

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

**Alkoholismus bei Frauen -
Epidemiologie, klinisches
Erscheinungsbild und Therapie**

Morhart-Klute V, Soyka M

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2002; 3 (1), 35-41

Homepage:

www.kup.at/

JNeurolNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

77. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie



2026
7.–10. Juni
AACHEN

Personalisierte Neurochirurgie – digital, kompetent, vernetzt

dgnc-kongress.de

Joint Meeting with the Belgian Society and the Dutch
Society of Neurosurgery and Neurosurgeons of Luxembourg

*Werfen Sie einen
Blick ins Programm!*



*Registrieren
Sie sich jetzt!*



ALKOHOLISMUS BEI FRAUEN – EPIDEMIOLOGIE, KLINISCHES ERSCHEINUNGSBILD UND THERAPIE

V. Morhart-Klute, M. Soyka

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Ludwig-Maximilians-Universität München

ALKOHOLISMUS
BEI FRAUEN

Alcoholism in women – epidemiology, clinical presentation and therapy

Summary

Because of the increase in alcohol dependent women in our society – and thus in corresponding treatment – we will give a survey of special characteristics of female alcoholism. Especially epidemiological facts, clinical

particularities, typical somatic and psychosocial sequels and thereby stipulated consequences for adequate treatment will be in focus.

Keywords: addiction, alcoholism, women, epidemiology, clinical particularities, social dimensions

ZUSAMMENFASSUNG

Aufgrund der steigenden Anzahl alkoholabhängiger Frauen in der Gesellschaft – und damit in entsprechenden Therapieeinrichtungen – soll im folgenden ein Überblick über spezielle Aspekte des Alkoholismus bei Frauen gegeben werden. Besonderes Interesse gilt dabei der Epidemiologie, Besonderheiten im klinischen Erscheinungsbild, typischen somatischen und psychosozialen Folgeschäden sowie den dadurch bedingten therapierelevanten Aspekten, die eine den besonderen Bedürfnissen der betroffenen Frauen angepaßte Therapiegestaltung erforderlich machen. *J Neurol Neurochir Psychiatr* 2002; 3 (1): 35–41.

EINLEITUNG

Nach einer aktuellen Schätzung der Deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren e.V. (DHS) aus dem Jahr 2001 wird in Deutschland mit zur Zeit etwa 400.000 bis 530.000 behandlungsbedürftig alkoholkranken Frauen gerechnet. Damit nimmt der Anteil der Frauen mittlerweile ein Viertel bis ein Drittel der in Deutschland geschätzten 1,6 Millionen Alkoholabhängigen im Alter von 18 bis 69 Jahren ein. Wurde vor 40 Jahren das Verhältnis zwischen alkohol-

abhängigen Männern und Frauen noch auf ca. 10:1 geschätzt, so gibt die nunmehrige Angleichung dieses Verhältnisses auf etwa 2:1 bis 3:1 [1] Anlaß, frauenspezifische Aspekte in die Diagnostik und Therapie des Alkoholmißbrauchs und der Abhängigkeit mit einzubeziehen, nachdem sich diese Zahlen auch in der steigenden Anzahl weiblicher Patienten in stationären Einrichtungen für Alkoholiker in der BRD in den letzten Jahrzehnten niederschlagen: Auch hier stellen Frauen mittlerweile etwa ein Drittel der Patienten.

EPIDEMIOLOGIE

Nach der Münchener Follow-up-Studie [2] erfüllen 13 % der erwachsenen Bevölkerung zwischen 25 und 64 Jahren die Kriterien für die Lebenszeitprävalenz Alkoholmißbrauch. Das entspricht 5,1 % der Frauen und 21 % der männlichen Bevölkerung. In jüngerem Alter (zwischen 25 und 44 Jahren) sind die Prävalenzen etwas geringer: 2,9 % für Frauen und 18,6 % für Männer, wohingegen in höherem Alter (45–64 Jahre) die Zahlen deutlich zunehmen: Hier liegen die Prävalenzen für Frauen bei 7,7 %, für Männer sogar bei 23,9 %. In der Altersgruppe über 64 Jahre findet sich behandlungsbedürftiger Alkoholismus bei Frauen so gut wie gar nicht mehr: den 3,3 % männlicher Prävalenz stehen nur

noch < 1 % bei Frauen gegenüber (Oberbayrische Feldstudie).

Laut einer niedersächsischen Landesstudie aus den Jahren 1990/1991 [3] besteht bei Frauen unter 20 Jahren ein erstaunlich erhöhter Alkoholkonsum: 7,3 % der Frauen, dagegen jedoch nur 3,9 % der Männer betrieben Alkoholabusus, wobei bei beiden Geschlechtern die Prävalenz für Abhängigkeit mit 0,5 % gleich gering ausgeprägt ist.

1996 [4] wird die Sechsmonatsprävalenz (%) für Mißbrauch und Abhängigkeit in Oberbayern mit 10,4 % für Männer, dagegen nur mit 0,8 % für Frauen angegeben (siehe Tabelle 1).

Dem Jahrbuch „Sucht 1995“ zufolge [5], errechnete sich für das Jahr 1991 eine durchschnittliche Trinkmenge von ca. 15 g Alkohol pro Tag für Frauen, wobei ca. 8 % der Frauen (Westdeutschland; 5 % für Ostdeutschland) dabei den empfohlenen gesundheitlichen Grenzwert überschritten. Für Männer liegen die errechneten Daten bei ca. 31 g bzw. 36 g Alkohol (West- bzw. Ostdeutschland), wobei hier in 13 % (14 %) die Grenzwerte überschritten wurden. 42 % der weiblichen 18- bis 20jährigen (dagegen nur 16 % der männlichen) geben an, „fast nie“/„nie“ Alkohol zu konsumieren.

Herbst [6] bestätigt noch einmal das Phänomen der erhöhten Prävalenz für Alkoholmißbrauch bei Frauen im Alter von 18 bis 20 Jahren: hier konsumieren 3,4 % der Frauen, jedoch nur 2,4 % der Männer über die gesundheitlich unbedenkliche Menge hinaus. In der Altersgruppe der 21- bis 24jährigen dreht sich das Verhältnis wieder um: 2,9 % der Frauen (gegenüber 7,3 % der Männer) konsumieren über die schädliche Schwelle von 20 bzw. 40 g Alkohol hinaus.

In einer Bundesstudie aus dem Jahr 1994 wurde der Alkoholkonsum bei Frauen in einer Stichprobe

(West: n = 987; Ost: n = 236) untersucht, 1995 überarbeitet und im Jahr 1998 von Franke et al. aktualisiert (Tabelle 2): 34 % der befragten Frauen gaben an, ca. 12 „Standard Drinks“ (1 „Standard Drink“ entspricht 9 g Alkohol) während des vergangenen Jahres konsumiert zu haben (Männer: 56 %) (NIAA 1992). Unter den Trinkern konsumierten 10 % der Frauen und 22 % der Männer zwei oder mehr Drinks pro Tag.

BESONDERHEITEN IM KLINISCHEN ERSCHEINUNGSBILD

Mehreren Studien nach ist das Trinken unter meist geschiedenen oder dauerhaft getrennt lebenden Frauen im Alter zwischen 26 und 34 Jahren am weitesten verbreitet [7]. Alkoholo-

lismus erscheint bei Frauen der höheren sozialen Schichten evtl. häufiger. Midanik & Room [8] postulieren dabei einen Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status (Index aus Einkommen, Beruf, Ausbildung u. a.) und der Höhe des Alkoholkonsums. Bei Frauen zwischen 25–69 Jahren beträgt der tägliche durchschnittliche Alkoholkonsum in der Oberschicht 19 g, in der Mittelschicht 15 g und in der Unterschicht 13 g; der mittlere Alkoholkonsum zeigt sich also in der Oberschicht als etwa um die Hälfte größer als in der Unterschicht. Bei jungen Frauen zeigt sich jedoch das umgekehrte Phänomen: Hier ist der Konsum mit 28 g pro Tag in den unteren sozialen Schichten am höchsten [9].

Die Ursachen für Frauenalkoholismus stellen sich vieldimensional dar [10], wobei der Wohlstandsgesellschaft hierbei eine wesentliche Be-

deutung zukommen dürfte. Im Jahre 1972 stellte Gundel [11] die Theorie auf, daß die Häufung des Alkoholismus bei Frauen der gehobenen Schichten mit einer gewissen Rollenunterbelastung in Zusammenhang stehen könnte, da oft die gegebenen wirtschaftlichen Verhältnisse alle Bequemlichkeiten erlauben. Die Frauen sind häufig nicht berufstätig und haben vielfach keine Mutteraufgaben (mehr). Dazu gesellt sich oft eine gewisse Vereinsamung, da die betroffenen Frauen entweder ihre Gattinnenrolle durch Scheidung/Verwitwung verloren haben oder sie unter der häufigen Abwesenheit des Partners leiden [12]. Neben diesen soziologischen Faktoren kommen v. a. in den unteren sozialen Schichten noch vielfach Leidensdruck durch Freudlosigkeit und die Eintönigkeit industrieller Arbeit hinzu.

Heute wird der Emanzipationsbewegung durch die veränderte Rolle der Frau in der Gesellschaft ein nicht unbedeutender Anteil an der Entstehung des Frauen-Alkoholismus zugesprochen: Frauen sind heute immer häufiger berufstätig [13], verfügen meist über eine vergleichsweise bessere Schulbildung und höheres Einkommen, was oftmals zu einer massiven Doppelbelastung durch Haushalt, Kinder (oft als Alleinerziehende) und Beruf [1] führt. Hinzu kommen Partnerkonflikte, die bei Frauen eine größere Rolle zu spielen scheinen, als bei Männern [12]; oftmals wird eine massive Angst vor dem Alleinsein geäußert, in höherem Alter spielt soziale Isolierung eine zusätzliche Rolle [12, 14]. Bei ca. 30 % der Alkoholikerinnen besteht auch beim Mann/Partner eine Alkoholkrankung [1].

In eigenen Berichten alkoholkranker Frauen klagen diese vor allem über Mangel an Zuwendung, geringes Selbstbewußtsein, depressive Verstimmungen, schlechtere soziale Integration und psychosexuelle Schwierigkeiten, wobei die Betroffenen offensichtlich über schlechtere

Tabelle 1: Altersverteilung (%) der 1994 in Beratungsstellen erschienenen Alkoholiker (EBIS-Statistik, aus: Feuerlein et al. 1998 [7])

Alter	Abhängigkeit		Schädlicher Gebrauch	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
< 18	0,1	0,1	3,8	1,3
18–19	0,4	0,4	3,5	2,6
20–24	2,0	2,9	8,1	11,6
25–29	6,2	8,8	14,1	18,1
30–39	30,6	34,7	32,2	31,9
40–49	32,7	30,6	22,5	19,3
50–59	22,8	19,0	12,0	12,4
> 60	4,7	3,3	3,4	2,6
Unbekannt	0,4	0,2	0,4	0,2
Summe 25–59	92,3	93,1	80,8	81,7

Tabelle 2: Alkoholkonsum in Deutschland (nach Franke et al. 1999 [56])

	Bundesstudie 1994		Bundesstudie 1995		Franke et al. 1998	
	West (n = 987)	Ost (n = 236)	West	Ost	West (n = 461)	Ost (n = 305)
Abstinenz	Ca. 25	Ca. 15	30,0	20,8	19,0	11,0
> 20 g/d	7,5	9,8	10,0	10,5	16,1	11,4
Abhängig					1,1	1,0

Coping-Strategien zu verfügen scheinen [13, 15, 16]. Im Gegensatz zu Männern – so zeigen Erfahrungen – gehen Frauen mit ihrer Abhängigkeit eher unauffällig um und flüchten sich in die Heimlichkeit. In der Öffentlichkeit bemühen sie sich um Verantwortung und Angepaßtheit, Aufrechterhaltung der „Normalität“ und perfektes „Funktionieren“ (DHS), was zusätzlich zu Überforderung, Schuld- und Schamgefühlen und damit zu zusätzlicher Aufrechterhaltung des Alkoholkonsums führt.

Genaue Untersuchungen über die prämorbid Persönlichkeit von Frauen im Unterschied zu Männern zeigten sich bisher wenig aussagekräftig. Beschrieben wurden später alkoholabhängige Frauen gehäuft als in der Jugend „empfindlich, kontaktarm, reizbar, dependent“ [7]. Weibliche Alkoholiker stammen häufiger aus Familien mit Alkoholbelastung als männliche Alkoholiker [17]. Es konnte anamnestisch eine Häufung von (früh-)kindlichem (sexuellem) Mißbrauch/Inzest [13, 18–20] festgestellt werden, was ebenfalls eine ursächliche Rolle in der Entwicklung eines späteren Alkoholismus spielen könnte. Auch wird für möglich gehalten, daß Alkoholkonsum für Frauen einen besseren Prädiktor für spätere unter Alkohol ablaufende Aggressionen darstellen könnte [7]. Da jedoch (sexuelle) Mißbrauchserfahrungen generell bei Frauen häufiger erscheinen als bei Männern, wird dieser Zusammenhang noch Gegenstand intensiverer Forschung sein müssen (Tabelle 3).

Auch in der biologischen Diagnostik gibt es gewisse Aspekte, die bezüglich der weiblichen Patientinnen berücksichtigt werden müssen und diagnostische Instrumente nicht pauschal für Männer und Frauen gleichermaßen anwendbar machen. Die in der Praxis bewährten Biomarker MCV, γ -GT und CDT zeigen zum Teil deutliche Unterschiede in der Interpretation bei Mann und Frau: Zwar zeigt sich die *Sensitivität* der

γ -GT und des CDT bei Männern und Frauen gleich gut [21], deutliche Unterschiede ergeben sich jedoch bei der Beurteilung des CDT im Hinblick auf die *Spezifität*, die sich für Männer als *höher* erweist als die der γ -GT. Bei Frauen hingegen ist die Spezifität des CDT jener der γ -GT gleichzusetzen [21]. Im Gegensatz zu Männern erfährt das CDT bei Frauen eine deutliche Beeinflussung durch Faktoren wie Estrogenhaushalt, Schwangerschaft und Eisenhaushalt [21–24]. Bei Frauen kann die Sensitivität von γ -GT, CDT und MCV als vergleichbar angesehen werden [25].

KOMORBIDITÄT MIT ANDEREN STÖRUNGEN

Abbildung 1 gibt einen Überblick über die Komorbidität von Alkohol mit psychischen Störungen und die

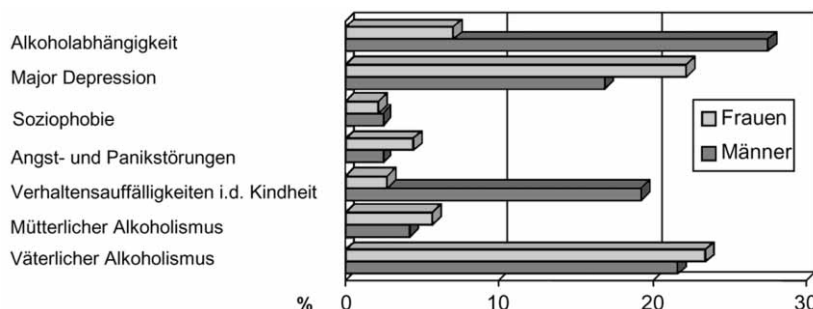
Verteilung der einzelnen Störungen bei Männern und Frauen. Wie aus der Graphik ersichtlich, findet sich bei alkoholabhängigen Frauen eine erheblich höhere Komorbidität mit psychischen Störungen wie affektiven Erkrankungen, Panikstörungen und Phobien, als bei männlichen Alkoholikern [26, 27]. Auch werden alkoholkranke Frauen häufig Opfer gewalttätiger und sexueller Delikte: 38 % der alkoholkranken Frauen stehen hier einer Rate von 18 % in einer Kontrollgruppe gegenüber [18].

Dixit untersuchte im Jahr 2000 die besondere Rolle der depressiven Co-Erkrankungen alkoholkranker Frauen [28]. Vor allem bei Frauen zeigten mehrere Studien einen deutlichen Zusammenhang depressiver Erkrankungen mit Alkohol, die bei diesen häufiger zu beobachten sind als bei Männern. Allerdings scheint sich das Bedingungsgefüge bei Alkoholikerinnen von dem der männlichen Alkoholkranken zu unterscheiden: Während

Tabelle 3: Häufigkeit von Gewalt- und Mißbrauchserfahrungen unter den Abhängigen

	Alkohol (n = 36)	Illegale Drogen (n = 49)	Legale Drogen (n = 9)
Sexueller Mißbrauch gesamt	15 (41,7 %)	34 (69,4 %)	6 (66,7 %)
Sexueller Mißbrauch „schwer“	10 (27,8 %)	27 (55,1 %)	3 (33,3 %)
Sexueller Mißbrauch „leicht“	12 (33,3 %)	27 (55,1 %)	5 (55,6 %)
Körperlicher Schaden	11 von 35 (31,4 %)	14 von 41 (34,1 %)	5 von 8 (62,5 %)

Abbildung 1: Komorbidität von Alkohol mit psychischen Störungen (nach Heath et al. 1999 [55])



Männer oft erst im Laufe ihrer Alkohol-erkrankung Depressionen entwickeln, scheint bei Frauen oftmals die depressive Erkrankung bereits im Vorfeld zu bestehen und somit den Alkoholkonsum im Sinne einer „Selbstmedikation“ zu begünstigen. Hesselbrock [26] fand, daß bei 65 % der sich in Alkoholismus-Therapie befindlichen Patientinnen die Depression der Alkoholerkrankung vorausging. Insofern erscheinen bei Frauen depressive Erkrankungen weniger als Folgen denn als Risikofaktoren für verstärkten Alkoholkonsum.

Dansky untersuchte 1998 den Zusammenhang zwischen Alkoholmißbrauch bzw. -abhängigkeit und Bulimia nervosa [29]. Etwa ein Drittel der Frauen (31 %) mit Bulimia nervosa in der Vorgeschichte zeigten auch einen Alkoholmißbrauch, bei ca. 13 % findet sich ein Abhängigkeitssyndrom. Die Prävalenzrate für Alkoholabhängigkeit zeigt sich bei Patientinnen mit Bulimia nervosa signifikant höher als bei Patientinnen, die entsprechende Kriterien für Bulimie/Binge-Eating-Disorder *nicht* erfüllen. Das Risiko für ein Mißbrauchs-/Abhängigkeitssyndrom wird bei Bulimia nervosa als relativ vergleichbar zu dem anderer psychiatrischer Störungen postuliert. Dansky sah keinen direkten spezifischen Bezug von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit zu Bulimia nervosa. Allerdings bestehe eine deutliche Assoziierung zwischen posttraumatischen Belastungsstörungen und „major depression disorders“, die ihrerseits in einen direkten Bezug zur Bulimia nervosa gesetzt werden könnten [29]. Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, daß diese „alcohol use disorders“ (AUD) eine starke Prävalenz unter Frauen mit Bulimia nervosa zeigen und daß eine Komorbidität mit posttraumatischen Belastungsstörungen und „major depression disorders“ das Risiko einer AUD noch zusätzlich erhöhen.

Eine wesentliche Rolle bei der Untersuchung von Komorbiditäten spielt

auch der Substanz-Beigebrauch: Feuerlein [12] fand in einer Studie mit 6353 stationär behandelten Alkoholikern bei 13 % der Männer, jedoch bei 29 % der Frauen gleichzeitigen Medikamentenmißbrauch, meist in Form von Benzodiazepinen und Schmerztabletten. Barbiturate scheinen in Deutschland (wohl aufgrund des erschwerten Zugriffs) kaum eine Rolle zu spielen.

TYPISCHE FOLGESCHÄDEN

Aufgrund des geringeren Körperwassergehaltes bei Frauen im Vergleich zu Männern speichert der weibliche Körper höhere Konzentrationen an Alkohol im Blut bei äquivalenter Trinkmenge [30]. Frezza wies auf eine niedrigere Aktivität der Alkoholdehydrogenase im Magen und einen geringeren First-pass-Metabolismus bei Frauen hin [31]. Dies wird als Ursache dafür verantwortlich gemacht, daß sich bei Alkoholikerinnen im Vergleich zu Männern mehr somatisch-neurologische Folgestörungen und Begleiterkrankungen [32–34] offensichtlich auch nach kürzerer Trinkdauer einstellen. Vor allem im Hinblick auf neuropsychologische Defizite und Hirnatrophie scheinen Frauen schneller und häufiger betroffen zu sein als Männer [35–38], dasselbe gilt für die Entwicklung einer Leberzirrhose, die sich bei Frauen nach weitaus kürzerer Trinkdauer und bei geringeren Trinkmengen entwickelt als bei Männern [39, 40]. Thomasson [30] vermutet einen Zusammenhang zwischen diesem erhöhten Zirrroserisiko und dem Phänomen, daß Frauen Alkohol schneller aus dem Körper zu eliminieren scheinen als Männer. Dies könnte zu erhöhten Acetaldehyd-Konzentrationen in der Leber und damit zu zusätzlichen Schädigungen führen, unter anderem werden Einflüsse des Estrogenstoffwechsels diskutiert. Bei chronischem Alkoholmißbrauch zeigt sich in mehr-

fachen Untersuchungen auch ein deutlicher Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und einem dadurch erhöhten Risiko für Mammakarzinome. So wird an verschiedenen Stellen von einer Risikosteigerung um 10 % pro Glas Alkohol täglich ausgegangen (Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme =SFA [41]). Allerdings lassen sich bei Frauen weniger Todesfälle durch alkoholassoziierte koronare Herzerkrankungen beobachten, wobei die Rate alkoholassoziiierter Kardiomyopathien bei Männern und Frauen vergleichbar erscheint. Auf das Risiko alkoholassoziiierter Embryopathien sei an dieser Stelle nur hingewiesen.

Von psychosozialer Seite her werden Alkoholismus und akute Trunkenheit bei Frauen gesellschaftlich schlechter toleriert als bei Männern [42], was eine erhebliche Bedeutung für das Selbstbild der betroffenen Frauen und damit für die Therapie für Alkoholikerinnen hat: Die familiäre, berufliche und soziale Belastung der Alkoholikerinnen wird durch das gesellschaftliche Klischee eher noch höher als bei männlichen Alkoholikern [43].

LEBENSERWARTUNG UND MORTALITÄT

1993 erstellte Feuerlein [7] eine Übersicht direkt und indirekt alkoholassoziiierter Todesfälle in Deutschland (Tabelle 4).

Trotz des erhöhten Risikos für Frauen, körperliche Folgeschäden durch Alkohol zu entwickeln, liegt die alkoholbezogene Todesrate weit unter der der Männer: Bei 20,54/100.000 in der Gesamtbevölkerung Deutschlands sterben rund 9,84/100.000 Frauen und 31,87/100.000 Männer [7].

Die standardisierte Mortalitätsrate (SMR) zeigt ebenfalls eine deutliche

Übersterblichkeit bei Alkoholikerinnen und Alkoholikern: Die SMR liegt im Mittel für Frauen bei 7,57 (Männer 8,07) [7]. Die SMR fällt dabei in den jüngeren Altersgruppen (20–29 Jahre) am höchsten aus: 10,1 für Frauen (16,87 für Männer), in den mittleren Altersgruppen (40–49 Jahre) sinkt die SMR bei Frauen auf 4,86 (Männer 6,91) (MEAT-Studie). Die häufigsten Todesursachen bei Alkoholikerinnen bestehen zu 19,8 % in einer Leberzirrhose, an zweiter Stelle stehen mit 15,4 % Suizide [7].

THERAPIE

Collins [44] beschreibt 1993 für Frauen im Hilfesuchverhalten eine *höhere* Schwelle für das Aufsuchen von Hilfe als bei Männern, was in den unterschiedlichen Belegungsraten von Suchtfachkliniken jedoch nicht nachvollziehbar erscheint. Lisansky und Ross [45, 46] kamen zu dem Schluß, daß sich Frauen rascher in Behandlung begäben als Männer. Tabelle 5 gibt einen Überblick über die Behandlungsraten und Patientenzahlen in den Jahren 1998/99 jeweils für stationäre und ambulante Therapie. Daten aus denselben Jahren geben an, daß ca. 18150 Frauen und 44000 Männer Selbsthilfegruppen in ihrer Rolle als Erkrankte in Anspruch nahmen, der Anteil der Frauen in der Rolle als *Angehörige* in entsprechenden Angehörigen-Selbsthilfegruppen jedoch mit 18096 die Teilnahme von Männern mit 4462 Mitgliedern deutlich übersteigt.

Frauen stellen in Therapieeinrichtungen immer noch eine Minderheit dar, wodurch sich das Problem der Berücksichtigung frauenspezifischer Themen stellt. Mittlerweile beträgt der Anteil der Frauen in therapeutischen Einrichtungen (wie aus Tabelle 5 ersichtlich) jedoch rund ein Viertel bis ein Drittel der behandelten Patienten, so daß die besonderen Aspekte des Alkoholismus bei Frauen eine immer

Tabelle 4: Alkoholassoziierte Todesfälle in Deutschland 1993 (aus Feuerlein et al. 1998 [7])

Alkoholassoziiierung	Frauen	Männer	Männer + Frauen
Direkt	4.108	12.566	16.674
Indirekt (Krankheiten)	1.559	5.763	7.322
Indirekt (sonstige Ursachen)	2.421	5.912	8.333
Summe	8.088	24.241	32.329

größere Rolle für die Gestaltung einer optimalen Therapie spielen sollten.

Zunächst einmal stellen sich die Voraussetzungen zu Therapiebeginn bei Frauen anders dar als bei Männern. Alkoholikerinnen imponieren meist durch mehr psychopathologische Auffälligkeiten [47]. Bei Behandlungsbeginn liegen oft depressive Störungen vor, die Patientinnen neigen häufiger zu Suizidversuchen und zeigen vielfach ein geringes Selbstbewußtsein. Zudem besteht in vielen Fällen eine massive Scham- und Schuldproblematik aufgrund der suchtbedingten Vernachlässigung familiärer Pflichten [11].

Küfner und Feuerlein [48] verweisen auf deutliche Unterschiede im Bedingungsgefüge des Alkoholismus bei Männern und Frauen, wobei auch biologische Unterschiede wie Alkoholstoffwechsel, Einfluß des Hormonsystems auf Alkoholwirkung und Schwangerschaft [49] mit einbezogen werden sollten. Hinzu kommen die unterschiedliche Komorbidität in Form vermehrter depressiver Syndrome sowie häufige Geschichten von sexuellem Mißbrauch und Opfer von Gewalttaten: Besonders an dieser Stelle sollte ein verstärktes Eingehen auf die damit zusammenhängenden speziellen Störungen und Probleme ermöglicht werden, etwa in Form von Frauengruppen oder evtl. sogar in expliziten Frauen-Therapieeinrichtungen.

Auch die Lebenssituation der betroffenen Frauen zeigt häufig Unterschiede zu männlichen Patienten. Die Bedeutung der Lebensbereiche verschiebt sich weg vom Berufsbereich unter Umständen hin zum familiären Bereich, wobei es oft zu einer erheblichen Doppelbelastung – zusätzlich aggraviert bei Alleinerziehenden – kommt. Die Patientinnen leben oft in Scheidung oder dauerhaft getrennt [50]. Hier erscheinen speziell familientherapeutische Maßnahmen als eine sinnvolle Ergänzung [44].

PROGNOSE

Haver [51] postuliert als Einflußgrößen auf die Prognose und den Therapieerfolg bei Frauen soziale Faktoren wie Beschäftigungsverhältnisse, Art der Partnerbeziehung (alkoholkranker Partner?) und Kindheitserlebnisse. Alkoholikerinnen mit einer schwierigen Kindheitsgeschichte (unsichere Umgebung, gestörte Familie, psychisch kranker Vater, gewalttätige Mutter etc.) zeigten eine schlechtere Prognose als

Tabelle 5: Patientenzahlen in ambulanter/stationärer Alkoholentwöhnungstherapie

	Stationäre Therapie	Ambulante Therapie
Frauen	6.572 / 7.069	2.622 / 2.844
Männer	26.575 / 27.600	6.531 / 7.441
Total	33.147 / 34.669	9.153 / 10.285

andere Alkoholikerinnen, wobei er Frauen generell eine schlechtere Prognose zuschreibt als männlichen Alkoholkranken. Schuckit und Winokur sowie Smith und Cloninger [52, 53] hingegen gestehen Alkoholikerinnen eher günstigere Ergebnisse zu, wohingegen Beckmann [54] überhaupt keinen Einfluß des Geschlechts auf die Prognose der Alkoholkrankheit sieht.

SCHLUSSFOLGERUNG

Aufgrund der steigenden Anzahl alkoholkranker Frauen und des dadurch ansteigenden Anteils der Patientinnen in entsprechenden Therapieeinrichtungen erscheint es als durchaus sinnvoll und erfolgversprechend, der Sonderstellung, die Frauen noch innerhalb des Alkoholismus einnehmen, besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Die speziellen Aspekte des weiblichen Alkoholismus verlangen sowohl verstärkte Forschung als auch entsprechendes therapeutisches Vorgehen, um eine optimale Therapie zu gestalten, die auf die Besonderheiten der Psychopathologie in der Alkoholismuserkrankung bei Frauen verstärkt eingeht.

Insbesondere die speziellen Belastungssituationen wie Koordination von Beruf, Familie und Therapie, Aspekte der (unter Umständen alleinigen) Kindererziehung, Einfluß der mütterlichen Alkoholerkrankung auf Kinder sowie Bearbeitung besonderer Aspekte der eigenen Lebensgeschichte wie Gewalt- und (sexuelle) Mißbrauchserfahrungen machen psychotherapeutische Maßnahmen zur Aufarbeitung spezifischer Verhaltens- und Beziehungsmuster unabdingbar.

Literatur:

1. Feuerlein W, Dittmar F, Soyka M. Wenn Alkohol zum Problem wird. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1999.

2. Bronisch TH, Wittchen HU. Lifetime and 6-month prevalence of abuse and dependence of alcohol in the Munich Follow-up Study. *Europ Arch Psychiat Clin Neurosci* 1992; 241: 273–82.
3. Niedersächsisches Sozialministerium. Konsum von Tabakwaren, Alkohol, illegalen Drogen und Medikamenten. Jugendstudie 1990–1991. Berichte zur Suchtkrankenhilfe.
4. Fichter MM, Narrow WE, Roper MT, Rehm J, Elton MR, Rae DS, Locke BZ, Regier DA. Prevalence of mental illness in Germany and the United States. Comparison of the Upper Bavarian study and the epi-demiologic catchment area program. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184: 598–606.
5. Jahrbuch Sucht 1995. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. Neuland, Geesthacht, 1994.
6. Herbst K. Repräsentativerhebung 1994 zum Konsum und Mißbrauch von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren. Jahrbuch Sucht 1996. Neuland, Geesthacht, 1995.
7. Feuerlein W, Küfner H, Soyka M. Alkoholismus-Mißbrauch und Abhängigkeit. Thieme Verlag, Stuttgart, 1998.
8. Midanik LT, Room R. The epidemiology of alcohol consumption. *Alcohol Health Res World* 1992; 16: 183–90.
9. Junge B. Alkohol. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren. Jahrbuch Sucht 1996. Neuland, Geesthacht 1995.
10. Vogt I. Alkoholikerinnen – eine qualitative Interviewstudie. Lambertus, Freiburg, 1985.
11. Gundel K. Vergleich der Soziogenese des weiblichen und männlichen Alkoholismus anhand einer Sekundäranalyse klinischer Daten. Diss., München, 1972.
12. Feuerlein F. Alkoholismus. Beck'sche Reihe, Verlag C. H. Beck, München, 1997.
13. Gomberg ESL. Women and alcohol: use and abuse. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181: 211–9.
14. Soyka M. Die Alkoholkrankheit – Diagnose und Therapie. Verlag Chapman & Hall, Weinheim, 1995.
15. Gomberg ESL. Alcoholic women in treatment: early histories and early problem behaviours. *Adv Alcohol Subst Abuse* 1989; 8: 133–47.
16. Gomberg ESL. Women and alcoholism: Psychosocial issues. In: Women and alcohol: health-related issues. NIAAA research Monograph No 16, DHHS publication ADM 86-1139. U.S. Government printing office, Washington DC, 1986; 78–120.
17. Cotton J. The familial incidence of alcoholism. A review. *J Stud Alcohol* 1979; 40: 89–116.
18. Miller BA, Downs WR, Gondoli DM, Keil A. The role of childhood sexual abuse in the development of alcoholism in women. *Violence Victims* 1987; 2: 157–72.
19. Mullen PE, Martin JL, Anbderson JC, Romans SE, Herbison PG. Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 721–32.
20. Hurley DL. Women, alcohol and incest: an analytical review. *J Stud Alcohol* 1991; 52: 253–68.
21. Allen JP, Litten RZ, Fertig JB, Sillanaukee P. Carbohydrate-deficient transferrin, γ -glutamyltransferase and macrocytic volume as biomarkers of alcohol problems in women. *Alcohol Clin Exp Res* 2000; 24: 492–6.
22. La Grange L, Anton RF, Garcia S, Herrbold C. Carbohydrate-deficient transferrin levels in a female population. *Alcohol Clin Exp Res* 1995; 19: 100–3.
23. Stauber RE, Vollmann H, Pessler I, Jank B, Lipp R, Halwachs G, Wilders-Truschnig M. Carbohydrate-deficient transferrin in healthy women: relation to estrogen and iron status. *Alcohol Clin Exp Res* 1996; 20: 1114–7.
24. Nyström M, Salaspuro M. Carbohydrate-deficient transferrin (CDT) in serum as a possible indicator of heavy drinking in young university students. *Alcohol Clin Exp Res* 1992; 16: 93–7.
25. Löf K, Seppä K, Itälä L. Carbohydrate-deficient transferrin as an alcohol marker among female heavy drinkers. A population-based study. *Alcohol Clin Exp Res* 1994; 18: 889–94.
26. Hesselbrock MH, Meyer RE, Keener JJ. Psychopathology in hospitalized alcoholics. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 1050–5.
27. Helzer JD, Pryzbeck TR. The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *J Stud Alcohol* 1988; 49: 219–24.
28. Dixit AR, Crum RM. Prospective study of depression and the risk of heavy alcohol use in women. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 751–8.
29. Dansky BS, Brewerton TD, Kilpatrick DG. Comorbidity of bulimia nervosa and alcohol use disorders: results from the national women's study. *Int J Eat Disord* 2000; 27: 180–90.
30. Thomasson H. Alcohol elimination: Faster in women? *Alcohol Clin Exp Res* 2000; 24: 419–20.
31. Frezza M, DiPadova C, Pozzato G, Terpin M, Baraona E, Lieber CS. High blood alcohol levels in women. *N Engl J Med* 1990; 322: 95–9.
32. Glenn SW, Parsons OA, Stevens L. Effects of alcohol abuse and familial alcoholism on physical health in men and women. *Health Psychol* 1989; 8: 325–41.
33. Rabinovitz M, van Thiel DH, Dindzans V, Galaver JS. Endoscopic findings in alcoholic liver disease: does gender make a difference? *Alcohol* 1989; 6: 465–8.
34. Chou PS. Sex differences in morbidity among respondents classified as alcohol abusers and/or dependent: results of a national survey. *Addiction* 1994; 89: 87–93.

35. Fabian MS, Parsons OA, Silberstein JA. Impaired perceptual cognitive functioning in women alcoholics. *J Stud Alcohol* 1981; 42: 217–29.
36. Silberstein JA, Parsons OA. Neuropsychological impairment in females: replication plus extension. *J Abnorm Psychol* 1981; 90: 179–82.
37. Acker C. Performance of female alcoholics on neuropsychological testing. *Alcohol* 1985; 20: 379–86.
38. Jacobson R. Female alcoholics: a controlled CT brain scan and clinical study. *Br J Addict* 1986; 81: 661–9.
39. Morgan S, Sherlock S. Sex-related differences among 100 patients with alcoholic liver disease. *Br Med J* 1977: 939–41
40. van Thiel DH, Tarter RE, Rosenblum E, Galaver JS. Ethanol, its metabolism and gonadal effects: does sex make a difference? In: Gordi E, Tabakoff B, Linnoila M (eds). *Alcohol research from bench to bed-side*. Haworth, New York, 1989; 131–67.
41. Bondy SJ, Rohan TE, Ashley MJ, Cohen JE, Miller AB. Alcohol and breast cancer mortality in a cohort study. *Breast Cancer Res Treat* 2001; 64: 201–9.
42. Gomberg ESL. Alcoholic women in treatment: the question of stigma and age. *Alcohol* 1988; 23: 507–14.
43. Kosten TR, Rounsaville BJ, Mertkangas K. Gender differences in the specificity of alcoholism transmission among the relatives of opioid addicts. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179: 392–400.
44. Collins RL. Women's issues in alcohol use and cigarette smoking. In: Bear JS, Baci JS, Marlatt GA, McMahon RJ (eds). *Addictive behaviours across the life span*. Sage Publications, London, 1993; 274–306.
45. Lisansky ES. Alcoholism in women: Social and psychological concomitants. I. Social history data. *Q J Stud Alcohol* 1957; 18: 588–623.
46. Ross HE. Alcohol and drug abuse in treated alcoholics: A comparison of men and women. *Alcohol Clin Exp Res* 1989; 13: 810–6.
47. Brady KT, Grice DE, Dustan L, Randall CL. Gender differences in substance use disorders. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1707–11.
48. Küfner H, Feuerlein W. In-patient treatment for alcoholism. A multi-centre evaluation study. Springer, Berlin–Heidelberg–New York, 1989.
49. Hill SY. Vulnerability to the biomedical consequences of alcoholism and alcohol-related problems among women. In: Wilsnack SC, Beckmann LJ (eds). *Alcohol problems in women*. Guilford Press, New York, 1980.
50. Eisenbach-Stangl I. Professional treatment and mutual aid: Different offers for female alcoholics or offers for women with different alcohol related problems? *Eur Addict Res* 1997; 3: 22–9.
51. Haver B. Female alcoholics: III. Patterns of consumption 3–10 years after treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 75: 397–404.
52. Schuckit MA, Winokur G. A short term follow-up of women alcoholics. *Dis Nerv Syst* 1972; 33: 672–8.
53. Smith EM, Cloninger CR. A prospective 12-year follow-up of alcoholic women: A prognostic scale for long-term outcome. In: National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series No 55 DHHS Publ. No (ADM) 85–1395. Governmental printing office, Washington DC, 1985; 245–51.
54. Beckmann LJ. Treatment prognosis for women and men alcoholics. In: Galanter M (ed). *Currents in alcoholism: Treatment and rehabilitation and epidemiology (Vol VI)*. Grune & Stratton, New York, 1979; 201–7.
55. Heath AC, Madden PAF, Bucholz KK, Dinwiddie SH, Slutske WS, Bierut L, Rohrbach D, Statham DJ, Dunne M, Whitfield J, Martin NG. Genetic differences in alcohol sensitivity and the inheritance of alcoholism risk. *Psychol Med* 1999; 29: 1069–81.
56. Franke A. Frauenspezifische Aspekte der Abhängigkeit. In: Gastpar M, Mann K, Rommelspacher H (eds). *Lehrbuch der Suchterkrankungen*. Thieme Verlag, Stuttgart, 1999; 144–52.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ [Bilddatenbank](#)

☒ [Artikeldatenbank](#)

☒ [Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ [Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)