

## Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der subjektiven Lebensqualität alkoholabhängiger Frauen

Heidi Rudolf, Aachen; Stefan Priebe, London

**Zusammenfassung:** Mit der Untersuchung der Lebensqualität alkoholabhängiger Frauen in einer stationären Entgiftung wollen wir einen Beitrag zur sogenannten subjektorientierten Evaluation leisten und Hinweise zur Verbesserung der klinischen Arbeit mit alkoholabhängigen Patientinnen gewinnen. 70 Frauen wurden während ihrer Behandlung zu ihrer Lebensqualität sowie zu ihren Bedürfnissen nach professioneller Hilfe befragt. In einer Nachuntersuchung erfaßten wir, ob die Patientinnen innerhalb der ersten sechs Monate nach Entlassung rückfällig geworden waren. Die Ergebnisse zeigen innerhalb der Gesamtgruppe eine große Streubreite in der subjektiven Lebensqualität. Unterschiede in den Strukturen der Lebensqualität zwischen den Frauen zeigen auch Unterschiede in ihrer Lebenssituation, in ihrer Sicht auf die Alkoholabhängigkeit sowie ihrer Bedürftigkeit nach Unterstützung. Die Art der Lebensqualitätsstruktur hat zudem prognostischen Wert für einen Rückfall. Die Befunde deuten darauf hin, daß Lebensqualität ein brauchbares Evaluationskriterium sein kann. In der Arbeit mit alkoholabhängigen Frauen bietet die Berücksichtigung ihrer subjektiven Lebensqualität wichtige Hinweise auf Defizite und Ressourcen, die in der Behandlung berücksichtigt werden sollten.

**Similarities and Differences in Subjective Quality of Life of Alcoholic Women: Objective:** The present study examined quality of life of alcoholic women in detoxification. The study aimed at providing data in line with a so-called subject oriented evaluation and at finding ways for improving clinical care. **Methods:** 70 alcoholic women were asked about their quality of life and about their need for qualities help. A follow-up study, six months later, examined the extent of relapse. **Results:** Alcoholic women differ in their subjective quality of life. Subgroups, which differ regarding the structure of quality of life, also vary in age, job situation and finances, age of admission and their view on their alcohol dependence. They differ in their needs, too. Subjective quality of life predicts relapse. **Conclusions:** The findings suggest that subjective quality of life may be useful evaluation criterion. The assessment of quality of life may yield useful hints for therapeutic interventions.

Seit Beginn der 80er Jahre ist die Lebensqualität chronisch psychisch kranker Menschen Gegenstand zahlreicher Studien. Insbesondere die subjektive Lebensqualität gilt neben ande-

ren Bewertungen und Beurteilungen durch die Patientinnen und Patienten selbst, wie die Behandlungsbewertung und die Bedürfnisse, als ein wesentliches Kriterium in der psychiatrischen Evaluationsforschung. Der überwiegende Teil dieser Studien befaßt sich mit langzeitbehandelten Patientengruppen, in denen das Krankheitsbild Schizophrenie überwiegt [15, 17–19, 20]. Alkoholabhängige Patientinnen und Patienten bilden somit in diesen Untersuchungen häufig eine Minderheit. Dies mag zum Teil daran liegen, daß sich nur relativ wenige alkoholabhängige Menschen in stationären Langzeiteinrichtungen befinden.

In katamnestic Studien bzw. in Studien über Behandlungsverläufe alkoholabhängiger Patientinnen und Patienten wird in zunehmendem Maße gefordert, neben rein objektiven Bewertungskriterien, wie Rückfallraten und Rehospitalisierungen, auch den individuellen Lebensraum und die Lebensqualität als Evaluationskriterium heranzuziehen [4, 14, 21, 28, 29]. Verantwortlich für diesen Paradigmenwechsel in der Evaluationsforschung [8] sind im Kontext der Alkoholismusforschung sicherlich die Erweiterung der Erklärungsmodelle für die Entstehung und Aufrechterhaltung dieser psychischen Störung und daraus folgend auch die Modifikation der Behandlungsziele [6, 22]. Wenn bislang auch nur wenig Kenntnisse über die Lebensqualität alkoholabhängiger Menschen vorliegen, so weisen doch einige Studien, die sich mit der Lebenssituation alkoholabhängiger Patientinnen und Patienten befassen, auf verschiedene Probleme hin, die sich insbesondere in den Bereichen Familie, soziale Beziehungen und Freizeitverhalten manifestieren [2, 11, 26]. Eine hohe Unzufriedenheit ist bei alkoholabhängigen Frauen in Freundschaftsbeziehungen sowie im Bereich Gesundheit festgestellt worden [1, 3, 12, 23]. In vielen Studien über alkoholabhängige Menschen überwiegt der Anteil männlicher Probanden, da sie auch in Behandlungsinstitutionen häufig das Gros der Klientel ausmachen. Demzufolge sind die daraus resultierenden Kenntnisse nicht uneingeschränkt auf die Population alkoholabhängiger Frauen übertragbar. Die vorliegende Arbeit befaßt sich explizit mit der Lebensqualität alkoholabhängiger Frauen in einer Behandlungsinstitution. Ziel der Studie<sup>1</sup> ist es, sowohl differenziert zu evaluieren als auch Ansatzpunkte für die klinische Arbeit mit alkoholabhängigen Frauen abzuleiten. Die Bedeutung subjektiver Lebensqualität als ein Differenzierungsmerkmal alkoholabhängiger Frauen soll herausgestellt werden.

<sup>1</sup> Die vorliegende Studie ist Teil eines Forschungsprojektes, finanziert vom Förderprogramm Frauenforschung des Berliner Senats für Arbeit und Frauen.

Folgenden Fragen wird nachgegangen:

- Wie ist die subjektive Lebensqualität alkoholabhängiger Frauen zum Zeitpunkt einer Entgiftungsbehandlung?
- Ist das Kriterium subjektive Lebensqualität ein geeignetes Merkmal zur Differenzierung alkoholabhängiger Frauen? Spiegeln sich Unterschiede in der subjektiven Lebensqualität in objektiven Merkmalen der Lebenssituation, der Alkoholabhängigkeit und in den Wünschen und Bedürfnissen an die Behandlung wider?
- Welche Bedeutung hat die subjektive Lebensqualität im Hinblick auf den weiteren Umgang mit dem Alkohol?

### Methodik

Für die Untersuchung ausgewählt wurden Frauen, die aufgrund einer bestehenden Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10) in einer stationären Entgiftungsbehandlung in verschiedenen Berliner Kliniken (innere Abteilung und psychiatrische Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses, psychiatrische Klinik) waren. Ausgeschlossen waren Frauen mit einer hirnorganischen Störung und Frauen mit einer weiteren stoffgebundenen Abhängigkeit von sog. harten Drogen. Die Auswahl der Probandinnen sollte von dem behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Ärztin konsekutiv und möglichst ohne weitere Selektionskriterien getroffen werden. Die Befragung wurde von einer externen, nicht in die Behandlung einbezogenen Diplom-Psychologin durchgeführt. Der Untersuchungszeitpunkt lag in der zweiten oder dritten Behandlungswoche. Eine zweite Befragung fand sechs Monate später statt. Die Lebensqualität wurde erhoben über das Berliner Lebensqualitätsprofil [25]. Die Einschätzung der psychopathologischen Symptomatik erfolgte durch die Untersucherin anhand der Brief Psychiatric Rating Scale BPRS [24] und der Hamilton-Depressionskala HAMD [13]. Skalen zur Selbstbeurteilung waren das Beck-Depressions-Inventar BDI [5] sowie die Beschwerden-Liste BL zur Angabe psychischer und physischer Beschwerden [9]. Wünsche und Bedürfnisse an die Behandlung wurden über das Berliner Bedürfnisinventar für Klienten erhoben [25]. Angaben zur Krankheits- und Behandlungsanamnese wurden in einem gesonderten Bogen festgehalten, die diagnostische Einschätzung erfolgte nach ICD-10 [10]. Ausgewertet wurden die Ergebnisse mittels quantitativer Analysemethoden (s. u.).

### Ergebnisse

#### Untersuchungsstichprobe

70 alkoholabhängige Frauen im Alter zwischen 23 und 63 Jahren ( $M = 43,5$ ,  $SD = 9,7$ ) haben an der Untersuchung teilgenommen. Die meisten Frauen (46%) haben Hauptschulabschluss, 43% mittlere Reife, 10% Abitur, und eine der Teilnehmerinnen ist ohne Schulabschluss. Drei Viertel der Befragten verfügen über eine abgeschlossene berufliche Qualifikation, d. h. 70% haben einen Lehrberuf und 4% ein Hochschulstudium absolviert, die anderen sind ohne Ausbildung. Aktuell ist etwa die Hälfte der Frauen berufstätig, davon 62% in einer Voll- und 30% in einer Teilzeitbeschäftigung, 8% in Fortbildung. Nahezu ein Drittel der Frauen lebt mit einem Partner zusammen, ein Viertel mit Partner und Kindern, 9% sind alleinerziehend. 31% der Frauen leben allein und 6% mit verwandten oder nichtverwandten Personen.

Die differentialdiagnostische Zuordnung nach ICD-10 ergibt bei 46% der Frauen ein Alkoholentzugssyndrom (F10.3) bzw. bei 34% ein Abhängigkeitssyndrom (F10.2). 13% haben ein Alkoholentzugsdelir gehabt (F10.4), 6% eine psychotische Störung (F10.5), und eine Frau zeigt einen schädlichen Gebrauch von Alkohol (F10.1). 40% der Frauen haben weitere Beschwerden, die gemäß der Kriterien nach ICD-10 die Zuordnung der Diagnose einer psychischen Störung rechtfertigen. Bei 6 Frauen (9%) handelt es sich um eine Störung (Abhängigkeit oder Mißbrauch) durch Sedativa oder Hypnotika (F13) bzw. in einem Fall durch Cannabinoide, davon wiederum hat eine Frau eine Eßstörung (F50) und 2 weitere eine Dysthymie (F34.1). 19 Frauen (27%) haben eine affektive Störung, die meisten eine depressive Symptomatik (F32, F33 oder F34.1). Den Angaben der Befragten zufolge liegt der Beginn ihrer Alkoholproblematik zwischen dem 13. und 54. Lebensjahr ( $M = 33,9$ ,  $SD = 10,8$ ). Davon ausgehend ergibt sich eine Abhängigkeitsdauer von 3 Monaten bis maximal 27 Jahren ( $M = 9,6$ ,  $SD = 6,5$ ). 33 Frauen (47%) sind nun zum ersten Mal, 17 Frauen zum zweiten Mal in einer stationären Entgiftung, 11 Frauen waren bislang 2- oder 3mal, die anderen 9 Frauen 4mal oder häufiger zu einem Entzug im Krankenhaus, das Maximum liegt bei 24 Entgiftungen.

An der 2. Untersuchung, 6 Monate später, nahmen 41 Frauen (59% der Ausgangsstichprobe) teil. Die anderen Frauen lehnten ein zweites Gespräch ab oder konnten nicht erreicht werden. Erwartungsgemäß weist die für die Zweitbefragung verbliebene Stichprobe einen Selektionseffekt auf. Im Vergleich zu den Frauen, die nicht für die Nachbefragung gewonnen werden konnten, zeigen sich vor allem Unterschiede im Hinblick auf das Alter und das Erkrankungsalter sowie auch in der beruflichen Situation: Mit einem durchschnittlichen Lebensalter von 44,9 Jahren ( $SD = 8,1$ ) gegenüber einem Alter von 41,5 Jahren ( $SD = 11,4$ ) und einem Erkrankungsalter von 35,3 Jahren ( $SD = 9,8$ ) gegenüber 31,9 Jahre ( $SD = 12,0$ ) bilden die Frauen dieser Gruppe in beiderlei Hinsicht die ältere Gruppe. 73% gegenüber 27% sind berufstätig. Auch die psychopathologische Symptomatik zum Zeitpunkt der Entgiftung differiert in ihrer Höhe zwischen den beiden Gruppen, so hat die Verlaufsstichprobe ein geringeres Ausmaß an objektiv (BPRS, HAMD) wie auch an subjektiv (BDI, BL) - durch die Patientinnen - eingeschätzten Symptomen. Es besteht kein weiterer signifikanter Unterschied in der Lebenssituation der beiden Gruppen. Auch hinsichtlich der Dauer ihrer Alkoholabhängigkeit sowie in der Häufigkeit stationärer Entzugsbehandlungen unterscheiden sich die Frauen kaum voneinander.

#### Subjektive Lebensqualität

Die allgemeine Lebenszufriedenheit liegt mit einem Gruppenmittelwert von 4,0 ( $SD = 1,4$ ) im mittleren Bereich der 7stufigen Zufriedenheitsskala (Tab. 1). In Relation zu den bereichsspezifischen Bewertungen und im Vergleich zu Befunden anderer Studien, in denen eine Tendenz zu einer eher positiven Bewertung konstatiert worden ist, bedeutet dies eine relative Unzufriedenheit. Zufriedenheit wird in solchen Lebensbereichen angegeben, die der Privatsphäre zuzuordnen sind; es sind vor allem das Wohnen und die familiären wie auch außerfamiliären Beziehungen. Insgesamt betrachtet liegt die Bewertung der beruflichen Situation im mittleren Bereich. Differenziert nach dem beruflichen Status jedoch

Tab. 1 Allgemeine und bereichsspezifische Lebensqualität (LQ).

Bereich	Gesamtgruppe n = 70	Cluster I n = 22	Cluster II n = 17	Cluster III n = 22	Cluster IV n = 9	Prüfgröße F (3,66)
LQ allgemein	4,0 ± 1,4	4,2 ± 0,8	3,7 ± 1,3	4,7 ± 1,5	2,5 ± 1,4	6,4***
Wohnen	5,7 ± 1,3	5,8 ± 0,9	4,7 ± 1,9	6,3 ± 0,7	5,8 ± 1,1	5,7***
soziale Beziehung	5,2 ± 1,4	5,1 ± 1,3	5,0 ± 1,5	5,7 ± 0,8	4,5 ± 2,2	1,9 n. s.
Familie	5,1 ± 1,6	5,5 ± 1,1	4,5 ± 1,8	5,9 ± 1,2	3,4 ± 1,6	8,1***
Finanzen	4,7 ± 2,0	5,6 ± 1,1	1,6 ± 1,0	5,6 ± 1,3	5,8 ± 1,0	54,6***
Arbeit	4,4 ± 2,2	2,4 ± 1,2	2,7 ± 2,0	6,3 ± 0,9	5,1 ± 1,2	40,3***
Freizeit	4,3 ± 1,7	4,5 ± 1,8	2,8 ± 1,4	5,5 ± 1,2	3,9 ± 0,7	12,5***
Gesundheit	4,1 ± 1,3	3,7 ± 1,4	3,5 ± 1,4	4,9 ± 1,0	4,1 ± 0,8	5,1**
Sicherheit	3,8 ± 1,7	4,1 ± 1,3	3,4 ± 2,1	4,5 ± 1,3	1,7 ± 1,0	8,1***

Mittelwertvergleiche (7stufige Rating-Skala 1: völlig unzufrieden, 7: völlig zufrieden) in Abhängigkeit von der Clusterzugehörigkeit. \*Voraussetzung der Varianzhomogenität verletzt. \*\*  $p \leq 1\%$ , \*\*\*  $p \leq 1\%$  zweiseitige Testung, n. s. nicht signifikant.

zeigt sich eine höhere Zufriedenheit bei berufstätigen Frauen ( $M = 5,0$ ,  $SD = 2,1$ ), wohingegen Frauen, die nicht erwerbstätig sind, in diesem Bereich überwiegend Unzufriedenheit äußern ( $M = 3,0$ ,  $SD = 1,5$ ). Eher gering bewertet werden die Gesundheit und die persönliche Sicherheit. Lebensbereiche, in denen insgesamt betrachtet eine mittlere Bewertung vorgenommen werden, sind die Freizeit und die finanzielle Situation.

Inwieweit die subjektive Lebensqualität als Kriterium zur Differenzierung alkoholabhängiger Frauen geeignet ist, wurde mittels eines hierarchischen clusteranalytischen Verfahrens [7] überprüft. In die Berechnung einbezogen waren die allgemeine Lebensqualität und die je Lebensbereich vorgenommenen Bewertungen (bereichsspezifische Lebensqualität). Die aus inhaltlichen Überlegungen vorgegebene Gruppenanzahl lag bei vier (Tab. 1).

Die Gruppen zeigen sowohl im Ausmaß an Zufriedenheit als auch in der Struktur ihrer Bewertungen Unterschiede. Frauen von Cluster I bewerten insbesondere die familiären und außerfamiliären sozialen Beziehungen sowie ihre Wohnsituation und ihre finanzielle Lage positiv, unzufrieden sind sie mit ihrer beruflichen Situation. Frauen von Cluster II und IV nennen sowohl im Hinblick auf die allgemeine Lebenszufriedenheit als auch in einigen Bereichen eine relativ hohe Unzufriedenheit. Frauen des Cluster II nehmen eine nahezu

einheitliche negative Bewertung vor. Insbesondere Arbeit und Finanzen, Freizeit und Sicherheit sowie die Gesundheit sind subjektiv problembelastete Bereiche. Eine Ausnahme bilden die sozialen Beziehungen. Frauen von Cluster IV hingegen betrachten die Aspekte ihrer Lebenssituation etwas differenzierter. Für sie scheinen die Bereiche Wohnen, Arbeit und Finanzen eher zufriedenstellend zu sein. Ihre familiären sowie außerfamiliären sozialen Beziehungen, die Freizeit und ihre persönliche Sicherheit jedoch bewerten sie weniger positiv. Cluster III ist sowohl in der absoluten Höhe der Gruppenmittelwerte als auch in Relation zu den Einschätzungen der anderen Gruppen charakterisiert durch eine ausgesprochen hohe Zufriedenheit in nahezu allen Lebensbereichen. Ein weiterer Vergleich der Gruppen zeigt Unterschiede hinsichtlich ihrer objektiven Lebenssituation, in den Erkrankungsparametern und in ihrer Sicht auf die Alkoholabhängigkeit. Die ermittelten statistisch signifikanten Unterschiede sind in Tab. 2 abgebildet.

Die Gruppen lassen sich wie folgt charakterisieren: Bei der Mehrheit der Frauen von Cluster I kann von einer relativ guten sozialen Integration ausgegangen werden. Die Hälfte dieser Frauen ist berufstätig, das Einkommen liegt in dieser Gruppe höher als in den anderen. In Ergänzung der Tabelle ist zu erwähnen, daß der überwiegende Teil über familiäre und/oder außerfamiliäre Bindungen verfügt. Frauen aus Cluster II

Tab. 2 Lebenssituation, Angaben zur Alkoholabhängigkeit und psychopathologische Symptomatik.

	Cluster I n = 22	Cluster II n = 17	Cluster III n = 22	Cluster IV n = 9	Prüfgröße F(3,66)/ $\chi^2(3,70)$
Alter	44,1 ± 9,4	35,9 ± 8,1	47,4 ± 8,5	47,1 ± 9,1	F = 6,2***
Berufstätigkeit	50%	23%	86%	33%	$\chi^2 = 17,2***$
Einkommen	2393,0 ± 934	1266,0 ± 672	2223,0 ± 563	2067,0 ± 817	F = 7,1***
Erhalt staatlicher Unterstützung	32%	71%	9%	22%	$\chi^2 = 17,1***$
Erkrankungsbeginn negative Folgen (Anzahl betroffener Lebensbereiche)	34,6 ± 11,6	24,9 ± 7,0	38,4 ± 8,7	37,9 ± 10,6	F = 7,2***
positive Funktion des Alkohols	1,0 ± 1,0	2,1 ± 1,4	0,6 ± 0,7	1,3 ± 1,0	$\chi^2 = 1,4***$
Symptomatik BDI	59%	59%	54%	0	$\chi^2 = 10,4^*$
	10,6 ± 5,1	15,5 ± 7,8	8,2 ± 5,7	14,7 ± 6,0	F = 5,4**

Mittelwerte, Standardabweichungen und prozentuale Häufigkeiten, bezogen auf die jeweils o. g. Referenzgruppe. \*Kruskal-Wallis-Test. \*  $p \leq 5\%$ , \*\*  $p \leq 1\%$ , \*\*\*  $p \leq 0,1\%$

bilden sowohl hinsichtlich ihres Lebensalters als auch in bezug auf das Erkrankungsalter die jüngste Gruppe. Im Vergleich zu den anderen Gruppen verfügen sie über eine tendenziell geringere berufliche Qualifikation. Die Hälfte dieser Frauen lebt in einer Partnerbeziehung, und der gleiche Anteil hat Kinder. Viele von ihnen sind alleinerziehend. Angesichts ihrer beruflichen und finanziellen Lage haben diese Frauen eine eher ungünstige Lebenssituation. Die meisten Frauen dieser Gruppe waren zuvor bereits in einer stationären Entzugsbehandlung, und die Anzahl an Vorbehandlungen ist hier am höchsten. Aktuell leiden sie – ähnlich der Frauen von Gruppe IV – an einer vergleichsweise ausgeprägten psychopathologischen Symptomatik. Frauen des Cluster III zeichnen sich sowohl durch ihre berufliche und finanzielle Situation als auch durch das Bestehen familiärer und außerfamiliärer sozialer Beziehungen durch eine recht gute soziale Integration aus. Sie sehen im Vergleich deutlich weniger Lebensbereiche von negativen Konsequenzen durch ihre Alkoholabhängigkeit betroffen, und sie haben nur mäßig bzw. gering ausgeprägte psychopathologische Symptome. Von Gruppe IV lebt nur ein kleiner Anteil der Frauen aktuell in einer Partnerschaft. Davon ausgehend, daß drei Viertel der Frauen dieser Gruppe – teilweise erwachsene – Kinder haben, kann bei einem Großteil von ihnen von Erfahrungen mit Scheidung bzw. Trennungen ausgegangen werden. Auffallend wenige Frauen dieser Gruppe geben an, Freunde zu haben. Während der Anteil der Frauen, die meinen, das Trinken habe für sie auch eine positive Funktion gehabt, in den ersten 3 Gruppen bei mehr als 50% liegt, fällt auf, daß in Gruppe IV niemand diese Ansicht vertritt. Tab. 3 gibt einen Überblick über die seitens der Frauen genannten Problemfelder, in denen sie Unterstützung wünschen.

Bei einer Vorgabe 16 möglicher Bereiche liegt die Anzahl der Nennungen in den Gruppen II und IV am höchsten, in Gruppe III am niedrigsten. Der Wunsch nach Hilfe bei der Alkoholabhängigkeit steht in jeder Gruppe gleichermaßen an erster und die psychische Gesundheit an zweiter Stelle in der Häufigkeit der Nennungen. Im weiteren differiert zum einen die Rangfolge der genannten Aspekte, und zum anderen unterscheiden sich die Gruppen hinsichtlich der subjektiven Bedürftigkeit pro Bereich voneinander. So glaubt nur etwa ein

Viertel der Frauen von Gruppe III, Unterstützung aufgrund psychischer Probleme zu benötigen, während es in den anderen Gruppen, vor allem in Gruppe II und IV, deutlich mehr sind. Frauen der Gruppe II nennen zudem häufiger als die der anderen Cluster materielle Bereiche. Sie benötigen subjektiv Hilfe am Arbeitsplatz oder bei der Suche nach Arbeit, bei der Regelung ihrer finanziellen Angelegenheiten, beim Umgang mit dem Geld sowie bei Problemen mit der Wohnung bzw. Wohnungssuche. Keine der Frauen dieser Gruppe gibt an, Informationen über die Erkrankung und über Behandlungsmöglichkeiten zu wünschen. Dies ist möglicherweise mit der Häufigkeit vorangegangener Behandlungen beim überwiegenden Teil der Betroffenen zu erklären, die sich demzufolge ausreichend informiert fühlen. Im Unterschied zu den anderen Gruppen scheint für viele Frauen der Gruppe IV häufig der Wunsch nach Unterstützung in zwischenmenschlichen Beziehungen im Vordergrund zu stehen, sowohl im familiären als auch im außerfamiliären Rahmen. Wie bereits die vorherigen Ausführungen gezeigt haben, hat nur ein recht geringer Teil der Frauen dieser Gruppe einen Partner oder Freundinnen.

Die abschließende Betrachtung des Verlaufs der Alkoholabhängigkeit (Tab. 3) nach einem Zeitraum von 6 Monaten<sup>2</sup> zeigt, inwieweit die Lebensqualität für den weiteren Umgang mit dem Alkohol von Relevanz ist. Mit einer Rückfallquote von 56% in der Gesamtgruppe zeigt sich nach Differenzierung in die Untergruppen ein Zusammenhang zur subjektiven Lebensqualität. Eine hohe Lebensqualität (Cluster III) prognostiziert am ehesten eine geringere Rückfallwahrscheinlichkeit. Es kann nicht davon ausgegangen werden, daß eine überaus niedrige Lebensqualität (Cluster II) mit einem erhöhten Rückfallrisiko einhergeht. Vor allem scheinen Probleme, die mehr im zwischenmenschlichen Bereich anzusiedeln sind (Cluster IV), möglicherweise einhergehend mit einer verminderten Krankheitseinsicht, einen rückfallbegünstigenden Faktor darzustellen.

<sup>2</sup> Es konnte kein Selektionseffekt in der Verlaufsstichprobe hinsichtlich der Clusterzugehörigkeit festgestellt werden.

Tab. 3 Bedürfnisse nach Hilfe und Unterstützung und Rückfallrate.

benötige Hilfe bei...	Gesamtgruppe n = 70	Cluster I n = 22	Cluster II n = 17	Cluster III n = 22	Cluster IV n = 9	Prüfgröße $\chi^2(3,70)$
Abhängigkeit	89%	95%	82%	91%	78%	2,8 n. s.
psychische Gesundheit	52%	45%	82%	27%	67%	12,8**
Arbeit	39%	45%	59%	18%	33%	7,3 t
finanzielle Angelegenheiten	17%	9%	53%	0%	11%	21,1***
Partnerbeziehung	16%	5%	18%	14%	50%	8,9*
Umgang mit dem Geld	7%	4%	23%	0%	0%	9,5**
Körperpflege	3%	0%	0%	0%	22%	13,9***
Anzahl der genannten Bereiche (Vorgabe von 16)	3,4 ± 1,7 Range 1–9	3,2 ± 1,0 Range 1–5	4,6 ± 1,5 Range 2–7	2,4 ± 1,3 Range 1–5	4,3 ± 2,4 Range 2–9	17,9*** <sup>b</sup>
Rückfallrate nach 6 Monaten	56%	75%	50%	31%	100%	$\chi^2(3,41) = 9,8^*$

Bereiche, von mindestens 30% der Befragten genannt sowie Bereiche, die in Abhängigkeit von der Gruppenzugehörigkeit unterschiedlich häufig angegeben werden. Prozentuale Häufigkeiten, Mittelwerte und Standardabweichungen, bezogen auf die jeweils o. g. Referenzgruppe. \*Voraussetzung verletzt, <sup>b</sup>Kruskal-Wallis-Test. \* p ≤ 5%, \*\* p ≤ 1%, \*\*\* p ≤ 0,1%, t: t ≤ 10% zweiseitige Testung, n. s. nicht signifikant.

## Diskussion

Die Befunde belegen zunächst, daß eine an der subjektiven Lebensqualität orientierte Gruppenbildung von alkoholabhängigen Frauen möglich ist. Interindividuelle Varianzen und intraindividuelle Unterschiede in den Bewertungen der einzelnen Bereiche zeigen einerseits, daß alkoholabhängige Frauen im Hinblick auf ihre Lebensqualität keine homogene Gruppe bilden und andererseits, daß sie ihre Bewertungen differenziert vornehmen. Ähnlichkeiten in ihren Bewertungen können genutzt werden, um Untergruppen voneinander zu differenzieren. Unterschiede zwischen den neu gebildeten Gruppen, die sich sowohl in ihrer aktuellen Lebenssituation, in Merkmalen der Erkrankung und in der subjektiven Sicht einzelner Aspekte der Abhängigkeit manifestieren, wurden festgestellt. Auch die von den Betroffenen angegebenen Bereiche, in denen Unterstützung benötigt oder gewünscht wird, sind je nach Lebensqualitätsstruktur unterschiedlich. Es wird deutlich, daß subjektive Lebensqualität teilweise in Übereinstimmung mit Problemen oder Ressourcen steht oder damit erklärt werden kann: So hat Gruppe I eine hohe subjektive Lebensqualität im Bereich soziale Beziehungen, und auch objektiv betrachtet scheinen sie über solcherlei Bindungen zu verfügen. Ihre niedrige subjektive Lebensqualität im beruflichen Bereich und in der psychischen Gesundheit spiegelt sich in ihrer Bedürfnisstruktur wider. Die überaus geringe subjektive Lebensqualität von Gruppe II sowie ihre gleichzeitig bestehende vor allem materiell benachteiligte Lebenssituation, einhergehend mit zahlreichen Vorbehandlungen, gibt Hinweise auf eine besondere Notlage, die auch in der Vielfältigkeit ihrer Bedürfnisse Ausdruck findet. Eine hohe subjektive Lebensqualität in Gruppe III könnte als Ausdruck der im Vergleich besseren beruflichen und sozialen Integration dieser Frauen verstanden werden. Ihre Hilfebedürftigkeit scheint sich auf die Alkoholabhängigkeit selbst sowie auf einen Informationsbedarf zu fokussieren. Die geringe subjektive Lebensqualität, insbesondere in familiären und sozialen Beziehungen in Gruppe IV, wird untermauert durch die Befunde zur familiären Situation und zum sozialen Netz, während bei ihnen mehr materielle Dinge subjektiv wie auch objektiv eine nur geringe Bedeutung zu haben scheinen. Keine der Frauen dieser Gruppe kann in differenzierter Weise dem Trinken auch eine positive Funktion zuschreiben. Die Befunde zeigen somit, daß das Merkmal Lebensqualität ein sinnvolles und brauchbares Evaluationskriterium sein kann. Die Ergebnisse des Verlaufs untermauern den Stellenwert, den die Lebensqualität für die Prädiktion eines Rückfalls hat. Lebensqualität kann somit für die Behandlungsplanung auch als ein Zielkriterium genutzt werden.

Die Befunde anderer Studien, die die Problembereiche bei alkoholabhängigen Frauen überwiegend im sozialen und familiären Kontext ansiedeln bzw. dies als einen besonderen Problembereich hervorheben [1,3], können den Ergebnissen der vorliegenden Studie zufolge nicht auf die Gesamtgruppe alkoholabhängiger Frauen generalisiert werden, wenn auch einige von ihnen subjektiv sowie objektiv Defizite aufweisen. Herausgestellt werden konnte jedoch, daß subjektiv wahrgenommene Probleme in Beziehungen sowie eine soziale Isolation häufig mit einem Rückfall einhergehen. Das Vorhandensein sozialer Beziehungen kann hier eine wichtige Ressource sein. Eine überaus negative Lebensqualität, wie sie bei einem Teil der Patientinnen besteht, teilweise kongruent

mit ungünstigen Lebensumständen, bedeutet nicht in jedem Fall ein erhöhtes Rückfallrisiko. Andererseits schließt eine gute soziale Integration nicht gleichzeitig einen positiven Verlauf ein. Für die therapeutische Arbeit bedeutet dies auch die Notwendigkeit einer differenzierten Behandlungsplanung, wie es gerade bei alkoholabhängigen Frauen aufgrund ihrer im Vergleich zu männlichen Mitpatienten häufig besseren sozialen Integration oftmals übersehen wird [16]. Hier wäre insbesondere die subjektive Problemlage zu beachten.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie sind insofern von besonderer Relevanz, da sich die befragten alkoholabhängigen Frauen in einer therapeutisch wichtigen Behandlungsphase, der Entgiftung, befinden. Diese Intervention ist häufig eine Art Weichenstellung für weitere Behandlungsschritte. Viele Patientinnen sind zudem zu diesem Zeitpunkt motivierter für therapeutische Veränderungen als später, bei manchen Patientinnen ist es der einzige Zeitraum, in dem sie überhaupt für therapeutische Interventionen erreichbar sind, während sie sich danach Behandlungsversuchen wieder entziehen. Im Rahmen dieser Studie ist der Schluß auf spezifische therapeutische Interventionen nur begrenzt möglich. Die Ergebnisse lassen es aber zu, einige Aspekte herauszustellen, die in der Entgiftungsbehandlung alkoholabhängiger Frauen von Bedeutung sein können. Die Berücksichtigung der Lebensqualität im Kontext der Erkrankung und der individuellen Lebenssituation in der Behandlung erscheint sinnvoll. Hier ergeben sich Hinweise auf Problembereiche wie auch auf Ressourcen, aus denen wiederum therapeutisch relevante Schritte abgeleitet werden können. Das Behandlungsangebot in der stationären Entgiftung sollte aufgrund der je unterschiedlichen Problemlage alkoholabhängiger Frauen breit angelegt, individuell aber auf die wesentlichen Problembereiche fokussiert sein. Besondere Beachtung bedarf eine bei vielen Frauen bestehende soziale Isolation und die häufig damit verbundenen sozialen Ängste, einhergehend mit einem Mangel an sozialer Kompetenz. Auch die neben einer Alkoholabhängigkeit bestehenden weiteren psychischen Beschwerden bedürfen einer spezifischen Hilfe, die bereits im Rahmen der Entgiftung angeboten werden sollte. Ein Bewußtmachen der Funktion des Trinkens im Leben der Patientin kann für den Verlauf förderlich sein. Eine in vielen Bereichen bestehende subjektiv belastende und problematische Lebenssituation bedarf der Bereitstellung von Beratungsangeboten und ggf. konkreter Hilfestellungen. Weitere Studien zur Lebensqualität alkoholabhängiger Patientinnen (und Patienten) können einen Beitrag leisten, das Konstrukt Lebensqualität mit einem theoretischen Erklärungsmodell zur Genese und Aufrechterhaltung der Alkoholabhängigkeit zu verbinden [27]. Eine Verknüpfung und Integration beider Ansätze könnten zu einem umfassenderen Bild über Alkoholabhängigkeit beitragen und die Erkrankung und deren Funktion im Lebenskontext erkennen lassen, woraus möglicherweise Handlungsstrategien für das therapeutische Vorgehen abzuleiten wären.

## Literatur

- <sup>1</sup> Akerlind, I., J. O. Hörnquist: Loneliness and alcohol abuse: A review of evidences of an interplay. *Social Science and Medicine* 34 (1992) 405-414
- <sup>2</sup> Angermeyer, M. C., B. Bock: Das soziale Netzwerk Alkoholkranker. *Psychotherapie und Medizinische Psychologie* 34 (1984) 1-9

- <sup>3</sup> Auerbach, P., A. M. Oschinsky, K. Melchertsen, M. Riffert, W. U. Weitbrecht: Geschlechtsspezifische Formen der Alkoholismusentwicklung. In: Berger, H., A. Legnaro, K.-H. Reuband: Frauen-alkoholismus. Entstehung - Abhängigkeit - Therapie. Kohlhammer, Stuttgart (1983) 21 - 33
- <sup>4</sup> Beattie, M. C., R. Longabaugh, G. Elliot, R. E. Stout, J. Fava, N. E. Noel: Effect of the social environment on alcohol involvement and subjective well-being prior to alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol* 54 (1993) 283 - 296
- <sup>5</sup> Beck, A. T., A. J. Rush, B. F. Shaw, G. Emery: Kognitive Therapie der Depression. Psychologie Verlags Union, Weinheim (1996)
- <sup>6</sup> Beck, A. T., F. D. Wright, C. F. Newman, B. S. Liese: Kognitive Therapie der Sucht. Psychologie Verlags Union, Weinheim (1997)
- <sup>7</sup> Bortz, J.: Statistik für Sozialwissenschaftler. Springer, Berlin (1993)
- <sup>8</sup> Bullinger, M.: Entwicklung und Anwendung von Instrumenten zur Erfassung der Lebensqualität. In: Bullinger, M.: Lebensqualitätsforschung. Bedeutung - Anforderung - Akzeptanz. Schattauer, Stuttgart (1997) 1 - 6
- <sup>9</sup> CIPS: Internationale Skalen der Psychiatrie. Beltz, Weinheim (1986)
- <sup>10</sup> Dilling, H., W. Mombour, M. H. Schmidt: Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10, Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber, Bern (1991)
- <sup>11</sup> Favazza, A. R., J. J. Thompson: Social networks of alcoholics: Some early findings. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 8 (1984) 9 - 15
- <sup>12</sup> Gomberg, E. S. L., R. Schilit: Social isolation and passivity of women alcoholics. *Alcohol and Alcoholism* 20 (1985) 313 - 314
- <sup>13</sup> Hamilton, M.: A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 23 (1960) 56 - 62
- <sup>14</sup> Haver, B.: Female alcoholics I. Psychosocial outcome six years after treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 74 (1986) 102 - 111
- <sup>15</sup> Hoffmann, K., W. Kaiser, M. Isermann, S. Priebe: Wie verändert sich die Lebensqualität langzeithospitalisierter psychiatrischer Patienten nach ihrer Entlassung in die Gemeinde? *Gesundheitswesen* 60 (1998) 1 - 7
- <sup>16</sup> John, U.: Alkoholabhängige in Entzugsbehandlung: Vorgesehene weitere Maßnahmen zur Rehabilitation. *Psychiatrische Praxis* 13 (1986) 134 - 137
- <sup>17</sup> Kaiser, W., S. Priebe: Zur Messung von Veränderungen der subjektiven Lebensqualität bei chronisch schizophrener Patienten. *Nervenarzt* 69 (1998) 219 - 227
- <sup>18</sup> Kaiser, W., S. Priebe, K. Hoffmann, M. Isermann: Subjektive Lebensqualität bei Patienten mit chronischer Schizophrenie. *Nervenarzt* 67 (1996) 572 - 582
- <sup>19</sup> Lauer, G.: Ergebnisse der Lebensqualitätsforschung bei chronisch psychisch Kranken. *Psychiatrische Praxis* 22 (1993) 88 - 90
- <sup>20</sup> Lehman, A. F.: The well-being of chronic mental patients. *Archives of General Psychiatry* 40 (1983) 369 - 373
- <sup>21</sup> Longabaugh, R., M. E. Mattson, G. J. Connors, N. L. Cooney: Quality of life as an outcome variable in alcoholism treatment research. *Journal of Studies on Alcohol (Suppl. 12)* (1994) 119 - 129
- <sup>22</sup> Marlatt, G. A.: Relapse prevention: General overview. In: Marlatt, G. A., J. R. Gordon: Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours. Guilford, New York (1985) 3 - 70
- <sup>23</sup> McLachlan, J. F. C., R. L. Walderman, D. F. Birchmore, L. R. Marsden: Self evaluation role satisfaction and anxiety in the woman alcoholic. *International Journal of the Addictions* 14 (1979) 809 - 832
- <sup>24</sup> Overall, J. E., D. R. Gorham: The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports* 10 (1962) 799 - 812
- <sup>25</sup> Priebe, S., T. Gruyters, M. Heinze, C. Hoffmann, A. Jäkel: Subjektive Evaluationskriterien in der psychiatrischen Versorgung - Erhebungsmethoden für Forschung und Praxis. *Psychiatrische Praxis* 22 (1995) 140 - 144
- <sup>26</sup> Rudolf, H., I. Bommer, S. Priebe: Alkoholabhängige Frauen nach der körperlichen Entgiftung - Wie bewerten sie ihre Lebenssituation? *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 19 (1996) 47 - 53
- <sup>27</sup> Rudolf, H.: „Zufrieden? - Was heißt schon zufrieden?“ Eine empirische Studie zur Lebensqualität alkoholabhängiger Frauen. Roderer, Regensburg (1998)
- <sup>28</sup> Schneider, K. M., F. J. Kviz, M. L. Isola, W. J. Filstead: Evaluating multiple outcomes and gender differences in alcoholism treatment. *Addictive Behaviours* 20 (1995) 1 - 21
- <sup>29</sup> Welsh, J. A., D. G. Buchsbaum, C. B. Kaplan: Quality of life of alcoholics and non-alcoholics: Does excessive drinking make a difference in the urban setting? *Quality of Life Research* 2 (1993) 325 - 340

Dipl.-Psych. Dr. phil. Heidi Rudolf

Universitätsklinikum der RWTH Aachen  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Pauwelsstraße 30  
D-52074 Aachen