig. Hiervon waren 35.3 Prozent Frauen ( $n=6$ ) und 28.4 Prozent ( $n=5$ ) Männer.

Suchtstoff	insgesamt		Frauen		Männer	
	%	n	%	n	%	n
Kokain	8.8%	n = 3	11.8%	n = 2	5.9%	n = 1
Opiate	38.2%	n = 13	35.3%	n = 6	41.2%	n = 7
Alkohol	–	–	–	–	–	–
Methadon	61.8%	n = 21	64.7%	n = 11	58.8%	n = 10
Benzodiazepine	23.5%	n = 8	23.5%	n = 4	23.5%	n = 4
mehrere Substanzen	32.4%	n = 11	17.6%	n = 6	14.7%	n = 5

Tabelle 3.2: Suchtstoffe, von denen entgiftet wurde. Getrennt nach Geschlechtern und in Prozentzahlen angegeben. Die Zahlen beziehen sich auf die aktuelle Behandlung.

**Zuletzt konsumierte Drogen** Jeder Patient, der sich zu einer Entgiftungsbehandlung auf der Station A6 einfindet, muß zum Zeitpunkt seiner Aufnahme einen sogenannten Drogenurin abgeben. Damit soll festgestellt werden, welche Suchtstoffe zuletzt konsumiert wurden und gleichzeitig sollen die Ergebnisse als Verlaufskontrolle für den Entzug dienen. Für die Befragung wurde das Vorhandensein von Kokain, Opiaten, Cannabis, Methadon, Barbituraten und Benzodiazepinen im Urin erfaßt. Dabei stellte sich heraus, daß in Analogie zu den Suchtstoffen, von denen entgiftet werden sollte, auch hier Opiate, Methadon und Benzodiazepine das Feld anführten (s. Abbildung 3.10).

**Motivation** Bei der Frage nach der Motivation der Patienten gab es zwei Antwortoptionen. 76.5 Prozent (n = 26) der Befragten hatte sich nach eigenen Angaben auf persönlichen Wunsch freiwillig in eine Entziehungsbehandlung begeben. Dazu zählten jeweils 76.5 Prozent (n = 13) der Frauen und Männer. Der andere Teil der Teilnehmer hatte den Aufenthalt auf Station fremdmotiviert angetreten. Das bedeutet, dass ein externer Zwang in Form von gerichtlicher Auflage oder ähnliches zu der Entscheidung, eine Entgiftung zu machen, führte.

**Art der Entgiftung** In der Einleitung wurden bereits die unterschiedlichen Schemata der Entgiftung erläutert. 94.1 Prozent (n = 32) der Patienten entschie-

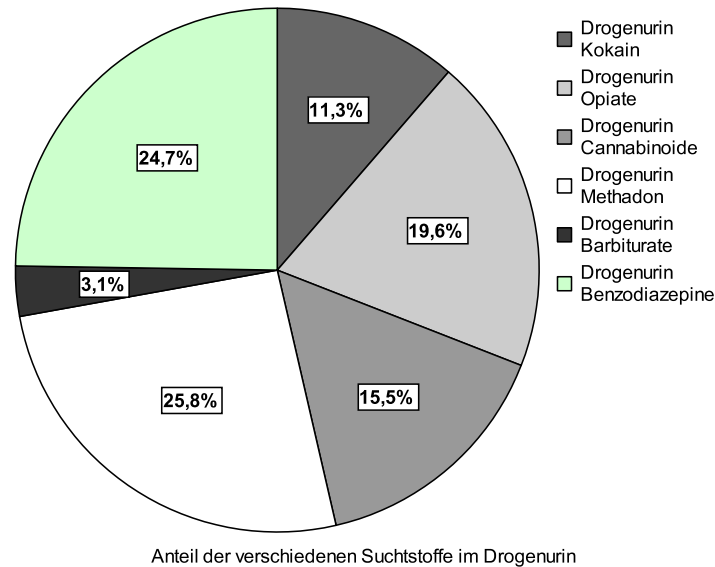


Abbildung 3.10: Anteil der verschiedenen Suchtstoffe in Prozent im Drogenurin aller befragten Patienten.

den sich für eine „warme“, also opiatgestützte Entgiftung. Die befragten Patientinnen entgifteten sogar ausschließlich opiatgestützt, unter den Männern waren es 88.2 Prozent ( $n = 15$ ). Die restlichen 11.8 Prozent ( $n = 2$ ) Männer entgifteten zu jeweils 5.9 Prozent metikamentengestützt „lauwarm“ und „kalt“.

**Anschlußtherapie** Von den 34 befragten Patienten planten 52.9 Prozent ( $n = 18$ ) eine Therapie im Anschluß an ihre Entgiftungsbehandlung. Hier zeigten sich keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen

**Abbrüche** Insgesamt beendeten 64.7 Prozent ( $n = 22$ ) der Befragten ihre Behandlung regulär. Darunter fielen 58.8 Prozent ( $n = 10$ ) der Frauen und 70.6 Prozent ( $n = 12$ ) der Männer. Ihre Behandlung brachen 32.4 Prozent ( $n = 11$ ) frühzeitig ab, darunter 41.2 Prozent ( $n = 7$ ) der Patientinnen und 23.5 Prozent ( $n = 4$ ) der männlichen Patienten. Ein männlicher Befragter (5.9%) wurde aus disziplinarischen Gründen frühzeitig entlassen.

Die durchschnittliche Verweildauer aller Patienten auf Station betrug  $18 \pm 6.9$  Tage (Median 20, Minimum 7, Maximum 33), wobei die Frauen im Durchschnitt

18.5 ± 7.4 Tage (Median 20, Minimum 7, Maximum 33) und die Männer 17.5 ± 6.6 Tage (Median 20, Minimum 8, Maximum 27) stationär blieben. Der Abbruch erfolgte im Durchschnitt nach 14.4 ± 6.2 Tagen. Die Frauen, die die Behandlung frühzeitig beendeten, blieben im Mittel 14.3 ± 7.7 Tage auf Station, im Gegensatz zu den Männern, die vorzeitig abbrachen. Sie verließen die Klinik nach 11 ± 1.8 Tagen.

### 3.1.4 Selbsteinschätzung der Patienten

Um die Selbsteinschätzung der Patienten zu erfassen, wurden sie gebeten, einzelne Aspekte ihres Entzugs mit den Noten eins bis sechs zu benoten.

**Benotung der einzelnen Faktoren** Die Befragten wurden während des Interviews gebeten, folgende Faktoren ihres jetzigen Stationsaufenthaltes zu benoten:

- den Kontakt zu ihren Mitpatienten
- den Kontakt zu den Stationsmitarbeitern
- ihren momentanen körperlichen Zustand
- ihre seelische Verfassung
- das therapeutische Programm auf Station

Dabei galt es, ganze Noten von eins bis sechs zu verteilen, wobei eins sehr gut und sechs ungenügend entsprach.

Der Kontakt zu den Mitpatienten auf der Station wurde von allen (n = 34) mit durchschnittlich 2.7 ± 0.9 als recht gut benotet. Die Frauen beurteilten die Situation mit 2.8 ± 1.2 etwas schlechter als die Männer, die im Mittel eine 2.5 ± 0.6 als Note vergaben.

Der Kontakt zu den Stationsmitarbeitern wurde von allen Faktoren mit  $2.1 \pm 0.9$  am besten benotet. Hier vergaben die Patientinnen mit  $2.0 \pm 1.1$  die bessere Note als ihre männlichen Mitpatienten mit einem Durchschnitt von  $2.3 \pm 0.7$ .

Ihren eigenen körperlichen Zustand während der momentanen Behandlung sahen die Patienten mit einer Durchschnittsnote von  $3.7 \pm 1.2$  als nicht befriedigend an. Auch hier benoteten die Frauen mit  $3.5 \pm 1.1$  besser als die Männer mit  $3.9 \pm 1.3$ .

Auf die Frage nach ihrer momentanen seelischen Verfassung vergaben die Patienten im Mittel die Note  $3.3 \pm 1.1$ . Wie bei den beiden zuletzt genannten Punkten wurde auch dieser Zustand durch die befragten Frauen mit  $3.0 \pm 1.0$  positiver als durch die Männer mit einer Durchschnittsnote von  $3.5 \pm 1.2$  bewertet.

Es war nur 33 der Befragten möglich, ein Urteil über die Güte des therapeutischen Programms abzugeben. Mit  $2.6 \pm 0.9$  wurde es von beiden Geschlechtern gleich bewertet.

Insgesamt lag die durchschnittliche Bewertung der Frauen bei der Note 2.7, die der Männer bei 3.1.

**Benotung unter Berücksichtigung von Geschlecht und Entlaßmodus** Von den insgesamt 34 befragten Patienten brachen elf, sieben Frauen und vier Männer, vorzeitig ihre Behandlung ab. Im Folgenden Abschnitt wird nun noch einmal die Benotung der einzelnen Faktoren im Hinblick auf Geschlecht und Abbruch/Nicht- Abbruch dargestellt (s. Tabelle 3.3). Im einzelnen ergaben sich folgende Werte: (In Klammer folgt immer der Wert der gleichgeschlechtlichen Gruppe, die ihre Entgiftungsbehandlung regulär beendet hat).

Den Kontakt zu ihren Mitpatienten beurteilten die Patientinnen, die die Station früher verließen, im Durchschnitt mit 2.6 (regulär: 2.9), bei den Männern lag der Wert bei 2.3 (regulär: 2.8).

Für den Kontakt zu den Stationsmitarbeitern vergaben die sieben Frauen, die abbrachen, im Mittel eine 1.9 (regulär: 1.9) und die Männer eine 2.3 (regulär: 2.5).

Ihren momentanen körperlichen Zustand benoteten die Patientinnen, die die Behandlung abbrachen mit 3.7 (regulär: 3.2), die männlichen Patienten mit 3.3 (regulär: 4.4).

Die Benotung der seelischen Verfassung erfolgte bei den sieben Frauen mit 2.9 (regulär: 3.1) und mit 3.5 (regulär: 3.8) bei den vier Männern. Das therapeutische Programm wurde von den Patientinnen mit 2.4 (regulär: 2.7), von den Patienten mit 2.8 (regulär: 3.3) bewertet.

einzelne Faktoren	insgesamt	Frauen		Männer	
		Abbr	n.Abbr	Abbr	n.Abbr
Kontakt zu Mitpatienten	2.7	2.6	2.9	2.3	2.8
Kontakt zu Stationsmitarbeitern	2.1	1.9	1.9	2.3	2.5
momentaner körp. Zustand	3.7	3.7	3.2	3.3	4.4
seelische Verfassung	3.3	2.9	3.1	3.5	3.8
therap. Programm auf Station	2.6	2.4	2.7	2.8	3.3

Tabelle 3.3: Benotung der Faktoren und Selbsteinschätzung bezüglich der aktuellen stationären Behandlung. Die Benotung erfolgte von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend). Die Tabelle unterscheidet zwischen Männern und Frauen und Art der Therapiebeendigung (Abbr. entspricht einem vorzeitigen Behandlungsende; n.Abbr. bedeutet reguläres Behandlungsende).

## 3.2 Gegenüberstellung der weiblichen Patienten

In diesem Abschnitt des Kapitels richtet sich das Augenmerk ausschließlich auf die Gruppe der insgesamt 17 befragten Frauen, von denen zehn ihre Entgiftungsbehandlung regulär beendeten (Gruppe A) und sieben vorzeitig abbrachen.

chen (Gruppe B). Da nach dem gleichen Schema wie beim Vergleich Frauen und Männer vorgegangen wird, soll in diesem Teil nur noch auf die Ergebnisse der Befragung eingegangen werden.

### 3.2.1 Vorgeschichte

**Beginn des regelmäßigen Konsums** Beide Gruppen begannen den regelmäßigen Konsum eines Suchtstoffes mit Nikotin, wobei die Frauen, die regulär beendeten ( $n = 10$ ) im Durchschnitt mit  $13.9 \pm 2.6$  Jahren und ihre Mitpatientinnen ( $n = 7$ ) fast zwei Jahre später mit  $16 \pm 6.4$  Jahren damit begannen. Bei Gruppe A ( $n = 7$ ) folgte mit  $15 \pm 1.4$  Jahren der regelmäßige Konsum von Cannabis, für den die Frauen, die vorzeitig abbrachen, einen regelmäßigen Erstkontakt im Alter von  $17.83 \pm 8.5$  Jahren angaben. Alkohol wurde von den Patientinnen, die den Aufenthalt regulär beendeten ( $n = 5$ ), in einem Durchschnittsalter von  $16.2 \pm 2.7$  konsumiert. In der Gegengruppe ( $n = 4$ ) lag der Wert bei  $16.0 \pm 2.8$  Jahren (s. Tabelle 3.4).

Suchtstoff	regulär beendet		Abbruch	
	Alter	n	Alter	n
Nikotin	$13.9 \pm 2.6$	$n = 10$	$16.0 \pm 6.4$	$n = 7$
Alkohol	$16.2 \pm 2.7$	$n = 5$	$16.0 \pm 2.8$	$n = 4$
Heroin	$16.9 \pm 2.1$	$n = 10$	$19.9 \pm 5.1$	$n = 7$
Methadon	$23.4 \pm 4.8$	$n = 10$	$25.3 \pm 6.7$	$n = 4$
Benzodiazepine	$21.3 \pm 4.1$	$n = 7$	$20.5 \pm 3.5$	$n = 2$
Kokain	$20.0 \pm 4.2$	$n = 8$	$21.8 \pm 2.4$	$n = 5$
Ecstasy/ LSD	$19.0 \pm 2.8$	$n = 4$	$17.7 \pm 2.9$	$n = 3$
Cannabis	$15.0 \pm 1.4$	$n = 7$	$17.8 \pm 8.5$	$n = 6$

Tabelle 3.4: Beginn des regelmäßigen Konsums der einzelnen Suchtstoffe. Dargestellt ist das Alter der Frauen in Jahren, unterschieden zwischen Art der Behandlungsbeendigung.

Als Einstiegsdroge dienten allen Frauen entweder Nikotin oder gleich zu Beginn „diverse“ Suchtstoffe. Bei den Patientinnen, die regulär beendeten ( $n = 10$ ), lag



der Konsum von Nikotin als Einstiegsdroge mit 70% (n = 7) an der Spitze, gefolgt von „diversen“ Suchtstoffen mit 30% (n = 3). In der Vergleichsgruppe B lag der Wert für Nikotin bei 42,9% (n = 3), 57.1% (n = 4) gaben „diverse“ als Einstiegsdroge an.

Die Frauen der Gruppe A waren bei ihrer ersten intravenösen Injektion im Durchschnitt  $13.3 \pm 1.8$  Jahre alt, im Vergleich dazu waren die Frauen der Gruppe B  $16 \pm 6.4$  Jahre.

### **Vorangegangene Entzugsbehandlungen, Therapien und Substitutionen**

Von den insgesamt 17 befragten Frauen hatten 14 im Vorfeld bereits eine oder mehrere Entzugsbehandlungen hinter sich. In Gruppe A lag der Anteil bei neun von zehn Frauen, die im Durchschnitt  $2.8 \pm 1.3$  Entgiftungen begonnen hatten, von denen  $1.4 \pm 1.6$  regulär beendet wurden. Als Hauptgrund für die vorzeitigen Abbrüche wurden mit je 20% (n = 2) disziplinarische Schwierigkeiten und Unzufriedenheit mit dem Behandlungsprozeß angegeben, gefolgt von Suchtdruck und mehreren Gründen mit je 10% (n = 1). Bei vier Patientinnen entfiel eine Aussage, da sie entweder nie eine Entzugsbehandlung begonnen oder keine der Begonnenen regulär beendet hatten. Bei den Patientinnen der Gruppe B hatten fünf der sieben Frauen durchschnittlich  $4.2 \pm 4$  Entzüge bereits hinter sich. Davon schlossen sie  $2.6 \pm 4.2$  erfolgreich ab. Als Hauptgrund für das Scheitern wurden hier mit jeweils 28,6% (n = 2) Suchtdruck, Unzufriedenheit mit dem Behandlungsprozeß und „entfällt“ angegeben. Eine Patientin gab disziplinarische Gründe an.

Acht der insgesamt 17 Frauen hatten im Vorfeld der aktuellen Behandlung schon einmal eine Therapie im Anschluß an einen stationären Entzug begonnen. Davon gehörten fünf Patientinnen der Gruppe A (n = 10) an, von denen zwei mindestens eine dieser Therapien, im Durchschnitt waren es  $1.5 \pm 0.7$ , auch regulär beendet hatten. Drei Frauen der Gruppe B (n = 7) hatten ebenfalls bereits eine begonnen Therapie hinter sich, von denen sie auch mindestens eine re-

gular beendet hatten. Hier lag der Durchschnittswert bei  $1.7 \pm 1.2$  erfolgreichen Therapien.

Als Hauptabbruchgrund der begonnenen Langzeittherapien gaben die Frauen der Gruppe A dabei zu gleichen Teilen mit je 20% ( $n = 1$ ) Suchtdruck bzw. Opiathunger, disziplinarische Schwierigkeiten, familiäre Gründe, mehrere Punkte und entfällt an. Mit je 33% ( $n = 1$ ) gaben die Frauen der Gruppe B Suchtdruck bzw Opiathunger, disziplinarische Schwierigkeiten und entfällt für das Scheitern ihrer Therapien in der Vergangenheit an. Die Antwortmöglichkeit entfällt traf in dem Fall zu, wenn bis zu diesem Zeitpunkt jede begonnene Therapie auch beendet wurde.

Bis auf eine Patientin der Gruppe B erhielten alle befragten Frauen in der Vergangenheit bereits eine Substitutionsbehandlung. Die Frauen der Gruppe A ( $n = 10$ ) erhielten im Durchschnitt  $0,2 \pm 0,4$  (Minimum 0, Maximum 1) Substitutionsbehandlungen mit Codein,  $1,6 \pm 1$  (Minimum 0, Maximum 4) mit Methadon und  $0,1 \pm 0,3$  (Minimum 0, Maximum 1) mit Subutex. Bei den Patientinnen der Gruppe B ( $n = 6$ ) war die Verteilung ähnlich mit einem Durchschnittswert, der für Codein bei  $0,7 \pm 0,8$  (Minimum 0, Maximum 2), für Methadon bei  $1,3 \pm 1,0$  (Minimum 0, Maximum 3) und für Subutex bei  $0,3 \pm 0,5$  (Minimum 0, Maximum 1) lag.

**Schulabschluß und Ausbildung** Von den zehn Frauen, die ihre Entzugsbehandlung erfolgreich beendeten, gaben 50% ( $n = 5$ ) an, einen Hauptschulabschluß zu besitzen, gefolgt von jeweils 20% ( $n = 2$ ) mit Mittlerer Reife und Abitur. Lediglich eine der befragten Frauen hatte keinen Schulabschluß. In der Gruppe der Abbrecherinnen hatten 42,9% ( $n = 3$ ) die Hauptschule erfolgreich beendet und 57,1% ( $n = 4$ ) einen Realschulabschluß.

In beiden Gruppen hatten mehr als die Hälfte der Befragten keine abgeschlossene Berufsausbildung. In Gruppe A waren dies 70% ( $n = 7$ ) und in Gruppe B

57.1% (n=4). Jeweils drei Frauen hatten eine Berufsausbildung abgeschlossen, das entspricht 30% in Gruppe A und 42.9% in Gruppe B.

**Gesetzeskonflikte** Für vier Patientinnen bestand eine Rechtsgrundlage nach Paragraph 35 Betäubungsmittelgesetz für den stationären Aufenthalt. Davon gehörten drei der Frauen der Gruppe A an, das entspricht 30% und eine der Gruppe B, was 14.3% entspricht. Die restlichen 13 Frauen begaben sich freiwillig in Behandlung.

Aus beiden Gruppen bestand für jeweils zwei Frauen (Gruppe A: n=2, 20%; Gruppe B: n=2, 28.6%) zum Zeitpunkt der Befragung eine Strafe auf Bewährung.

Von den Frauen, die die Behandlung regulär beendet hatten, waren im Vorfeld bereits vier der Befragten ein- oder mehrere Male inhaftiert gewesen, durchschnittlich  $10 \pm 7.9$  Monate. In Gruppe B waren drei der Frauen mindestens einmal bereits im Gefängnis gewesen. Hier lag die durchschnittliche Verweildauer bei  $14.3 \pm 21.4$  Monaten.

### 3.2.2 Soziale Situation

**Familienstand** Zum Zeitpunkt der Befragung waren 60% (n=6) der Frauen der Gruppe A ledig, 30% (n=3) verheiratet und 10% (n=1) verwitwet. Die Patientinnen, die die Behandlung vorzeitig abbrachen, gaben allesamt (n=7) an, ledig zu sein (s. Tabelle 3.5).

**Wohnsituation** Auf die Frage nach der aktuellen Wohnsituation wurde von den Frauen der Gruppe A mit 40% (n=4) an erster Stelle mit Lebensgefährtin/er und Kindern genannt, gefolgt von 20% (n=2), die alleine lebten und mit je 10% (n=1) wurde angegeben, mit Lebensgefährtin/er alleine, mit Kindern alleine, mit Eltern und mit Familienangehörigen zu leben. Der Großteil der Gruppe B

wohnte mit jeweils 42.7% (n = 3) entweder alleine oder mit Lebensgefährte/in alleine. Eine der Frauen (14.3%; n = 1) gab an, zusammen mit Freunden zu leben (s. Tabelle 3.5).

**Drogenprobleme des Partners** Der Großteil der befragten Frauen verneinten zum Zeitpunkt des Interviews einen ebenfalls drogenabhängigen Partner zu haben. Hier lag der Anteil in Gruppe A bei 70% (n = 7) und bei 57.1% (n = 4) in Gruppe B. 30% der Frauen, die ihre Entzugsbehandlung erfolgreich beendeten, hatten einen Partner, der auch Drogen konsumierte, in der Gegengruppe waren dies 42.9% (n = 3) der Befragten. Alkoholprobleme des Partners verneinte ebenfalls der Großteil der Patientinnen, 90% (n = 9) in Gruppe A und 87.7% (n = 6) in Gruppe B. Jeweils eine der Befragten gab an, daß der eigene Partner ein Alkoholproblem habe (Gruppe A: 10%; Gruppe B: 14,3%) (s. Tabelle 3.5).

**Erwerbstätigkeit** Nur ein kleiner Anteil der befragten Frauen war zum Zeitpunkt des Interviews berufstätig. Ganztags arbeiteten lediglich zwei Patientinnen (28.6%) aus Gruppe B. Zwei Frauen der Gegengruppe (20%) gingen einer regelmäßigen Teilzeitbeschäftigung nach, eine Patientin (10%) gab Hausfrau als Beruf an. In einem unregelmäßigen Teilzeitarbeitsverhältnis befanden sich zu diesem Zeitpunkt zwei Frauen (28.6%) der Gruppe B. Insgesamt neun der 17 befragten Frauen waren arbeitslos, davon sechs (60%) aus Gruppe A und drei (42.9%) aus Gruppe B (s. Tabelle 3.5).

#### 3.2.3 Aktuelle Entgiftungsbehandlung

**Entgiftungsdroge** Von den 17 befragten Frauen entgifteten insgesamt sechs (Gruppe A: n = 4, 40%; Gruppe B: n = 2, 28.6%) von mehr als einem Suchtstoff gleichzeitig. Zwei Patientinnen (28.6%) der Gruppe B planten einen reinen

	regulär beendet		Abbruch	
	Prozent	n	Prozent	n
<b>Familienstand</b>				
• ledig	60%	n = 6	100%	n = 7
• verheiratet	30%	n = 3	–	–
• verwitwet	10%	n = 1	–	–
<b>Wohnsituation</b>				
• mit Lebensgefährte und Kind	40%	n = 4	–	–
• alleine lebend	20%	n = 2	42.7%	n = 3
• mit Lebensgefährten alleine	10%	n = 1	42.7%	n = 3
• mit Kindern alleine	10%	n = 1	–	–
• mit Primärfamilie lebend	10%	n = 1	–	–
• mit Freunden lebend	–	–	14.3%	n = 1
<b>Drogenprobleme des Partners</b>				
• ja	30%	n = 3	42.9%	n = 3
• nein	70%	n = 1	51.1%	n = 4
<b>Alkoholprobleme des Partners</b>				
• ja	10%	n = 1	14.3%	n = 1
• nein	90%	n = 9	87.7%	n = 6
<b>Erwerbstätigkeit</b>				
• vollzeit	–	–	28.6%	n = 2
• teilzeit, regelmäßig	20%	n = 2	–	–
• teilzeit, unregelmäßig	–	–	28.6%	n = 2
• Hausfrau	10%	n = 1	–	–
• arbeitslos	60%	n = 6	42.9%	n = 3

Tabelle 3.5: Aktuelle soziale Situation. Die Tabelle faßt die Punkte Familienstand, Wohnsituation, Drogen- und Alkoholprobleme des Partners und den Grad der Erwerbstätigkeit zusammen. Unterschieden wird zwischen regulärer und vorzeitiger Behandlungsbeendigung, die Angaben erfolgen in Prozent.

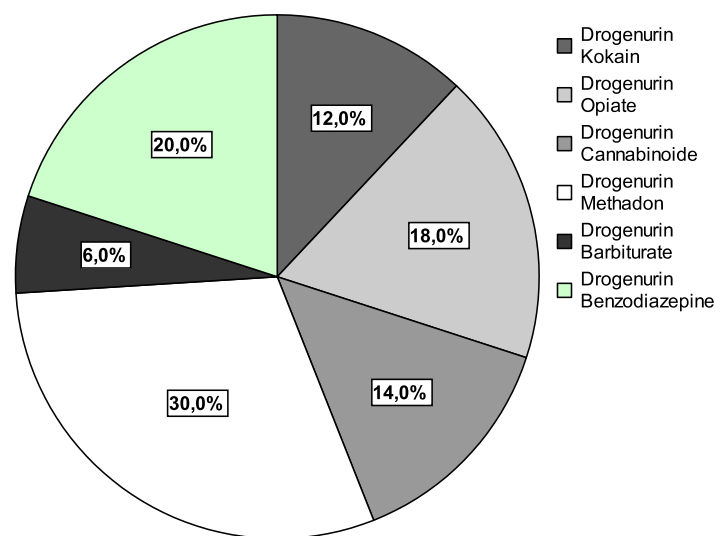
Opiatentzug und drei Frauen eine Entwöhnung von Methadon. Dahingegen hatten 60% in Gruppe A vor, von Methadon zu entgiften. Die nachfolgende Tabelle (Tabelle 3.6 auf der nächsten Seite) schlüsselt noch einmal detaillierter auf:

**Zuletzt konsumierte Droge** Den Prozentzahlen der zu entgiftenden Droge folgend, fanden sich bei der Urin-Screeninguntersuchung nach Suchtstoffen vor allem Opiate, Methadon und Benzodiazepine (s. Abbildung 3.11).

### 3 ERGEBNISSE

Suchtstoff	regulär beendet		Abbruch	
	Prozent	n	Prozent	n
Kokain	–	–	28.6%	n = 2
Opiate	20%	n = 2	57.1%	n = 4
Alkohol	–	–	–	–
Methadon	80 %	n = 8	42.9%	n = 3
Benzodiazepine	40%,	n = 4	–	–
mehrere Substanzen	40.0%	n = 4	28.6%	n = 2

Tabelle 3.6: Suchtstoffe, von denen entgiftet wurde. Getrennt nach Entlaßmodus und in Prozent angegeben. Die Zahlen beziehen sich auf die aktuelle Behandlung.



Anteil der verschiedenen Suchtstoffe im Drogenurin der Patientinnen

Abbildung 3.11: Anteil der verschiedenen Suchtstoffe in Prozent im Drogenurin der befragten Frauen.

**Motivation** Auf die Frage, ob sie ihre Entzugsbehandlung freiwillig angetreten hatten oder ein externer Zwang vorlag, gab mehr als die Hälfte Eigenmotivation als Beweggrund an. In Gruppe A waren dies 70% (n = 7) und in Gruppe B 85.7% (n = 6). Hier war es lediglich eine Frau (14.3%), die sich aufgrund äußerer Zwänge in Behandlung begab. Im Gegensatz dazu lag der Prozentsatz in der anderen Gruppe hier bei 30% (n = 3).

**Art der Entgiftung** Bei diesem Punkt ließ sich zu allen befragten Patientinnen eine klare Aussage machen, alle 17 Frauen entgifteten „warm“, d. h. opiatgestützt.

**Anschlußtherapie** Es hatten insgesamt neun der 17 Frauen eine Therapie im Anschluß geplant und zugesagt, davon gehörten sieben (70%) zu der Gruppe, die den Entzug regulär beendeten und zwei (28.6%) zur anderen Gruppe. Keine Anschlußtherapie geplant hatten in Gruppe A 30% (n = 3) und in Gruppe B 71.4% (n = 5). Diese Patientinnen hatten vor, nach Beendigung der stationären Entgiftungsbehandlung ihre Alltag ohne weitere therapeutische Unterstützung zu bewältigen (s. Abbildung 3.12).

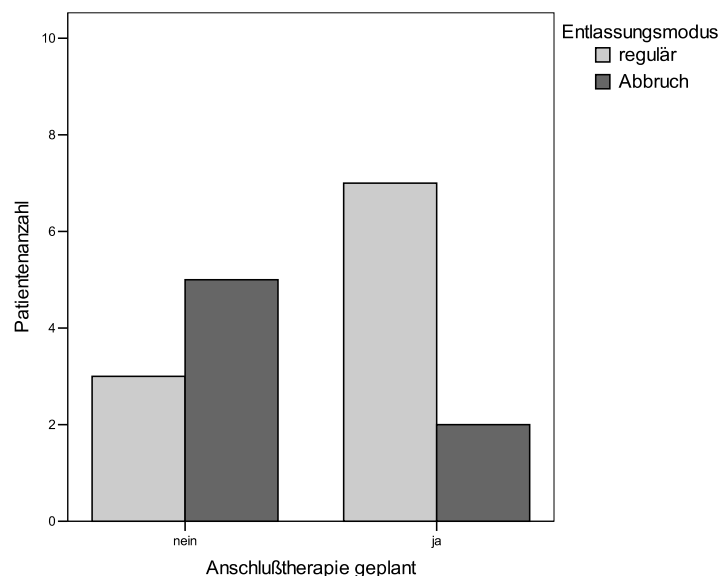


Abbildung 3.12: Geplante Anschlußtherapie in der Patientinnengruppe, getrennt nach Entlaßmodus aufgeführt.

**Abbrüche** Von den 17 befragten Frauen brachen sieben die Behandlung vorzeitig ab, das entsprach einer Abbruchquote von 41.2% (n = 7). Eine vorzeitige Entlassung aufgrund von disziplinarischen Gründen lag nicht vor. Die durchschnittliche Verweildauer der Patientinnen der Gruppe A lag bei  $21.4 \pm 5.9$  und

bei denen der Gruppe B bei  $14.3 \pm 7.7$  Tagen, hierbei ergab sich ein statistisch signifikanter Unterschied ( $p = 0.027$ , Mann–Whitney–U–Test).

#### 3.2.4 Selbsteinschätzung der Patientinnen

**Benotung der einzelnen Faktoren** Der Kontakt zu den Mitpatienten auf Station wurde von den Frauen der Gruppe A ( $n = 10$ ) im Durchschnitt mit  $2.9 \pm 1.4$  benotet, der Wert in Gruppe B lag hier mit  $2.6 \pm 0.8$  geringfügig besser.

Gut bewertet wurde von den Frauen der Kontakt zum Pflegepersonal, hier lag die Durchschnittsnote bei  $1.9 \pm 1.2$  in Gruppe A und bei  $1.9 \pm 0.7$  in Gruppe B.

Die Patientinnen, die die Entgiftungsbehandlung regulär beendeten, benoteten ihren momentanen körperlichen Zustand mit  $3.2 \pm 0.9$ . Diejenigen Frauen, die vorzeitig abbrechen, vergaben hier eine halbe Note schlechter mit durchschnittlich  $3.7 \pm 1.1$ .

Für ihre seelische Verfassung vergaben die Frauen der Gruppe A im Mittel eine  $3.1 \pm 1.2$ , die Patientinnen der Gruppe B benoteten hier mit  $2.9 \pm 0.7$  etwas besser.

Das therapeutische Programm auf Station wurde von beiden Gruppen ähnlich benotet, Gruppe A vergab hier eine  $2.7 \pm 1.2$  und Gruppe B eine  $2.4 \pm 0.8$  (s. Tabelle 3.7).

#### 3.2.5 Frauenspezifische Fragen

Um der Frage Rechnung zu tragen, ob und wie sich die zahlenmäßige Unterlegenheit der Frauen auf Station bemerkbar machte, wurden den Patientinnen am Ende des Interviews folgende zwei Fragen zusätzlich gestellt:

- Fühlen Sie sich von Ihren männlichen Mitpatienten dominiert beziehungsweise unterdrückt?



einzelne Faktoren	insgesamt	regulär beendet	Abbruch
Kontakt zu Mitpatienten	2.8	2.9	2.6
Kontakt zu Stationsmitarbeitern	1.9	1.9	1.9
momentaner körperlicher Zustand	3.4	3.2	3.7
seelische Verfassung	3.0	3.1	2.9
therap. Programm auf Station	2.6	2.7	2.4

Tabelle 3.7: Benotung der Faktoren und Selbsteinschätzung bezüglich der aktuellen stationären Behandlung. Die Benotung erfolgte von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend). Die Tabelle gibt die Noten getrennt nach Entlaßmodus in der Frauengruppe an (Abbr. entspricht einem vorzeitigen Behandlungsende; n.Abbr. bedeutet reguläres Behandlungsende).

- Wenn Sie die Wahl hätten, würden Sie eine reine Frauenstation für Ihren Entzug wählen?

Auf die erste Frage fiel die Antwort einheitlich klar aus: Keine der befragten Frauen fühlte sich von ihren männlichen Mitpatienten unterdrückt.

Eine reine Frauenstation stieß bei allen befragten Frauen bis auf zwei Ausnahmen auf Ablehnung. Aus Gruppe A gab eine der Frauen an, eine reine Frauenstation zu bevorzugen. Eine andere Befragte aus dieser Gruppe gab an, das es ihr gleich sei, ob ihr Entzug auf einer reinen Frauenstation stattfände oder nicht.

### 3.2.6 Zusammenfassung

Innerhalb des Patientenkollektivs gab es zwischen den befragten Männern und Frauen für die Parameter Alter bei Beginn des regelmäßigen Drogenkonsums, Einstiegsdroge, vorangegangene Entzugsbehandlungen, Therapien und Substitutionsbehandlungen, Schul- und Ausbildung, vorausgegangenen Gesetzeskonflikten, Familienstand, Erwerbstätigkeit, zu entziehender Suchtstoff, zuletzt konsumierten Drogen, Behandlungsmotivation, Art der Entgiftung, weitere Therapieplanung und Abbruchverhalten keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Statistisch signifikante Unterschiede gab es in diesem Kollektiv hingegen bei der Frage nach einer ausstehenden Strafe auf Bewährung, der aktuellen Wohnform und Drogenproblemen des Partners. Bei 70.7% der Männer stand zum Zeitpunkt der Befragung eine Strafe auf Bewährung aus, bei den Frauen lag der Prozentsatz hingegen bei 23.5%. 52.3% der Männer gaben an, gegenwärtig alleine zu wohnen, dem standen 29.4% der Frauen gegenüber. Drogenprobleme der Partnerin verneinten hingegen alle befragten Männer, 35.3% der Patientinnen bejahten diese Frage hinsichtlich ihres Partners.

Neben diesen statistisch signifikanten Unterschieden ließen sich aber auch andere Unterschiede zwischen den Geschlechtern feststellen. So läßt sich sagen, daß die befragten Männer im Durchschnitt ein Jahr früher mit dem regelmäßigen Konsum begannen, fast dreimal so viele stationäre Entzugsbehandlungen wie die Frauen im Vorfeld begonnen hatten, davon aber nur knapp ein Drittel regulär beendeten. Die Patientinnen hingegen hatten über die Hälfte der begonnenen Behandlungen regulär beendet. Im Bezug auf Anschlußtherapien lag allerdings der Prozentsatz der begonnenen und auch beendeten Therapien bei der Männergruppe deutlich höher. Deutlich mehr Männer als Frauen gaben zum Zeitpunkt der Befragung an, ledig zu sein. Rund zwei Drittel der Männer hatten einen Hauptschulabschluß als höchsten erreichten Schulabschluß. Bei den Frauen war es hier knapp die Hälfte, die den Hauptschulabschluß besaß. Dafür gab es in dieser Gruppe einen größeren Anteil, der den Realschulabschluß und das Abitur erreichte. Nur ein Drittel der Patienten war in irgendeiner Form erwerbstätig, bei den Frauen traf das auf fast die Hälfte der Befragten zu. Die Männer waren im Vorfeld fast doppelt so lang inhaftiert gewesen als die Frauen, der Anteil derer, bei denen die Behandlung aufgrund einer Auflage begonnen wurde, war in beiden Gruppen gleich groß. In beiden Gruppen plante der überwiegende Teil einen Entzug von Methadon. Die Frauen wählten alle eine Methadon gestützte Entgiftung, die Männer überwiegend. Deutlich mehr Männer beendeten die Behandlung regulär, diejenigen, die vorzeitig abbrachen, taten

dies im Durchschnitt allerdings drei Tage früher als die Frauen. Die Männer betonten die meisten Faktoren bezüglich des stationären Aufenthaltes schlechter als die Mitpatientinnen. Diese bewerteten lediglich den Kontakt zu den Mitpatienten schlechter als die Männer.

Im Vergleich zwischen den beiden Frauengruppen gab es keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen folgenden abgefragten Parametern: Alter bei Beginn des regelmäßigen Drogenkonsums, Einstiegsdroge, vorangegangene Entzugsbehandlungen, Therapien und Substitutionsbehandlungen, Schul- und Ausbildung, Gesetzeskonflikten und Vorstrafen, Familienstand, Wohnsituation, Drogenprobleme des Partners, Erwerbstätigkeit, zu entziehender Suchtstoff, zuletzt konsumierten Drogen, Behandlungsmotivation, Art der Entgiftung und weitere Therapieplanung.

In dieser Gruppe gab es einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Frauen hinsichtlich der durchschnittlichen Verweildauer auf Station. So blieben die Frauen, die die Therapie regulär beendeten, im Durchschnitt 21.4 Tage auf Station, die Abbrecherinnen im Durchschnitt 14.3 Tage.

Auch in dieser Gruppe gab es neben den statistischen Fakten deutliche Tendenzen zu beobachten. Von den insgesamt 17 Frauen beendeten zehn die Behandlung regulär (Gruppe A), sieben brachen vorzeitig ab (Gruppe B). Die Frauen der Gruppe A begannen fast drei Jahre früher mit dem regelmäßigen Konsum von Suchtstoffen. Gruppe B hatte im Vorfeld fast doppelt so viele Entzugsbehandlungen begonnen, im Verhältnis aber auch einen größeren Teil dieser regulär beendet als die Vergleichsgruppe. Alle Patientinnen, die vorzeitig abbrachen, waren zum Zeitpunkt der Befragung ledig, dem standen 60% der Gruppe A gegenüber. In dieser Gruppe war der Anteil der Partner, die ebenfalls Drogenprobleme hatten, deutlich geringer. In Gruppe A war der am häufigsten erreichte Schulabschluß der Hauptschulabschluß, in Gruppe B hatte der überwiegende Teil den Realschulabschluß erreicht. Über die Hälfte der Frauen in Gruppe A waren zum Zeitpunkt der Befragung arbeitslos, in Gruppe B war der

Arbeitslosenanteil deutlich geringer. In Gruppe A war der Anteil der Frauen, die die Therapie aufgrund einer gesetzlichen Auflage begonnen hatten, doppelt so hoch. Dem gegenüber stand allerdings die im Vorfeld höhere Inhaftierungszeit der Gruppe B. In Gruppe A plante der überwiegende Teil den Entzug von Methadon, in Gruppe B von Opiaten. Alle Frauen wählten eine Methadon-gestützte Entzugsbehandlung, in beiden Gruppe war der Anteil fremdmotivierter Patientinnen gleich groß. Eine Anschlußtherapie hatten jedoch deutlich mehr Patientinnen in Gruppe A geplant. Die Frauen der Gruppe B benoteten die meisten Faktoren bezüglich der aktuellen Behandlung schlechter als diejenigen, die die Behandlung erfolgreich beendeten. Lediglich ihren momentanen körperliche Zustand benoteten die Abbrecherinnen besser. Keine der Frauen fühlte sich durch die männlichen Mitpatienten dominiert, eine Frau der Gruppe A würde klar eine reine Frauenstation vorziehen.

## 4 Diskussion

Ziel der vorliegenden Arbeit war es zu untersuchen, inwieweit Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen opiatabhängigen Patienten bestehen und inwieweit diese Unterschiede einen Ausbau geschlechtsspezifischer Angebote nötig machen. Anhand einer Befragung der stationär behandelten Patientinnen und Patienten auf der Drogenentgiftungsstation der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Tübingen sollten die Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Abhängigen im Bezug auf die Drogengeschichte, die soziale Situation, die aktuelle Behandlung und die Selbsteinschätzung näher untersucht werden.

Wie in der Einleitung bereits beschrieben, lassen sich zahlreiche geschlechtsspezifische Besonderheiten bei drogenabhängigen Menschen in Deutschland feststellen. Insgesamt ist nur circa ein Drittel der Betroffenen weiblich (Sonntag *et al.*, 2007), der Anteil der Frauen unter den Drogentoten liegt nocheinmal weit unter einem Drittel bei circa 15% (Drogen- und Suchtbericht 06). Betrachtet man das Verhalten der Patienten während einer stationären Entzugsbehandlung, hat sich gezeigt, dass nur ein Drittel der Frauen ihren Entzug regulär beenden, im Gegensatz zu 75% der Männer (Mann *und* Kapp, 1997). In den letzten Jahren läßt sich allerdings vor allem im Bezug auf Alkohol- und Nikotinkonsum eine Anpassung der Frauen an das männliche Konsummuster beobachten (Drogen- und Suchtbericht 02). Hier wird von der Bundesregierung weiter vermutet, dass Frauen die Suchtstoffe vor allem einsetzen, um „typisch weibliche“ psychosoziale Belastungen wie Berufstätigkeit gepaart mit dem Dasein

als Hausfrau, Ehefrau und Mutter zu kompensieren. Diese Vermutung kann allerdings auch kritisch hinterfragt werden. Der geringere Frauenanteil unter den Abhängigen spiegelte sich auch auf dieser Station wider. Innerhalb eines Jahres konnten so 17 Frauen und in Abhängigkeit davon auch 17 Männer befragt werden. Aufgrund der geringen Fallzahlen lassen sich die im Folgenden diskutierten Ergebnisse natürlich nur als erste Hinweise verstehen und sollten hinsichtlich einzelner Punkte Anlaß zu weiteren Untersuchungen mit einem größeren Patientenkollektiv geben. Die hier erhobenen Daten sollen im Folgenden nun mit den in der Literatur erhobenen und beschriebenen Daten verglichen und diskutiert werden.

**Vorgeschichte** In der Literatur wird beschrieben, dass Drogenabhängige durchschnittlich im Alter von 13 Jahren mit dem Konsum von Alkohol und Nikotin beginnen, wobei diese als Substanzen mit Abhängigkeitspotenzial zu werten sind (Chen *et al.*, 1998). Als besonderer Risikofaktor für den späteren Konsum von illegalen Drogen ist hier der Konsum von Cannabis in der Adoleszenz und im frühen Erwachsenenalter zu werten (Fergusson *et al.*, 2008). Dieser erfolgt dann meist mit 16 Jahren als erster Drogenkontakt (Mann *und* Kapp, 1997). Dies zeigte sich bei dem hier befragten Patientenkollektiv nicht. Die befragten Männer begannen im Mittel mit 13.2 Jahren gleich mit dem Konsum diverser Suchtstoffe. Die Frauen hingegen begannen durchschnittlich erst ein Jahr später mit ihrem Konsum, hier diente bei allen zu Beginn Nikotin als Suchtstoff. Diejenigen Frauen, die die Behandlung vorzeitig abbrachen, begannen sogar erst im Alter von durchschnittlich 16 Jahren damit, regelmäßig Suchtstoffe zu konsumieren. Es scheint also keinen Zusammenhang zwischen frühem Konsumbeginn von Stoffen mit Abhängigkeitspotenzial und dem Mißerfolg einer stationären Entgiftungsbehandlung zu geben. Eine amerikanische Studie gibt sogar ein Einstiegsalter von 24 Jahren oder Älter für den Gebrauch illegaler Drogen bei Frauen an (Tetrault *et al.*, 2007), dafür scheinen weibliche

Abhängige diesen Unterschied durch eine rasche Dosissteigerung und Intensivierung des Konsums wieder auszugleichen (Becker *und* Hu, 2008). Nicht zu unterschätzen in Bezug hierauf ist allerdings die Tatsache, daß der Konsum illegaler psychotroper Substanzen im Kindes- und Jugendalter stetig steigt und dadurch mittlerweile zu den wichtigen psychiatrischen Erkrankungen in diesem Alter gehört (Stolle *et al.*, 2007). Entsprechend der allgemeinen Datenlage zeigte sich auch in dieser Untersuchung, dass Frauen in der Vergangenheit weniger häufig straffällig waren (Luthar *et al.*, 1996; Larm *et al.*, 2008). Am geringsten war die Dauer der vorausgegangenen Inhaftierungen bei den Frauen, die die Behandlung regulär beendeten. Dies entspricht auch den Ergebnissen von Powis, die zeigen, dass sich die männlichen Abhängigen häufiger durch kriminelle Delikte finanzieren (Powis *et al.*, 1996), was einer der Gründe für die längere gesamte vorausgegangene Inhaftierungszeit der befragten männlichen Patienten sein mag. Grundsätzlich ist die geringere Inhaftierungszeit der Frauen sicherlich als positiv zu sehen, auch vor dem Hintergrund einer späteren geplanten Wiedereingliederung in die Gesellschaft. Dennoch sollten diese Zahlen nicht darüber hinweg täuschen, dass abhängigen Frauen ihre Sucht zwar seltener durch Kriminalität finanzieren, dafür aber wesentlich häufiger durch Prostitution. Burnette *et al.* (2008) fanden in ihrer Studie, daß 51% der Frauen aber nur 19% der Männer, die sich in Entgiftungsbehandlung begeben, von Prostitution in der Vergangenheit berichten. Prostitution bei Frauen war hier, neben den gesundheitlichen Schäden durch sexuell übertragbare Krankheiten, häufig auch psychischen Problemen vergesellschaftet.

**Soziale Situation** Zur sozialen Situation liegen in der Literatur zahlreiche Untersuchungen zu den Unterschieden zwischen abhängigen Frauen und Männern vor. So sind Frauen weitaus häufiger benachteiligt im Hinblick auf Berufstätigkeit, leiden häufiger unter psychischen Problemen und waren in der Vergangenheit häufiger Opfer von sexuellem und körperlichen Mißbrauch als Männer

(Messina *et al.*, 2006) Insgesamt leben abhängige Frauen häufiger in festen Beziehungen als ebenfalls abhängige Männer und deutlich häufiger in Partnerschaften mit einem ebenfalls abhängigen Partner (Hanel, 1990). So zeigte sich auch in der vorliegenden Untersuchung, daß deutlich mehr Frauen als Männer in Partnerschaften leben und ein Teil der befragten Frauen zum Zeitpunkt der Untersuchung ebenfalls abhängige Partner hatten, wohingegen die befragten Männer dies alle verneinten. Hier war der Anteil derjenigen Frauen etwas höher, die den stationären Entzug vorzeitig abbrachen. So geht man auch davon aus, daß diese ebenfalls abhängigen Partner die Frauen beeinflussen, einen erneuten Rückfall gegebenenfalls fördern (Powis *et al.*, 1996). Ein deutlich größerer Teil der Männer im Vergleich zu den Frauen war zum Zeitpunkt der Befragung arbeitslos. Dies wich hiermit deutlich von der allgemeinen Datenlage ab, die zeigt, daß mehr als die Hälfte der abhängigen Patienten arbeitslos sind, der Großteil darunter Frauen (Chang *et al.*, 2007). Im Bezug auf Schulbildung und abgeschlossener Berufsausbildung waren zwischen beiden Geschlechtern in der vorliegenden Studie keine wesentlichen Unterschiede festzustellen. Dieses Ergebnis ist auch mit denen in der Literatur beschriebenen vergleichbar (Anglin *et al.*, 1987). Insgesamt schienen diejenigen Frauen, die die Behandlung vorzeitig abbrachen, etwas stabiler sozial integriert zu sein. So hatten alle Frauen dieser Gruppe einen Schulabschluß, der größere Teil einen Realschulabschluß. Unter diesen Frauen war auch der Anteil derjenigen, die keine abgeschlossene Berufsausbildung und keiner Erwerbstätigkeit nachgingen deutlich geringer. Allerdings gaben 100 Prozent aus dieser Gruppe an, ledig zu sein. Hier wäre sicherlich die Frage interessant, inwieweit Fremdmotivation durch den Partner eine wichtige Rolle bei dem Erfolg einer stationären Entgiftungsbehandlung spielt.

**Aktuelle Entgiftungsbehandlung und Selbsteinschätzung** In der Zeit von September 2001 bis August 2002 begannen 262 Männer und 68 Frauen eine stationäre Entgiftungsbehandlung auf der Station A6. Dies entspricht einem



Frauenanteil von 22.4 Prozent. Im Vergleich mit anderen Einrichtungen liegt dieser Wert deutlich unter dem Durchschnitt. In einer Studie von Hoffmann *et al.* (1997) an einer Stichprobe von 102 Patienten, die innerhalb von fünf Monaten auf einer Station mit niedrigschwelligem Angebot rekrutiert wurden, lag der Frauenanteil beispielsweise bei 33.3%. Der niedrige Frauenanteil im Jahr der Befragung mag Zufall sein, einige Jahre zuvor lag der Anteil der Patientinnen mit 25.4% etwas höher (Dedner 2002). Gründe für diese Schwankungen sind keine bekannt, zur generellen Aussagenkraft der Studie durch die geringe Fallzahl wurde im Text bereits Stellung bezogen. Allerdings lag die Zahl der erfolgreich beendeten stationären Entzugsbehandlungen mit 64.7 Prozent deutlich über den in der Literatur beschriebenen Werten. Hier variieren die Zahlen deutlich, hohe Prozentzahlen werden mit 47 Prozent beschrieben, davon waren 74 Prozent Männer und 26 Prozent Frauen, die die stationäre Behandlung erfolgreich beendeten (Sucht 14, 1997). Dem stehen 70.6 Prozent der Männer und 58.8 Prozent der Frauen gegenüber, die den Entzug im Rahmen der Untersuchung regulär auf der Station A6 beendeten. Andere Zahlen besagen, daß lediglich 28.8 Prozent der Patienten den Aufenthalt regulär beenden, andere sprechen sogar von nur 20.3 Prozent (Roch *et al.*, 1992; Kufner *et al.*, 1996). Übersichtsarbeiten haben außerdem gezeigt, daß abhängige Männer in 22 Prozent der Fälle eher einen regulären Therapieabschluß erreichen als Frauen (Roch *et al.*, 1992). Insgesamt fiel auf, daß die Männer die Therapie durchschnittlich nach elf Tagen abbrachen, die Frauen, die die Therapie abbrachen, hingegen im Mittel 14 Tage auf Station blieben. Im Bezug auf das weibliche Abbruchverhalten konnte in einer Studie gezeigt werden, daß Frauen die Behandlung häufiger abbrechen und daß diese Patientinnen im Schnitt 2.2 Jahre jünger sind (Göbbling *et al.*, 2001). Dies zeigte sich hier nicht, vielmehr waren die Patientinnen, die vorzeitig abbrachen, im Durchschnitt 1.2 Jahre älter als die anderen Frauen. Dies kann Anlaß zur Spekulation bieten. Die Abweichung könnte aber damit zusammenhängen, dass die Abbrecherinnen im Durchschnitt

bereits 4.2 Entgiftungsbehandlungen zum Zeitpunkt der Befragung hinter sich hatten, die andere, jüngere Frauengruppe aber erst durchschnittlich 2.8. In der beschriebenen Arbeit hingegen wird auf die Anzahl der Vorbehandlungen nicht eingegangen.

Als entscheidender Prädiktor für die Abstinenz nach Entlassung, und somit auch für den Erfolg der Behandlung, wird in der Arbeit von Rüschi (2002) die reguläre Beendigung des Entzugs genannt. Hier konnte außerdem gezeigt werden, daß diese Patienten besser in weitere Behandlungsangebote eingebettet waren. Geschlechtsspezifische Unterschiede wurde in der vorliegenden Studie allerdings nicht beachtet. Eine andere Studie (Bergstroem *et al.*, 1988) untersuchte die Frauenkollektive, die im Anschluß an einen Entzugsbehandlung nicht rückfällig wurden und fand, daß diese Patientinnen eine kürzere Drogenkarriere hinter sich hatten, in länger andauernden Beziehungen lebten und ein höheres Maß an Selbstbewußtsein besaßen. In einer weiteren Untersuchung konnte gezeigt werden, daß abhängige Frauen im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe eine schlechtere Körperwahrnehmung und ein negativeres Rollenverständnis besaßen (Weathers und Billinsley, 1982). Bezüglich der Selbstwahrnehmung gab es in einer anderen Untersuchung Hinweise darauf, daß die Einschätzung des eigenen körperlichen und seelischen Zustandes, des therapeutischen Programms auf Station und des Kontaktes zu den Mitpatienten und den Stationsmitarbeitern eine Aussage über den weiteren Verlauf der Behandlung zuläßt (Göbbling *et al.*, 2001). Hier zeigte sich an einem Kollektiv von 176 Patienten, daß Patienten, die die Therapie abbrachen, sowohl das therapeutische Programm als auch ihr eigenes seelisches und körperliches Befinden schlechter benoteten. Dies zeigte sich an dem auf der Station A6 befragten Patientenkollektiv nicht. Vielmehr fiel auf, daß mit Ausnahme eines Punktes durchweg alle Faktoren von den Patienten, die vorzeitig abbrachen positiver bewertet wurden. Hier kann allerdings spekuliert werden, ob dies aufgrund der Interviewsituation im Sinne einer sozialen Erwünschtheit geschah. Andererseits könnte

es aber auch ein Hinweis darauf sein, dass gerade die Patienten, die wenig Problembewußtsein für ihre momentane schwierige Situation besitzen, an der Realität einer stationären Entgiftungsbehandlung scheitern. Dies würde bedeuten, dass gerade mit den Patienten, die die Schwierigkeiten einer stationären Entgiftung weniger nach außen hin thematisieren, intensiver an Themen wie Ambivalenz und Abbruchgedanken gearbeitet werden müßte.

In der Literatur wurden noch etliche andere Faktoren aufgeführt, die den Ausgang einer stationären Entgiftungsbehandlung beeinflussen können. So wird beispielsweise in vielen Arbeiten auf die Notwendigkeit frauenspezifischer Angebote und geschlechtlich getrennten Stationen hingewiesen, um hier vor allem auf frauenspezifische Probleme eingehen zu können. Die Einschätzung solcher besonderen Settings wird in der Literatur allerdings kontrovers diskutiert. Einerseits liegen Berichte vor, die davon ausgehen, dass es den behandelten Frauen durch ein rein „weibliches Setting“ gelingen kann, sich intensiver und effektiver mit ihren Problemen zu befassen (Vogelgesang 2007, Schliebner 1994, Ashley *et al.*, 2003). Den Erfolg eines solchen Ansatzes konnte die Arbeit von Dodge (2001) allerdings nicht bestätigen, zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Kaskutas *et al.* (2005). In diesen Studien konnte weder die Aussage, daß abhängige Frauen ein schlechteres Selbstbewußtsein haben noch die Aussage, dass sich dieses unter einem frauenspezifischen Therapiesetting verbessert, bestätigt werden. Frauenspezifisches Therapiesetting bedeutete hier Behandlung ausschließlich weiblicher Patienten durch ein ausschließlich weibliches Team, Bearbeitung frauenspezifischer Themen wie häuslicher Gewalt, Prostitution, Verarmung etc. und Erlernen von Problemlösungsstrategien und Strategien zur Entscheidungsfindung. Wiederum eine andere Arbeit kam zu dem Schluß, daß nicht alleine die Trennung der beiden Geschlechter ausreichend sei. Vielmehr müsse es darum gehen, spezielle Angebote für Subgruppen wie ältere Frauen oder auch Frauen mit komorbiden Störungen wie Essstörungen anzubieten (Greenfield *et al.*, 2007). Von den auf der Stati-

on A6 befragten Frauen wurde die Idee einer reinen Frauenstation bis auf eine Ausnahme komplett abgelehnt. Diese einheitliche und klare Antwort überrascht auf den ersten Blick. Als Gründe hierfür lassen sich einige mögliche Hypothesen bilden. Eine Annahme ist, daß bedingt durch die rein zahlenmäßige Überlegenheit der abhängigen Männer und die bereits oben erwähnte zunehmende „Vermännlichung“ des weiblichen Konsummusters auch eine Orientierung an „männlichem“ Therapieverhalten erfolgt. Auf diese Weise entstehen bei den Frauen möglicherweise gar nicht erst Ideen von der Existenz frauenspezifischen Problemen und ein Bedarfsbewußtsein nach spezielleren Therapiesettings. In diesem Fall kann dann ein rein weibliches Therapiesetting, also nur zu behandelnde und behandelnde Frauen, bedrohlich und artifiziell auf die Betroffenen wirken. Einige schrecken vielleicht auch vor einer intensiven Auseinandersetzung mit eigenen biographischen Traumata zurück. Häufig scheint es aber auch so zu sein, daß von solchen Themen betroffene Frauen aus Schamgefühl, mangelndem Selbstbewußtsein und Vertrauen in die bestehenden Angebote keine Behandlungen aufsuchen (Smith *und* Marshall, 2007). Als weiterer Grund wäre denkbar, dass die befragten Frauen bisher keinerlei Kontakt zu solchen Angeboten und deshalb auch nicht die Möglichkeit hatten, einen Bedarf danach zu entwickeln.

Trotz der unterschiedlichen Ergebnisse gibt es zahlreiche Gründe, die für eine nach Geschlechtern getrennte oder besser gesagt eine frauenorientiertere Therapieform sprechen. Nach bisherigen Untersuchungsergebnissen schließen Patientinnen in frauenspezifischen Einrichtungen die Behandlung doppelt so häufig erfolgreich ab (Grella *et al.*, 1998). Allerdings läßt sich dies nicht immer zu bestätigen (Winkler 2004). Sicher scheint hingegen die Tatsache, daß solche Angebote abhängige Frauen erreichen können, die sich sonst aufgrund einer deutlichen Scham- und Selbstwertproblematik nicht typischerweise in eine stationäre Entgiftungsbehandlung begeben würden (Winkler 2004). Zu der Zielgruppe solcher Angebote gehören Frauen mit Gewalt- und Mißbrauchserfahrungen.

gen, Müttern mit Kindern und homosexuelle Frauen (Hodgins *et al.*, 1997; Copeland *und* Hall 1992; Reed *und* Leibson 1982). Gerade sexueller Mißbrauch im Kindesalter wird in der Arbeit von Duncan *et al.* (2008) in engen Zusammenhang mit dem Konsum von Cannabis in der Jugend aber auch anderer Drogen gestellt. Andere Studien zeigen aber wiederum auch, dass gerade solche speziellen Angebote vor allem von Frauen aus soziale schwachen Schichten nur sehr selten wahrgenommen werden (Hansen *et al.*, 2004).

So tritt auch die Forderung und Bedeutung nach frauenspezifischen Angeboten und die Erforschung dieser immer häufiger in den Vordergrund (Dodge 2001). Auch die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) fordert in einem Grundsatzpapier unter anderem die Ermittlung geschlechtsspezifischer Bedürfnisse, die Sensibilisierung der Mitarbeiter bezüglich geschlechtsspezifischer Unterschiede und die Bereitstellung von Ressourcen (Mohn *et al.*, 2004).

Es wurde bereits vielfach erwähnt, daß aufgrund der nur geringen Fallzahlen der Studie keine statistisch signifikanten Aussagen getroffen werden können. Dies würde letztendlich nur durch eine größere Stichprobe und auch die Einbeziehung mehrerer therapeutischer Zentren, also durch eine groß angelegte Multicenterstudie gelingen. Dies übersteigt allerdings die Möglichkeiten einer medizinischen Promotionsarbeit bei weitem. Zu überlegen wäre außerdem, inwieweit katamnestische Daten weiteren Aufschluß über die Prädiktoren eines erfolgreichen Aufenthaltes bringen könnten. Es wäre sicherlich sinnvoll, diese Fragestellung in einer weiteren Arbeit zu untersuchen. In der vorliegenden Arbeit wurde außerdem nicht auf Gewalterfahrungen und andere Traumatisierungen der Patientinnen eingegangen. Die Bedeutung dieser Faktoren wurde in den oberen Abschnitten bereits erläutert. In diesem Zusammenhang wären katamnestische Daten ebenfalls aufschlussreich. Auch hieraus würden sich zahlreiche Themen für neue Untersuchungen ergeben. Ein weiterer wichtiger Faktor, der in dieser Arbeit allerdings nicht berücksichtigt wurde, scheinen die komorbiden Erkrankungen der Patienten zu sein. So wird vielfach darauf hinge-

wiesen, daß die psychiatrische Komorbidität einen wichtigen Einfluß auf die Prognose der einzelnen Patienten hat (Compton *et al.*, 2003). In einer Studie zur Raucherentwöhnung konnte gezeigt werden, dass neben anderen untersuchten Faktoren Depressivität einen entscheidenden Einfluß auf die Tabakabstinenz hat (Batra *et al.*, 2008). Es gibt Untersuchungen, die besagen, daß depressive Störungen mit einer Häufigkeit von 25–50 Prozent, Persönlichkeitsstörungen mit 25–70 Prozent und Psychosen mit 2–10 Prozent bei Suchterkrankungen als komorbide Störungen auftreten (Zenker *et al.*, 2002). Andere führen noch Alkoholabhängigkeit als zusätzliche mögliche komorbide Störung auf und schätzen das Risiko, zusätzlich unter einer der aufgeführten Störungen zu leiden, als 6.7fach erhöht ein (Gastpar 2003).

In der vorliegenden Arbeit konnte gezeigt werden, daß in der befragten Patientengruppe diverse Unterschiede zwischen beiden Geschlechtern vorliegen. Diese Unterschiede beginnen schon anamnestisch mit dem ersten Konsumverhalten der Betroffenen und endet mit der unterschiedlichen Wahrnehmung der aktuellen Entzugsbehandlung. Die anfangs vermuteten Hypothesen konnten nur teilweise bestätigt werden. Es konnten keine sicheren Faktoren für das Gelingen einer erfolgreichen Behandlung bei Frauen gefunden werden. Vielmehr scheint es Hinweise auf einzelnen Faktoren in der Vorgeschichte, der sozialen Situation, der aktuellen Entgiftungsbehandlung und der Selbsteinschätzung der einzelnen Patientinnen zu geben, die einen regulären Ausgang der Behandlung begünstigen. Eine wichtige Rolle spielen hierbei eine stabile Partnerschaft mit einem nicht-abhängigen Partner, ein geringes Maß an Straffälligkeit in der Vergangenheit und die kritische Beurteilung der eigenen Situation und Befindlichkeit während der stationären Entgiftungsbehandlung, Ausmaß der Schul- und Ausbildung kam keine entscheidende Rolle zu. Konträr zu den in der Literatur beschriebenen Daten erwies sich ein früher regelmäßiger Drogenkonsum als positiver Prädiktor für eine erfolgreiche Behandlungsbeendigung.

Durch die Diskussion der aktuellen Literatur wurde deutlich, daß die Notwendigkeit, frauenspezifische Angebote auszubauen, klar besteht. Schon allein die in der Literatur einstimmig beschriebene höhere Abbruchrate rechtfertigen eine weiterer Fokussierung auf das Klientel der weiblichen Abhängigen. Aus den vorliegenden Daten geht aber ebenfalls hervor, dass geschlechtsgetrennte Maßnahmen schon viel früher greifen müssten. Beispielsweise in der Prävention von Nikotin- und Cannabiskonsum bei jungen Frauen aber auch in der Vermeidung von körperlicher und sexueller Gewalt und Prostitution. In Partnerschaften mit ebenfalls abhängigen Partnern sollte eine Stärkung der Frauen erfolgen um so eine Chronifizierung der Abhängigkeit zu verhindern und deren Autonomie zu fördern. Inwieweit solche Maßnahmen allerdings wirklich etwas an den Problemen ändern können, muß in weiterführenden prospektiven Studien geklärt werden. Wünschenswert wäre außerdem zu untersuchen, was die Gründe für die ablehnende Haltung der Frauen bezüglich spezifischerer Angeboten sind.

## 5 Zusammenfassung

Nach der Einführung des niederschweligen stationären Drogenentzuges in Deutschland kam es in den neunziger Jahre zu einer Änderung der bis dahin bestehenden Verhältnisse im stationären Bereich. Seither haben sich viele Arbeiten und Untersuchungen mit den neuen Gegebenheiten und deren Vor- und Nachteilen beschäftigt. Vor allem die Entzugsbehandlung von abhängigen Frauen scheint noch am Anfang zu stehen. Alle bisher erhobenen Zahlen belegen, daß sich die Frauen seltener Hilfe suchend in stationäre Behandlung begeben und falls sie dies tun, häufiger die Therapie vorzeitig abbrechen. Auch mit diesem Sachverhalt haben sich in der Vergangenheit etliche Untersuchungen beschäftigt. So konnten zahlreiche Zusammenhänge zwischen Abbruchverhalten, Selbstbewußtsein der Frauen, Körperwahrnehmung, Rollenverständnis, vorausgegangenen Abstinenzphasen und dem Verlauf der Abhängigkeits-erkrankung allgemein gefunden werden.

In der vorliegenden Arbeit wurde nun versucht, an die bereits bekannten Ergebnisse anzuschließen, diese zum Teil für die Stichprobe in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie zu überprüfen. Darüber hinaus sollten unter Berücksichtigung der Vorgeschichte, der sozialen Situation, dem Verlauf der aktuellen Entgiftungsbehandlung und der Selbsteinschätzung weitere Kenntnisse über den Verlauf von stationären Entzugsbehandlungen im Hinblick auf geschlechtsspezifische Unterschiede gefunden werden. Dazu wurden während eines Zeitraumes von sieben Monaten insgesamt 17 Frauen und Männer in den ersten zehn Tagen ihres stationären Aufenthaltes auf der Station A6 befragt. Hier zeig-



te sich, daß es keine einzelnen Faktoren zu geben scheint, die den Verlauf einer Entzugsbehandlung sicher bestimmen und voraussagen lassen. Vielmehr gibt es Hinweise auf einzelnen Faktoren in der Vorgeschichte, der sozialen Situation, der aktuellen Entgiftungsbehandlung und der Selbsteinschätzung der einzelnen Patientinnen, die einen regulären Ausgang der Behandlung scheinbar begünstigen. Dazu zählen eine stabile Partnerschaft mit einem nicht-abhängigen Partner, eine möglichst unauffällige kriminelle Vorgeschichte mit geringer vorausgegangener Inhaftierungszeit und die kritische Beurteilung der eigenen Situation und Befindlichkeit während der stationären Entgiftungsbehandlung. Entgegen der allgemeinen Datenlage erwies es sich bei den befragten Frauen als positiven Prädiktor im Hinblick auf eine erfolgreiche Behandlungsbeendigung, früh mit dem regelmäßigen Drogenkonsum begonnen zu haben. Hingegen scheinen hier Schul- und Ausbildung weniger Bedeutung zuzukommen als anfänglich vermutet.

Insgesamt scheint es unabdingbar, weiterhin Forschung im Bezug auf frauenspezifisches Verhalten und deren Hintergründe während der stationären Entgiftungsbehandlung zu betreiben. Hier sollte das Hauptaugenmerk auf der Entwicklung von ressourcenmobilisierenden und zielorientierten Interventionsstrategien speziell für Frauen liegen, da diese bisher deutlich unterrepräsentiert sind. Diese Interventionen sollten vor allem in den ersten beiden Wochen des Aufenthaltes greifen, da in der vorliegenden Arbeit gezeigt werden konnte, daß die Frauen, die abbrechen, dies im Durchschnitt nach 14 Tagen taten. Hier könnten also supportive, speziell auf die Bedürfnisse der Frauen abgestimmten Maßnahmen den Anteil der erfolgreich beendeten Entgiftungsbehandlungen erhöhen.

Um allerdings weitere Erkenntnisse zu gewinnen, scheinen weiterführende Untersuchungen an großen Patientenkollektiven sinnvoll, da die hier gefundenen Ergebnisse schon aufgrund der kleinen Fallzahl nur als Hinweise auf Zusammenhänge dienen können.

# Tabellenverzeichnis

1.1	Therapieangebot auf Station . . . . .	6
1.2	Arten der Entgiftungsbehandlung . . . . .	8
3.1	Alter bei erstem regelmäßigen Kontakt mit dem jeweiligen Suchtstoff . . . . .	20
3.2	Suchtstoffe, von denen entgiftet wurde . . . . .	31
3.3	Benotung der Faktoren und Selbsteinschätzung bezüglich der aktuellen stationären Behandlung . . . . .	35
3.4	Beginn des regelmäßigen Konsums der einzelnen Suchtstoffe . . . . .	36
3.5	Aktuelle soziale Situation . . . . .	41
3.6	Suchtstoffe, von denen entgiftet wurde . . . . .	42
3.7	Benotung der Faktoren und Selbsteinschätzung bezüglich der aktuellen stationären Behandlung . . . . .	45

# Abbildungsverzeichnis

2.1	Altersverteilung aller befragten Patienten . . . . .	12
3.1	Alter bei regelmäßigem Erstkonsum . . . . .	20
3.2	Einstiegsdroge im Bezug auf das Geschlecht . . . . .	21
3.3	Alter bei erster intravenöser Injektion . . . . .	22
3.4	Abbruchgründe für vorausgegangene Entzugsbehandlungen . .	23
3.5	Abbruchgründe für vorausgegangene Therapien . . . . .	24
3.6	Abgeschlossenen Berufsausbildung der Befragten . . . . .	26
3.7	Familienstand der Befragten . . . . .	27
3.8	Aktuelle Wohnsituation der Befragten . . . . .	29
3.9	Aktuelle Erwerbstätigkeit der befragten Patienten . . . . .	30
3.10	Anteil der verschiedenen Suchtstoffe in Prozent im Drogenurin aller befragten Patienten . . . . .	32
3.11	Anteil der verschiedenen Suchtstoffe in Prozent im Drogenurin der befragten Frauen . . . . .	42
3.12	Geplante Anschlußtherapie in der Patientinnengruppe . . . . .	43

# Literaturverzeichnis

- Anglin, M.D., Hser, Y.I., Booth, M.W. (1987) Sex differences in addict careers. *Am J Drug Alcohol Abuse*, **13**, 253–280
- Ashley, O. S., Mardsen, M. E., Brady, T. M. (2003) Effectiveness of Substance Abuse Treatment Programming for Women: A Review. *Am J Drug Alcohol Abuse*, **29**, 19–53
- Batra, A., Collins, S. E., Trochalla, I., Schroter, M., Buchkremer, G. (2008) Multidimensional smoker profiles and their prediction of smoking following a pharmacobehavioral intervention. *J Subst Abuse Treat*, **35**, 41–52
- Becker, J., Hu, M. (2008) Sex differences in drug abuse. *Front Neuroendocrinol*, **29**, 36–47
- Behrendt, K., Bonorden–Kleij, K., Krausz, M., Kellermann, B. (1993) Niedrigschwelliger Drogenentzug. *Dtsch Ärztebl*, **4**, 178–186
- Bergström, M. (1988) A ten– year follow– up of female opiate addicts. *Int J Fam Psychiatr*, **9**, 67–91
- Burnette, M. L., Lucas, E., Ilgen, M., Frayne, S. M., Mayo, J., Weitlauf J. C. (2008) Prevalence and health correlates of prostitution among patients entering treatment for substance use disorder. *Arch Gen Psychiatry*, **65**, 337–344
- Chang, Y.Y., Chiang, S.C., Chan, H.Y., Sun, H.J., Chen, W.J., Chen, C.K. (2007) Psychiatric comorbidity and gender differences among treatment– seeking heroin abusers in Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci*, **61**, 105–111

- 
- Chen, C.K., Shu L.W., Liang, P.L., Hung, T.M., Lin, S.K. (1998) Drug use patterns and gender differences among heroin addicts hospitalized for detoxification. *Changgeng Yi Xue Za Zhi*, **21**, 172–178
- Comfort, M., Sockloff, A., Loverro, J., Kaltenbach, K. (2003) Multiple predictors of substance-abusing women's treatment and life outcomes: A prospective longitudinal study. *Addict Behav*, **28**, 199–224
- Compton, W.M., Cottler, L.B., Jacobs, J.L., Ben-Addallah, A., Spitznagel, E.L. (2003) The role of psychiatric disorders in predicting drug dependence treatment outcomes. *Am J Psychiatry*, **160**, 890–895
- Copeland, J., Hall, W. (1992) A comparison of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women's and two traditional mixed-sex treatment services. *Br J Addict*, **87**, 1293- 1302
- Dedner, C. (2002) Prädiktoren für den Behandlungsverlauf opiatabhängiger Patienten in der niedrighschwelligen stationären Entgiftungsbehandlung. *Dissertation im Fachbereich Medizin, Tübingen*
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (2000) Internationale Klassifikation psychischer Störungen.c *Verlag Hans Huber, Stuttgart*
- Dodge, K. (2001) The effectiveness of three inpatient intervention strategies for chemically dependent women. *Res Soc Work Pract*, **11**, 24–39
- Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2002  
[www.bmg.bund.de/cln\\_110/nn\\_1191726/SharedDocs/Publikationen/g-701.html](http://www.bmg.bund.de/cln_110/nn_1191726/SharedDocs/Publikationen/g-701.html)
- Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2006  
[www.bmg.bund.de/cln\\_110/nn\\_1191726/SharedDocs/Publikationen/g-701.html](http://www.bmg.bund.de/cln_110/nn_1191726/SharedDocs/Publikationen/g-701.html)
- Duncan, A., Sartor, C., Scherrer, J., Grant, D., Jacob, T., Bucholz, K. (2008) The association between cannabis abuse and dependence and childhood

- physical and sexual abuse: evidence from an offspring of twins design. *Addiction*, **103**, 990–997
- Fengler, J. (Hrsg.) (2002) Handbuch der Sucht. *Verlag Ecomed*, Landsberg/Lech
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., Horwood, L. J., 2008 The developmental antecedents of illicit drug use: evidence from a 25- year longitudinal study. *Drug Alcohol Depend*, **96**, 165–177
- Gastpar, M. (Hrsg.) (2003) Glossar: Substitutionstherapie bei Drogenabhängigkeit. *Springer Verlag*, Berlin, Heidelberg
- Giacomuzzi, S. M., Riemer, Y., Ertl, Kemmler, G., Rössler, H., Hinterhuber, H., Kurz, M. (2005) Gender Differences in Health-Related Quality of Life on Admission to a Maintenance Treatment Program. *Eur Addict Res*, **11**, 69–75
- Göbbling, H.W., Gunkel, S., Schneider, U., Melles, W. (2001) Häufigkeit und Bedingungsfaktoren des Behandlungsabbruchs im stationären Drogenentzug. *Fortschr Neurol Psychiat*, **69**, 474–481
- Grella, C.E., Polinski, M.L., Hser, Y.I., Perry, S.M. (1998) Characteristics of women- only and mixed- gender drug abuse treatment programs. *J Subst Abuse Treat*, **17**, 37–44
- Greenfield, S., Brooks, A., Gordon, S., Green, C., Kropp, F., McHugh, R., Lincoln, M., Hien, D., Miele, G. (2007) Substance abuse entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug Alcohol Depend*, **86**, 1–21
- Gsellhofer, B., Kufner, H., Vogt, M. (1994) European Addiction Severity Index. Schneider Verlag, Hohengehren
- Hanel, E. (1990) Haben Frauen schlechtere Chancen? Verlauf und Ergebnisse der Entwöhnungsbehandlung bei Drogenabhängigen, aus: Abhängigkeit bei Frauen und Männern. *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Schriftreihe zum Problem der Suchtgefahren*, **32**, 133–140

- 
- Hansen, H., Alegria, M., Caban, C. A., Pena, M. S., Lai, S., Shrout, P. (2004) Drug Treatment, Health, and Social Service Utilization by Substance Abusing Women from a Community-based Sample. *Med Care*, **42**, 1117–1124
- Hodgins, D.C., El-Guebaly, N., Addington, J. (1997) Treatment of substance abusers: single or mixed gender programs? *Addiction*, **92**, 805–812
- Hoffmann, M., Weithmann, G., Grupp, D., Rothenbacher, H., Kapp, B., Mann, K. (1997) Erreichen niedrigschwellige Entzugsstationen neue Gruppen von Drogenabhängigen? *Psychiat Prax*, **24**, 296–299
- Kaskutas, L.A., Zhang, L., Frech, M.T., Witbrodt, J. (2005) Women's programs versus mixed-gender day treatment: results from a randomized study. *Addiction*, **100**, 60–69
- Küfner, H., Mann, K., Buchkremer, G. (Hrsg.) (1996) Abbruchgedanken und deren Bewältigung bei Drogenabhängigen in stationärer Therapie. *Sucht: Grundlagen, Diagnostik, Therapie*, 289–301
- Ladewig, D. (1993) Zukunftsperspektiven in der Behandlung von Drogenabhängigen. *Ther Umsch*, **50**, 199–203
- Larm, P., Hodgins, S., Larsson, A., Samuelson, Y. M., Tengstrom, A. (2008) Long-term outcomes of adolescents treated for substance misuse. *Drug Alcohol Depend*, **96**, 78–89
- Luthar, S.S., Cushing, G., Rounsaville, B.J. (1996) Gender differences among opioid abusers: Pathways to disorder and profiles of psychopathology. *Drug Alcohol Depend*, **43**, 179–189
- Mann, K., Kapp, B. (1997) Drogenentzug, Baden-Württemberg-Studie *Sucht*, **14**
- Messina, N., Burdon, W., Hagopian, G., Prendergast, M. (2006) Predictors of prison-based treatment outcomes: a comparison of men and women participants. *Am J Drug Alcohol Abuse*, **32**, 7–28

- Mohn, K., Meyer, C., Merfert- Dietsch, C. (2004) Gender Mainstreaming in der Suchtarbeit: Chancen und Notwendigkeiten.  
[www.dhs.de/makeit/cms/cms\\_upload/dhs/gender.pdf](http://www.dhs.de/makeit/cms/cms_upload/dhs/gender.pdf)  
*DHS Grundsatzpapier*
- Pelissier, B. M. M., Camp, S. D., Gaes, G. G., Saylor, W. G., Rhodes, W. (2003) Gender differences in outcomes from prison-based residential treatment. *J Subst Abuse Treat*, **24**, 149–160
- Powis, B., Griffiths, P., Gossop, M., Strang, J. (1996) The differences between male and female drug users: Community Samples of heroin and cocaine users compared. *Subst Use Misuse*, **31**, 529–543
- Reed, B.G., Leibson, E. (1982) Women clients in special women's demonstration drug abuse treatment programs compared with women entering selected co-sex programs. *Int J Addict*, **16**, 1425–1466
- Roch, I., Kufner, H., Arzt, J., Böhmer, M., Denis, A. (1992) Empirische Ergebnisse zum Therapieabbruch bei Drogenabhängigen: Ein Literaturüberblick. *Sucht*, **38**, 304–322
- Rüsch, P., Hättenschwiler, J. (2002) Konsequenzen von Rückfall und Behandlungsabbruch im stationären Drogenentzug: eine 1-Monats-Katamnese. *Schweiz Arch Neurol und Psychiatr*, **153**, 238–244
- Saß, H., Wittchen, H.U., Zaudig, M. (1999) DSM IV-Handbuch der Differentialdiagnosen. *Hogrefe-Verlag*, Göttingen
- Schäfer, G., Smolczyk, H., Dengler, W. (1999) Die niedrighschwellige Drogenentgiftungs- und Motivationsstation der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen. *Krankenhauspsychiatrie*, **10**, 15–18
- Schliebner, C.T. (1994) Gender-sensitive therapy. An alternative for women in substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat*, **11**, 511–515



- 
- Smith, F. M., Marshall, L. A. (2007) Barriers of effective drug addiction treatment for women involved in street- level prostitution: a qualitative investigation. *Crim Behav Ment Health*, **17**, 163–170
- Sonntag, D., Hellwich, A. K., Bauer, C. (2007) Deutsche Suchthilfestatistik 2006 für stationäre Einrichtungen. *Sucht*, **53**, 42–64
- Stolle, M., Sack, P.M., Thomasius, R. (2007) Drogenkonsum im Kindes- und Jugendalter. *Dtsch Ärztebl*, **28**, 2061–2068
- Tertrault, J., Desai, R., Becker, W., Fiellin, D., Concato, J., Sullivan, L. (2007) Gender and non medical use of prescription opioids: results from a national US survey. *Addiction*, **103**, 258–268
- Vogelgesang, M. (2007) Teufelskreis der Hilflosigkeit. *Dtsch Ärztebl*, **41**, 2782–2786
- Weathers, C., Billingsley, D. (1982) Body Image and Sex- Role Stereotype as Features of Addiction in Women. *Int J Addict*, **17**, 343–347
- Winkler, K. (2004) Frauenspezifische Behandlung bei substanzbezogenen Störungen: Ergebnisse und Indikation. *Sucht*, **50**, 121–127
- Zenker, C., Bammann, K., Jahn, I. (2002) Genese und Typologisierung der Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen. *Schriftreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung*, **148**, 50–55

# Danksagung

Bis zur Fertigstellung dieser Promotion sind viele Jahre vergangen und viele Menschen haben mich dabei unterstützt. Auch an Punkten, an denen ich dachte, es geht nicht weiter! Danken möchte ich an dieser Stelle *Frau Prof. Dr. I. Gärtner*, die den Stein für dieses spannende Thema ins Rollen gebracht hat und *Herrn Prof. Dr. H. Gärtner*, der bereitwillig die Obhut über meine Promotion bis zu seinem plötzlichen und unerwartetem Ausscheiden übernommen hat. Danke auch an *Dr. C. Dedner*, der mich als geduldiger Betreuer und guter Ratgeber während dieser Zeit kontinuierlich unterstützt hat und stets ein offenes Ohr für meine Fragen hatte. Mein besonderer Dank gilt aber *Herrn Prof. Dr. A. Batra*. Ohne seine bereitwillige und hilfreiche Unterstützung hätte ich diese Arbeit nicht fertigstellen können. Bei statistischen Fragen stand mir *Dr. C. Meisner* vom Institut für Medizinische Biometrie beratend zur Seite. Ohne die große Kompetenz von *Axel Kowalski* wäre ich häufig völlig ratlos verzweifelt – vielen Dank für die geduldige Hilfe! Für die Hilfe während der Datenerhebung möchte ich dem Pflege- und Therapeutenteam der Station A5- ehemals Station A6 recht herzlich danken. *Meinen Eltern* möchte ich für die unermüdliche und liebevolle Unterstützung während meines Studiums und dieser Arbeit danken. Schließlich möchte ich vor allem meinem Ehemann *Albrecht* danken, der mich bei der Fertigstellung dieser Arbeit tatkräftig und geduldig unterstützt hat.

Vielen Dank!

# Lebenslauf

## Angaben zur Person

---

Vorname, Name	Anna Christine Rilck, geb. Matheis
Geburtsdatum	14. August 1978
Geburtsort	Konstanz
Familienstand	verheiratet

## Schulbildung

---

1985 – 1989	Grundschule in Baden–Baden
1989 – 1998	Richard–Wagner–Gymnasium in Baden–Baden; Abitur

## Studium

---

2000 – 2006	Studium der Humanmedizin an der Eberhard–Karls–Universität Tübingen
03/2001	Physikum
03/2002	1. Staatsexamen
04/2004	2. Staatsexamen
04/2005	3. Staatsexamen

## Ärztliche Tätigkeit

---

seit 01. Mai 2005	Assistenzärztin in der Universitätsklinik für Psy- chosomatische Medizin und Psychotherapie, Innere Medizin Abteilung VI in Tübingen
-------------------	--