

Differentielle Indikation und Sucht: Einflüsse des Geschlechts auf die Alkoholentwöhnungsbehandlung

Wilma FUNKE*, Reinhold SCHELLER**

Zusammenfassung

Einflüsse des Geschlechts auf die Alkoholentwöhnungsbehandlung werden unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur, eigener Forschungsergebnisse und klinischer Erfahrungswerte thematisiert. Die Diskussion dieser Einflüsse basiert auf der Beantwortung dreier Fragen: (1) Gibt es eine männliche und eine weibliche Alkoholabhängigkeit? (2) Beginnen Männer und Frauen ihre Entwöhnungsbehandlung unter verschiedenen Voraussetzungen? (3) Unterscheiden sich Männer und Frauen im Behandlungserfolg? Die gewonnenen Erkenntnisse lassen vermuten, dass Variablen, die offenbar auf Verlauf und Effekt einer Entwöhnungsbehandlung einwirken, für Männer und Frauen von differentieller Bedeutung sein können. Implikationen dieses Befunds werden für die künftige Behandlungs- und Forschungspraxis erörtert.

Einer effektiven Behandlung von substanzbezogenem Missbrauchsverhalten und Abhängigkeitsstörungen ist aufgrund der enormen und noch steigenden Prävalenzzahlen eine hohe gesellschaftliche Bedeutung zuzuschreiben. Dabei kommt der in der westlichen Kultur legalisierten Genussdroge Alkohol der höchste Stellenwert zu. Dies bezieht sich nicht nur auf die epidemiologische Verbreitung und auf eine «Schrittmacherfunktion» für den Einstieg in den Konsum anderer Suchtstoffe, sondern auch auf die Begünstigung oder Maskierung weiterer psychischer und sozialer Auffälligkeiten. Im vorliegenden Beitrag beschäftigen wir uns mit der differentiellen Bedeutung des Geschlechts für die Abhängigkeitsbehandlung und mit der Frage, in welchem Mass geschlechtsspezifische Behandlung notwendig bzw. angemessen sein könnte.

Im Englischen ist mit der Unterscheidung von «sex» als biologisch festgelegtem Geschlecht und «gender» als sozial geformter geschlechtlicher Identität und Rolle eine sprachliche Differenzierung zwischen eher anlage- und stärker umweltbedingten Phänomenen möglich. Im Deutschen müssen wir uns entweder mit dem mehrdeutigen Begriff «Geschlecht» und den Formulierungen «männlich» bzw. «weiblich» begnügen oder die Anglizismen «Gender» und «genderspezifisch» verwenden, um stärker sozial und lerngeschichtlich vermittelte Verhaltensweisen und Einstellungen zu bezeichnen. Letztere sind

** Dr. rer. nat., Diplom-Psychologin und Ltd. Psychotherapeutin, Kliniken Wied

** Prof. Dr. phil., Fachbereich I – Psychologie, Universität Trier

Termini, die in der Fachsprache bereits häufig benutzt werden. Wir greifen auf diese zurück, wenn es zur Klarheit der Darstellung beiträgt.

Unter Behandlung verstehen wir die professionelle Intervention bei bestehender Konsumproblematik und deren negativen Konsequenzen für das Individuum und/oder die Gesellschaft, wobei im Sinne der vorherrschenden biopsychosozialen Konzeptionalisierung der Abhängigkeitsstörung bzw. des Missbrauchsverhaltens eine multiprofessionelle Vorgehensweise zu wählen ist. An diesem Prozess sind – je nach individuellem Störungsbild entsprechend gewichtet – Arzt/Ärztin, Psychotherapeut/Psychotherapeutin und Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin sowie andere Experten/Expertinnen beteiligt. Im Mittelpunkt der nachfolgenden Ausführungen stehen der behandlungsbedürftige Alkoholmissbrauch bzw. die Alkoholabhängigkeit bei Männern und Frauen. Unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur, eigener Forschungsergebnisse und klinischer Erfahrungswerte leiten wir Vorschläge für die Optimierung der Behandlung von Männern und Frauen sowie für eine Forschung ab, die versucht, geschlechtsspezifische Aspekte hinreichend in Rechnung zu stellen.

Gibt es eine männliche und eine weibliche Alkoholabhängigkeit?

Diese Frage lässt sich aus wissenschaftlicher Sicht zurzeit nicht eindeutig beantworten, obwohl viele im Behandlungskontext tätige Personen ihre durchaus divergierenden subjektiven theoretischen Modelle und Einstellungen mit Nachdruck vertreten (vgl. bereits Berger, Legnaro & Reuband, 1983). In ihrer Zusammenstellung geschlechtsspezifischer Aspekte der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen stellen Bischof, John und Rumpf (2003) fest, dass es bislang

- wenig empirische Befunde zur Bedeutung des Geschlechts für die Entwicklung substanzbezogener Abhängigkeitsstörungen gibt und daher
- kaum empirisch fundierte und überprüfte geschlechtsspezifische Interventionsstrategien zur Verfügung stehen.

Dabei stützen sich die Autoren sowohl auf umfangreiche epidemiologische amerikanische Untersuchungen aus den 90er Jahren als auch auf deutsche und amerikanische Studien an klinischen Stichproben, in denen neben körperlichen auch psychische und soziale Auffälligkeiten in Verbindung mit Substanzmissbrauch beschrieben werden. Sie bestätigen zusammenfassend die Beobachtungen vieler Praktiker, dass Männer und Frauen sich in ihrer Abhängigkeitsentwicklung kaum unterscheiden, ausser dass Frauen

- häufiger alleine trinken,
- im Durchschnitt über geringere Trinkmengen berichten,
- im Mittel ein bis zwei Jahre später im Lebensverlauf mit dem problematischen Trinken beginnen als Männer,
- statistisch auf eine kürzere Krankheitsdauer bis zur Inanspruchnahme von Hilfen verweisen können und
- sich in der Regel bei Beginn der Behandlung in einer psychosozial ungünstigeren Ausgangslage befinden, d.h. häufiger ohne oder mit nur geringer Unterstützung von Bezugspersonen auskommen müssen.

Demgegenüber stellen Walitzer und Connors (1997) fest, dass Alkoholabhängigkeit primär immer noch als «männliche» Störung angesehen wird und der Grossteil der untersuchten Stichproben entweder ausschliesslich oder überwiegend aus Männern besteht. Die mituntersuchten Frauen zeigen häufiger neben der Diagnose «Alkoholabhängigkeit» weitere psychopathologische Merkmale, ein höheres Mass an psychiatrischer Komorbidität sowie weniger zufrieden stellende Behandlungsergebnisse als Männer. Hinzu kommt, dass Frauen vermehrt unter verdeckten alkoholbezogenen Problemen leiden. Im Vergleich zu Männern werden darüber hinaus alkoholabhängige Frauen stärker sozial stigmatisiert. Sie nehmen deshalb weniger spezifische Behandlungsangebote für sich in Anspruch und bevorzugen eher suchtunspecifische Behandlungseinrichtungen. Durch diesen Selbstselektionseffekt erscheinen Frauen in Einrichtungen für Abhängigkeitsbehandlungen als vergleichsweise wesentlich stärker beeinträchtigt.

Offensichtlich weisen Frauen jedoch bei relativ kürzerer Dauer übermässigen Alkoholkonsums sowie bei Aufnahme vergleichsweise geringerer Alkoholmengen und einer damit verbundenen geringeren überdauernden Blutalkoholkonzentration stärkere körperliche Schädigungen auf. Dies zeigt sich z.B. im Aufkommen von Lebererkrankungen (Bischof et al., 2003) und Herzkreislaufbeschwerden. Schenker (1997), der den geschlechtsspezifischen Einfluss von Alkoholmissbrauch auf somatische Folgeerscheinungen beschreibt, formuliert verschiedene Hypothesen zu unterschiedlichen physiologischen Wirkungen von Alkohol im männlichen und weiblichen Körper. Er kommt zu dem Schluss, dass nach bestehender Datenlage der Alkoholkonsum für Frauen erkennbar gesundheitsschädlicher und riskanter ist. Dies könnte jedoch unter Umständen auch durch eine höhere Sensitivität des Gehirnstoffwechsels für Alkohol bei Frauen mitbedingt sein. So berichtet er von einer methodisch ansprechenden experimentellen Studie, in der bei gleicher Blutalkoholkonzentration für die weiblichen Probanden eine deutlich höhere Sedierung nachgewiesen wurde als bei den Männern. Der Zusammenhang zwischen erheblichem Alkoholkonsum und dem erhöhten Auftreten von Brustkrebs ist vielfach belegt, ebenso die Schädigung des Fötus im Mutterleib durch regelmässiges und/oder starkes Trinken von Alkohol (Alkohol-embryopathie).

Auch Vogeltanz und Wilsnack (1997) stellen vor dem Hintergrund der grösseren Bioverfügbarkeit des Alkohols bei Frauen fest, dass diese weniger trinken als Männer, weniger häufig stark intoxiziert sind und einen geringeren oder selteneren Verlust der Verhaltenskontrolle unter Alkohol erleiden. Da Frauen zudem weniger öffentlich trinken, ist die Wahrscheinlichkeit der frühen Identifizierung einer Alkoholproblematik geringer und somit die gezielte Aufnahme entsprechender Screening-Fragen im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung von Frauen empfehlenswert. Zusammenfassend verdeutlichen die Autorinnen, dass die Ursachenzuschreibung für Probleme bei schädigend oder abhängig konsumierenden Männern und Frauen unterschiedlich ausfällt:

- Männer berichten, dass der Alkoholkonsum viele Probleme auslöst,
- Frauen nennen dagegen eher primäre Probleme wie Angst, Depressivität und schwierige Lebensumstände als Ursachen für ihr verstärktes Trinken.

In ihrer retrospektiven Untersuchung an 908 substanzabhängigen Frauen, die sich einer Abhängigkeitsbehandlung unterzogen, berichten Zenker, Bammann und Jahn (2003), dass für 74 % der Patientinnen Alkohol die Erstdroge gewe-

sen sei. Die Autorinnen unterteilten die Patientinnen in vier verschiedene substanzspezifische Subgruppen: In Gruppe 1 befanden sich Alkoholabhängige, in Gruppe 2 Alkohol- und Medikamentenabhängige mit Essstörungen, in Gruppe 3 illegale Drogen konsumierende Abhängige und in Gruppe 4 polytoxikoman Abhängige. Für die vier Subgruppen liessen sich – je nach Substanzeinnahme – unterschiedliche Gefühls- und Zustandsveränderungen ermitteln. Dabei überwogen bei der grössten Untergruppe, den alkoholaabhängigen Frauen, die Funktionen «Wirklichkeit vergessen», «Sicherheit finden» und «zur Ruhe kommen». Darüber hinaus bestätigen die Ergebnisse von Zenker et al. (2003) die klinische Erfahrung, dass jüngere Patientinnen vermehrt sozial instabil und psychisch stärker beeinträchtigt sind sowie eher zu polytoxikomanen Konsummustern und selbstschädigendem Verhalten neigen. Körperliche, sexuelle und psychische Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend spielen bei allen Untergruppen eine bedeutsame Rolle. Suchtprobleme in der Herkunftsfamilie begünstigten einen frühen Einstieg in die Suchtkarriere. Es bleibt jedoch offen, inwieweit sich diese Befunde auch bei Männern finden lassen.

In einer vom deutschen Bundesministerium für Gesundheit geförderten Studie verglichen Franke, Elsesser, Sitzler, Algermissen und Kötter (1998; vgl. auch Franke, 1999) substanzabhängige und nicht auffällige Frauen in zwei deutschen Städten (Dortmund und Magdeburg) hinsichtlich einer Reihe von Merkmalen. Sie berichten unterschiedliche Erwartungen an die Substanzwirkung nach Konsum. Die so genannten «unauffälligen» Konsumentinnen gehen davon aus, dass der Genuss von Alkohol eine Steigerung positiver Erlebnisse und Gefühle, die Einnahme von Medikamenten dagegen eine Verringerung von Schmerzen und Befindlichkeitsstörungen nach sich zieht. Demgegenüber erwarten medikamentenabhängige Frauen durch die Einnahme entsprechender Präparate eine Verbesserung ihres momentanen körperlichen und psychischen Befindens, während alkohol- und drogenabhängige Frauen eine ganze Fülle unterschiedlichster Wirkungen auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene antizipieren. Als wichtigste Erkenntnis aus der Studie bezeichnet Franke (1999) das Ergebnis, dass es die substanzabhängige oder -gefährdete Frau offensichtlich nicht gibt. Vielmehr führen soziale und/oder psychische Belastungen, Lerngeschichte und Ausmass vorhandener oder fehlender Unterstützung sowie Griffnähe und Verfügbarkeit von Substanzen zu einer bedeutsamen Differenzierung des klinischen Bildes.

Immer wieder wird berichtet, dass Scheidungs- und Trennungssituationen oder das Zusammenleben mit einem trinkenden Lebenspartner Risikofaktoren darstellen, die insbesondere bei Frauen die Entwicklung eigenen problematischen Trinkens fördern. Offensichtlich sind hier jedoch komplexere Zusammenhänge in Rechnung zu stellen, die sich bislang in empirischen Studien nicht eindeutig belegen liessen (Vogeltanz & Wilsnack, 1997).

Copeland und Hall (1992) ziehen in ihrer Studie zur Vorhersage des Behandlungsabbruchs von Frauen in gleich- und gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen folgende Schlüsse:

- Bei Einbeziehung von Personen mit schädigendem Alkoholkonsum wird deutlich, dass Alkoholabhängigkeit nicht eine dominant «männliche» Störung ist.
- Die Identifizierung von weiblichen Untergruppen mit hohem Risiko, alkoholabhängig zu werden, ist als bedeutsam anzusehen.

- Der Zusammenhang zwischen primär vorhandenen Problemen und dem Konsum von Alkohol (und damit dessen Funktionalität) ist aufzudecken.

Beginnen Männer und Frauen ihre Entwöhnungsbehandlung unter verschiedenen Voraussetzungen?

Beckman stellt sich in ihrer Arbeit über Behandlungsbedürfnisse von Frauen mit Alkoholproblemen die Ausgangsfrage: «Do women require alcoholism treatment that differs from that for men?» (Beckman, 1994: 206). Auch sie konstatiert, dass viele Mutmassungen, aber kaum empirische Belege zu diesem Themenbereich existieren. Beckman (1994) sowie Walitzer und Connors (1997) nennen interne und externe Barrieren, die der Behandlung von Frauen im Wege stehen. Zu den internen Barrieren zählen:

- Verleugnung von Problemen, die durch Trinken entstanden sind,
- Angst vor Stigmatisierung als «trinkende Frau»,
- Sorge, die Kinder zurückzulassen oder zu verlieren sowie
- Schuld- und Schamgefühle.

Als externe Barrieren werden angesehen:

- interpersonale Hemmnisse (z.B. Widerstand des Partners bzw. der Familie gegen eine Behandlung, «soziale Kosten» der Behandlung) sowie
- strukturelle Faktoren (z.B. fehlende Kenntnis professionell Tätiger über frauenspezifische Problemzusammenhänge, Fehlen frauenspezifischer Behandlungseinrichtungen, Fehlen von Kinderbetreuungsangeboten).

Häufig wird betont, dass Behandlungsangebote auf die Probleme, Sichtweisen und Problemlösekompetenzen von Männern zugeschnitten sind. So berichten Walitzer und Connors (1997) zusammenfassend über Gender-Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Hilfen: Frauen mit alkoholbezogenen Problemen präferieren zunächst eher allgemeine Behandlungsmöglichkeiten der primären Gesundheitsversorgung (Arzt/Ärztin, Psychotherapeut/Psychotherapeutin, Lebensberatung) mit dem Resultat, dass konsumspezifische Auffälligkeiten, schädigender Konsum und substanzbezogene Abhängigkeitsproblematik nicht oder erst spät erkannt werden.

Dawson (1996) nimmt differenziert zu tradierten Befunden Stellung, nach denen Frauen im Vergleich zu Männern

- schneller nach Störungsbeginn in Behandlung gehen,
- für eine Behandlung andere externe Gründe angeben,
- stärkeren emotionalen Belastungen ausgesetzt sind und ein höheres Mass an psychiatrischer Komorbidität aufweisen und
- häufiger Gewalt- und Missbrauchserfahrungen erleben.

Dawson argumentiert, dass diese Ergebnisse insofern Artefakte widerspiegeln, als ein besonderer Selektionseffekt den Zugang von Frauen in suchtspezifische Einrichtungen beeinflussen könnte. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass bei Untersuchung der Inanspruchnahme alkoholspezifischer Behandlungsangebote Schwere und Dauer der alkoholbezogenen Probleme von Männern und Frauen

explizit berücksichtigt werden sollten. Für ihre Schlussfolgerungen zieht sie Daten aus der NLAES-Studie (National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey) in den USA heran, an der über 40000 Erwachsene teilnahmen. Von diesen erfüllten mehr als 7000 Personen im Verlauf ihres Lebens die DSM-IV-Kriterien für Alkoholmissbrauch und/oder Alkoholabhängigkeit. So kann sie belegen, dass sich 23% der Männer mit entsprechender Diagnose, aber nur 15% der Frauen in eine alkoholbezogene Behandlung begaben, was einer Quote von 1.5 zu 1.0 entspricht. Dabei nannten die Männer im Durchschnitt einen Zeitraum von 5.0 Jahren zwischen Störungsbeginn und Behandlung, die Frauen dagegen nur einen Zeitabstand von 2.1 Jahren. Den Unterschied zwischen Männern und Frauen bezüglich des Zeitraums von Störungs- bis Behandlungsbeginn moderieren jedoch die Aspekte «Schwere» und «Dauer»: Bei Personen mit schwererer suchtspezifischer Symptomatik lässt sich kein Geschlechtsunterschied im Hinblick auf die Inanspruchnahme einer Behandlung feststellen; bei schwächer ausgeprägter Symptomatik begeben sich dagegen mehr Männer als Frauen in Behandlung. In den ersten acht Jahren nach Störungsbeginn unterscheiden sich Männer und Frauen nicht in der Wahrscheinlichkeit, eine Behandlung zu beginnen; liegt der Störungsbeginn jedoch 8 bis 25 Jahre zurück, nutzen mehr Männer als Frauen ein Behandlungsangebot.

Dawson fasst ihre Befunde wie folgt zusammen:

- Männer erhalten häufiger eine Behandlung ihrer alkoholbezogenen Probleme als Frauen.
- Dieser Geschlechtsunterschied nivelliert sich bei ausgeprägter Abhängigkeitssymptomatik.
- Die in klinischen Stichproben beobachtete schwerere Symptomatik und der im Durchschnitt frühere Behandlungseinstieg von Frauen verzerren die tatsächlichen Verhältnisse in der Population. So begeben sich Frauen mit leichterem Störungsbild und/oder längerem Störungsverlauf seltener als Männer in Behandlung. Sie sind deshalb in klinischen Stichproben unterrepräsentiert.

«This study did not find many of the interactions between gender and other correlates of treatment that might have been expected on the basis of past research» (Dawson, 1996: 222).

Nach Franke (1999) lässt sich ein relativ früher Behandlungsbeginn (Dauer zwischen Störungsbeginn und spezifischer Behandlung) bei Frauen auch erklären durch das schnellere Auftreten somatischer Schäden aufgrund der höheren Bioverfügbarkeit des Alkohols im weiblichen Körper, durch einen anderen Umgang von Frauen mit Krankheit als Gender-Effekt in unserer Gesellschaft und durch weniger «tragfähige» bzw. kompensierende soziale Beziehungen im Umfeld alkoholabhängiger Frauen gegenüber Männern mit abhängigen Alkoholkonsummern. Wenn Frauen und Männer mit der Behandlung ihrer Alkoholabhängigkeitsproblematik beginnen, unterscheiden sie sich in ihrer Ausgangsmotivation (Blume, 1986; vgl. auch Bischof et al., 2003). Während Frauen eher gesundheitliche und familiäre Themen als störungsauslösend ansehen, nennen Männer häufiger Probleme, die sich auf den beruflichen, juristischen und sozialen Kontext beziehen. Im Rahmen der Diskussion auslösender und aufrechterhaltender Bedingungen einer Abhängigkeit von illegalen Drogen berichten Vollmer und Krauth (2001) vor dem Hintergrund ihrer klinischen Erfahrung, dass Männer und Frauen mit unterschiedlichen Voraussetzungen in die Behandlung gehen. Frauen sind ihrer Meinung

nach gekennzeichnet durch

- ein niedriges Selbstwertgefühl,
- fehlende Abgrenzungsmöglichkeiten gegenüber anderen Personen,
- Erfahrungen von sexueller, körperlicher und psychischer Gewalt in der Familie und/oder Partnerschaft;
- abhängige Interaktionsmuster und
- Identitätsprobleme in ihren Rollen als Frau.

Männer hingegen fallen auf durch

- Unfähigkeit oder mangelnde Erfahrung, Gefühle wahrzunehmen und/oder auszudrücken (in Prinzipien verankert wie «Zeige keine Schwäche» oder «Sei nicht emotional»);
- eine Lerngeschichte, in der Gewalt und aggressives Verhalten belohnt wurden;
- das Vorhandensein eines eher dichotomen Weltbildes («stark – schwach» oder «Gewinner – Verlierer»);
- mangelnde Erfahrung im Hinblick auf emotional stützende Kontakte mit Männern und
- Nähe-Distanz-Konflikte mit Männern und Frauen.

Eine eigene Untersuchung basierte auf 1064 Personen, die sich in den Jahren 2000 und 2001 in den Kliniken Wied wegen ihrer Alkoholabhängigkeit einer stationären Entwöhnungsbehandlung unterzogen (651 Männer und 413 Frauen; 1.6: 1.0). Wir konnten feststellen, dass Frauen signifikant häufiger einen konkreten Auslöser für den Beginn ihres problematischen Trinkens angaben als Männer (1.2: 1.0). Hinsichtlich der Dauer des abhängigen Alkoholkonsums (Fremdeinschätzung durch den aufnehmenden Arzt nach vorliegenden Befunden und klinischer Untersuchung) unterschieden sich Männer und Frauen ebenfalls statistisch bedeutsam (Frauen: M = 10.2 Jahre, SD = 6.5 Jahre; Männer: M = 12.5 Jahre, SD = 7.4 Jahre). Befragt nach Suchtproblemen des Partners und in der Herkunftsfamilie, zeigte sich ebenfalls ein deutlicher Geschlechtseffekt: Frauen gaben häufiger an, mit einem substanzabhängigen Partner zusammenzuleben (3.3: 1.0). Darüber hinaus berichteten sie öfter von aktuellen oder früheren Suchtproblemen ihrer Mütter (2.0: 1.0). Keine Geschlechtsunterschiede liessen sich aufgrund der Belastung durch einen suchtabhängigen Vater nachweisen, obwohl mit 25% der Männer und 26% der Frauen hier die höchste Quote an familiärer Vorbelastung zu verzeichnen war. Nur 0.7% der Männer wiesen als erste Suchtdiagnose die Abhängigkeit von Sedativa/Hypnotika (F13.2 nach ICD-10) auf; für Frauen lag diese Quote immerhin bei 4.3%, was einem Verhältnis von 1.0: 6.1 entspricht. Im Vergleich zu den Männern berichteten die Frauen signifikant häufiger von zusätzlichen Problemen in Bezug auf Bulimie und Anorexie sowie Depression und Somatisierungsstörungen; Männer waren dagegen eher mit Zwangsstörungen belastet. Hinsichtlich Schmerzstörungen, Adipositas, Angst, Persönlichkeitsstörungen und hirnorganischen Beeinträchtigungen zeigten sich in unserer Untersuchung keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

In der bereits angesprochenen Studie von Zenker et al. (2003) wurden für Frauen aus 83 Suchtbehandlungseinrichtungen neben den vier substanzspe-

zifischen Untergruppen auch vier zahlenmässig gleich besetzte Subgruppen nach dem Alter des Einstiegs in den abhängigen Konsum gebildet. Wie zu erwarten, korrespondierten die substanzbezogenen Untergruppen deutlich mit den Einstiegsaltersgruppen. Besondere Aufmerksamkeit verdient jedoch der Befund, dass 50% der Probandinnen bis zum 18. Lebensjahr mit dem problematischen Konsum begannen (22% bis zum 14. Lebensjahr). Die verbleibenden 50% der Untersuchungsgruppe stiegen zu etwa gleichen Teilen im frühen Erwachsenenalter (19. bis 30. Lebensjahr) und im reifen bzw. späteren Erwachsenenalter (31. bis 60. Lebensjahr) in den problematischen Konsum ein. Angaben über vergleichbare männliche Stichproben teilen die Autorinnen leider nicht mit. Doch auch bei Männern spielt das Alter für den Beginn des problematischen Suchtmittelkonsums offenbar eine bedeutsame Rolle. Verschiedene auf empirischer oder theoretischer Basis ermittelte Typeneinteilungen lassen dies jedenfalls vermuten (vgl. z.B. Johnson, Cloninger, Roache, Bordnick & Ruiz, 2000). Es ist davon auszugehen, dass hier wahrscheinlich entwicklungs- und sozialisationsbezogene mit geschlechtsspezifischen Aspekten konfundieren.

Gordon (2002) von der Caron Foundation in den USA, die auch geschlechtsspezifische Behandlungsangebote für Alkoholabhängige unterbreitet, berichtet, dass Männer in gemischtgeschlechtlichen Gruppen den Gruppenprozess und die ablaufenden Interaktionen häufig dominieren. Dies zeigen auch Therapiestudien, die die Häufigkeit von Redebeiträgen und die Struktur der Kommunikation in gemischtgeschlechtlichen Therapiegruppen untersuchen. So profitieren Frauen auch in pädagogischen Kontexten stärker von geschlechtshomogenen Gruppen als Männer, da hier eine gezieltere Förderung möglich ist und genderspezifische Rollenverhaltensweisen weniger zum Zuge kommen. Folglich wird eine besondere Aufgabe der Therapeuten und Therapeutinnen in gemischtgeschlechtlichen Behandlungskontexten darin gesehen, geschlechtsrollentypische Schwächen auszugleichen und entsprechende Stärken wechselseitig nutzbar zu machen. Daher sind genderübergreifende Behandlungsansätze dann optimal, wenn spezifische auf das jeweilige Geschlecht zugeschnittene förderliche Behandlungskomponenten präsentiert und angenommen werden. Nach Beckman (1994) sind für Frauen folgende Komponenten bedeutsam:

- eine umfassende Betreuung,
- spezielle Behandlungsangebote für Inzestopfer, Opfer von sexuellen Übergriffen sowie sexueller oder körperlicher Gewalt, Frauen mit sexuellen Dysfunktionen, multiplem Substanzmissbrauch oder anderen psychischen Problemen;
- eine weitreichende Gesundheits- und Familienberatung;
- Angebote zur Entwicklung von Elternkompetenz, zur Differenzierung sozialer Rollen und zum Aufbau der Fähigkeit, soziale Unterstützung einzufordern;
- Unterstützung bei der Stabilisierung eines positiven Selbstwertgefühls und beim Ausbau adaptiver Bewältigungsfertigkeiten;
- Berufs- und Arbeitsplatzberatung;
- rechtliche Beratung und
- Hinführung zur Nutzung von Frauengruppen in der Nachsorge.

Jarvis (1992) weist ebenfalls darauf hin, dass Frauen im Durchschnitt weniger von Gruppentherapien profitieren als Männer. Frauen bevorzugen stärker individualisierte Settings und vermeiden damit die «Stigmatisierungsfalle». Hinzu kommt, dass durch die höhere Männerquote in der gemischtgeschlechtlichen Gruppenbehandlung frauenspezifische Themen eher Gefahr laufen, in den Hintergrund zu treten oder von den weiblichen Teilnehmern aufgrund der Anwesenheit von Männern vermieden werden. Das Gruppensetting selbst kommt in seiner Dynamik in der Regel eher den männlichen sozialen Gruppierungsformen entgegen.

Trotz inzwischen gewonnener Erkenntnisse lässt sich zusammenfassend mit Beckman (1994) auch heute noch die Forderung nach fundierteren Evaluationsstudien für den Themenbereich «geschlechtsspezifische Behandlungsansätze» aufrechterhalten.

Unterscheiden sich Männer und Frauen im Behandlungserfolg?

Beckman (1994: 210) fasst die Behandlungsergebnisse für alkoholabhängige Männer und Frauen wie folgt zusammen: «...most reviews of the literature suggest that there are few differences in treatment outcome for women and men...». Empirische Befunde, die nachweisen, dass Frauen weniger zufrieden stellende Behandlungsergebnisse erzielen als Männer, liegen schon deshalb nicht vor, weil das Geschlecht in der Regel nicht als Kontrollmerkmal berücksichtigt wird. Darüber hinaus moniert Beckman (1994) den vergleichsweise hohen Selektionsdruck, der auf Frauen zum Zeitpunkt ihres Eintritts in sucht spezifische Behandlungseinrichtungen lastet. Frauen müssen sich einer stärkeren Stigmatisierung des weiblichen Alkoholismus erwehren und im Vorfeld häufiger für die Regelung der Familien- und Kinderbetreuung Verantwortung übernehmen. Schliesslich bleibt ihnen die Auseinandersetzung mit den für sie eher unattraktiven Anteilen männlich dominierter Behandlungsprogramme nicht erspart. Ebenso liegen bislang nur wenig gesicherte Erkenntnisse über Prognosefaktoren vor, die einen positiven Einfluss auf das Behandlungsergebnis ausüben. Dies gilt sowohl für Alkoholabhängige insgesamt als auch für getrennt untersuchte männliche und weibliche Alkoholabhängige. Günstigere Katamneseergebnisse lassen sich für jüngere, verheiratete Alkoholabhängige männlichen Geschlechts mit relativ kurzem Krankheitsverlauf und weniger ausgeprägter körperlicher Abhängigkeit ermitteln. Die Prognose für alkoholabhängige Frauen fällt besser aus, wenn ihr soziales Netz aus stabilen und unterstützenden Beziehungen besteht sowie pathogene, die persönliche Weiterentwicklung störende Beziehungseinflüsse fehlen oder nur gering ausgeprägt sind. Eine höhere depressive Beeinträchtigung der Frauen zu Beginn ihrer Therapie trägt offenbar zu einem besseren Behandlungsergebnis bei. Festzuhalten bleibt zudem, dass bislang keine Überlegenheit geschlechtsspezifischer Programme gegenüber gemischtgeschlechtlichen Angeboten festgestellt werden konnte.

Auch in einer Untersuchung von Funke, Funke, Klein und Scheller (1995) an männlichen und weiblichen Patienten einer stationären Einrichtung für Entwöhnungsbehandlungen (N = 798; 33% Frauen) liess sich kein statistisch bedeutsamer Geschlechtsunterschied für die Abstinenzquoten ein Jahr nach Beendigung der Therapie eruieren. Dieses Ergebnis zeigte sich sowohl bei konservativer Erfolgsschätzung (alle Personen ohne katamnestiche Infor-

mation zählen zur Kategorie der Rückfälligen) als auch bei differenzierter Einteilung in die Katamnesegruppen «abstinent», «rückfällig» und «ohne Information». Das für die Therapie zuständige Personal schätzte ausserdem die Prognose für Männer und Frauen am Ende der Behandlung als gleich gut ein. Dies führte zu der Überlegung, dass möglicherweise die Bildung inhaltlich definierter Subgruppen dazu beitragen könnte, geschlechtsspezifische Erfolgsquoten ausfindig zu machen und vorherzusagen.

Da Saunders, Baily, Phillips und Allsop (1993: 1413) konstatieren, dass sich in Katamnese Studien kaum geschlechtsspezifische Informationen über den Behandlungserfolg in Erfahrung bringen lassen, folgern sie: «There appears to be a general acceptance that women and men with alcohol problems relapse for the same reasons.» In ihrer eigenen Verlaufsuntersuchung stellen sie jedoch fest, dass Frauen nach ihrer Behandlung nicht nur andere Konsummuster als Männer zeigen, sondern auch unterschiedliche Auslöser bzw. Begleitumstände für erneuten Konsum bzw. Rückfälligkeit angeben. Bischof et al. (2003) halten ebenfalls die früher verbreitete Vorstellung einer weniger günstigen Prognose für Frauen im Hinblick auf das Ergebnis einer Abhängigkeitsbehandlung nicht mehr aufrecht, lassen sich doch selbst in Metaanalysen (Vannicelli, 1984; Project MATCH Research Group, 1997) keine bedeutsamen Geschlechtsunterschiede nachweisen.

Das Project MATCH (Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity) liefert im Grunde keine Befunde, die globale Geschlechtsunterschiede in Bezug auf die Wirksamkeit von drei Behandlungsformen (kognitiv-behavioraler Ansatz, motivationsfördernde Therapie und Behandlung nach dem 12-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker) verdeutlichen. Einzige Ausnahme bildet der Hinweis, dass die weiblichen Projektteilnehmer in allen Behandlungsgruppen nach einem Jahr durchschnittlich auf mehr abstinente Tage zurückblicken konnten als die Männer. Dieses Ergebnis lässt sich allerdings nicht auf den in Mitteleuropa üblichen Behandlungskontext übertragen, da die Abhängigen eine ambulante Einzelbehandlung erhielten, die von entsprechend geschulten, erfahrenen und supervidierten Therapeuten und Therapeutinnen durchgeführt wurde.

Jarvis (1992) analysierte 20 Studien aus den Jahren 1953 bis 1991 mit dem Ergebnis, dass Frauen zwar in den ersten 6 bis 12 Monaten nach Beendigung einer Abhängigkeitsbehandlung etwas günstigere Erfolgsquoten zeigen, Männer jedoch bei Berücksichtigung längerer Katamnesezeiträume tendenziell besser abschneiden. Es bleibt allerdings offen, in welchem Ausmass ein solch später Effekt noch auf die vorab erfolgte Intervention zurückgeführt werden kann. Hier rückt die Bedeutung von Umweltbedingungen in den Mittelpunkt des Interesses. Förderliche Umweltbedingungen sollten erreichte Behandlungsergebnisse festigen können, das Fehlen derartiger Bedingungen dürfte dagegen gewünschte Veränderungen und Entwicklungen langfristig erschweren. In diese Richtung weist auch der Befund, dass Frauen bessere Behandlungsergebnisse in Bezug auf verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Behandlungsangebote erzielen, während Männer offensichtlich mehr von milieuthérapeutischen Gemeindeprogrammen oder von den Angeboten der Anonymen Alkoholiker profitieren. Marmo und Weinbaum (1993) berichten, dass in ambulanten Programmen behandelte Frauen ein höheres Abbruchrisiko zeigen als Männer. Das Merkmal «Abbruch» moderiert ebenfalls den Therapieerfolg, weisen doch Behandlungsabbrecher in der Regel weniger zufrieden stellende Ergebnisse auf als Personen, die ihre Behandlung beenden. Sanchez-Craig, Spivak und Davila (1991) ermittelten, dass Frauen auf Be-

handlungskomponenten zur Erhöhung von Selbstaufmerksamkeit und Selbstkontrolle besser ansprechen als Männer. Nach Meinung der Autoren macht dieser Befund auch begreiflich, warum Frauen in der Regel mit günstigeren Behandlungsergebnissen aufwarten können, wenn sie Programme durchlaufen, mit deren Hilfe reduziertes Trinken erreicht werden soll.

Vogeltanz und Wilsnack (1997) betonen, dass es nicht eine «beste» Behandlung für alle Individuen gibt, vielmehr muss eine gezielte Zuordnung der männlichen und weiblichen Alkoholabhängigen zu passenden Therapiekomponenten erfolgen. Für das Geschlecht als differenzierende Variable liegt jedoch bislang keine ausreichende empirische Evidenz vor. Tendenziell günstigere Therapieergebnisse erzielen nach Copeland und Hall (1992) weibliche Patienten bei Inanspruchnahme von Programmen mit mehr einzeltherapeutischen Elementen und bei Behandlung in frauenspezifischen Einrichtungen, in denen lesbische Frauen, Frauen mit kleinen Kindern und Frauen mit sexueller Missbrauchserfahrung in der Kindheit ein spezielles Behandlungsangebot erhalten. Sie verdeutlichen zudem, dass Alkoholismus sich dann nicht als dominant männliche Auffälligkeit erweist, wenn Personen mit schädlichem Konsum (so genannte Problemtrinker) einbezogen werden. Der Identifizierung von weiblichen Untergruppen mit hohem Erkrankungsrisiko wird deshalb im Rahmen primärer und sekundärer Prävention hohe Bedeutung beigemessen. Dabei steht die Aufdeckung des Zusammenhangs zwischen erhöhtem Konsum und den Problemen, die diesen inadäquaten Bewältigungsversuch auslösten, im Vordergrund. Als problemverursachend und somit als Risikofaktoren bezeichnen etwa Saunders et al. (1993) den Verlust oder das Fehlen weiblicher Rollen (im Sinne von mütterlichen, arbeitsbezogenen und partnerschaftlichen Aufgaben) in Verbindung mit hohem regelmässigen Alkoholkonsum. Es ist zu vermuten, dass sich auch für männliche Untergruppen vergleichbare Erfahrungen mit unerfüllten Rollenerwartungen ermitteln lassen. So könnte dem Scheitern und dem Verlust an Rollen eine Schlüssel-funktion im Hinblick auf die Begünstigung oder Entwicklung der Alkoholabhängigkeit zukommen.

Implikationen für Behandlung und Forschung

Unabhängig vom Geschlecht tragen offenbar folgende Aspekte zu einer ungünstigeren Prognose bezüglich Verlauf und Ergebnis einer Abhängigkeitsbehandlung bei:

- länger dauernde Suchtkarriere,
- höhere durchschnittliche Konsummenge,
- weniger und kürzere Abstinenzphasen im letzten halben Jahr vor der Behandlung,
- höherer Schweregrad der Alkoholabhängigkeit und
- geringer ausgeprägte «coping skills» zur Bewältigung der Abhängigkeit.

Hinweise aus der Literatur sprechen dafür, die genannten Variablen vor dem Hintergrund des Merkmals «Geschlecht» differenziert zu betrachten. Dies impliziert, dass in Untersuchungen zu geschlechtsbezogenen Verlaufs- und Prognosemerkmalen die Ergebnisse nicht nur der geschlechtsspezifischen Darstellung bedürfen, sondern die unabhängigen Variablen – wie etwa Schwe-

regrad oder Bewältigungsfähigkeiten – erfordern für Männer und Frauen möglicherweise auch eine unterschiedliche Operationalisierung. Daraus resultieren zwangsläufig methodische Probleme, die einen Vergleich zwischen den Geschlechtern erschweren. Es sollte jedoch zum Standard solider Publikationen gehören, Forschungsbefunde für Männer und Frauen getrennt auszuweisen. Weiterführende geschlechtsspezifische Untersuchungen, die sich mit den Auslösern, den Eingangsbedingungen, dem Verlauf und der Effektivität einer Abhängigkeitsbehandlung befassen, sind fraglos erforderlich.

Im Hinblick auf eine geschlechtsbezogene Behandlung stehen Therapieeinrichtungen vor der Herausforderung, dafür zu sorgen, dass vor allem Frauen in gemischtgeschlechtlichen Programmen nicht chronisch unterrepräsentiert sind. Darüber hinaus sollten frauenspezifische Themen in Settings zur Sprache kommen, deren Zuschnitt weiblichen Bedürfnissen Rechnung trägt. Hierzu zählt unter anderem eine umfassende fürsorgliche Betreuung im Therapiealltag. Eine derartige Betreuung macht Sinn, laufen doch Frauen Gefahr, in der Rolle der versorgenden Instanz gefangen zu bleiben, während Männer eher Probleme mit der Selbstversorgung im Alltag haben. Gelingt es nicht, eine hinreichend grosse Zahl an weiblichen Patienten in gemischtgeschlechtlichen Behandlungsgruppen zu etablieren, sind getrenntgeschlechtliche Therapieangebote auch innerhalb einer Behandlungseinrichtung zu erwägen.

Die Indikation für eine Behandlung in einer frauen- oder männerspezifischen Institution ist nach unserer Auffassung empirisch noch nicht hinreichend belegt. Es zeichnet sich jedoch ab, dass Frauen mit gleichgeschlechtlicher Beziehungspräferenz, Frauen mit früher sexueller Missbrauchserfahrung und jüngere polytoxikomane Patientinnen von geschlechtshomogenen Behandlungsangeboten profitieren. Inwiefern solche Angebote auch für alkoholabhängige Männer mit entsprechenden Merkmalskonstellationen Vorteile bieten, ist offenbar bislang nicht geklärt.

Es liegen Hinweise dafür vor, dass sich Männer und Frauen vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Rahmenbedingungen in Bezug auf den Einstieg in die Abhängigkeit, den Zeitpunkt der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten und den Ausstieg aus der Abhängigkeit im Mittel unterscheiden. Darüber hinaus ist die in Behandlungseinrichtungen zu beobachtende Unterrepräsentation von weiblichen Personen ebenso zu beachten wie die auf einen Selektionseffekt zurückzuführende Präsenz von durchschnittlich stärker geschädigten Frauen. Befunde dieser Art geben Anlass, vermehrt über eine Verbesserung von geschlechtsspezifischer primärer Prävention und geschlechtsspezifischer Frühintervention nachzudenken. In solche Überlegungen sollten auch Personen einbezogen werden, die zwar nicht als alkoholabhängig diagnostiziert sind, deren Alkoholkonsum aber bereits ein erhebliches bzw. schädigendes Mass angenommen hat.

In der einschlägigen Literatur deutet sich an, dass Frauen aus einzeltherapeutischen Angeboten mehr Nutzen ziehen als Männer. Künftige Forschung sollte sich um eine fundierte Begründung dieser in weiteren empirischen Untersuchungen noch zu validierenden Erkenntnis bemühen und ausserdem die Frage beantworten, ob ein derartiger Befund sowohl auf gemischt- als auch auf gleichgeschlechtliche Programme zutrifft. Besondere Bedeutung für die Stabilisierung des Behandlungserfolgs kommt der Vermittlung von Frauen in Nachsorgegruppen zu, die speziell auf weibliche Bedürfnisse Rücksicht nehmen. Derartige Massnahmen sind schon deshalb erforderlich, weil sich

Frauen in gemischtgeschlechtlichen Nachsorgegruppen häufig in der Minderheit befinden.

Es erscheint plausibel, dass für männliche Patienten häufiger der Arbeitsplatz oder eine berufliche (Re-)Integration im Mittelpunkt der Entwöhnungsbehandlung stehen. Die Aufarbeitung von berufsbezogenen Problemen erfordert in der Regel einen vergleichsweise kurzen Klinikaufenthalt. Diesem folgt eine längerfristige ambulante Weiterbehandlung, mit der vor allem eine Einbindung in das soziale Umfeld angestrebt wird. Alkoholabhängige Frauen sollten dagegen einen längeren Klinikaufenthalt in Anspruch nehmen, weil für sie offenbar stärker die Notwendigkeit besteht, sich aus einem krankheitsfördernden oder störungsaufrechterhaltenden Kontext zu lösen. Unterstützt wird diese Sichtweise durch Befunde, die belegen, dass Frauen ambulante Behandlungen eher abbrechen als Männer. Als Erklärung hierfür lässt sich möglicherweise die geringere Abgrenzungsfähigkeit der weiblichen Abhängigen gegenüber den Anforderungen des sozialen Umfelds heranziehen. In diesem Zusammenhang bietet es sich an, die Mitaufnahme von Kindern in die stationäre Behandlung von alkoholabhängigen Männern und Frauen differenziert zu diskutieren. Die Aufnahme von bis zu vier Jahre alten Kindern in den Klinikkontext erweist sich aus therapeutischer Sicht als durchaus sinnvoll, weil so vor Ort Umstellungsprozesse unterstützt und Alltagsfertigkeiten im Umgang mit Kleinkindern eingeübt werden können. Für alkoholabhängige Personen mit Kindern, die älter als vier Jahre sind oder bereits zu den Heranwachsenden zählen, dominieren andere Behandlungsschwerpunkte. Im Vordergrund steht nun neben dem Aufbau von Elternkompetenz auch das Erlernen von Abgrenzung gegenüber den Kindern. Ausserdem können Schutz- und eventuell sogar Behandlungsbedürftigkeit der eigenen Kinder in den Fokus therapeutischer Bemühungen rücken.

Behandlung, besonders wenn sie sich auf psycho- und soziotherapeutische Vorgehensweisen bezieht, verlangt Bereitschaft und Fähigkeit für Prozesse des Neu- und Umlernens. Auch für Lernprozesse dieser Art könnten geschlechtsspezifische Prägungen und Fertigkeiten durchaus von Bedeutung sein. So setzen sich die eher prozessorientierten Frauen mit ihrer Umwelt vor allem sprachlich auseinander, die eher ergebnisorientierten Männer begegnen indessen ihrer Umwelt bevorzugt motorisch unter Nutzung räumlich-visuell dominierter Konzepte. Hier erwarten wir, dass die psychologische und neurophysiologische Grundlagenforschung in absehbarer Zeit weitere theoretische Erkenntnisse und empirische Befunde bereitstellt, die sich zur Verbesserung unserer bisherigen Behandlungsmethoden heranziehen lassen.

Summary

Differential indication and addiction: Influences of the gender on alcohol withdrawal treatment

The gender's influence on alcohol withdrawal treatment is subject of the thesis, taking relevant literature, own results of research as well as clinical experience into consideration. The discussion of these influences is based on the answers to three questions: (1) Is there a male and a female alcohol dependency? (2) Do men and women start an alcohol withdrawal treatment under different conditions? (3) Is there a difference between men and women regarding the success of a withdrawal treatment? The results lead to the assumption that variables, which apparently affect the progression and effect of such a treatment, can have a differential meaning for men and women. Implications of this result are discussed for further practical treatment and research.

Résumé

Indication différentielle et dépendance: incidences du genre sur le traitement de désaccoutumance de l'alcool

Les incidences du genre sur le traitement de désaccoutumance de l'alcool sont abordées en tenant compte de la littérature y relatives, des résultats d'études conduites par l'auteur et d'expériences cliniques. Ces incidences sont discutées à partir des réponses à trois questions: (1) Existe-t-il une alcoolodépendance masculine et féminine? (2) Les hommes et les femmes abordent-ils leur traitement de désaccoutumance dans des conditions différentes? (3) Existe-t-il des différences entre les hommes et les femmes en ce qui concerne la réussite du traitement? Les connaissances acquises conduisent à faire l'hypothèse que des variables qui influencent à l'évidence le déroulement et l'efficacité d'un traitement de désaccoutumance peuvent revêtir une importance différente pour les hommes et pour les femmes. Les implications de ces différences pour la pratique du traitement et de la recherche sont développées.

Literaturverzeichnis

- Beckman, L.J., 1994: Treatment needs of women with alcohol problems. *Alc. Health Res. World*, 18 (3), 206-211.
- Berger, H., Legnaro, A., Reuband, K.-H. (Hrsg.), 1983: *Frauenalkoholismus. Entstehung – Abhängigkeit – Therapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bischof, G., John, U., Rumpf, H.-J., 2003: Geschlechtsspezifische Aspekte der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen. *Sucht aktuell*, 10 (1), 24-30.
- Blume, S.B., 1986: Women and alcohol. A review. *JAMA-J. Am. Med. Assoc.*, 256 (11), 1467-1470.
- Copeland, J., Hall, W., 1992: A comparison of predictors of treatment drop-out of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women's and two traditional mixed-sex treatment services. *Brit. J. Addict.*, 87 (6), 883-890.
- Dawson, D.A., 1996: Gender differences in the probability of alcohol treatment. *J. Subst. Abuse*, 8 (2), 211-225.
- Franke, A., 1999: Frauenspezifische Aspekte der Abhängigkeit. In: Gastpar, M., Mann, K., Rommelspacher, H. (Hrsg.) *Lehrbuch der Suchterkrankungen*. Stuttgart: Thieme, 144-152.
- Franke, A., Elsesser, K., Sitzler, F., Algermissen, G., Kötter, S., 1998: *Gesundheit und Abhängigkeit bei Frauen: Eine saluto-genetische Verlaufsstudie*. Cloppenburg: Runge.
- Funke, W., Funke, J., Klein, M., Scheller, R., 1995: Zur Bedeutung differentieller Katamnesen: Strategien, Befunde, Konsequenzen. In: Körkel, J., Lauer, G., Scheller, R. (Hrsg.) *Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung*. Stuttgart: Enke, 14-24.
- Gordon, S.M., 2002: Women and addiction: Gender issues in abuse and treatment. *Alcsm Drug Abuse Weekly*, 14 (25), 3-5.
- Jarvis, T.J., 1992: Implications of gender for alcohol treatment research: A quantitative and qualitative review. *Brit. J. Addict.*, 87 (9), 1249-1261.
- Johnson, B.A., Cloninger, C.R., Roache, J.D., Bordnick, P.S., Ruiz, P., 2000: Age of onset as a discriminator between alcoholic subtypes in a treatment-seeking outpatient population. *Am. J. Addict.*, 9 (1), 17-27.
- Mammo, A., Weinbaum, D.F., 1993: Some factors that influence dropping out from outpatient alcoholism treatment facilities. *J. Stud. Alc.*, 54 (1), 92-101.
- Project MATCH Research Group, 1997: Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *J. Stud. Alc.*, 58 (1), 7-29.
- Sanchez-Craig, M., Spivak, K., Davila, R., 1991: Superior outcome of females over males after brief treatment for the reduction of heavy drinking: Replication and report of therapist effects. *Brit. J. Addict.*, 86 (7), 867-876.
- Saunders, B., Baily, S., Phillips, M., Allsop, S., 1993: Women with alcohol problems: Do they relapse for reasons different to their male counterparts? *Addiction*, 88 (10), 1413-1422.
- Schenker, S., 1997: Medical consequences of alcohol abuse: Is gender a factor? *Alcsm Clin. Exp. Res.*, 21 (1), 179-181.

- Vannicelli, M., 1984: Treatment outcome of alcoholic women: The state of the art in relation to sex bias and expectancy effects. In: Wilsnack, S.C., Beckman, L.J. (eds.) Alcohol problems in women: Antecedents, consequences, and intervention. New York: Guilford, 369-412.
- Vogeltanz, N.D., Wilsnack, S.C., 1997: Alcohol problems in women: Risk factors, consequences, and treatment strategies. In: Gallant, S.J., Keita, G.P., Royak-Schaler, R. (eds.) Health care for women: Psychological, social and behavioral influences. Washington: American Psychological Association, 75-96.
- Vollmer, H.C., Krauth, J., 2001: Therapie der Drogenabhängigkeit. In: Tretter, F., Müller, A. (Hrsg.) Psychologische Therapie der Sucht. Göttingen: Hogrefe, 395-438.
- Walitzer, K.S., Connors, G.J., 1997: Gender and treatment of alcohol-related problems. In: Wilsnack, R.W., Wilsnack, S.C. (eds.) Gender and alcohol: Individual and social perspectives. New Brunswick: Rutgers Center of Alcohol Studies, 445-461.
- Zenker, C., Bammann, K., Jahn, I., 2003: Ursachen und Differenzierungen der Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen. Sucht aktuell, 10 (2), 15-20.

Korrespondenzadressen

Wilma Funke, Ltd. Psychologin, Kliniken Wied, Facheinrichtung für psychosomatische Medizin, DE-57629 Wied bei Hachenburg; E-mail: wilma.funke@kliniken-wied.de
Reinhold Scheller, Fachbereich I – Psychologie, Universität Trier, DE-54286 Trier;
E-mail: scheller@uni-trier.de