

Bakkalaureatsarbeit

Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Suchterkrankungen

Lehrveranstaltung:
Gesundheitspsychologie,
Geschlechtsspezifisches Gesundheitshandeln und Gendersensible
Gesundheitsförderung

Medizinische Universität Graz

Betreuung: Mag. Traude Ebermann

Autorin: Pamela Elisabeth Perhofer
Matr.Nr.: 0612329

März,2009

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bakkalaureatsarbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommene Stellen als solche kenntlichgemacht habe.

Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Graz, im März 2009

Unterschrift

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. Begriffserklärungen	4
2.1. Sucht.....	4
2.2. Abhängigkeit.....	5
2.3. Drogen.....	6
3. Wie entsteht Sucht? – Geschlechtsspezifische Erklärung von Suchtverhalten	7
4. Unterschied zwischen legalen und illegalen Suchtmitteln	9
4.1. Legale Suchtmittel.....	9
4.2. Illegale Suchtmittel.....	10
5. Formen von Sucht	10
5.1. Substanzgebundene Sucht.....	11
5.1.1. Nikotinabhängigkeit.....	12
5.1.2. Alkoholismus.....	13
5.1.3. Medikamentenabhängigkeit.....	16
5.1.4. Illegale Drogen.....	21
5.2. Substanzungebundene Sucht bzw. Verhaltenssucht.....	24
5.2.1. Spielsucht.....	26
5.2.2. Kaufsucht.....	28
5.2.3. Arbeitssucht.....	31
6. Resümee und Ausblick	33
Literaturverzeichnis	35

1. Einleitung

Aus ganz unterschiedlichen Gründen geraten Menschen heimlich, still und leise in vielfältige Abhängigkeiten. Manchmal suchen sie Zuflucht in der Sucht, um ihre Lebenssituation auszuhalten, um vor Problemen davonzulaufen oder um ihre beruflichen Pflichten in den Griff zu bekommen.

Jede Sucht ist eine Erkrankung und es gibt erhebliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Die Suchterkrankung ist häufiger bei Männern anzutreffen, bei Frauen stellt sie nach Depressionen die häufigste psychiatrische Krankheit dar.

Bei Männern überwiegen Verhaltensweisen, welche nach außen gerichtet sind. Männer neigen eher zu aggressivem Verhalten, verbalen Beschimpfungen, Verlust der Empathie und zu zunehmender Gleichgültigkeit. Es kommt bei Männern dadurch zur Vernachlässigung von Verpflichtungen wie zum Beispiel Zahlungen oder notwendigen Erledigungen. Auch der Gruppendruck spielt bei suchtkranken Männern eine große Rolle, denn Männer gehen ihrer Sucht sehr häufig in Gesellschaft nach. Ein Alkoholiker wird beispielsweise kaum alleine trinken, eine Alkoholikerin hingegen sehr wohl.

Frauen richten Aggressionen häufig gegen sich selbst und halten ihre Abhängigkeit geheim. Bei den lange Zeit versteckten Suchtformen fallen die Frauen kaum aus der Rolle, denn selbst in ihren größten Nöten verhalten sie sich angepasst und unauffällig. Sie versuchen die Fassade so lange wie möglich aufrechtzuerhalten. Bei suchtkranken Frauen ist auch häufig das Selbstwertgefühl unterentwickelt, denn sie fühlen sich verantwortlich für das Wohlergehen der Familie und versuchen diese zusammenzuhalten und für eine geborgene, angenehme Atmosphäre zu sorgen. In diesen Zusammenhang passt Suchtverhalten einfach nicht ins Bild.

Die gesellschaftlichen Anforderungen an Frauen und Männer sind unterschiedlich hoch. In Folge dessen Frauen eher zu psychoaktiven Substanzen greifen und Männer eher Alkohol trinken um so gut wie möglich zu „funktionieren“.

Aber nicht nur der Rollenerwartungsdruck kann den Weg in die Abhängigkeit ebnen, sondern auch die ständige Verfügbarkeit von Stoffen und die Normalität im Umgang damit.

Die so genannte Zigarettenpause zeigt wie verlockend der schnelle Ausstieg aus dem Alltagsstress ist, denn wenn man eine Zigarette raucht kann man schnell abschalten und einem Entscheidungsdruck kurzfristig ausweichen.

Auch die Werbung zeigt uns ständig, dass sich Unwohlsein sofort durch den Konsum eines psychoaktiven Stoffes beheben lässt. Die Regulierung des Befindens wird gesellschaftlich voll akzeptiert und somit kann ein vom Arzt ausgestelltes Rezept bereits der erste Schritt in die Abhängigkeit sein. (Singerhoff 2002, S.7-8)

Es zeigt sich also, dass sich das Suchtverhalten von Frauen in vielen Aspekten von dem der Männer unterscheidet. Im Rahmen dieser Bachelorarbeit versuche ich einige Bereiche der Suchterkrankungen genauer unter geschlechtssensibler Perspektive genauer zu beleuchten.

2. Begriffserklärungen

Im alltäglichen Umgang und Sprachgebrauch werden Begriffe wie Sucht, Abhängigkeit, Missbrauch oder Drogen oft synonym verwendet ohne darauf zu achten, dass sich diese Begriffe sehr wohl unterscheiden und unterschiedliche Zustände beschreiben. Im folgenden Kapitel werden deshalb diese unterschiedlichen Begriffe genau beschrieben und erklärt. (Glaeske et al. 1997, S.53)

2.1. Sucht

Der Begriff Sucht wird von „siech“ abgeleitet, was soviel wie krank bedeutet. Dieser Begriff wurde als Übersetzung für das lateinische Wort „morbus“ benutzt und erst im 16. Jahrhundert durch die Begriffe Krankheit, Seuche und Siechtum ersetzt. Diese Begriffe bezeichneten damals spezifische Krankheiten wie Gelbsucht oder Schwindsucht, aber auch vor allem Verhaltensweisen bzw. Fehlverhaltensweisen moralisch-religiöser Art wie zum Beispiel Habsucht oder Streitsucht und auch schließlich den Missbrauch von psychotropen Substanzen.

Ende des 19. Jahrhunderts waren allgemeine Merkmale stoffgebundener und nichtstoffgebundener Suchterkrankungen bekannt und es wurden schon damals vier

besonders relevante Suchtarten unterschieden, wie die Trunksucht, die Morphiumsucht, die Kokainsucht und die Spielsucht. In den 1980er Jahren beharrte man auf eine noch stärkere Trennung von nichtstoffgebundenen und stoffgebundenen Süchten. Doch es zeigte sich, dass bereits Gabriel (1962) den Begriff Sucht nicht nur auf von psychotropen Substanzen hervorgerufene Abhängigkeit reduziert hat. Bereits er wies auf den Unterschied zwischen „Sucht nach chemisch definierbaren Substanzen“ und „Tätigkeitssüchten“ hin, unter die unter anderem Sexsucht, Sammelsucht und Spielsucht fallen. (Grüsser und Thalemann 2006, S.15)

Unter Sucht versteht man eine psychische und physische Abhängigkeit von einer Substanz mit Wirkung auf das zentrale Nervensystem. Charakteristisch für den Zustand der Substanzabhängigkeit ist das ununterdrückbare Verlangen nach der Substanz, die Sucht die es dem Betroffenen unmöglich macht normal zu funktionieren, wenn nicht vorher die Sucht befriedigt worden ist. (Singerhoff 2002, S.265) Prinzipiell ist Sucht jedoch nicht gleichbedeutend mit körperlicher Abhängigkeit, denn es ist eben durchaus möglich, süchtig zu sein, ohne eine körperliche Abhängigkeit zu entwickeln. (Glaeske et al. 1997, S.56)

Zusammenfassend kann man sagen, dass es sich bei Sucht um ein großes Verlangen nach einem bestimmten Gefühls- Erlebnis- oder Bewusstseinszustand handelt. Das Ziel von süchtigem Verhalten ist einerseits Lustgefühle herbeizuführen oder andererseits Unlustgefühle, wie beispielsweise Unruhe, Trauer, Angst oder Wut, zu vermeiden. Um von Sucht zu sprechen müssen auch die vier Merkmale Wiederholungszwang, Dosissteigerung, physische und psychische Abhängigkeit sowie Entzugserscheinungen klar ausgeprägt sein. (Degkwitz 2002, S.28)

2.2. Abhängigkeit

Charakteristisch für eine Abhängigkeit ist das starke Verlangen, den Effekt einer bestimmten Substanz immer wieder zu erleben. Abhängigkeit beschreibt also einen kontinuierlichen Prozess, dessen Endprodukt das Abgleiten in die Sucht sein kann. Abhängigkeit entsteht durch die gelegentliche oder dauerhafte Einnahme bestimmter

wirksamer Substanzen, wie zum Beispiel Nikotin, Alkohol oder Medikamente. (Glaeske et al. 1997, S.54)

Die Weltgesundheitsorganisation definierte den Begriff „Abhängigkeit“ als Zustand, der sich aus dem wiederholten Konsum einer Droge ergibt. Dabei wird zwischen psychischen und körperlichen Gewöhnungsmustern unterschieden.

Bei der psychischen Abhängigkeit entsteht ein starkes seelisches Verlangen, einen Stoff wiederholt zu konsumieren, um dessen als positiv erlebte Wirkung zu erfahren.

Die körperliche Abhängigkeit ist in erster Linie mit der notwendigen Dosissteigerung verbunden, damit derselbe Effekt eintreten kann. Nach plötzlichem Absetzen des Stoffes treten körperliche Entzugserscheinungen auf. Es entstehen Wechselbeziehungen zwischen Stoff und Organismus bzw. der Stoffwechsel gewöhnt sich an den Wirkstoff. (Singerhoff 2002, S.265)

2.3. Drogen

Ursprünglich wurden als Drogen alle natürlich gewonnenen Heilmittel bzw. Arzneimittel bezeichnet. In der Botanik und der Pharmazie versteht man unter Drogen heute noch getrocknete Heilpflanzen, die als Tees oder zur Inhalation genutzt werden. Umgangssprachlich meint man mit dem Begriff Drogen meist Stoffe, die eine Abhängigkeit hervorrufen können, wie beispielsweise illegale Suchtmittel - Heroin, Kokain oder Marihuana. Die Weltgesundheitsorganisation definiert mittlerweile jede Substanz als Droge, die eine oder mehrere Körperfunktionen verändern kann.

Substanzen, welche den Stoffwechsel des Zentralnervensystems beeinflussen und damit das Bewusstsein und die Wahrnehmung eines Menschen verändern, können abhängig machen. Wie schnell das geschieht, hängt vom Wirkstoff, der Anwendungsweise, der Dosis und der Verabreichungsdauer ab. (Glaeske et al. 1997, S.53)

3. Wie entsteht Sucht? – Geschlechtsspezifische Erklärung von Suchtverhalten

„Süchtige Abhängigkeit ist ein stark verbreitetes Phänomen. Doch viele Erfahrungen und Umstände müssen im Leben eines Menschen zusammenkommen, auf vielen verschlungenen Pfaden muss er sich verirren, bis er den Weg in die Sucht wählt. Sucht ist kein Schicksal, sondern eine Wahl, für die der Wählende mitverantwortlich ist.“ (Kuntz 2000, S. 17)

Dieses Zitat zeigt sehr gut, dass jeder süchtige Mensch immer eine ganz individuelle Lebensgeschichte hat, die vielleicht seinen Weg in die Sucht erklären kann, doch süchtige Abhängigkeit kann nie monokausal erklärt werden, denn es gibt zahlreiche Theorien und Erklärungsansätze für die Entstehung von Sucht. Es gibt kulturelle, soziologische, sozialpolitische, sozialpsychologische, lernpsychologische, triebpsychologische, ichpsychologische, selbstpsychologische, objektbeziehungspsychologische oder systemische Ansätze zur Erklärung des Phänomens Sucht. Keiner dieser Erklärungsansätze kann Allgemeingültigkeit beanspruchen, doch auch keiner ist zu verwerfen, sondern alle erklären lediglich Teilaspekte der Sucht, je nachdem, aus welchem Blickwinkel sie das Phänomen betrachten. (Kuntz 2000, S.17)

Suchtkrankheiten haben bei Frauen und Männern häufig andere Wurzeln und nehmen auch einen anderen Verlauf, jedoch trägt jeder ein gewisses Maß an Suchtpotential in sich, denn bei Sucht handelt es sich vor allem um das Verlangen und die Lust nach einer bestimmten Sache und solche Lustgefühle sind eindeutig positiv besetzt.

Die Entstehung der Sucht kann sowohl auf biologische, als auch auf genetische Ursachen zurückzuführen sein, weiter spielen auch die Verfügbarkeit der süchtmachenden Substanzen und Dinge eine große Rolle und auch kulturelle Hintergründe sollten miteinbezogen werden.

Der biologische Schlüssel zu allen Formen der Sucht ist das Belohnungszentrum im Gehirn, denn es geht immer darum, das Belohnungszentrum zu aktivieren und das heißt unter anderem die Dopaminausschüttung im Gehirn zu steigern. Das Dopamin, welches auch als Glückshormon bekannt ist, färbt Erlebnisse angenehmer und

lustvoller und sorgt so für Glücksgefühle, welche die ersten Schritte in eine Suchtkrankheit so verführerisch machen.

Am schwersten wiegt jedoch die genetische Veranlagung, denn Untersuchungen haben gezeigt, dass die Gefahr einer Suchterkrankung für Kinder suchtkranker Eltern oder eines Elternteils deutlich höher ist.

Auch Umgebungsfaktoren spielen eine große Rolle, denn wenn beispielsweise die Mutter regelmäßig raucht, so gehört dies zum normalen Lebensumfeld des Kindes und es scheint daher nur als normal, wenn es selbst irgendwann zur Zigarette greift.

Einzelne psychische und soziale Ursachen einer Sucht können bei Männern und Frauen oft sehr unterschiedlich gelagert und gewichtet sein. (Fischer 2005, S.143)

In unserer Gesellschaft sind Süchte und Abhängigkeiten eine allgegenwärtige Erscheinung. Dass Abhängigkeit und Süchte kein einheitliches Störungsbild darstellen ist bekannt, auffallend sind jedoch in diesem Zusammenhang die Unterschiede im weiblichen und männlichen Suchtverhalten. Das Muster weiblicher Sozialisation, welches sich schon im Kindesalter zeigt, ist hierfür ausschlaggebend. Verhaltensmuster wie brave, nette, stille Mädchen werden durch die Umgebung bestärkt. Denn in die Erziehung von Mädchen fließt nach wie vor ein, dass erwachsene Frauen vor allem liebevoll und anpassungsfähig sein sollen. Frauen wird nach wie vor die Familie und die Kindererziehung zugeordnet.

Emotionale Probleme und Beziehungsstrukturen sind untrennbar mit dem Suchtgeschehen von Frauen verbunden. Sie sind belastet durch den Versuch, den teilweise widersprüchlichen Rollenanforderungen gerecht zu werden. Gemäß ihrer weiblichen Rolle versuchen sie daher ihre Probleme eher individuell verweigernd, zurückgezogen oder auch resignierend zu lösen. Wenn die daraus entstehenden Konflikte unerträglich werden, entwickeln Frauen oft psychosomatische Beschwerden, Depressionen und greifen zu Suchtmitteln.

Die beschriebenen Lebenssituationen von Frauen führen häufig zu einer Überforderung mit zunehmender physischer und psychischer Erschöpfung.

Haben Frauen eine Abhängigkeit entwickelt, so versuchen sie diese geheim zu halten. Sie sind „stille Trinkerinnen“ oder tendieren dazu, ihrer Geschlechtsrolle entsprechend „angemessenere“ Konsumformen von Suchtmitteln zu bevorzugen.

Medikamente fallen beispielsweise in diese Kategorie.

Frauen geraten überwiegend in Abhängigkeit um vor Beziehungsproblemen, Problemen im täglichen Leben, Einsamkeit oder Langeweile zu flüchten. (Quantschnig und Scholz 2005, S.218-219)

4. Unterschied zwischen legalen und illegalen Suchtmitteln

Man unterscheidet grob zwischen legalen und illegalen Suchtmittel.

Suchtmittel bzw. Drogen sind bereits seit Jahrtausenden in allen Kulturen bekannt. Sie dienen als Heilpflanzen, Gewürze, Zaubermittel oder Gift und die berauschende Wirkung mancher Drogen wird sogar bei religiösen Kulturen genutzt. Fast jeder Mensch nimmt im Laufe seines Lebens Suchtmittel in irgendeiner Form zu sich, auch wenn es beispielsweise nur die tägliche Tasse Kaffee oder Tee zum Wachwerden ist oder ein Glas Wein, das in Gesellschaft getrunken wird. Wie auch bei der Einnahme notwendiger Medikamente, nutzt hier der Mensch die positive Wirkung dieser Suchtmittel bzw. Drogen. (Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit 2002, S.3)

4.1. Legale Suchtmittel

Obwohl Suchtmittel legal zugänglich sind, bleiben sie jedoch Stoffe die abhängig machen. In der öffentlichen Diskussion stehen meist die illegalen Suchtmittel im Vordergrund. In ihrem individuellen und gesellschaftlichen Schaden sind jedoch legale Suchtmittel wie Alkohol, Nikotin oder Medikamente von weitaus größerer Bedeutung. Diese Mittel sind zwar keine Suchtmittel aber Genussmittel und entscheidend, ob sie zum Suchtmittel werden oder nicht, ist ob jemand „normal“, gelegentlich, riskant, ab und zu oder die Stoffe ständig in großen Mengen, also abhängig konsumiert. Hier ist auch die Verharmlosung dieser Mittel in unserer Kultur zu nennen. Es ist inzwischen bewiesen, dass viele Abhängigkeiten mit dem frühen Erstkonsum von anscheinend so harmlosen Mitteln begannen. Je früher das Einstiegsalter für den Erstkonsum liegt, desto größer ist das Risiko, dass aus dem Genuss eine Sucht wird. (Singerhoff 2002, S.154)

4.2. Illegale Suchtmittel

Zu den illegalen Suchtmitteln zählen Substanzen wie zum Beispiel Cannabis, Heroin, Kokain oder verschiedene Designerdrogen.

Der Besitz und der Handel mit so genannten illegalen Drogen sind gesetzlich verboten und Verstöße dagegen werden strafrechtlich verfolgt. Schätzungsweise liegt die Gesamtzahl der Abhängigen von illegalen Drogen in Deutschland bei 120.000, davon ist etwa ein Drittel weiblich.

Am häufigsten werden Cannabispräparate und Heroin missbraucht, jedoch ist auch der Kokainkonsum stark angestiegen. Besonders bei Frauen ist der Kokainkonsum stärker gestiegen.

Die Steigerungsrate beim Konsum illegaler Drogen ist auf die starke Verbreitung von Cannabis in den letzten Jahren zurückzuführen. Auch die Provierbereitschaft ist gestiegen. (Singerhoff 2002, S.118)

5. Formen von Sucht

Ein weiterer Unterschied besteht zwischen der substanzgebundenen Sucht und der substanzungebundenen Sucht bzw. Verhaltenssucht.

Von den substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankungen sowie den verschiedenen Formen der Verhaltenssucht sind weltweit Millionen Menschen betroffen. Die verschiedenen Erscheinungsformen der substanzgebundenen Sucht sind gut charakterisiert und auch die klinischen Erscheinungsbilder sind bei der substanzgebundenen Sucht gut beschrieben und somit steht hier ein breites Hilfsangebot für Betroffene und auch deren Angehörige zur Verfügung. Im Gegensatz dazu mangelt es bislang an entsprechenden Beschreibungen und Hilfsangeboten für die verschiedenen Formen der Verhaltenssucht. Es hat sich jedoch gezeigt, dass in den letzten Jahren auch im Bereich der Verhaltenssucht der Handlungsbedarf gestiegen ist, denn es bilden sich immer mehr Selbsthilfegruppen für Verhaltenssüchtige und deren Angehörige. (Grüsser und Thalemann 2006, S.13)

5.1. Substanzgebundene Sucht

Bei der substanzgebundenen Sucht handelt es sich um eine zwanghafte Abhängigkeit von bestimmten Mitteln, die der Mensch immer wieder zu sich nehmen will, um ein bestimmtes Wohlgefühl zu erlangen oder Unlustgefühle zu vermeiden.

Von den substanzgebundenen Süchten kann man ebenso abhängig werden wie von den substanzungebundenen, denn der/die Abhängige braucht den Kick und das Hochgefühl, welches immer wieder herzustellen versucht wird. Je öfter man das tut, desto tiefer gerät man in die Abhängigkeit. (Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit 2002, S.33)

Jemand ist von einer Substanz abhängig, wenn während des vergangenen Jahres drei oder mehrere der folgenden Kriterien vorhanden waren:

- Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang Substanzen zu konsumieren.
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Substanzkonsums.
- Substanzgebrauch mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern und der daraus resultierenden positiven Erfahrung.
- Ein körperliches Entzugssyndrom.
- Nachweis einer Toleranz- um die durch niedrige Dosen erreichten Wirkungen der Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich.
- Ein eingeeignetes Verhaltensmuster im Umgang mit der Substanz.
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Substanzkonsums.
- Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweis eindeutig schädlicher Folgen.
(<http://www.sucht-addiction.info/neuigkeiten> Stand: 14.2.2009)

Zu den substanzgebundenen Süchten gehören zum Beispiel:

- Nikotinabhängigkeit
- Alkoholismus
- Medikamentenabhängigkeit
- Illegale Drogen

Im folgenden Teil dieser Arbeit werden diese genannten substanzgebundenen Suchtformen genauer unter geschlechtsspezifischen Kriterien beschrieben.

5.1.1. Nikotinabhängigkeit

Etwa 30% der erwachsenen Bevölkerung in Österreich rauchen täglich. Männer rauchen noch immer etwas häufiger als Frauen, wenngleich die Frauen in den letzten Jahrzehnten stark aufgeholt haben.

Die Gruppe der 16- bis 24-Jährigen weist heute mit einer Prävalenz von 50% die meisten RaucherInnen auf, der Anteil der rauchenden Jugendlichen ist also dramatisch angestiegen.

In Österreich hat sich der Anteil der täglich rauchenden 15-jährigen Burschen seit Mitte der 80er Jahre verdoppelt, jener der 15-jährigen Mädchen sogar knapp verdreifacht.

Das Rauchverhalten von Frauen und Männern scheint sich also in den letzten Jahren kontinuierlich anzunähern. Während immer mehr Frauen häufiger zur Zigarette greifen, bleibt der Anteil der rauchenden Männer weitgehend konstant. Hinsichtlich Nikotinabhängigkeit bestehen auch einige Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Wenn Frauen rauchen ist ihr Rauchverhalten in der Regel weniger stark ausgeprägt als bei Männern. Dies zeigt sich auch dadurch, dass Frauen immer noch etwas häufiger als Männer zum episodischen Rauchen tendieren. Das heißt, die Zigarette in ganz bestimmten Situationen nicht missen zu wollen, aber bei anderen Gelegenheiten auch eher darauf verzichten zu können.

Das Rauchen als Ausdruck von Emanzipation, persönlicher Freiheit, Weltgewandtheit und Wohlhabenheit verstanden werden kann, ist endgültig vorbei und für die heutige Zeit nicht mehr zutreffend. Immer deutlicher wird, dass die meisten Raucherinnen nicht nur nicht mehr aufhören können, sondern sich auch noch mit anderen vielfältigen benachteiligenden und einengenden Lebensumständen ablagen müssen. Nach einer Studie von 1986 in Neuseeland lagen die Werte der Raucherinnen bezüglich der Lebensunzufriedenheit eindeutig tiefer als die der Nichtraucherinnen. Raucherinnen berichten häufiger über familiäre Probleme und Depressionen und stammten eher aus dem Arbeitsmilieu. Dieses Ergebnis lässt sich

auch auf Österreich übertragen. In der Gruppe der unter 40-jährigen Raucherinnen finden sich besonders viele erwerbslose und geschiedene Frauen. Besonders hoch ist der Anteil der Raucherinnen, die unter starken beruflichen Belastungen arbeiten müssen und wenig Aufstiegschancen haben, wie zum Beispiel Berufskraftfahrerinnen oder Arbeiterinnen im Hotel- und Gastgewerbe. Die finanzielle Belastung durch den Tabakkonsum ist gerade für Frauen mit geringem Einkommen sehr hoch. In vielen Fällen ist der Konsum von Zigaretten der einzige Luxus, den die Frauen sich leisten. Am niedrigsten ist der Anteil der Raucherinnen bei Ärztinnen, Apothekerinnen und Lehrerinnen. (Singerhoff 2002, S.180)

Um dem Thema Rauchen entgegenzuwirken ist es nötig, die Angebote der Raucherentwöhnung zu verstärken. Speziell männliche, weibliche und jugendliche Zielgruppen sollen dabei angesprochen werden, damit die Zahl der RaucherInnen reduziert werden kann.

Ebenso wichtig ist es, den Konsumbeginn bei Jugendlichen, insbesondere bei Mädchen, hinauszuzögern, um den Trend in dieser Zielgruppe umzukehren.

5.1.2. Alkoholismus

Wie auch beim vorherigen Kapitel erwähnt, scheint die Frau weniger anfällig für Alkoholismus zu sein als der Mann. Selbst wenn diese Suchtform entsteht wird sie bei der Frau eher auf psychische Störungen bezogen.

In Industrieländern ist es für Frauen kein Problem an Alkohol zu gelangen, eigentlich genauso wenig für die Männer. Wie auch bei der Drogensucht ist hier eine Stigmatisierung der Frau zu erkennen, was vor allem seine Begründung in Vorurteilen und Alltagsmythen hat. Für Männer und Frauen gelten demnach unterschiedliche Regeln und Normen, obwohl die Art der Regeln nirgends explizit beschrieben ist.

Die Frau galt seit jeher als das schwache Geschlecht und wurde in früheren Zeiten als Unterlegene des Mannes angesehen. Auch beim gesellschaftlichen Zusammensein war der Mann derjenige der trank. Im Laufe der Zeit entwickelte sich

das Trinken jedoch zu einer heterosexuellen Aktivität. So wie es heute der Fall ist, dass Frauen für alkoholische Produkte werben, wäre dies früher undenkbar gewesen. Die Frau sollte sich jeder Form starken Trinkens enthalten und dieser Zwang war sozusagen ein „soziokultureller Schutz“ vor dem Abgleiten in die Sucht. Kam es dennoch zur Entstehung eines Suchtverhaltens wurde dies stets auf psychische Ursachen oder Prostitution zurückgeführt.

Mittlerweile spricht man von einem sogenannten „Ausgleichsprozess der Geschlechter“, der eine Auswirkung auf die Behandlungskonzepte nach sich zieht. (Feselmayer et al. 2005, S.174-175)

Die Tendenz der alkoholkranken Frauen ist leider steigend; Sie haben fast unbemerkt aufgeholt. Bis vor kurzem haben sich die Anti-Alkohol-Kampagnen bzw. die Forschung ausschließlich auf die Männer konzentriert.

Im Jahre 1999 wurde eine EU- Studie mit dem Ziel das Trinkverhalten und den Alkoholkonsum der Frauen zu untersuchen, durchgeführt. Dabei zeigt es sich, dass Männer und Frauen eine unterschiedliche Art der Interpretation von Alkoholkonsum haben.

Durch den Bruch in der Normalbiographie der Frau gerät sie auch zunehmend in Situationen, die früher eher Männern „vorbehalten“ waren. Frauen sind zunehmend erwerbstätig, sind somit öfter außer Haus. Sie besuchen öfter Kneipen oder Restaurants, fahren in Urlaub und sind deswegen auch mehr und mehr in Situationen, in denen Alkohol schon fast ein Bestandteil ist. Darüber hinaus sind sie auch größerem beruflichen Stress ausgeliefert → Besser ausgebildete, erwerbstätige Frauen konsumieren mehr Alkohol als andere.

Frauen und Männer zeigen unterschiedliche Gründe für den Einstieg in die Sucht (bei Frauen sind es häufig Gefühle der Einsamkeit, Leere,...). Jedoch ist bei beiden Geschlechtern ein wesentlicher Punkt gleich → Das Verhältnis von Belastbarkeit und Belastung ist aus den Fugen geraten.

Hier einige Unterschiede im Trinkverhalten von Männern und Frauen:

- Die Sucht der Frau verläuft in der Regel heimlich
- Eine Frau, die zu viel trinkt wird anders bewertet als ein Mann, der dies tut. Beim Mann erscheint es legitim, dass er mal über den Durst trinkt (oft ist es sogar ein Zeichen seiner Männlichkeit). Die Frau hingegen wird stigmatisiert, was wiederum eine Ursache für den erst genannten Punkt ist.
- Männer greifen eher zur Flasche aus beruflichen oder stressbedingten Situationen heraus. Bei Frauen sind es oft ganze Bündel von Problemen die sie dazu veranlassen (Unzufriedenheit mit dem Partner, Depressionen, sexueller Missbrauch,..)
- Alkoholabhängige Frauen werden viel schneller von ihrem Partner verlassen, als dies umgekehrt der Fall ist. (Koabhängigkeit bei Frauen ausgeprägter)
- Männer geben eher berufliche Gründe an aus der Sucht auszusteigen, wogegen Frauen eher angeben, wegen Partnerschaft oder Familie aus der Sucht aussteigen zu wollen. (Singerhoff 2002, S.158)

Aufgrund der vorher genannten Gründe fällt es Frauen schwerer als Männern, sich an eine Beratungsstelle zu wenden und Hilfe zu suchen. Frauen als Mütter haben mit der Offenlegung ihres Suchtproblems oft Angst, die Erziehungsberechtigung für ihre Kinder zu verlieren. Dies ist als Konsequenz der Stigmatisierung und einer ungleichen Umgangsweise mit weiblichen und männlichen AlkoholikerInnen zu verstehen.

Der erste Schritt in Richtung Hilfesuche kann mit großer Überwindung gekoppelt sein. Aus Erfahrung kann aber betont werden, dass wenn das Problem einmal angesprochen wurde es wesentlich leichter fällt sich damit auseinanderzusetzen als sonst.

In Deutschland beispielsweise gibt es über 1.200 psychosoziale Beratungsstellen für Suchtkranke, Suchtgefährdete und Angehörige. Dort erhält man anonym Hilfe und wird auch an Selbsthilfegruppen vermittelt oder erhält Auskunft über Einzeltherapien. Auch stationäre Therapieangebote sind vorhanden. (Singerhoff 2002, S. 171)

In Österreich gibt es Einrichtungen wie das Anton-Proksch-Institut in Kalksburg, wo vorwiegend Männer behandelt werden, aber es auch eine eigene Abteilung für substanzabhängige Frauen gibt. Weiter gibt es das Sonderkrankenhaus für Alkohol- und Medikamentenabhängige in Salzburg, das aber seit 1987 gemischtgeschlechtlich geführt wird.

Ob getrennt- oder gemischtgeschlechtliche Einrichtungen besser sind ist schwer zu beurteilen und hängt von Erfahrungen, Sichtweisen, Präferenzen usw. ab. Was man jedoch mit Sicherheit sagen kann ist, dass geschlechtsspezifische Behandlung mehr Rücksicht auf die unterschiedlichen Lebenszusammenhänge von Männern und Frauen nimmt.

Was die bessere Alternative ist von der Sucht loszukommen, bleibt somit jedem/jeder selbst überlassen. Einigkeit besteht darin, dass bei Frauen, die als Kinder Gewalt oder sexuellem Missbrauch ausgesetzt waren ein frauenspezifisches Angebot unbedingt zur Verfügung stehen muss. (Feselmayer et al. 2005, S.173-190)

5.1.3. Medikamentenabhängigkeit

Die Medikamentensucht ist auf dem Vormarsch. Laut dem Jahresbericht 2006 des Internationalen Suchtstoffkontrollrates (INCB) ist es in den USA bereits soweit, dass Medikamenten-Missbrauch Drogen wie Heroin und Kokain den ersten Platz streitig macht.

Nicht nur in den USA ist dieser „Trend“ zu erkennen, auch in anderen Teilen der Erde ist ein Anstieg des Medikamentenabusus zu beobachten. Damit geht auch der illegale Handel von rezeptpflichtigen Medikamenten einher. Es ist keine Seltenheit, eigentlich rechnet man sogar in der Hälfte aller Fälle damit, dass gefälschte Präparate an den Mann bzw. an die Frau gebracht werden. Vor allem in Entwicklungsländern gab es schon etliche Todesopfer aufgrund gefälschter Suchtstoffe, diese auf Straßenmärkten erhältlich sind. Ein noch viel höheres Gefahrenpotential gäbe es in Industrieländern wo der Vertrieb bereits über Internet läuft und somit das wahre Ausmaß schwer einzuschätzen ist.

Vgl. Reuters (2007): Pillen-Abhängigkeit überholt Heroin Sucht, URL: (<http://www.stern.de/wissenschaft/medizin/:UNO-Suchtreport-Pillen-Abh%E4ngigkeit-%FCberholt-Heroin-Sucht/583633.html>, Stand: 16.2.2009)

Neben normalen Medikamenten gibt es auch noch die Gruppe der Medikamente mit Abhängigkeitspotential, von denen hier die Rede ist. Sie werden in vier Gruppen unterteilt:

1. Sedativa und Opiate
2. Tranquilizer und Anxiolytika
3. Stimulantien und
4. Analgetika

Insgesamt sind es zwischen 6-8% der verordneten Medikamente, die ein Suchtpotential besitzen. Die so genannten Benzodiazepine sind in mehreren der eben genannten Präparate enthalten. Sie bilden die größte Gruppe von Medikamenten, die Abhängigkeiten erzeugen.

Frauen werden weit mehr Antidepressiva und Mittel gegen Psychosen verschrieben als Männer.

Generell kann eine psychische Erkrankung zur Medikamentensucht führen, es kann aber genau so geschehen, dass dieser Zustand ein Resultat der Sucht ist. Eine bekannte Tatsache ist, dass eine psychische Störung oft der Ausgangspunkt für eine Abhängigkeit darstellt, sie aber dem Benutzer/der Benutzerin oft überhaupt nicht klar ist. Die Medikamente werden vermeintlich dazu genutzt um sich „besser zu fühlen“, führen aber im Endeffekt dazu, dass die Ursachen der Grunderkrankung weiter verborgen bleibt, nicht behandelt werden und die Sucht langsam Überhand gewinnt.

Wenn das Mittel zur Besserung einmal nicht vorhanden sein sollte, dann führt der Weg zu Ersatzstoffen wie, zum Beispiel, Alkohol oder anderen Drogen, was man als Polytoxikomanie bezeichnet. (Hammerschmidt und Krumpl 2005, S. 91-93)

In Österreich stehen seit Jahren Alternativ-Präparate in Form von Hopfen- und Baldrianpräparaten zur Verfügung, die als Phytopharmaka bezeichnet werden und den Benzodiazepinen zumindest einen kleinen Teil der Verschreibungen abspenstig machen.

Der Beginn einer Medikamentensucht findet fast immer in der Arztpraxis statt, meint Springer ein Wiener Suchtspezialist. Damit stellt ein mangelhafter Ausbildungsstand eine der Risikofaktoren dar, der zur iatrogenen (vom Arzt verursachten) Sucht führt. Darüber hinaus betont Springer, dass vorwiegend bei älteren Frauen die Verschreibung von Psychopharmaka zu leichtfertig geschieht.

„ .. geringe Ausbildung hinsichtlich des adäquaten Umganges mit Angst und Angstzuständen bei gleichzeitig schlechtem Ausbildungsstand und geringem Interesse bezüglich der Pharmakologie“ lässt laut einer Studie von Chambers et al. (1983) eine Verbindung zwischen ärztlicher Ausbildung und der Verschreibung von Tranquilizern zu.

Somit kann gedankenloses und unhinterfragtes Verschreiben hinter einer Medikamentensucht stehen.

Ein Beispiel für diese Gedankenlosigkeit ist die Tatsache, dass etwa 50% aller HeimbewohnerInnen Psychopharmaka bekommen und dies lässt den Schluss zu, dass erstens oft das Suchtpotential eines Medikamentes verkannt wird und mangelnde Zeit bzw. mangelndes Interesse von ÄrztInnen und Pflegekräften zur Ausbildung einer Medikamentensucht beitragen. Somit wird zu Medikamenten als Lösungsmittel gegriffen um andere aufwendigere Behandlungsansätze zu sparen. (z.B.: Gespräche)

Auch kulturelle Diskrepanzen können bei der Entwicklung der Sucht eine Rolle spielen. MigrantInnen und Flüchtlinge haben ein anderes Schmerzbewusstsein als man es selbst gewohnt ist. Dieser Zustand wird als unerklärlich betrachtetes Schmerzsyndrom abgetan und so kommt es viel zu oft zur Verschreibung von Schmerz- und Beruhigungstabletten als es eigentlich der Fall sein sollte. Sie werden als Ersatz für die Problemaufbereitung herangezogen.

Im Gegensatz dazu ist es z.B. bei TumorpatientInnen häufig der Fall, dass die Dosierung der Schmerzmittel zu niedrig ist, weil man der Entstehung einer Sucht entgegenwirken möchte. Offenbar besteht aber hier keine Gefahr, da die Medikamente nicht verwendet werden, um einen psychischen Zustand zu verbessern, sondern um schmerzfrei zu sein.

Besonders von der Medikamentenabhängigkeit sind Frauen und ältere Menschen betroffen.

Laut Springer (2001) und Cooperstock (1971) scheinen das Alter, das Geschlecht und ein bestimmter Persönlichkeitstypus die Bereitschaft der ÄrztInnen Psychopharmaka zu verordnen, zu erhöhen.

Ein hoher Prozentsatz der Frauen über 60 Jahren ist gefährdet eine Abhängigkeit von Benzodiazepinen zu entwickeln

Woher kommt es, dass gerade Frauen besonders gefährdet sind eine Medikamentenabhängigkeit zu entwickeln?

Frauen sind dafür verantwortlich, dass es zuhause harmonisch und geregelt abläuft. Da sie oft nur auf die Bedürfnisse ihrer Familie Rücksicht nehmen und dabei ihre eigenen vernachlässigen, kommt es dazu, dass Zustände wie Angst, Stress, Isolation, Überforderung, depressive Verstimmungen usw. keine Seltenheit sind. ÄrztInnen gehen nicht richtig auf die Patientinnen ein und verschreiben gerne Medikamente mit breiter Indikation, was aber der Lösung des eigentlichen Problems entgegenwirkt (Ellinger 1985)

In den USA war es in den 60 er Jahren sogar so weit, dass Benzodiazepine als „Mother's little helpers“ angepriesen wurden und damit speziell auf Frauen abgezielt wurde, die Probleme mit der Bewältigung ihres Alltags hatten.

Nicht nur für Frauen, sondern auch für ältere Menschen ist die Medikamentensucht ein großes Problem. Ein wesentlicher Grund dafür ist anscheinend die höhere Bereitschaft von ÄrztInnen Medikamente mit psychotroper Wirkung an ältere Personen zu verordnen und dies auch noch längerfristig und schneller als sonst.

Da ältere Menschen meistens mehrere Medikamente einnehmen müssen, kann es durchaus dazu kommen, dass die „Verursacherdroge“ nicht mehr eindeutig erkannt wird. Vereinsamung und Krankheit sind Faktoren, die bei Älteren eine depressive Grundstimmung verursachen können und damit ist der Wunsch nach stimmungsverändernden Substanzen massiv gegeben.

Das Tückische an der Medikamentensucht ist, dass sie unbemerkt verläuft. Die Betroffenen machen nach außen keinen auffälligen Eindruck, ja sie wirken sogar teilweise überordentlich und überangepasst. Sie sind somit „bequeme“ Mitmenschen. Häufig ist die Sucht erst dann erkennbar, wenn es zu Stürzen oder Unfällen kommt oder wenn die Betroffenen ihren Alltag nicht mehr alleine regeln können.

Besondere Gefährdung besteht für Frauen, die herkömmliche traditionelle Frauenrollen ausfüllen

1. Abhängige Frauen sind wesentlich seltener berufstätig
2. Ein Viertel der Frauen mit Medikamentenproblemen hat keine abgeschlossene Berufsausbildung
3. Medikamentenabhängige Frauen sind häufig unzufrieden mit ihren Partnerschaften
4. Insgesamt scheint das Leben von abhängigen Frauen ein stark belastetes und wenig freudvolles zu sein

Allgemein hat man auch festgestellt, dass verheiratete oder verwitwete Personen mit einer fünf Mal höheren Wahrscheinlichkeit Psychopharmaka einnehmen als ledige Männer (Uhl, Springer 1996). Medikamente sollen somit ein Ersatzmittel darstellen um Verluste oder andere psychische Probleme zu bewältigen.

Die Behandlung von Medikamentenabhängigen gestaltet sich als sehr schwierig, da die Medikamente meist von ÄrztInnen stammen und sie dadurch das Gefühl haben nichts „Verbotenes“ einzunehmen. Aus diesem Grund werden Entzugsserscheinungen häufig verkannt und das eigentliche Suchtmittel wird wiedereingesetzt.

Die Therapie des akuten Entzugssyndroms ist bei Männern und Frauen gleich (Lentner 2001).

Es bestehen nach Krumpl (2004) jedoch neben grundlegenden Gemeinsamkeiten auch wesentliche geschlechtsspezifische Unterschiede:

- Ursachen für die Sucht
- Art des Suchtmittelkonsums
- Aufrechterhaltung der Sucht
- Individuelle Bewertung durch die Betroffenen selbst/ das soziale Umfeld
- Intensität der Begierde („craving“)

Ein weiterer wesentlicher Unterschied ist, dass Frauen eher sich selbst für ihre Sucht verantwortlich machen, wobei Männer die Schuld bei den Anderen suchen.

5.1.4. Illegale Drogen

Männer weisen eine höhere Prävalenz des Konsums von illegalen Drogen auf als Frauen. In den sogenannten Wiener Suchstudien, die alle zwei Jahre mit rund 650 Teilnehmern ab 15 Jahren durchgeführt werden zeigen sich folgende Ergebnisse im Bezug auf den Cannabiskonsum:

1999	2001
9% Frauen	11% Frauen
13% Männer	18% Männer

Ebenfalls wichtig ist das Alter bei dem sich ein noch annähernd gleicher Konsum in der Altersgruppe zwischen 15-30 zeigt, aber bei den 30-40 Jährigen ist das Verhältnis von Mann zu Frau ungefähr 1:3.

Der Alterseffekt zeigt sich bereits bei den Jugendlichen. Generell kann man sagen, dass Burschen mehr Erfahrungen mit illegalen Substanzen machen, die Mädchen jedoch früher zu diesen greifen, was viele Autoren darauf zurückführen, dass Mädchen Bekanntschaften mit älteren Burschen haben, was ihnen einen früheren Zugang zu Drogen verschaffe. Erst mit ihrer „Emanzipation“ bauen sie eine

eigenständige Identität auf und treffen selbständig Entscheidungen. (Haas 2005, S.134)

Nicht nur beim Konsum von Cannabis, sondern auch bei der Verwendung „harter Drogen“ zeigen sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede. Der Anteil der Männer unter den sogenannten problematischen Konsumenten überwiegt deutlich. Man kann dies zwar genau bestimmen, jedoch sind die genauen Unterschiede im Bezug auf Alter, Substanz, gesellschaftliches Umfeld, Bildung, etc. noch unzureichend erforscht.

Heutzutage lässt sich ein schrumpfender Unterschied in der Geschlechterverteilung feststellen, so heißt es laut EBDD (Reidl 2005, S.42):

„Geschlechtsspezifische Unterschiede im Konsumverhalten treten unter Bedingungen strengerer, gesetzlicher Strafen, sowie unter frühzeitigen Schulabgängern und in der ländlichen Bevölkerung verstärkt auf. Diese Unterschiede sind weniger deutlich, wenn eine breitere Akzeptanz und ein größerer Konsum von Drogen wie Cannabis gegeben ist.“

In Ländern in denen es zum Bruch der traditionellen Frauenrolle kommt, geht man davon aus, dass Mädchen und Frauen vermehrt zu illegalen Substanzen greifen (z.B: hat sich in Griechenland der Anteil der weiblichen Konsumentinnen versechsfacht wobei sich der der Männer nur verdreifacht hat.)

Im Bezug auf soziale und gesundheitliche Folgen von problematischem Drogenkonsum stehen die Dinge so, dass sie quantitativ gesehen bei Frauen nicht so massiv ausfallen wie bei Männern. Dies zeigt sich bei drogenbezogenen Todesfällen, Anzeigen, Verurteilungen, geringeren Mortalitätsraten und Infektionsraten.

Ein geschlechtsspezifischer Unterschied spiegelt sich in sogenannten Viktimisierungserfahrungen wieder. Männer werden häufiger Opfer von Körperverletzung oder gefährlicher Drohung. Bei den Frauen gibt es häufiger Übergriffe in Form von sexueller Gewalt oder Missbrauch. Die Frauen sind auch

teilweise gezwungen sich solchen Risiken auszusetzen, da sie oft ökonomisch von ihren Partnern abhängig sind bzw. um selbst Geld zu beschaffen in die Beschaffungsprostitution abrutschen. (Haas 2005, S.136,137)

Frauen sind in Einrichtungen, die Hilfe zur Bewältigung der Sucht anbieten unterrepräsentiert, was den Schluss zuließe, dass sie weniger bereit sind Hilfe anzunehmen als Männer.

Tatsächlich ist es oft so, dass sie sich vor allem in Tageszentren nicht ausreichend geschützt fühlen und eher höherschwellige und angebotsintensivere Einrichtungen aufsuchen möchten, weil diese eher ihren Bedürfnissen und Lebensumständen entsprechen. Ein weiterer Grund für die geringe Anzahl der Frauen in Hilfseinrichtungen ist eine mögliche Mutterschaft, von der zwischen 18% und 75% aller weiblichen Drogenkonsumentinnen mindestens einmal „betroffen“ sind. Eine Anmeldung in einer der entsprechenden Einrichtungen würde sie als Mütter disqualifizieren und dadurch wird eine hohe Dunkelziffer an drogenabhängigen Frauen angenommen, die man dadurch nicht erfassen kann. (Haas 2005, S.138-140)

Dieser Mangel an frauenspezifischen Einrichtungen lässt sich nicht nur regional feststellen, sondern sogar europaweit, ja vielleicht sogar weltweit. Bemühungen dies zu ändern waren in den letzten Jahren im Gange. Einrichtungen unter dem Motto „Women only“ sollen betroffenen Frauen helfen sich in erster Linie sicher zu fühlen, da insbesondere Frauen mit Gewalterfahrungen einen Schutzraum brauchen.

Ein weiterer Punkt, der dafür spricht, dass die Einrichtungen getrenntgeschlechtlich sein sollten, ist die Tatsache, dass sich Frauen oft schwer tun Beziehungsangebote abzulehnen, was im Allgemeinen für eine Besserung der Situation nicht förderlich ist.

Unterstützung bei der Entwicklung beruflicher Perspektiven soll erfolgen wie auch Wohnangebote, da die Lebenssituationen der betroffenen Frauen oft instabil sind. Weiter sollen Kinderbetreuung, Hausaufgabenhilfe und therapeutische Angebote für Mutter und Kind inkludiert sein.

In Österreich beispielsweise versuchen Institutionen wie etwa der Grüne Kreis solche Bedingungen für betroffene Frauen in Form von stationären Einrichtungen (Mutter-Kind-Haus des grünen Kreises) zu schaffen.

Andere Angebote fallen in Form von Frauencafes, Frauengruppen oder wie im Falle zweier Wiener Einrichtungen in Form von Selbstverteidigungsgruppen aus.

Es gibt bereits ein breites Feld an Möglichkeiten, dennoch befindet man sich am Anfang und es wird noch viel Arbeit von Nöten sein. Derzeit bezieht sich die Arbeit fast ausschließlich auf „frauenspezifische“ Angebote, wobei zu „männerspezifischen“ Angeboten eher wenig Aktivität zu verbuchen ist.

Zusammenfassend kann man sagen, dass Frauen wegen ihrer Drogensucht stärker stigmatisiert werden als Männer. Im Gegensatz zu anderen Formen der Sucht ist gerade diese eng mit einem Bruch der traditionellen Frauenrolle verbunden. Männer beschaffen sich Geld für Drogen über kriminelle Handlungen, während sich Frauen prostituieren, was wiederum eine höhere Wahrscheinlichkeit für die Frauen nach sich zieht, sich mit sexuell übertragbaren oder durch den sorglosen Umgang mit Nadeln übertragbaren Krankheiten wie HIV oder HCV zu infizieren.

Das Einstiegsalter ist bei Frauen geringer, während ihr Anteil bei den Älteren deutlich abnimmt. Die Bereitschaft sich helfen zu lassen, ist bei Männern eher juristisch bedingt, wobei Frauen aus Sorge um Nahestehende oder um ihre Kinder um Hilfe bitten. (Brosch 2005, S. 147)

5.2. Substanzungebundene Sucht bzw. Verhaltenssucht

Mehrere Formen der Sucht beziehen sich nicht direkt auf eine Substanz.

Gerade bei nicht-substanzgebundenen Süchten gibt es teils große Unterschiede zwischen dem Verhalten von Männern und Frauen. Die Männer sind eher bei der Spielsucht in der Überzahl, wohingegen die Einkaufssucht eher bei Frauen auftritt.

Zum Massenproblem entwickelt sich auch die Arbeitssucht. Laut Schätzungen ist unter Selbstständigen und ManagernInnen jeder Dritte von der Arbeitssucht

betroffen, der Anteil von Frauen und Männern ist hier nahezu ausgeglichen. (Fischer 2005, S.164)

Bei der substanzungebundenen Sucht bzw. Verhaltenssucht werden dem Körper keine psychotropen Substanzen zugeführt sondern der psychotrope Effekt stellt sich durch körpereigene biochemische Veränderungen ein, die durch bestimmte exzessive belohnende Verhaltensweisen ausgelöst werden. Das gemeinsame Merkmal der verschiedenen Verhaltenssüchte ist, dass dabei das Verhalten über das normale Maß hinaus ausgeführt wird.

Die Diagnosestellung der Verhaltenssüchte gestaltet sich sehr schwer, denn bislang hat das Störungsbild der Verhaltenssucht noch keinen Eingang als eigenständiges Störungsbild in die internationalen Klassifikationssysteme psychischer Störungen, die ICD-10 gefunden. Eine Ausnahme bildet hier nur eine Form der suchartigen Verhaltensweisen, und zwar das „Pathologische (Glücks-) Spiel“, denn dieses wurde unter der Kategorie der „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ als „abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ in das gängige internationale Klassifikationssystem ICD-10 aufgenommen.

Als Störungen der Impulskontrolle bezeichnet man Verhaltensweisen, bei denen der/die Betroffene nicht in der Lage ist, dem Impuls, Trieb oder der Versuchung zu widerstehen, eine Handlung auszuführen, die für die Person selbst oder andere schädlich ist. Meistens fühlt die betroffene Person eine ansteigende Spannung oder Erregung, bevor sie die Handlung durchführt. Die Person erlebt dann Vergnügen, Befriedigung oder ein Gefühl der Entspannung während der Durchführung der Handlung, doch nach der Handlung können Gefühle wie Reue, Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle auftreten. Trotz allem geschieht die Handlung wiederholt und ohne vernünftige Motivation. (Grüsser und Thalemann 2006, S.19-24)

Im Folgenden werden einige Kriterien beschrieben, welche Hinweise für die Diagnosestellung einer Verhaltenssucht sind:

- Das Verhalten wird mindestens ein Jahr lang in einer exzessiven, über das Maß hinaus abweichenden Form gezeigt.
- Es entsteht ein Kontrollverlust über das ausgeführte Verhalten.
- Das Verhalten wird als belohnend empfunden.

- Es kommt zur Toleranzentwicklung, das heißt das Verhalten wird länger, häufiger und intensiver durchgeführt, um den gewünschten Effekt zu erhalten.
- Das angenehme, belohnende Verhalten wird im Verlauf der Suchtentwicklung als zunehmend unangenehmer empfunden.
- Es entsteht ein unwiderstehliches Verlangen, das Verhalten auszuüben.
- Das Verhalten wird eingesetzt, um die Stimmung zu regulieren.
- Der/Die Betroffene erwartet einen positiven Effekt durch die Verhaltensausführung.
- Der/Die Betroffene hat eine verzerrte Wahrnehmung bezüglich verschiedener Bereiche des exzessiven Verhaltens.
- Es treten psychische und physische Entzugserscheinungen auf.
- Trotz schädlicher Folgen, beispielsweise im privaten, beruflichen, sozialen oder gesundheitlichen Bereich, wird das exzessive Verhalten fortgesetzt.
- Es entsteht ein Leidensdruck.

Die oben genannten Punkte werden als diagnostische Merkmale für Verhaltenssucht genannt und es soll in jedem Einzelfall überprüft werden, ob das Verhalten wirklich in einer süchtigen und nicht nur in einer exzessiven Form vorliegt. (Grüsser und Thalemann 2006, S.239,240)

Im anschließenden Teil dieser Arbeit werden einige Arten der Verhaltenssucht genauer unter geschlechtsspezifischen Aspekten beschrieben.

5.2.1. Spielsucht

„Glücksspiele sind Spiele um Werte mit ungewissem, vom Zufall bestimmten Ergebnis.“ (Grüsser und Thalemann, 2006, S.113)

Glücksspiele erfolgen anfangs nicht zweckfrei, sondern sind auf Gewinn ausgerichtet, jedoch geraten diese im Laufe einer pathologischen Entwicklung zum Selbstzweck, sie werden also nicht mehr wegen erwarteter Gewinne gespielt, sondern aufgrund ihrer erregenden bzw. sedierenden Wirkung.

Das pathologische Glücksspiel ist bislang die am besten beschriebene Form der Verhaltenssucht, obwohl es im deutschsprachigen Raum immer noch an umfangreichen Studien mangelt. (Grüsser und Thalemann, 2006, S.113)

Für viele Spielende ist das Glücksspiel eine problemlose Form der Unterhaltung, ein reines Zeitvergnügen. Verlieren Spielende aber die Kontrolle über ihr Spielverhalten, kann dies zu erheblichen psychischen, sozialen und finanziellen Folgeschäden kommen.

Obwohl die Spielsucht seit Jahrhunderten bekannt ist, wurde erst 1980 das pathologische Glücksspiel als diagnostische Kategorie in das Handbuch psychischer Störungen der „American Psychiatry Association“ aufgenommen. Damit sollte verdeutlicht werden, dass es sich um ein psychopathologisches Verhalten mit Krankheitswert handelt. (Quantschnig und Scholz 2005, S.220)

Von pathologischem Glücksspiel spricht man wenn der Zeit- und Geldaufwand ein Ausmaß erreicht, sodass ein Leidensdruck entsteht und dem Spielen andere Interessen untergeordnet werden.

Die Gedanken, Gefühle und das Verhalten zentrieren sich auf das Spielen, wodurch schließlich Störungen im psychischen und sozialen Bereich auftreten. Wie auch bei anderen Süchten ist auch das pathologische Glücksspiel durch die wesentlichen Merkmale einer Abhängigkeit gekennzeichnet. Hierzu zählen der Kontrollverlust, die Abstinenzunfähigkeit, das Auftreten von Entzugerscheinungen und eine süchtige Wesensveränderung.

Glücksspiele gelten als „Domäne des Mannes“, da sie zum traditionellen männlichen Rollenbild passen, den Eigenschaften wie Risikoverhalten oder Machtstreben zugeordnet werden. Das gestiegene Angebot an Glücksspielen und die speziell auf die Frauen ausgerichteten Werbestrategien locken jedoch in letzter Zeit immer mehr Frauen in den Glücksspielbereich.

Glücksspielerinnen stehen im Widerspruch zu den gültigen Rollenanforderungen, sie widersprechen mit ihrem Glücksspielverhalten den Erwartungen, wie eine Frau und Mutter sein sollte. Anders als bei Männern wird das Glücksspiel Frauen als Makel angekreidet, denn sie entsprechen mit ihrem Verhalten nicht den überzeichneten moralischen Anforderungen.

Wesentlich seltener als bei Männern findet sich bei Spielerinnen der anfängliche, große Gewinn, vielmehr sollen durch das Glücksspiel belastende Lebensprobleme vergessen werden. Dieses Vergessen und Flüchten wird jedoch bald selbst zum Problem und so geraten betroffene Frauen zunehmend unter Druck, haben geringere Wahlmöglichkeiten und einen deutlich reduzierten Handlungsspielraum.

In der Hoffnung durch Gewinne ihr Fehlverhalten kompensieren zu können, flüchten die Frauen in weiteres Glücksspiel.

In diesem Zusammenhang treten negative Emotionen auf wie zum Beispiel gegen die eigene Person gerichtete aggressive Gefühle, Depressionen, aber auch Substanzabhängigkeit oder Essstörungen sind häufige Komorbiditäten.

Jedoch erwähnt soll werden, dass auch Gender-Bias in der Forschung immer wieder wiederholt werden. Bei Frauen werden zur Erklärung von Süchten oft psychische Ursachen herangezogen und bei Männern eher psychischer Druck.

Zu den bevorzugten Glücksspielarten bei Frauen zählen das Spielen an Glücksspielautomaten und das Kartenspielen.

In Österreich sind ca. 0,5% der erwachsenen Bevölkerung spielsüchtig. Mehr als 90% der sich in Therapie befindenden Personen sind männlich.

Spielsüchtige Frauen stellen also eine unterversorgte Gruppe dar. Der Grund warum sich so wenige Frauen in Behandlung befinden liegt vor allem in den bereits erwähnten gesellschaftlichen Erwartungen an die Frau. Ihr Versagen ist den Frauen schmerzhaft bewusst und führt dazu alleine und geheim zu spielen und die Spielsucht möglichst lange zu verbergen. Solche Geheimhaltungen gelingen oft über Jahre und dadurch können frühe Interventionsmöglichkeiten nicht genutzt werden. (Quantschnig und Scholz 2005, S.220)

5.2.2. Kaufsucht

Das Phänomen des pathologischen Kaufens wird auch als Onomanie bezeichnet, welches sich vom griechischen Wort „onios“ (zu verkaufen) ableitet und erstmals zu Beginn des 20. Jahrhunderts beschrieben wurde.

Die Omnomanie zählt ebenfalls zu den substanzunabhängigen Süchten und man spricht von Kaufsucht, wenn das kompensatorische Konsumverhalten die für ein Suchtverhalten typischen Merkmale aufweist.

Kaufsucht ist also definiert durch wiederholt auftretendes, impulsives und exzessives Kaufen von Dingen, die nicht unbedingt benötigt werden und dieses Verhalten führt schließlich zu persönlichem und familiärem Stress. Das Kaufverhalten ist dabei durch einen ansteigenden inneren Druck gekennzeichnet, welcher erst beim Kauf der Ware endet und zu kurzzeitigen Gefühlen der Entlastung oder zu Glücksgefühlen nach dem Kauf führen kann.

Die erworbenen Dinge dienen den Süchtigen vor allem dazu, ihr Fremd- als auch ihr Selbstbild aufzuwerten, denn das Kaufen kann beispielsweise das Gefühl innerer Leere oder ein niedriges Selbstwertgefühl kompensieren. Das Kaufen kann auch die Funktion haben, über beruflichen Stress oder eine private Enttäuschung hinwegzuhelfen. Die Dinge werden nicht gekauft weil sie gebraucht werden, sondern um Befriedigung zu erlangen. Die Süchtigen erwarten dabei, dass diese Befriedigung die Frustration kompensiert. Die Betroffenen sind also nicht nach den gekauften Dingen süchtig, sondern nach dem Erleben, dass ihnen das Kaufen verschafft. Das Kaufen kann sowohl zur inneren Ruhe beitragen, Depression oder Angstgefühle betäuben, als auch durch die erregende Wirkung als Aufputzmittel dienen. (Grüsser und Thalemann, 2006, S.81-83)

Die Kaufsucht ist vom kompensatorischen Kaufen abzugrenzen. Sogenannte Frustkäufe oder kompensatorische Käufe dienen dazu, Frustrationen und kleine Probleme des Alltags kurzfristig auszugleichen, doch wenn es regelmäßig zu solchen Frustkäufen kommt, dann wird der Frustkauf zur Gewohnheit und im Laufe der Zeit zu der einzigen, noch „belohnenden“ Verhaltensstrategie und somit kann es zur Kaufsucht kommen.

Die Kaufsucht ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- Die Personen haben einen unwiderstehlichen inneren Antrieb, etwas kaufen zu müssen.
- Die Betroffenen haben einen Hang zur Verschwendung und das Bedürfnis, das Geld, welches sie haben, sofort ausgeben zu müssen.
- Es werden Dinge gekauft, die man sich eigentlich gar nicht leisten kann.

- Die Betroffenen empfinden nach dem Kauf Gefühle wie Selbstzweifel, Reue, Scham oder sie haben ein schlechtes Gewissen.
- Sie stellen im Nachhinein fest, wie nutzlos und unbrauchbar das gekaufte Objekt ist. (Singerhoff 2002, S.73)

Schätzungen zeigen auf, dass in den westlichen Industriestaaten die Erkrankungshäufigkeit bei ca. 1% der Bevölkerung liegt, einer Studie zufolge waren in Deutschland sogar 5% der Gesamtbevölkerung von der Kaufsucht betroffen. Erwähnenswert erscheint, dass bis zu 90% aller Kaufsüchtigen Frauen sind. Frauen kaufen dabei eher Produkte wie Kleidung, Schuhe, Schmuck, Geräte für den Haushalt, Lebensmittel oder Bücher und Männer tendieren eher zu Autozubehör, technischen Geräten oder Sportausrüstung. (Fischer 2005, S.168)

Die Ursachen für die Entwicklung dieser Störung sind vielfältig, nach Ansicht vieler Autoren sind die Betroffenen durch mangelndes Selbstwertgefühl gekennzeichnet. Durch den Kaufrausch erhoffen sich die Kaufsüchtigen negative Gefühle und Frustrationen abbauen zu können. Allerdings rücken mit fortschreitendem Krankheitsverlauf Verarmungsängste, Schuldgefühle sowie Depressionen in den Vordergrund, die durch die meist auftretenden finanziellen Probleme noch verstärkt werden. Zuerst können die Betroffenen die Sucht noch gut verheimlichen, da erhöhter Konsum in unserer Gesellschaft vorerst nicht auffällt. Allerdings sind die längerfristigen Folgen, die nach jahrelangem Krankheitsverlauf auftreten, meist massiv: komplette Überschuldung bis zur Insolvenz stellen keine Seltenheit bei Kaufsüchtigen dar. Manche Erkrankte kommen durch die gravierenden finanziellen Probleme auch mit dem Gesetz in Konflikt, da sie versuchen, sich durch Betrug, Unterschlagung oder auch Diebstähle aus der Misere zu manövrieren. (Singerhoff 2002, S.74-78)

Auch in Österreich wurde das Kaufverhalten der Bevölkerung untersucht, wobei der so genannte „Kaufsuchtindikator“ zur Anwendung kam, ein an der Universität Stuttgart-Hohenheim entwickelter Fragebogen, der eine mögliche Kaufsuchtgefährdung aufzeigt. Hierzu wurden 2004 und 2005 über 14-Jährige mit diesem Messinstrument befragt, wobei dem Ergebnis nach 2004 24,8% sowie 2005 32,5% deutlich bis stark gefährdet waren, eine Abhängigkeit bezüglich ihres

Konsumverhaltens zu entwickeln. Dies ist vor allem deswegen erstaunlich, da wegen der steigenden Arbeitslosenzahlen und des schrumpfenden Konsumbudgets des Einzelnen eher ein Rückgang des Kaufverhaltens zu erwarten gewesen wäre. Auch in dieser Untersuchung fiel der überproportional hohe Anteil von jungen Erwachsenen und Frauen auf. Interessant erscheint, dass wenn man von Alter und Geschlecht absieht, keine spezifischen Prädiktoren für Kaufsüchtige eruiert werden können, wie beispielsweise Bildung, Einkommen oder Stadt-Land-Gefälle. (<http://www.sucht-addiction.info/neuigkeiten> Stand: 16.2.2009)

Hinzugefügt soll werden, dass Werbung wesentlich dazu beiträgt weit mehr als das Wesentliche zu kaufen. Die Grenze zwischen „normalen“ Kaufverhalten und Kaufsucht ist oft fließend.

5.2.3. Arbeitssucht

In unserer heutigen Gesellschaft sind Sprichworte wie beispielsweise „ohne Fleiß kein Preis“ oder „Morgenstund hat Gold im Mund“ mehr denn je zutreffend, denn seit gut einem Jahrhundert ist es einer der wichtigsten Erziehungsziele, Geld und Geltung aus der eigenen Arbeit zu ziehen. Alle gesellschaftlichen Karrierevorbilder arbeiten sehr viel, oft sogar bis zu 60 Stunden und mehr in der Woche, denn Arbeit ist in unserer Gesellschaft der Schlüssel zu Geld und Erfolg.

Besonders Männer schaffen sich durch ihre Arbeit Lebenswerke, damit ihr Leben einen Sinn bekommt oder damit sie in ihren Werken weiterleben, doch einige sind dabei nicht reich sondern krank geworden und bei ihnen hat sich die Arbeit in eine Droge verwandelt. (Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit 2002, S.51)

In Japan gibt es statistisch gesehen die meisten Arbeitssüchtigen, dort wird der Tod als Folge einer Arbeitssucht „karoshi“ genannt, was soviel bedeutet wie „Tod durch Überarbeiten“.

1990 gab es in Japan den ersten offiziellen Workaholic-Toten. Es handelte sich dabei um einen Top-Manager, welcher täglich 14 Stunden gearbeitet hat und ein Drittel des Jahres auf Geschäftsreisen verbracht hat und schließlich während einer Konferenz an einem Herzinfarkt starb. Darauf hin gingen beim Japanischen Arbeitsamt immer

mehr Forderungen von Hinterbliebenen ein, welche auf tödlichen Arbeitsstress klagten. Seither ist die Arbeitssucht als Todesursache in Japan anerkannt. Aufgrund des sehr häufig auftretenden Krankheitsbildes hat Japan bereits über 350 Behandlungszentren für Arbeitssüchtige eingerichtet. Dies zeigt auf wie sehr eine jeweilige Gesellschaft mit ihren normativen Ansprüchen Arbeitssüchte erzeugt bzw. diese zur Normalität gehören können. (Jaeckel 2001, S.105)

Arbeitssucht tritt vor allem bei Menschen in Führungspositionen oder in selbstständigen Tätigkeitsbereichen auf, wohingegen Angestellte und Arbeiterinnen seltener Betroffen sind. Obwohl es in den letzten Jahren zu einer deutlichen Zunahme dieser Abhängigkeit gekommen ist, ist die Arbeitssucht bislang nur unzureichend untersucht worden.

Von Arbeitssucht spricht man, wenn der Mensch den unaufhörlichen Drang oder Zwang verspürt, arbeiten zu müssen, und dadurch euphorisierende Impulse erzielt. Diese Verhaltensweise führt dazu, dass sowohl die körperliche und die seelische Gesundheit gefährdet werden und auch die sozialen Beziehungen darunter leiden.

Zur Entstehung der Arbeitssucht gibt es bisher nur wenige Erklärungsmodelle. Es werden jedoch immer wieder Faktoren genannt, wie die krankhafte Suche nach Erfolg und Anerkennung oder extrem wettbewerbsorientierte Persönlichkeitsstrukturen und ein gesteigertes Kontrollbedürfnis. Die Arbeitssucht weist auch Verhaltensweisen auf, die ebenfalls bei anderen Süchten zu finden sind, wie beispielsweise mangelnde Selbsteinschätzung, Unfähigkeit zu entspannen, Zwanghaftigkeit und das häufig gleichzeitige Auftreten von weiteren Süchten wie Nikotin- oder Alkoholabhängigkeit. Freizeit existiert für die Betroffenen nicht, da sie mit der ständigen Angst behaftet sind, unproduktiv zu sein.

Durch das übermäßige Arbeiten können verschiedene Symptome hervorgerufen werden. Dazu zählen Erschöpfungsgefühle, Konzentrationsstörungen, Ängste, Herz-Kreislauf-Beschwerden, aber auch das Burn-out-Symptom mit niedriger Frustrationstoleranz, Unzufriedenheit und Erschöpfung bis hin zur manifesten Depression.

Bezüglich der Behandlung der Arbeitssucht werden auch bei dieser substanzungebundenen Form der Sucht verhaltenstherapeutische Therapien angewendet. Auch periodische Zusammentreffen von Betroffenen nach dem Vorbild der „Anonymen Alkoholiker“ sind mittlerweile schon weit verbreitet. Jedoch sollte in den nächsten Jahren die professionelle Auseinandersetzung mit dieser Form der Verhaltenssucht mehr in den Mittelpunkt des wissenschaftlichen Interesses rücken. (Fischer 2005, S.167,168)

6. Resümee und Ausblick

Obwohl sich in der Praxis und der Wissenschaft gezeigt hat, dass Frauen und Männer aus anderen Gründen und unter anderen Umständen zu verschiedenen Suchtmitteln greifen, begegnen frauengerechte Projekte in der Suchtprävention einem hohen Legitimationsdruck. Geschlechtsspezifische Suchtprojekte stoßen immer noch auf Kritik und Hindernisse. Wenn frauengerechte Suchtpräventionsarbeit geleistet wird, dann meist nur, weil sich Frauen verschiedener Institutionen persönlich engagieren. (Meier 1997, S.9)

Die frauenspezifischen Suchteinrichtungen in Europa sind hauptsächlich in den städtischen Bereichen angesiedelt und konzentrieren sich vor allem in Norwegen und der Schweiz. Meistens belaufen sich die Angebote auf den Bereich der Drogenhilfssysteme, welche durch lokale und regionale Mittel gefördert werden und mit anderen Diensten in der Gemeinde oder Region verbunden sind, jedoch kaum national oder international vernetzt sind. Die meisten Suchtbehandlungseinrichtungen findet man in England und Deutschland, in Osteuropa hingegen finden sich nur vereinzelt Angebote.

Bis heute fehlen in fast allen Suchtpräventionsstellen verbindliche Aufträge, welche suchtpreventive Projekte für Frauen als selbstverständlichen Teil der Arbeit aufweisen, denn in der Praxis wird meistens noch immer eine „geschlechterneutrale“ Suchtprävention betrieben, die vom Bild des allgemeinen Menschen ausgeht und weder Männer noch Frauen adäquat berücksichtigt.

Diese Fakten zeigen, dass die systematische Planung und Evaluation der Qualität frauenspezifischer Therapieangebote unumgänglich sind und dass noch mehr Öffentlichkeitsarbeit und Überzeugungsarbeit bei den Kostenträgern notwendig ist, denn ein nationaler und internationaler Austausch, sowie gemeinsame Forschungsprojekte und Kongresse zum Thema sind notwendig, um in der Suchtmedizin und der psychosozialen Betreuung geschlechtsspezifische Unterschiede zu erfassen und zu diskutieren.

Geschlechtsspezifische Suchtprävention ist ein notwendiger Bestandteil der Weiterentwicklung in der Praxis und Wissenschaft, denn je differenzierter die Wahrnehmung der Menschen und Lebensbedingungen in der Zielgruppe ist, desto wirksamer kann schließlich Suchtprävention werden. (Cordoba 2005, S.259)

Literaturverzeichnis

Brosch, Renate, 2005: Geschlechtsspezifische Ansätze in der Drogenbehandlung. S. 145-159 in: Irmgard Eisenbach-Stangl, Susanne Leitner und Rudolf Mader (Hg.), Männer, Frauen, Sucht. Wien: Facultas Universitätsverlag.

Cordoba, Ursula et al., 2005: Sex, Sucht und Gender. S. 239-272 in: Irmgard Eisenbach-Stangl, Susanne Leitner und Rudolf Mader (Hg.), Männer, Frauen, Sucht. Wien: Facultas Universitätsverlag.

Degkwitz, Peter, 2002: Theorien und Modelle der Entstehung und des Verlaufs von Drogenabhängigkeit. in: Heino Stöver und Lorenz Böllinger (Hg.), Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogentherapie. Frankfurt/M: Fachhochschulverlag.

Feselmayer, Senta et al., 2005: Geschlechtsspezifische Behandlung für Frauen mit alkoholbezogenen Problemen. S. 173-191 in: Irmgard Eisenbach-Stangl, Susanne Leitner und Rudolf Mader (Hg.), Männer, Frauen, Sucht. Wien: Facultas Universitätsverlag.

Fischer, Gabriele, 2005: Warum Frauen gesünder leben & Männer früher sterben. Wien: Verlagshaus der Ärzte.

Glaeske, Gerd, Judith Günther und Sabine Keller, 1997: Nebenwirkung: Sucht. Medikamente, die abhängig machen. München: Verlag Antje Kunstmann.

Grüsser, Sabine, und Carolin Thalemann, 2006: Verhaltenssucht. Diagnostik, Therapie, Forschung. Bern: Verlag Hans Huber.

Haas, Sabine, 2005: Problembewusste Frauen, risikofreudige Männer: Illegale Drogen und Geschlecht. S. 133-144 in: Irmgard Eisenbach-Stangl, Susanne Leitner und Rudolf Mader (Hg.), Männer, Frauen, Sucht. Wien: Facultas Universitätsverlag.

Hammerschmidt, Verena und Günther Krüml, 2005: Geschlechtsspezifische Aspekte der Medikamentenabhängigkeit. S. 91-110 in: Irmgard Eisenbach-Stangl, Susanne Leitner und Rudolf Mader (Hg.), Männer, Frauen, Sucht. Wien: Facultas Universitätsverlag.

Jaekel, Stephanie, 2001: Ich arbeite, also bin ich! Das „workaholic“-Phänomen. S. 105-116 in: Peter Kemper und Ulrich Sonnenschein (Hg.), Die Kick-Kultur. Zur Konjunktur der Süchte. Leipzig: Reclam Verlag.

Kuntz, Helmut, 2000: Der rote Faden in der Sucht. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Meier, Claudia, Susanne Hablützel und Susanne Ramsauer (Hg.), 1997: Medikamente – Männer – Marzipan. Handbuch zur frauengerechten Suchtprävention. Zürich: Seismo Verlag.

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, 2002: Lexikon der Süchte. Köln: Hansen Kommunikation.

Reidl, Christine, 2005: Ernährung, Essstörung und Geschlecht. S. 37-66 in: Irmgard Eisenbach-Stangl, Susanne Leitner und Rudolf Mader (Hg.), Männer, Frauen, Sucht. Wien: Facultas Universitätsverlag.

Singerhoff, Lorelies, 2002: Frauen und Sucht. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Quantschnig, Bettina und Herwig Scholz, 2005: Geschlechtsspezifische Aspekte der Spielsucht. S. 218-236 in: Irmgard Eisenbach-Stangl, Susanne Leitner und Rudolf Mader (Hg.), Männer, Frauen, Sucht. Wien: Facultas Universitätsverlag.

Internetquellen:

<http://www.sucht-addiction.info/neuigkeiten> Stand: 16.2.2009

<http://www.stern.de/wissenschaft/medizin/:UNO-Suchtreport-Pillen-Abh%E4ngigkeit-%FCberholt-Heroin-Sucht/583633.html>, Stand: 16.2.2009