

Materialien

M6

**Sexualität und
Substanzabhängigkeit**

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Herausgeber: Landschaftsverband Westfalen-Lippe
LWL-Koordinationsstelle Sucht

Redaktion: Körner, Jörg, LWL-Koordinationsstelle Sucht
Layout: Ackermann, Ulrich, LWL-Printcenter

Druck: Merkur Druck, Detmold

1. Auflage: 750

ISSN 0942-2382

© 2010 Landschaftsverband Westfalen-Lippe
LWL-Koordinationsstelle Sucht
Warendorfer Straße 27, 48133 Münster

ww.lwl-ks.de

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung sind vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Medien verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

**Sexualität und Substanzabhängigkeit –
eine Befragung alkohol- und drogenabhängiger Patienten**

Abschlussbericht

Projektleitung

Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Ralf Demmel, Dipl.-Psych.
Psychologischer Psychotherapeut (VT)
Westfälische Wilhelms-Universität Münster
Psychologisches Institut I
Klinische Psychologie/Psychotherapie und Psychologische Diagnostik
Fliednerstraße 21, 48149 Münster
E-Mail: demmel@uni-muenster.de

Ab 1. März 2010

Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Ralf Demmel, Dipl.-Psych.
Psychologischer Psychotherapeut (VT)
Benedictus Krankenhaus Tutzing GmbH & Co. KG
Bahnhofstraße 5, 82327 Tutzing
Tel: (0 81 58) 23 - 7 14
E-Mail: r.demmel@krankenhaus-tutzing.de

Vorwort

Gibt man die Stichworte „Abhängigkeit“ und „Sexualität“ in die bekannten Internetsuchmaschinen ein, so werden einem mehrere 100.000 Einträge zum Thema „Sexsucht“ präsentiert. Die Bedeutung des Themas „Sexualität in der Behandlung Abhängigkeitskranker“ spielt hingegen so gut wie keine Rolle.

Im Rahmen des Arbeitskreises „Mann & Sucht“ wurde das Thema in mehreren Treffen intensiv diskutiert. Als Ergebnis hat sich die LWL-Koordinationsstelle Sucht (LWL-KS) entschlossen, eine Befragung zum Thema „Sexualität und Substanzabhängigkeit bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten“ in stationären Einrichtungen der Suchthilfe in Westfalen-Lippe in Auftrag zu geben. Heute präsentieren wir Ihnen die Ergebnisse.

Herzlich danken möchten wir allen beteiligten Suchthilfeeinrichtungen in Westfalen-Lippe, die Herrn PD Dr. Ralph Demmel bei seiner Online-Untersuchung unterstützt haben.

Betrachtet man die Ergebnisse, ist es bemerkenswert, wie das Thema „Sexualität im Kontext von Suchtbehandlung“ unterschiedlich bewertet wird, fragt man Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bzw. Patienten. Dass das Thema im Kontext der wichtigen Therapiethemen für Patienten einen anderen, deutlich höheren Stellenwert besitzt, als es in der Therapie tatsächlich einnimmt, hat vielleicht auch etwas mit der Genderfrage zu tun, da sowohl in den untersuchten Kliniken, aber auch in anderen Feldern der Suchthilfe häufig Therapeutinnen Männer behandeln.

Die LWL-KS hofft, dass diese kleine Untersuchung Anlass gibt, die für den Patienten wichtige Thematik „Sexualität und Sucht“ in der Behandlung Abhängigkeitskranker noch einmal differenziert in den Einrichtungsteams zu diskutieren. Nicht mehr und nicht weniger ist Anliegen dieser kleinen Arbeitshilfe.

Wolfgang Rometsch
Leiter der LWL-Koordinationsstelle Sucht
und des Arbeitskreises „Mann & Sucht“ Westfalen-Lippe

Hintergrund

Chronische Alkoholabhängigkeit geht in der Regel mit alkoholbedingten Organschäden und (psychischen) Folgeerkrankungen einher (zusammenfassend Singer & Teyssen, 2005). So lassen die Ergebnisse der bislang vorliegenden Untersuchungen beispielsweise vermuten, dass alkoholabhängige Männer häufig unter sexuellen Funktionsstörungen wie Impotenz und vorzeitiger Ejakulation leiden (zum Beispiel Arackal & Benegal, 2007). Diese Funktionsstörungen wiederum gehen mit erheblichen Beeinträchtigungen der Lebensqualität einher (zum Beispiel Ponizovsky, 2008). Dennoch wird dem Zusammenhang zwischen Alkoholabhängigkeit und Sexualität im Rahmen der Behandlung bzw. Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten meist wenig Aufmerksamkeit gewidmet. Zudem ist das Interesse an der Entwicklung bzw. Adaptation praxistauglicher Programme zur Behandlung der sexuellen Funktionsstörungen alkoholabhängiger Patienten bislang sehr gering. Polytoxikomanie, die weit verbreitete »Beschaffungsprostitution« sowie das außerordentlich hohe Infektionsrisiko lassen vermuten, dass zahlreiche drogenabhängige Patienten ebenfalls unter sexuellen Funktionsstörungen leiden.

Vor diesem Hintergrund erscheint es dringend notwendig, sowohl die gegenwärtigen Forschungs- und Versorgungsdefizite als auch die Bedürfnisse und Interessen der Patienten möglichst umfassend und präzise zu beschreiben. Im Rahmen einer Querschnittsuntersuchung wurden daher sowohl alkohol- und drogenabhängige Patienten als auch Therapeuten verschiedener Kliniken in Nordrhein-Westfalen befragt.

Methode

Stichprobe

An der Untersuchung nahmen 69 (mit je 31,9%) ledige oder geschiedene alkoholabhängige (ausschließlich Männer; mittleres Alter = 45,80 Jahre, SD = 10,75) und 72 ebenfalls überwiegend ledige (63,9%) drogenabhängige Patienten (ausschließlich Männer; mittleres Alter = 32,36 Jahre, SD = 7,64) sowie 58 in der Regel verheiratete Mitarbeiter (mittleres Alter = 42,95 Jahre, SD = 11,27; 38 Frauen; 16 Sozialpädagogen) verschiedener Einrichtungen teil.

Durchführung

Nach dem positiven Votum der Ethikkommission des Fachbereichs Psychologie und Sportwissenschaft der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster begannen ein Mitarbeiter der Universität sowie zwei Diplomandinnen am 15. September 2009 nach vorheriger Absprache mit den Leitungen der beteiligten Einrichtungen (Bernhard-Salzmänn-Klinik Gütersloh, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld, Fachklinik Deerth, Fachklinik Kamillushaus Essen, LWL-Klinik Dortmund, LWL-Klinik Lippstadt, LWL-Klinik Münster, LWL-Klinik Warstein, St. Antonius Krankenhaus Hörstel, Volmeklinik, Hagen) mit der Befragung (Abschluss der Datenerhebung am 2. Februar 2010). Um eine möglichst hohe Ausschöpfungsrate und die Anonymität der Befragung zu gewährleisten und so die Bereitschaft zur Teilnahme zu erhöhen, wurde den Patienten ein computergestützter Fragebogen vorgelegt (die Ergebnisse einer zuvor abgeschlossenen Pilotstudie ließen vermuten, dass die Bereitschaft zur ehrlichen Beantwortung der Fragen weitaus geringer ist, wenn ein herkömmlicher Fragebogen vorgelegt wird). Die Beantwortung der Fragen erfolgte in Gegenwart eines Mitarbeiters der Universität bzw. einer Diplomandin, um gegebenenfalls Fragen der Patienten beantworten zu können. Den Mitarbeitern der beteiligten Einrichtungen wurde ein herkömmlicher Paper-and-Pencil-Fragebogen vorgelegt. Die vervollständigten Mitarbeiter-Fragebögen wurden der Universität in der Regel auf dem Postweg zugestellt.

Die Befragung zur Notwendigkeit einer Behandlung sexueller Funktionsstörungen wurde im Auftrag des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (Koordinationsstelle Sucht) durchgeführt. Die Ergebnisse einer ergänzenden – aus Mitteln der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster finanzierten – Befragung zur Prävalenz sexueller Funktionsstörungen und zum Einfluss sexueller Funktionsstörungen auf die Partnerschaft der Patienten sind nicht Gegenstand des vorliegenden Berichts.

Fragebogen

Die Patienten wurden gebeten, vier Fragen zur Notwendigkeit der Behandlung sexueller Funktionsstörungen bzw. zum Status quo der Behandlung zu beantworten (dichotomes Antwortformat):

(F1) Glauben Sie, dass Probleme im sexuellen Bereich Gegenstand der Therapie Ihrer Mitpatienten sind?

- (F2) Sollten sexuelle Probleme Gegenstand einer Suchttherapie generell sein?
- (F3) Sind Probleme im sexuellen Bereich Gegenstand Ihrer eigenen Therapie?
- (F4) Sollten sexuelle Probleme Gegenstand Ihrer eigenen Therapie sein?

Darüber hinaus wurden die Patienten um eine differenzierte Einschätzung des Behandlungsbedarfs gebeten (siebenstufige Rating-Skala: 1 = »gar nicht wichtig«, 7 = »sehr wichtig«):

- (F5) Für wie wichtig halten Sie es, dass sexuelle Probleme Thema einer Suchttherapie generell sind?
- (F6) Für wie wichtig halten Sie es, dass sexuelle Probleme Thema ihrer eigenen Therapie sind?

Die Mitarbeiter wurden ebenfalls gebeten, den Status quo zu beschreiben und den Behandlungsbedarf einzuschätzen (dichotomes Antwortformat):

- (F7) Sind sexuelle Funktionsstörungen Gegenstand der Therapie?
- (F8) Für wie wichtig halten Sie es, dass sexuelle Probleme Thema ihrer eigenen Therapie sind?

Zudem wurden die Mitarbeiter darum gebeten, die Bedeutung verschiedener Behandlungsbarrieren einzuschätzen (fünfstufige Rating-Skala: 1 = »trifft gar nicht zu«, 2 = »trifft wenig zu«, 3 = »trifft teils-teils zu«, 4 = »trifft ziemlich zu«, 5 = »trifft völlig zu«) und weitere Barrieren zu nennen (Anhang A):

- (F9) Ich weiß nicht, wie ich es ansprechen soll.
- (F10) Ich bin mir nicht sicher, ob es dem Patienten hilft, wenn ich es anspreche.
- (F11) Ich möchte den Patienten nicht bloßstellen.
- (F12) Es ist mir peinlich, den Patienten darauf anzusprechen.
- (F13) Ich finde, es ist nicht meine Aufgabe, Patienten auf diese Problembereiche anzusprechen.
- (F14) Ich habe keine Zeit, diese Themen zu besprechen.
- (F15) Ich finde sexuelle Funktionsstörungen nicht wichtig für die Suchttherapie.
- (F16) Ich habe keine Gelegenheit, diese Themen in einem vertrauten Rahmen anzusprechen.

Ergebnisse

Nahezu die Hälfte der befragten Patienten (alkoholabhängige Patienten: 47,8%; drogenabhängige Patienten: 48,6%) vermuteten, dass sexuelle Probleme Gegenstand der Therapie ihrer Mitpatienten sind (F1). Weitaus mehr alkoholabhängige als drogenabhängige Patienten (69,6% vs. 47,2%) waren der Ansicht, dass sexuelle Probleme Gegenstand der Behandlung sein sollten (F2). Lediglich 18,8% der alkoholabhängigen bzw. 25,0% der drogenabhängigen Patienten berichten jedoch, dass sexuelle Probleme bislang Gegenstand ihrer eigenen Behandlung waren (F3). Insbesondere alkoholabhängige Patienten (49,3% vs. 34,7%) wünschen sich daher eine Erweiterung des Behandlungsangebotes (F4). Sowohl alkohol- als auch drogenabhängige Patienten räumen der Thematisierung sexueller Funktionsstörungen im Rahmen der (eigenen) Behandlung hohe Priorität ein (F5: 5,52 vs. 5,82; F6: 5,68 vs. 5,84 auf der Skala von 1-7).

Die überwiegende Mehrheit der Mitarbeiter (67,2%) gab an, dass sexuelle Probleme bislang nicht Gegenstand der Therapie in ihrer Einrichtung waren (F7). Nahezu 80% der befragten Mitarbeiter (77,6%) sahen die Notwendigkeit, das bisherige Behandlungsangebot zu ergänzen. Insbesondere Unsicherheit, Zeitmangel und die Angst, den Patienten in Verlegenheit zu bringen, hielten die Mitarbeiter jedoch davon ab, sexuelle Probleme zum Gegenstand der Behandlung zu machen. Viele Mitarbeiter waren der Meinung, dass es nicht ihre Aufgabe sei, mit ihren Patienten über deren sexuelle Probleme zu sprechen (Tabelle 1). Männliche und weibliche Mitarbeiter unterschieden sich nicht hinsichtlich ihrer Angaben. Die Einschätzungen der Mitarbeiter waren jedoch vom jeweiligen Tätigkeitsfeld abhängig (Mitarbeiter qualifizierter Entzug: n = 38, Mitarbeiter Rehabilitation: n = 10): Die Mitarbeiter der psychiatrischen Kliniken gaben eher an, dass eigenes Unvermögen (F9: 2,53 vs. 1,50), die geringe Bedeutung des Themas (F15: 1,74 vs. 1,20) sowie ein Mangel an Gelegenheiten (F16: 2,61 vs. 1,70) sie davon abhielten, mit ihren Patienten über sexuelle Funktionsstörungen zu sprechen.

Tabelle 1

Behandlungsbarrieren aus Sicht der Mitarbeiter (N = 58)

Ich weiß nicht, wie ich es ansprechen soll M (SD)	2,37 (1,33)a
Ich bin mir nicht sicher, ob es dem Patienten hilft, wenn ich es anspreche M (SD)	2,98 (1,17)a
Ich möchte den Patienten nicht bloßstellen M (SD)	2,79 (1,26)a
Es ist mir peinlich, den Patienten darauf anzusprechen M (SD)	1,82 (0,96)b
Ich finde, es ist nicht meine Aufgabe, Patienten auf diese Problembereiche anzusprechen M (SD)	2,81 (1,49)a
Ich habe keine Zeit, diese Themen zu besprechen M (SD)	2,79 (1,49)a
Ich finde sexuelle Funktionsstörungen nicht wichtig für die Suchttherapie M (SD)	1,68 (0,95)a
Ich habe keine Gelegenheit, diese Themen in einem vertrauten Rahmen anzusprechen M (SD)	2,46 (1,35)a

Anmerkung. a) Angaben für N = 57 aufgrund fehlender Werte.

b) Angaben für N = 56 aufgrund fehlender Werte.

Antwortformat: 1 = »trifft gar nicht zu«, 2 = »trifft wenig zu«,

3 = »trifft teils-teils zu«, 4 = »trifft ziemlich zu«, 5 = »trifft völlig zu«

Schlussfolgerungen

Sowohl die Antworten der Patienten als auch die Angaben der Mitarbeiter lassen vermuten, dass sexuelle Funktionsstörungen bislang nicht Gegenstand der Behandlung sind. Insbesondere alkoholabhängige Patienten – aber auch nahezu eine Drittel der drogenabhängigen Patienten – wünschen sich daher eine Erweiterung des Behandlungsangebots. Die Mitarbeiter der beteiligten Einrichtungen räumen die Notwendigkeit einer solchen Ergänzung zwar ein, zweifeln jedoch zugleich an ihrer »Zuständigkeit« (F13). Zudem halten Unsicherheit, Zeitmangel und die Angst, den Patienten in Verlegenheit zu bringen, die Mitarbeiter davon ab, sexuelle Probleme zum Gegenstand der Behandlung zu machen. Vor diesem Hintergrund erscheint es dringend notwendig, die bisherigen Fortbildungsangebote der Suchtkrankenhilfe zu ergänzen.

Anhang A

**Behandlungsbarrieren (freie Nennungen)
aus Sicht der Mitarbeiter (N = 58)**

Andere Gründe

Als Bezugstherapeutin einer rein männlichen Gruppe würde ich es vorziehen, wenn ein männlicher Kollege dieses Thema behandelt	n = 1 (1,7%)
Als Krankenschwester gehört es nicht zu meinem Aufgabenbereich	n = 1 (1,7%)
Ansprechen im Entzug meistens verfrüht und nicht wichtig	n = 1 (1,7%)
Auftrag der Einrichtung begrenzt (Entgiftung, Entzug); Verweildauer kurz	n = 1 (1,7%)
Bei traumatisierten Patienten ist auf eine ausreichende Stabilisierung zu achten, teilweise nicht gegeben	n = 1 (1,7%)
Die Intoxikation und die frühe Entzugsphase ist wenig geeignet, sexuelle FS eingehend zu thematisieren	n = 1 (1,7%)
Für die suchtkranken Männer ist es schwierig, sich uns als Frauen anzuvertrauen	n = 1 (1,7%)
Genderaspekt: nicht immer je nach Geschlecht von Therapeut/in oder Patient/in macht es Sinn	n = 1 (1,7%)
In der akuten Entzugstherapie halte ich das Thema für nicht angebracht (zu früh), eher in der Reha bzw. Langzeittherapie	n = 1 (1,7%)
Patient hat anderes Geschlecht	n = 1 (1,7%)
Sexuelle FS sind im Entzug als Thema nicht wichtig	n = 1 (1,7%)
Sexuelle FS sind erst und sollten erst nach 18 tägiger Entzugsphase Thema sein	n = 1 (1,7%)
Thema zählt nicht zu meinem Aufgabenbereich	n = 1 (1,7%)
verantwortlich: Hat das Thema jetzt und hier Therapierelevanz, ...	n = 1 (1,7%)
Vorgaben zum Inhalt in der Therapie; nicht wichtig genug	n = 1 (1,7%)

Die **LWL-Koordinationsstelle Sucht (LWL-KS)** des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) begegnet dem wachsenden Suchtmittel- und Drogenmissbrauch und der großen Zahl von Abhängigkeitserkrankungen durch Information, Beratung, Qualifizierung und richtungsweisende, präventive Modellprojekte. Ihren Service nutzen



vor allem die rund 900 Einrichtungen und Initiativen der Suchthilfe in Westfalen-Lippe.

Die LWL-KS ist als **Beraterin und Koordinatorin** der Suchthilfe zentrale Ansprechpartnerin für Kommunen, Facheinrichtungen, LWL-Kliniken, Elternkreise oder Gremien – insbesondere auf regionaler aber auch auf Bundes- und Europalebene. Die LWL-KS schult die Fachkräfte, erstellt praxistaugliche Arbeitshilfen, informiert über Forschungsergebnisse, aktuelle Gesetzgebung und moderiert die Kommunale Suchthilfeplanung.

Die LWL-Koordinationsstelle Sucht qualifizierte seit ihrer Gründung 1982 mehr als 18.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Suchthilfeeinrichtungen und -initiativen in **Fort- und Weiterbildungen**. Dazu gehören Workshops und Fachtagungen sowie die berufsbegleitende

Vermittlung von Fachwissen: Die LWL-KS bildet Beschäftigte in der Suchthilfe und angrenzenden Arbeitsfeldern unter anderem zu Suchtberatern oder Sozial-/Suchttherapeuten aus.

Die von der LWL-KS konzipierten und erprobten **Modellprojekte** sind ein Motor für die Weiterentwicklung der Suchthilfe und Prävention – nicht nur in Westfalen-Lippe.



Die Projekte bringen fortschrittliche Impulse in Prävention, Beratung und Behandlung.

Der **Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)** arbeitet als Kommunalverband mit 13.000 Beschäftigten für die 8,5 Millionen Menschen in der Region. Der LWL betreibt 35 Förderschulen, 19 Krankenhäuser, 17 Museen und ist einer der größten deutschen Hilfezahler für Menschen mit Behinderung. Er erfüllt damit Aufgaben im **sozialen Bereich, in der Behinderten- und Jugendhilfe, in der Psychiatrie und in der Kultur**, die sinnvollerweise westfalenweit wahrgenommen werden. Die neun kreisfreien Städte und 18 Kreise in Westfalen-Lippe sind die Mitglieder des LWL. Sie tragen und finanzieren den Landschaftsverband, den ein Parlament mit 101 Mitgliedern aus den Kommunen kontrolliert.

LWL-KOORDINATIONSSTELLE

Sucht Fragen Sie uns
doch einfach.

