

Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen
Suchtakademie Berlin-Brandenburg

Masterstudiengang Suchthilfe/Suchttherapie (M. Sc.)

Masterthesis

Sex on Fire – ein Zusammenhang zwischen Substanzkonsum und sexuellem Verhalten?

Vorgelegt von:	Tina Zöppel
Matrikel-Nr.:	516433
Erstprüfer:	Prof. Dr. Johannes Lindenmeyer
Zweitprüfer:	Prof. Dr. jur. Rolf Jox
Datum der Abgabe:	13.08.2020

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	4
Tabellenverzeichnis.....	5
1. Einleitung.....	6
2. Theoretischer Hintergrund.....	8
2.1 Substanzkonsum in Deutschland.....	8
2.1.1 Konsumgründe.....	9
2.2 Sexualität und sexuelles Verhalten.....	12
2.2.1 Die Entwicklung des Sexualverhaltens.....	15
2.2.2 Sexualverhalten in Deutschland.....	19
2.3 sexuelles Erleben und Substanzkonsum.....	21
2.3.1 deutsche Studien zum Substanzkonsum und sexuellem Verhalten.....	22
2.3.2 internationale Studien zum Substanzkonsum und sexuellem Verhalten.....	25
3. Fragestellung und Erkenntnisinteresse der Arbeit.....	31
4. Methode.....	32
4.1 Ableitung von Hypothesen.....	32
4.2 Untersuchungsdesign.....	32
4.3 Auswahl der Stichprobe.....	33
4.4 Entwicklung des Fragebogens.....	33
4.5 Datenschutz gemäß Datenschutzgrundverordnung vom 25.05.2018.....	35
4.5.1 Kapitel I. Allgemeine Bestimmungen.....	38
4.5.2 Kapitel II. Grundsätze.....	38
4.5.3 Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten.....	39
4.5.4 Einwilligungserklärung gem. Art. 9 Abs. 2a DS-GVO.....	40
4.6 Durchführung der Befragung.....	41
4.7 Statistische Verfahren.....	41
5. Darstellung der Ergebnisse.....	42
5.1 Beschreibung der Stichprobe.....	42
5.2 Substanzgebrauch.....	43

5.3	Sexuelles Verhalten.....	45
5.4	Aussagen zum Einfluss der Hauptsubstanz(en) auf das sexuelle Verhalten.....	47
6.	Diskussion.....	52
6.1	zur Methode der Untersuchung.....	51
6.2	Limitationen der Studie.....	52
6.2.1	Hinsichtlich der Probandengruppe und der Stichprobe.....	52
6.2.2	Hinsichtlich des Erhebungsinstrumentes.....	52
6.3	Hypothesenprüfung.....	53
7.	Fazit.....	60
	Literaturverzeichnis.....	62
	Selbstständigkeitserklärung.....	65
	Anhang.....	66

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prävalenzen des Konsum illegaler Drogen bei Jugendlichen und Erwachsenen (Drogen- und Suchtbericht 2019).....	8
Abbildung 2: Konsumgelegenheiten (Milin et al. 2014).....	10
Abbildung 3: Konsummotive (Milin et al. 2014).....	11
Abbildung 4: Substanzkonsum und Sexualität – Verbindungslinien (Deimel 2018).....	21
Abbildung 5: Substanzkonsum am Häufigsten in den letzten sechs Monaten vor der Entwöhnungsbehandlung (Prozent der Fälle)	43
Abbildung 6: Hauptsubstanzen (Prozent der Fälle).....	44
Abbildung 7: Substanzen außerdem konsumiert (Prozent der Fälle).....	45

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Mittelwerte und Standardabweichungen aller Aussagen zum Einfluss der Hauptsubstanzen auf das sexuelle Erleben.....	47
Tabelle 2: Mittelwerte und Standardabweichungen aller Aussagen zu positivem Einfluss der Hauptsubstanzen auf das sexuelle Erleben.....	54
Tabelle 3: Mittelwerte und Standardabweichungen aller Aussagen zu negativem Einfluss der Hauptsubstanzen auf das sexuelle Erleben.....	55
Tabelle 4: Mittelwerte und Standardabweichungen aller Aussagen zu positivem Einfluss der Hauptsubstanzen auf das sexuelle Erleben bezüglich des Geschlechts.....	56
Tabelle 5: Mittelwerte und Standardabweichungen aller Aussagen zu negativem Einfluss der Hauptsubstanzen auf das sexuelle Erleben bezüglich des Geschlechts.....	57
Tabelle 6: Mittelwerte und Standardabweichungen aller Aussagen zu Bereitschaft zum riskanten Sex bezüglich des Geschlechts.....	57
Tabelle 7: Mittelwerte und Standardabweichungen aller Aussagen zum negativen Einfluss der Hauptsubstanzen auf das sexuelle Erleben bezüglich der Konsumdauer.....	58

1. Einleitung

„Therapie und Sexualität, ein auf den ersten Blick brisantes Thema. Ich möchte allerdings darauf hinweisen, dass es sich hierbei nicht um einen Beitrag mit pornographischem Beigeschmack handelt, sondern ich bin mir sicher, dass gerade auch die Sexualität bei der Bewältigung unserer Suchtprobleme eine relativ wichtige Rolle spielt.“ (Suchtglocke Nr. 55, S. 26) Diesen Satz äußerte Hans A. im Jahr 1989 als Suchtpatient der Fachklinik Vielbach im Rahmen einer Umfrage zum Thema Sexualität. Schon damals war es den Patienten der Reha-Klinik ein Bedürfnis, das intime Thema Sucht und Sexualität in den Fokus der Behandlung zu rücken. Auch heute noch ist die Thematik rund um Sex unter Substanzeinfluss ein eher tabuisiertes Thema mit wenig wissenschaftlichen Erkenntnissen. Im deutschsprachigen Raum gibt es bisher sehr wenig Literatur, welche sich explizit mit Sucht und sexuellem Verhalten unter Substanzeinfluss beschäftigt. Dennoch wurden einige Studien in diesem Bereich durchgeführt. Die Mehrzahl der Studien beschäftigt sich vor allem mit dem sexuellen Risikoverhalten unter Substanzeinfluss in Verbindung mit sexuell übertragbaren Krankheiten und erhält somit eine negative Assoziierung.

Es herrschen zwei Ansichten in Bezug auf Drogenkonsum vor. Zum einen der ‚verteufelte‘ Ruf des Lebenszerstörers durch hemmungslosen Konsum, Abhängigkeit und Kontrollverlust und zum anderen das Mittel der Wahl zur Entspannung, Sinneserweiterung und zum Zweck des abenteuerlich unbeschwerten Vergnügens. Die positiven Aspekte werden eher nicht in das Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt, um eine vermeintliche Verherrlichung des Konsums illegaler Substanzen zu vermeiden. Wenn es aber um die Behandlung abhängigkeitskranker Menschen und den erfolgreichen Ausstieg aus dem Konsum geht, ist es unumgänglich, den Blick auch auf die positiv erlebten Zusammenhänge zu richten. Den Fokus auf die negativen Aspekte des Konsums zu richten, hat zur Folge, dass die positiven Erfahrungen gänzlich vernachlässigt werden. Sie sind aber wichtig, um die Konsummotivation des Einzelnen verstehen zu können und in der Behandlung adäquat darauf zu reagieren. Der Substanzkonsum hat auch Seiten, welche für die KlientInnen von Vorteil sind und ihnen helfen, bestimmte schwierige Lebenssituationen zu überwinden und gerade im sexuellen Bereich intensivere Erfahrungen zu

machen. Im zwischenmenschlichen Bereich ist es unter Konsum zum Beispiel wesentlich leichter, neue Kontakte zu knüpfen und sich darauf bezogen gegebenenfalls auch auf sexuelle Aktivitäten ungehemmter einlassen zu können. Zum anderen scheinen beispielsweise die sexuelle Leistungsfähigkeit und die Ausprägung der Lust auf Sex vor allem unter Stimulanziengebrauch deutlich gesteigert zu sein.

Es stellt sich somit die Frage, welche positiven sexuellen Erfahrungen die Klientinnen und Klienten unter Substanzeinfluss tatsächlich machen. Welchen Vorteil hat der Konsum in Bezug auf das sexuelle Erleben? Gibt es auch negative Folgen? Und was bedeutet das für die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen? Die vorliegende Masterthesis beschäftigt sich mit diesen Fragen. Im ersten Teil werden theoretische Aspekte zum Substanzkonsum allgemein und zum Sexualverhalten erläutert. Außerdem werden relevante nationale und internationale Studien zum Thema Sexualität und Substanzkonsum vorgestellt. Der zweite Teil umfasst die Fragestellung und die Hypothesen- und Methodenentwicklung sowie datenschutzrechtliche Aspekte. Im dritten Teil werden die Ergebnisse dargestellt und im vierten Teil findet sich die Diskussion zu den entwickelten Hypothesen. Im fünften und letzten Teil dieser Masterthesis werden die Ergebnisse im Fazit kritisch gewürdigt und der weitere Forschungsbedarf erwähnt.

Ziel der vorliegenden Masterthesis soll sein, einen erweiterten Blick auf den Konsum von Substanzen in Bezug auf die Sexualität der KlientInnen entstehen zu lassen und damit verbunden für den Ausstiegsprozess aus dem Drogenkonsum wichtige Anhaltspunkte zur Behandlung der Abhängigkeitserkrankung herauszuarbeiten und somit den Erfolg der Behandlung dauerhaft zu verbessern.

2. Theoretischer Hintergrund

In den folgenden Kapiteln werden Zahlen und Fakten zum Konsumverhalten in Deutschland erläutert. Außerdem werden wichtige Erkenntnisse zur Entwicklung von Sexualverhalten benannt und der Forschungsstand zu sexuellem Verhalten und Substanzkonsum dargestellt.

2.1 Substanzkonsum in Deutschland

Im Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2019 wurde mithilfe unterschiedlicher Studien der Substanzkonsum in Deutschland dargestellt. Der Bericht wird jährlich durch die Drogenbeauftragte der Bundesregierung herausgegeben und dokumentiert unter anderem die Entwicklung des Konsums

	Jugendliche	Junge Erwachsene	Erwachsene
Alter	12–17 Jahre	18–25 Jahre	18–64 Jahre
Datenquelle/Jahr	BZgA: Drogenaffinitätsstudie 2015 bzw. für Cannabis Alkoholsurvey 2018		IFT: ESA 2019
Cannabis			
Jemalskonsum	10,0 %	42,5 %	28,2 %
Konsum in den letzten zwölf Monaten	8,0 %	23,0 %	7,1 %
regelmäßiger Konsum (mind. zehn mal in den letzten zwölf Monaten)	1,6 %	6,9 %	nicht erhoben
weiblich	0,7 %	3,5 %	k. A.
männlich	2,3 %	10,0 %	k. A.
Abhängigkeit	k. A.	k. A.	0,6 %
Heroin			
			+ andere Opiode
Jemalskonsum	0,1 %	0,5 %	1,7 %
Konsum in den letzten zwölf Monaten	0,0 %	0,0 %	0,4 %
NPS			
Jemalskonsum	0,1 %	2,2 %	2,6 %
Konsum in den letzten zwölf Monaten	0,0 %	0,3 %	0,9 %
Crystal Meth			
Jemalskonsum	0,0 %	0,6 %	0,8 %
Konsum in den letzten zwölf Monaten	0,0 %	0,4 %	0,2 %
Kokain			
			+Crack
Jemalskonsum	0,5 %	2,9 %	4,1 %
Konsum in den letzten zwölf Monaten	0,3 %	1,2 %	1,1 %
Ecstasy			
Jemalskonsum	0,6 %	4,0 %	3,9 %
Konsum in den letzten zwölf Monaten	0,5 %	2,2 %	1,1 %

Angaben von 0,0 Prozent bedeuten nicht notwendigerweise, dass es keine Konsumenten gibt. Die Anzahl liegt aber so niedrig, dass diese statistisch nicht ins Gewicht fällt.

Abbildung 1

unterschiedlicher Substanzen in Deutschland. In der Abbildung 1 sind die

Prävalenzen des Konsums illegaler Drogen bei Jugendlichen und Erwachsenen aufgeführt. Bei dieser Abbildung wird deutlich, dass ein nicht unerheblicher Teil der deutschen Bevölkerung illegale Drogen schon einmal probiert haben. Vor allem bei Cannabis ist die Prävalenz für Jemalskonsum mit 42,5 % unter den 18 – 25 Jährigen deutlich höher als bei anderen Substanzen. Bei der Auswertung des Epidemiologischen Suchtsurveys von 1995 bis 2018 wurde festgestellt, dass der Tabak- und Alkoholkonsum und die Einnahme von Hypnotika/Sedativa über die Jahre rückläufig ist. Im Gegensatz dazu nahm der Cannabiskonsum, der Konsum anderer illegaler Drogen sowie die Einnahme von Analgetika zu. Wobei davon auszugehen ist, dass es sich bei den befragten Personen eher um Gelegenheitskonsumenten handelt, da sich vermutlich die Dauerkonsumenten von illegalen Drogen nicht an solch einer Befragung beteiligen. (vgl. Seitz, N. et al. 2019)

2.1.1 Konsumgründe

Das Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg untersuchte im Jahr 2013 mit Hilfe eines Projektes die Konsummotive und Konsummuster von Menschen mit missbräuchlichem Amphetamin- und Methamphetaminkonsum. Ziel der Untersuchung war es, zielgruppenrelevanten Themen für präventive Maßnahmen herauszuarbeiten. *„Das Projekt umfasste drei Module: 1.) Die empirische Befragung von aktuellen ATS-Konsumenten, 2.) die Auswertung von Internetforen und 3.) die Untersuchung von Personen, die ihren ATS-Konsum eingestellt haben.“* (Milin 2014, S. 7) Die Befragung wurde mithilfe eines Mixed-Methods-Ansatzes durchgeführt, bei dem sowohl qualitative als auch quantitative Forschungsmethoden Anwendung fanden. Die Teilnehmer/innen mussten folgende Einschlusskriterien erfüllen:

- innerhalb der letzten 12 Monate Konsum von Amphetamin oder Methamphetamin (an mind. 5 Tagen in den letzten 12 Monaten)
- Wohnsitz in Deutschland

Als Ausschlusskriterium wurden folgende formuliert:

- U18
- Schwere Opiatabhängigkeit vor dem ATS-Konsum
- Aktuelle psychotische Erkrankungen

„Um die gewünschte Zielgruppe zu identifizieren, wurde im Erhebungsinstrument eine Eingangsfrage gestellt, die anhand der Szenenamen aktueller Formen von Amphetamin (z.B. „Speed“, „Pep“, „Paste“) bzw. Methamphetamin (z.B. „Crytsal“, „Meth“, „Crystal-Speed“) erfasste, welche der Substanzen konsumiert wurden.“ (ebd.)

Lediglich der Konsum von Ecstasy sowie anderer Stimulanzen oder Kokain wurden nicht in die Studie einbezogen.

Nach Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien konnten 392 Befragungen für die Studie ausgewertet werden. Die TeilnehmerInnen wurden zunächst gebeten anzugeben, in welcher Kombination der ATS-Konsum stattgefunden hat.

Danach wurden Soziodemographische Daten wie Geschlecht, Alter, Partnerschaft, Kinder, Wohnsituation, Schulabschluss, Berufsausbildung, Beschäftigungssituation und monatliches Nettoeinkommen befragt.

Anschließend wurden Fragen zu Dauer, Häufigkeit und Applikationsform der ATS-Substanzen gestellt.

Besonders interessant für die vorliegende Masterthesis war die Auswertung der Befragung zu Konsumgelegenheiten und Konsummotiven.

Bei den Konsumgelegenheiten gaben 50,3 % der befragten Personen an, Methamphetamin bei sexuellen Aktivitäten zu konsumieren. Somit nahm „Sex“ den 5. Platz bei den Konsumgelegenheiten unter Methamphetamin-Konsumenten ein. Bei Amphetaminkonsum gaben hingegen 14,1 % der befragten Personen an, für sexuelle Aktivitäten zu konsumieren.

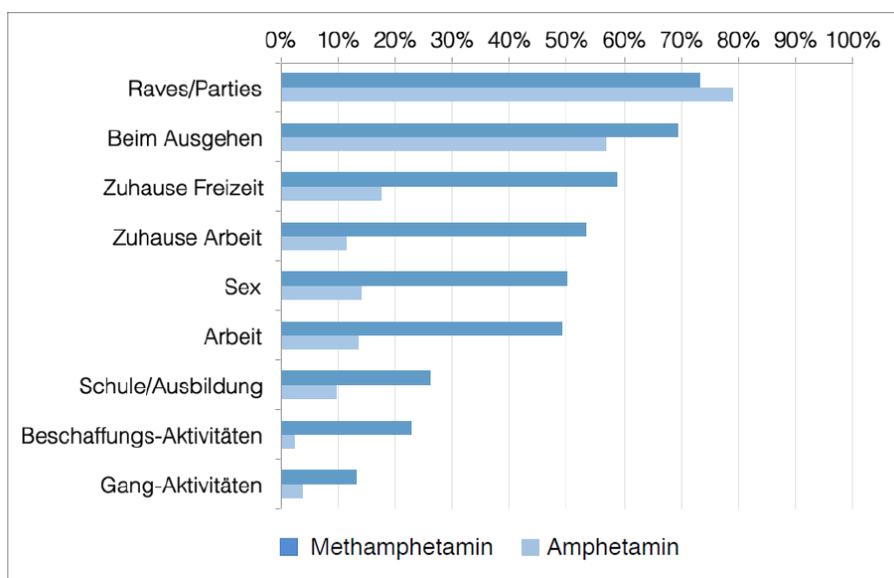


Abbildung 2

Zu den Konsummotiven befragt, gaben 46,4 % der teilnehmenden Personen an, sie konsumieren Methamphetamin, um Sex genießen zu können. Im Ranking belegt der Punkt „Sex genießen“ somit den 6. Platz. Weiterhin wurden von 16,6 % der befragten Konsumenten angegeben, „Sex ist nur dann möglich“, das heißt ohne Konsum sei bei diesen Personen keine sexuellen Aktivitäten mehr möglich.

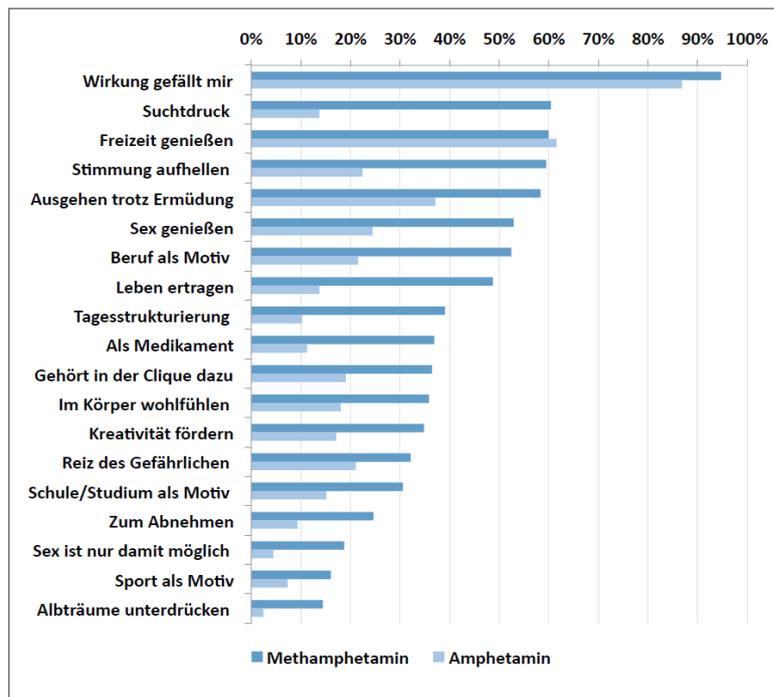


Abbildung 1

In anderen von mir recherchierten Studien und Befragungen spielt das Thema Sexualität als Konsummotiv keine Rolle oder es wurde nicht explizit danach gefragt. Dennoch zeichnet sich in den vorliegenden Zahlen ein wichtiger Aspekt in der Entwicklung von Behandlungsprogrammen für substanzbezogene Störungen ab. Sexualität und sexuelles Verhalten sind wichtige Themen in Bezug auf das Konsumverhalten von Methamphetamin-Konsumenten. Mehr als die Hälfte der befragten Klienten gaben an, dass sie Methamphetamin konsumierten, um Sex genießen zu können. Immerhin 24,4 % gaben an, Sex sei nur unter Konsum möglich.

Im nächsten Abschnitt wird auf das Thema Sexualität und sexuelles Erleben eingegangen, um darzustellen, welche Bedeutung und welchen Stellenwert

Sexualität für uns Menschen hat, wie sich sexuelles Erleben entwickelt und wie es sich mit dem Sexualverhalten in Deutschland verhält.

2.2 Sexualität und sexuelles Verhalten

Seit es die Menschheit gibt, gibt es auch den sexuellen Umgang untereinander. Im Laufe der Zeit haben sich viele Begriffe zu den männlichen und weiblichen Geschlechtsorganen und zu den unterschiedlichsten sexuellen Praktiken entwickelt. Die Interpretation der Begriffe zu den jeweiligen Zeiten unterscheidet sich jedoch teils erheblich. „Dies gilt ganz besonders für das Wort >>Sex<< und alle Wörter, die davon abgeleitet sind.“ (Haeberle 1978) Es gab schon im Altertum Begriffe für die unterschiedlichsten Handlungen, welche aber noch nicht unter dem Begriff „Sexualverhalten“ zusammengefasst wurden. Die Definition sexueller Verhaltensweisen als wichtiges Merkmal zwischenmenschlicher Beziehungen hat es zu diesem Zeitpunkt noch nicht gegeben. „Die Körperfunktionen wurden nicht als getrennte Einheiten interpretiert, es gab noch keine genauen Unterscheidungen zwischen verschiedenen Arten körperlicher Bedürfnisse.“ (ebd.) Das Bedürfnis nach Nähe und körperlicher Zuwendung wurde noch nicht als unabhängiger Trieb definiert, sondern als Bestandteil der menschlichen Existenz gesehen. Lange Zeit wurde das Wort ‚Sex‘ als anatomische Bezeichnung für das männliche oder weibliche Geschlecht genutzt. Erstmals taucht diese Bezeichnung in der Übersetzung der lateinischen Bibel von 1382 auf, in der es um die Arche Noah geht. „In dieser berühmten Übersetzung, die von dem Reformator John Wiclif veranlasst worden war, befiehlt Gott Noah, zwei Vertreter jeder Tierart in die Arche aufzunehmen: >>The maal sex and femaal<< (1. Mose 6,19)“ (Haeberle)

Ab dem 18. Jahrhundert entwickelte sich aus dem wissenschaftlichen Fortschritt heraus auch der Begriff „sexuell“ und erweiterte sich um den Prozess der Reproduktion. Im Jahr 1735 entwickelte der Botaniker Linné den „Methodus sexualis“, ein Klassifikationssystem bei dem die Pflanzen nach ihrer Art und Anzahl der reproduktiven Strukturen eingeordnet werden konnten. Dieses System erhielt starken Widerstand durch Religionsführer, welche diese Ansicht aufgrund der Sexualisierung aller Pflanzen als unsittlich und Gotteslästerung ansahen. Die Diskussion um Linnés Klassifikationssystem bewirkte eine Weiterentwicklung des Begriffes „Sex“. Es handelte sich nicht mehr nur um das

biologische Geschlecht, sondern auch um den Vorgang der Reproduktion sowie den damit verbundenen körperlichen und seelischen Reaktionen. Der Begriff ‚Sexualität‘ tauchte Anfang des 19. Jahrhunderts im wissenschaftlichen Jargon auf und bezeichnete auch nur die Eigenschaften ‚männlich‘ oder ‚weiblich‘.

„Nach wenigen Jahrzehnten wurde mit diesem Wort bereits die Beschäftigung mit sexuellen Dingen bezeichnet, schließlich umfasste es auch die sexuellen Kräfte oder die Fähigkeit zu erotischen Gefühlen ganz allgemein.“ (Haeberle 1978) Seit ca. 1880 wurde Sexualität als eigenständiges Phänomen betrachtet. Nicht nur der Fortpflanzungsakt bzw. die schlichte Betrachtung ‚männlich‘ oder ‚weiblich‘ waren damit gemeint sondern auch Masturbation eines einzelnen Menschen wurden als Vorgänge menschlicher Sexualität beschrieben. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts entwickelte sich der Begriff der Sexualität aufgrund des Vorstoßes psychoanalytischer Denkanstöße noch umfassender. Der Begriff erweiterte sich um das Bedürfnis nach Liebe und Zuwendung sowie persönlicher Entfaltung. Sexualität wurde zu einem wesentlichen Aspekt männlicher und weiblicher Persönlichkeiten. „Freud und seine Schüler entdeckten so sexuelle Elemente in fast allen menschlichen Handlungen und beschrieben dies als Ausdruck eines >>Urinstinkts<<, als Wirkung eines grundlegenden, machtvollen inneren >>Triebes<<.“ (ebd.)

Das über Sexualität und sexuelles Erleben offen gesprochen werden kann ist nicht schon immer so gewesen. Erst um 1900 bewirkte Sigmund Freud mit dem Modell der psychosexuellen Entwicklung im Kindesalter eine Enttabuisierung des Themas. Im Zuge dessen entstand an Sexualität eine Wissenschafts- und Forschungsinteresse.

Der Begriff Sexualverhalten kann nach Haeberle (1983) unterschiedliche Bedeutungen haben. Zum einen die Reproduktionsfunktion, welche hauptsächlich das Merkmal der Fortpflanzung beinhaltet. Zum anderen das Verhalten, bei dem eine sexuelle Reaktion des Körpers zu beobachten ist und die Lustfunktion, bei der es ausschließlich um die Handlungen und Reaktion geht, welche der Lustbefriedigung dienen. Unter dem Wort Sex stellen sich die meisten Menschen den heterosexuellen Koitus vor. Das heißt Vorspiel mit anschließendem Eindringen des Penis in die Vagina. Diese Vorstellungen sind aber in jeder Gesellschaft anders geprägt. Nicht überall auf der Welt besteht dasselbe Bild über Sexualität und sexuellem Verhalten. Wenn das sexuelle

Erleben in seiner Ganzheit betrachtet werden soll, muss eine Unterscheidung zwischen `dem Sexuellen´ und ´der Sexualität´ erfolgen. Das Sexuelle meint hierbei das mit der Geschlechtlichkeit zusammenhängende, wohingegen Sexualität sich auf konkrete Äußerungs- und Erscheinungsformen bezieht und somit gesellschaftlich geprägt ist. Mit dieser Unterscheidung fällt es leichter, das sexuelle Erleben als Grundfunktion und deren fundamentale Rolle im menschlichen Leben zu verstehen, dass aber die konkreten Äußerungsformen aufgrund gesellschaftlicher Gegebenheiten sehr unterschiedlich sein können. (vgl. Rosemeier/Sieverding 1991)

„Das Sexuelle wurde besonders in älteren Modellen häufig als Trieb betrachtet, z.B. im Rahmen der sogenannten Dampfesseltheorie oder dem psychohydraulischen Modell von Freud. Nach diesen Modellen sammelt sich aufgrund innerer biologischer Prozesse sexuelle Erregung im Körper an, bildet einen Zustand unangenehmer innerer Stimulation und drängt prinzipiell (ähnlich wie bei Hunger- und Dursttrieb) nach Entladung, zur Herstellung eines spannungslosen Zustandes.“ (Rosemeier/Sieverding 1991) Gegen diese Theorien sprechen eine Vielzahl von Erkenntnissen. Beispielsweise entsteht bei sexueller Erregung keine Mangelsituation im Körper, welche ein schnelles Gegensteuern erfordern würde. Außerdem entsteht nach sexueller Aktivität kein Gefühl der Sättigung oder Spannungslosigkeit. Somit scheint es logischer, dass Menschen gerade aufgrund des Aufsuchens von Spannung und Erregung zur sexuellen Betätigung motiviert und nicht durch innerliche Prozesse zur sexuellen Aktivität angetrieben werden.

„Schmidt lehnt aus diesem Grund ein solches Triebmodell zur Erklärung ab und schlägt in Anlehnung an Whalen (1966) ein Motivationsmodell vor, wonach sexuelles Bedürfnis aus zwei Komponenten besteht, und zwar dem Arousal (Erregung) und der Arousability (Erregbarkeit).“ (Rosemeier/Sieverding 1991) Die Erregbarkeit ist abhängig von physiologischen Gegebenheiten des Organismus und Lernerfahrungen und deshalb bei jedem sehr unterschiedlich ausgeprägt. Die Erregung hingegen wird als eine Funktion der Erregbarkeit beschrieben. Die Diskussion darüber, ob sexuelles Erleben durch Trieb oder Motiv gesteuert wird ist bis heute nicht abgeschlossen. Dennoch besteht Einigkeit darüber, dass im sexuellen Verhalten individuelle, gesellschaftliche

Komponenten enthalten sind, welche nach Lust, Ekstase, innerer Auflösung streben. „Eine weitere wichtige Erkenntnis, die von Stoller (1979) beschrieben und von L. R. Schmidt (1982) und Schorsch (1985) aufgegriffen wurde, ist die, daß sexuelles Verlangen und Erleben zu einem großen Teil ihre Dynamik aus nichtsexuellen Quellen beziehen kann, z.B. die symbolische Auseinandersetzung und Überwindung von Aggression, Feindseligkeit und Wut im sexuellen Akt.“ (Rosemeier/Sieverding 1991) Bancroft (1986) beschrieb drei Aspekte sexuellen Erlebens und Verhaltens. Zum einen der narzisstische Aspekt, welcher Sexualität als Mittel zur Selbstbestätigung meint. Zum anderen der Beziehungsaspekt, bei dem es sich um die Orientierung zu anderen Menschen handelt. Der Beziehungsaspekt ist keine genetische Vorprogrammierung, sondern entwickelt sich durch die ersten intensiven Erfahrungen eines Kindes mit seinen Bindungspersonen. Hinzu kommt der Reproduktionsaspekt, der wie der Name schon sagt Sexualität als Reproduktion des Menschen definiert. (vgl. Strauß/Kirchmann 2009) Diese drei Aspekte verdeutlichen, dass Sexualität in vielerlei Hinsicht eine Bedeutung für den Menschen haben kann. Sich selbst bestätigt zu fühlen, eine innige Beziehung zu einem anderen Menschen zu haben und sich zu „vermehrten“. Dabei dürfte der Aspekt der Beziehung durch Sexualität für Personen mit Substanzgebrauch eine sehr große Rolle spielen, da Beziehungsgestaltung ein fundamentales Thema für alle substanzabhängigen Personen darstellt.

2.2.1 Die Entwicklung von Sexualität und sexuellem Erleben

Die Fähigkeit zur Fortpflanzung und den damit verbundenen sexuellen Reaktionen sind ein allmählicher Entwicklungsprozess, ähnlich des allgemeinen körperlichen Wachstums. „Maskulines und feminines Verhalten, die Bevorzugung bestimmter Sexualpartner oder bestimmter Formen des Sexualverhaltens werden nicht zu einem Zeitpunkt ein für alle Male festgelegt, sondern entwickeln sich nach und nach.“ (Haeberle 1978)

Diese Entwicklung ist ein risikoreicher und komplizierter Prozess und von vielen Faktoren abhängig. Es wurde lange angenommen, dass Sexualität und sexuelles Erleben etwas Angeborenes, von der Natur Gegebenes sei. „Kentler (1982) bezeichnete diesen Prozeß, in dem Menschen zu Sexualwesen werden, in Anlehnung an den Begriff Sozialisation als „Sexualisation“.

(Rosemeier/Sieverding 1991) Diese Bezeichnung sollte verdeutlichen, dass sexuelles Erleben nicht per Geburt vorbestimmt ist, sondern erst durch Erfahrungen erlernt wird. Die sexuelle Entwicklung ist immer vom soziokulturellen Kontext abhängig und multidimensional in seiner Vielfalt. Laut Bancroft (1986) bestehe die sexuelle Entwicklung aus einer Vielzahl unterschiedlicher Entwicklungsstränge, welche sich im Laufe der Entwicklung miteinander verstricken. „Diese Linien der sexuellen Entwicklung beziehen sich auf biologische Funktionen als Basis für die Entwicklung des Erlebens und Verhaltens, Differenzierungen sexueller Motive und Bedürfnisse, die Entwicklung sexueller Reaktionen und sexueller Reaktionsfähigkeit, die Entwicklung von Bindung bzw. Bindungsfähigkeit und möglicher Funktionen der Sexualität in Beziehungen, die Entwicklung der Geschlechtsidentität und Geschlechtsrolle, sexueller Orientierungen und des manifesten sexuellen Verhaltens.“ (Strauß/Kirchmann 2009) Die sexuelle Entwicklung besteht also aus sehr vielen unterschiedlichen Facetten, welche nicht nur das rein Biologische, sondern auch das Emotionale beinhaltet. Dennoch stellt die biologische Unterscheidung des genitalen Geschlechts ein wesentliches Merkmal für die sexuelle Entwicklung dar. Laut Calderone (1985) erleben bereits männliche Embryonen im Mutterleib durch Stimulierung der Genitalien eine Erektion. Bei beiden Geschlechtern kommt es bereits zu Genitalkontakten per Hand. Somit liegt es nahe, dass bereits Ungeborene Lust erleben können.

Bis zu Beginn des 20. Jahrhunderts ging die Wissenschaft noch davon aus, dass die Entwicklung des menschlichen Sexualverhaltens ähnlich eines Reflexes etwas Angeborenes sei. Die sozialen Bedingungen wurden als unwichtig für die Ausprägung der sexuellen Entwicklung betrachtet, da es ein natürlicher Vorgang während oder nach der Pubertät sei. Sigmund Freud (1856 – 1939) stellte in seiner Tätigkeit als Arzt fest, dass die sexuelle Entwicklung keineswegs ein festgeschriebener Prozess naturgegebener Vorraussetzungen ist, sondern dem Entwicklungsprozess bestimmte Erfahrungen in der Kindheit vorausgehen. „In lang dauernden Gesprächen mit diesen Menschen stellte Freud fest, dass ihre Behinderung mit schmerzlichen, belastenden Kindheitserfahrungen in Beziehung stand.“ (Haeberle 1978) Außerdem wurde deutlich, dass die beschriebenen Erfahrungen oft, durch den Patienten nicht erinnerlich, einen sexuellen Hintergrund hatten. Zudem lösten

sich die meisten Behinderungen auf, wenn die belastenden Erfahrungen für den Patienten reell und verstehbar gemacht wurden. Auf diesen Erfahrungen Freuds basiert die von ihm entwickelte psychoanalytische Theorie, welche auf das europäische und amerikanische Denken großen Einfluss nahm. Zunächst gewann Freuds Theorie über den Einfluss nicht erinnerbarer frühkindlicher sexueller Erfahrungen auf den Gesundheitszustand wenig Anklang. Kinder seien zu sexuellen Reaktionen und Handlungen gar nicht in der Lage. Freud hingegen betonte die Wichtigkeit der Sexualität von Kindern und sogar die von Säuglingen.

Die psychoanalytische Sicht auf die Sexualität des Menschen folgt der Annahme, dass der Entwicklungsprozess im Säuglingsalter beginnt. Säuglinge können ihr Bedürfnis nach Triebbefriedigung nicht steuern und verlangen eine uneingeschränkte Befriedigung. Erst in Verbindung mit sozialen Reifungsprozessen entwickelt der Mensch Fähigkeiten zur Kontrolle triebhafter Bedürfnisse. Freud unterscheidet somit zwischen dem „Lustprinzip“ und dem „Realitätsprinzip“. Die sexuelle Reifung unterläge somit sowohl der biologischen Entwicklung als auch den kulturellen Voraussetzungen. (Haeberle 1978)

Freud beschrieb außerdem drei Entwicklungsphasen, in welchen sich die sexuelle Entwicklung vollziehe. Die orale Phase beinhaltet das Saugbedürfnis eines Säuglings. Nicht nur zur Nahrungsaufnahme in Form des Stillens sondern auch als Mittel zum Erleben der Umwelt und zur Erkundung unterschiedlicher Materialien. Die anale Phase beschreibt er als Phase, in der das Kind lernt, seine Ausscheidungen zu kontrollieren und damit seine Bezugspersonen und deren Reaktionen zu kontrollieren. Das Kind lernt außerdem, dass es ‚ja‘ oder ‚nein‘ sagen kann und somit die Fähigkeit, etwas zu verweigern oder zuzulassen. Die phallische Phase bezieht sich auf die Erkundung des eigenen Geschlechtsorgans aber auch auf das des anderen Geschlechts. In dieser Phase tritt auch der „Ödipus-Komplex“ auf, also das ‚Verliebt sein‘ in das Elternteil des anderen Geschlechts und die Eifersucht auf das Elternteil mit dem gleichen Geschlecht. Bei entsprechenden Reaktionen der Mutter oder des Vaters entwickeln die Kinder die Idee „wie der Vater“ werden zu wollen oder eine Frau „wie die Mutter“ zu finden. Die Fixierung auf das gegengeschlechtliche Elternteil löst sich somit auf und der Prozess der

„genitalen Reifung“ kann abgeschlossen werden. Erst in der pubertären Phase wird die Sexualität erneut ein Thema.

Die Freud'sche Theorie zur Sexualentwicklung wurde von vielen Fachleuten in Frage gestellt und als zu kompliziert deklariert. Zudem wurden die Theorien nicht ausreichend wissenschaftlich geprüft, um von ihrem Wahrheitsgehalt ausgehen zu können. Dennoch sind über die Jahre bestimmte Annahmen, welche auch schon bei Freud eine Rolle spielten, verfestigt worden. Zum Beispiel geht man heute generell davon aus, dass die sexuelle Entwicklung sowohl etwas Angeborenes ist als auch von sozialen Lernprozessen bestimmt wird. Die sozialen Lernprozesse unterscheiden sich je nach Ort und Zeit erheblich. So wurden sexuelle Handlungen ohne einen von der Gesellschaft definierten wertvollen Sinn wie monogame Ehe und Zeugung von Nachfahren in früheren Zeiten als negativ betrachtet. Im Laufe der Zeit hat sich ein Wertesystem entwickelt, welches auch sexuelle Betätigung aus reiner Lust zulässt, ohne es negativ zu betrachten. Trotzdem sind die sozialen Lernprozesse ein wichtiger Bestandteil sexueller Entwicklung, welche hinsichtlich drei Aspekte betrachtet werden können. Das biologische Geschlecht, die sexuelle Orientierung und die soziale Geschlechterrolle. Das biologische Geschlecht ist von Geburt an durch fünf körperliche Kriterien bestimmt: das chromosomale, gonadale (die Keimdrüsen betreffend) und hormonale Geschlecht sowie die inneren und äußeren Geschlechtsorgane. Die Mehrzahl der Menschen lässt sich über alle fünf Kriterien als eindeutig männlich oder weiblich einordnen. Die soziale Geschlechterrolle definiert sich über psychische Eigenschaften, die als feminin oder maskulin eingeordnet werden. Die sexuelle Orientierung bezieht sich auf das Geschlecht, welches als Vorliebe des sexuellen Partners bestimmt wird. Entweder das Gegengeschlecht (Heterosexuell), das Gleichgeschlechtliche (Homosexuell) oder die Vorliebe für beide Geschlecht (Bisexuell). Die sexuelle Orientierung ist aber nicht nur durch das jeweilige Geschlecht geprägt, sondern auch von Eigenschaften unter anderen wie Größe, Gewicht, Haarfarbe und des Alters des sexuellen Partners sowie einer bestimmten Art des Geschlechtsverkehrs gekennzeichnet. All diese bestimmten Vorlieben sind das Ergebnis sozialer Lernprozesse. (vgl. Haeberle 1978) Nach heutigem Forschungsstand ist klar, dass die Vorliebe für ein Geschlecht nicht Teil der sozialen Lernprozesse ist. Es gibt verschiedene

Erklärungsansätze wie beispielsweise Homosexualität entsteht. Unter anderem gehen Forscher davon aus, dass die Entstehung in der Schwangerschaft durch epigenetische Vererbung ihren Ursprung nähme. Diese Annahme ist nicht ausreichend wissenschaftlich belegt, es existieren aber zahlreiche Hinweise darauf, dass die sexuelle Präferenz des Vaters an die Tochter oder die sexuelle Präferenz der Mutter an den Sohn weitergegeben werden können.

(<https://www.swr.de/wissen/1000-antworten/gesundheit/1000-antworten-3196.html>, verfügbar am 08.07.2020)

Die sexuelle Entwicklung des Menschen hat zahlreiche Facetten, welche durch biologische Faktoren und soziale Lernprozesse stark beeinflusst werden. Welche sexuellen Vorlieben Menschen entwickeln hängt auch davon ab, welche Erfahrungen sie im Laufe ihrer Kindheit und Jugendzeit machen.

2.2.2 Sexualverhalten in Deutschland

In Deutschland hat es bisher nur wenige repräsentative Befragungen zum Thema Sexualität, sexuellem Verhalten und sexueller Gesundheit der Erwachsenenbevölkerung gegeben. Die Studie „Liebesleben in Deutschland. Sexuelles Verhalten, Einstellungen und sexuelle Gesundheit in Deutschland. Erste Ergebnisse einer Pilotstudie zur Erwachsenensexualität“ von 2017 liefert erste Ergebnisse zur Sexualität in der Erwachsenenbevölkerung Deutschlands. Zwischen Oktober 2018 und September 2019 wurden Frauen und Männer zu ihren sexuellen Erfahrungen, Beziehungen und Einstellungen interviewt. Die Ergebnisse des ersten deutschen Sex-Surveys in Form der GeSiD-Studie mit repräsentativen Bevölkerungsdaten werden im September 2020 erwartet. Die Pilotstudie „Liebesleben in Deutschland“ wurde in Kooperation mit dem Sozialforschungsinstitut Kantar Emnid durchgeführt. Befragt wurden deutschsprachige Personen in Privathaushalten im Alter von 18 – 75 Jahre. Als Auswahlverfahren wurde eine Zufallsstichprobe über Einwohnermeldeämter gezogen. Die Stichprobe umfasste 1155 Personen, darunter wurden 469 über persönliche Interviews und weitere 686 über zugesendete Fragebögen befragt. Diese Personen hatten die Möglichkeit, den Fragebogen entweder auf dem Papier (n=492) oder online (n=194) auszufüllen.

Von den Befragten gaben 81% (83% der Frauen und 73% der Männer) an, sich in einer festen Beziehung zu befinden. In den Beziehungsformen (alleinlebend, living-apart-together, nichteheliche Lebensgemeinschaft, verheiratet zusammenlebend) gibt es zwischen den Geschlechtern nur geringe Unterschiede, mit der Ausnahme, dass doppelt so viele Männer wie Frauen Single sind. Außerdem wechseln Männer häufiger sowohl Sexual- als auch Beziehungspartnerinnen. Männer und Frauen wechseln heute häufiger Beziehung wie früher. Dies wird daran deutlich, dass die 18 bis 30 jährigen Frauen deutlich mehr Beziehungen hatten als die 61 bis 75 jährigen Frauen. Auch bei den Männern nimmt die Anzahl der Beziehungen mit dem Alter ab. Die Ergebnisse zur sexuellen Aktivität in Bezug auf die Dauer der Beziehungen zeigen, dass in den ersten zwei Jahren einer neuen Beziehung am Häufigsten Sex stattfindet, nämlich durchschnittlich dreimal pro Woche. Nach diesen zwei Jahren Paarbildungsphase fällt die Frequenz deutlich ab und stabilisiert sich nach sechs Beziehungsjahren bei ca. vier Mal im Monat. In Langzeitpartnerschaften (21 – 60 Jahre) nimmt die Frequenz nochmals ab, vermutlich aufgrund hinzukommender altersbedingter Effekte. Das erste Mal Geschlechtsverkehr hatten die 18 bis 30 Jährigen Männer durchschnittlich mit 17,6 Jahren. Dies unterscheidet sich nur geringfügig von den Altersangaben der anderen Altersgruppen. Frauen im selben Alter haben das erste Mal Sex mit 16,4 Jahren angegeben. Die 61 bis 75 Jährigen Frauen hatten das erste Mal Sex mit 17,6 Jahren. (vgl. Matthiesen 2017)

In der repräsentativen Befragung „Sexualverhalten in Deutschland“ von 2017 beschäftigten sich ebenfalls unterschiedliche Autoren mit den verschiedenen Sexualverhaltensweisen der deutschen Erwachsenenbevölkerung, um u.a. eine Informationsgrundlage bezüglich Präventionsmaßnahmen im Bereich sexuell übertragbarer Krankheiten für das Gesundheitssystem zu schaffen. Es wurden 2524 Personen, darunter 45% Männer und 55% Frauen zu soziodemografischen Daten, sexuellen Orientierung, Partnerschaft und Verhütung, sexuellem Verhalten und sexuellen Außenkontakten befragt. 82% der Frauen und 86% der Männer gaben ihre sexuelle Orientierung als ausschließlich heterosexuell an. 57% der Befragten Personen befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung in einer festen Beziehung. 89% der Frauen und 88% der Männer gaben an, schon einmal Vaginalverkehr gehabt zu haben.

Zusammenfassend ist zu der Studie zu berichten, dass die Gruppe der 25 bis 29 Jährigen die Altersgruppe mit der höchsten sexuellen Aktivität darstellt. Auch in dieser Studie wurde festgestellt, dass die sexuellen Aktivitäten mit zunehmendem Alter weniger werden. Die Autoren vermuten, dass hierbei Alterseffekte (z.B. hormonelle Veränderungen) und die Länge der Paarbeziehungen eine Rolle spielen. Die Anzahl der Sexualpartner unterscheidet sich wie in der Studie „Liebesleben in Deutschland“ ebenfalls unter Männern und Frauen.

2.3 Sexuelles Erleben und Substanzkonsum

Prof. Dr. Deimel von der Katholischen Hochschule NRW hielt am 20.09.2018 bei der PSAG Köln einen Vortrag über das Thema Substanzkonsum und Sexualität. Er arbeitete unterschiedliche Verbindungslinien zwischen Substanzkonsum und Sexualität heraus. Die Übersicht zeigt eine Verzweigung unterschiedlicher Punkte, die das genannte Thema betreffen.

Verbindungslienien: Substanzkonsum und Sexualität

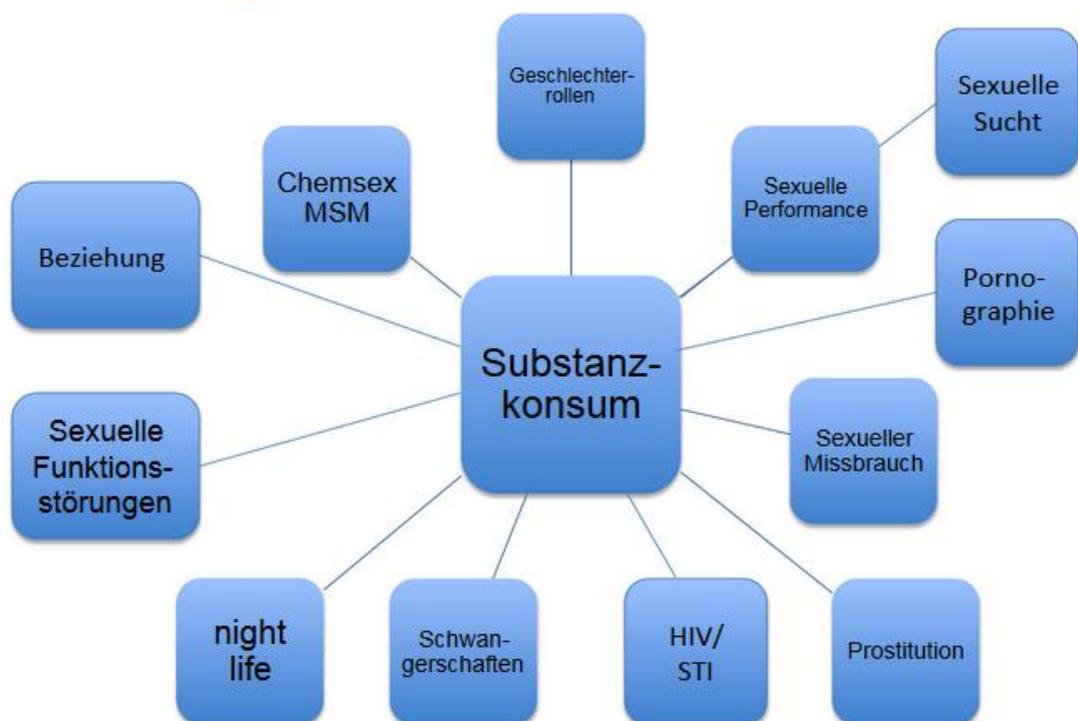


Abbildung 4

In den genannten Themengebieten bezüglich Substanzkonsum und Sexualität sind unterschiedlich viele Studien durchgeführt worden. Im deutschsprachigen Raum sind insbesondere die Studie im Fachkrankenhaus Vielbach, die Studie der LWL Koordinationsstelle Sucht zu dem Thema sexuelle Funktionsstörungen und die Studie „Wirkung psychoaktiver Substanzen auf das Bedürfnis nach Liebe, Zärtlichkeit und Sex sowie auf die sexuelle Performance“ von 2016 zu der Thematik Sexuelle Performanz zu benennen. Auf die benannten Studien wird im nachfolgenden Abschnitt eingegangen, wobei kein Anspruch auf Vollständigkeit deutscher und internationaler Studien zu dem Thema Substanzkonsum und sexuellem Verhalten erhoben wird.

2.3.1 deutsche Studien zum sexuellem Verhalten und Substanzkonsum

Bei den Recherchen zu dem Thema Sexualität und Substanzkonsum sei die Studie des Fachkrankenhauses Vielbach, einer Rehabilitationsklinik zur Behandlung von alkohol- und medikamentenabhängigen Männern, genannt. Dort wurde bei einem Treffen zur Weiterentwicklung des Konzeptes deutlich, dass der Thematik Sexualität und Sucht bisher zu wenig Aufmerksamkeit entgegen gebracht wurde. Es wurde beschlossen, in der Klinik eine Befragung durchzuführen, um den Bedarf einer Inklusion der Thematik in das Behandlungskonzept festzustellen.

Die Klinik führt seit vielen Jahren eine interne Klinikzeitung mit dem Namen „Suchtglocke“. In dieser Patientenzeitschrift wurde bereits 1989 das Schwerpunktthema „Sexualität in der Suchttherapie“ aufgegriffen, bei dem sich viele Patienten zu vielfältigen Erfahrungen, Sorgen und Wünschen äußerten. Um diese Erfahrungsberichte zu aktualisieren, wurde 2014 eine erste Befragungsrunde durchgeführt, bei der 63 Patienten teilnahmen. 2016 wurde eine zweite Befragungsrunde durchgeführt, an der sich 69 Personen beteiligten. Somit hatte die Klinik eine Stichprobengröße von 132 Personen erreicht. Der Fragebogen umfasste 64 Fragen, welche von zwei Studentinnen der Psychologie ausgewertet wurden. Wichtigste Ergebnisse der Befragung waren:

- 80% der Patienten haben keine feste Partnerschaft
- 82% der Singles wünschen sich eine Partnerschaft

- 85% der Patienten nehmen an, dass eine Partnerschaft ihre Abstinenz erleichtern würde
- 92% der befragten Personen ist Sexualität wichtig bis sehr wichtig

Generell wurde in der Befragung deutlich, dass sich die Patienten Beratung und Hilfe bei den Themen sexuelle Gesundheit, Beziehungsanbahnung und Partnersuche wünschen. Um die Fachöffentlichkeit über die Ergebnisse der Studie in Kenntnis zu setzen und für die Thematik zu sensibilisieren, veranstaltete das Fachkrankenhaus Vielbach am 8. September 2016 eine Fachtagung. Knapp 200 Fachkräfte der Suchthilfe aus Deutschland, Luxemburg und der Schweiz nahmen an der Diskussion zur Relevanz des Themas „Liebe und Sexualität“ teil. Aus den Arbeitsgruppen ging eine Vielzahl von Impulsen für die therapeutische Praxis hervor. Die Klinik etablierte im Anschluss an die Auswertung der Befragung ein Angebot für alle Rehabilitanden. Alle Patienten nehmen an dem MännerCamp „Fit fürs L(i)eben“ teil, bei dem mithilfe von Modulen konkrete Themen zu den Bereichen Liebe, Sexualität und Partnerschaft bearbeitet werden. Zudem wurden Handlungskonzepte bezüglich der Bezugstherapeuten und Bezugstherapeutinnen sowie Ärzten und Ärztinnen entwickelt. So sollten zum Beispiele Fragen nach sexuellen Funktionsstörungen regelhaft durch einen Arzt erfolgen. (vgl. Jösch 2018)

Im Zeitraum von September 2009 bis Februar 2010 gab die LWL-Koordinationsstelle Sucht eine Befragung zum Thema „Sexualität und Substanzabhängigkeit bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten“ in stationären Einrichtungen der Suchthilfe in Westfalen Lippe in Auftrag. Ziel der Studie war es, die Bedeutung des Themas „Sexualität in der Behandlung Abhängigkeitserkrankter“ zu erörtern. An der Untersuchung nahmen 69 ledige oder geschiedene alkoholabhängige Männer, 72 ebenfalls ledige drogenabhängige Männer sowie 20 überwiegend verheiratete Mitarbeiter und 38 Mitarbeiterinnen der Einrichtungen teil. Um eine hohe Beteiligungsrate und die Anonymität der Befragung zu gewährleisten und somit die Bereitschaft zur Teilnahme zu erhöhen wurde den Patienten ein computergestützter Fragebogen vorgelegt. Die Mitarbeiter erhielten einen Paper-and-Pencil Fragebogen. Mit dieser Befragung sollte herausgefunden werden, ob es notwendig ist, während der Rehabilitation einer Abhängigkeitserkrankung

sexuelle Funktionsstörungen mit zu behandeln. Knapp die Hälfte der befragten Patienten (47,8 % der alkoholabhängigen Patienten und 48,6 % der drogenabhängigen Patienten) vermuteten, dass sexuelle Funktionsstörungen in der Behandlung der Mitpatienten bereits ein Thema sei. 69,9% der alkoholabhängigen Patienten und 47,2% der drogenabhängigen Patienten wünschten sich eine Mitbehandlung sexueller Probleme. 67,2% der Mitarbeiter gaben an, dass sexuelle Funktionsstörungen während der Therapie bislang nicht thematisiert wurden. 77,6% der Mitarbeiter waren aber der Meinung, das Behandlungsangebot müsse ergänzt werden. Dennoch thematisierten viele der Mitarbeiter Sexualität aus Unsicherheit, Zeitmangel oder aus Verlegenheitsängsten nicht oder waren der Ansicht, dass es nicht ihrer Aufgabe entspreche, über sexuelle Störungen zu sprechen. Die Aussagen hierzu waren unabhängig vom Geschlecht der Mitarbeiter, aber abhängig vom jeweiligen Tätigkeitsfeld. Mitarbeiter der psychiatrischen Kliniken gaben eher an, sexuelle Funktionsstörungen aus oben genannten Gründen nicht zu thematisieren. Aus dieser Befragung ging hervor, dass sich die Mehrzahl der Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit eine Behandlung im Bereich sexueller Funktionsstörungen wünschen. Nahezu ein Drittel der drogenabhängigen Patienten wünschten sich ebenfalls eine Erweiterung des Behandlungsangebots. Die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung ergaben, dass die Mehrheit zwar einer Integration des Themas in das Behandlungskonzept zustimmten, jedoch gleichzeitig auch an ihrer Zuständigkeit zweifelten, das Thema während der Behandlung zu bearbeiten.

Die letzte Befragung, auf die eingegangen wird, ist die Studie „Wirkungen psychoaktiver Substanzen auf das Bedürfnis nach Liebe, Zärtlichkeit und Sex sowie auf die sexuelle Performance.“ Von J. Eul und R. Verres. Die Ergebnisse einer Umfragestudie bei 1616 Personen mit überwiegend multiplem Drogenkonsum erschienen 2016 in der Fachzeitschrift „Suchttherapie“. Bei dieser Befragung erhielten die teilnehmenden Personen einen anonymen Fragebogen über Veränderungen im Bedürfnis nach Liebe und Zärtlichkeit, im Bedürfnis nach Sex und in der Fähigkeit zur Ausführung von Sex nach Konsum unterschiedlicher Substanzen im Vergleich zum Normalzustand. Es wurde erstmals nicht nur nach der sexuellen Luststeigerung sondern auch nach Veränderungen im Bedürfnis nach Zuneigung und Liebe gefragt. Es wurden

überwiegend Personen am Rande von Technopartys und Schwulen/Lesbenfesten im Großraum Berlin zur ihren Erfahrungen mit vorgegebenen Drogen (Alkohol, Cannabis, Ecstasy (MDMA), LSD, Psilocybinpilze, Speed (Amphetamin), Poppers (Amylnitrit), Kokain und Heroin) in Bezug auf Liebe und Sex befragt. Mit Hilfe von zusätzlichen offenen Fragen konnten Informationen über weitere 34 Substanzen gewonnen werden. Das Bedürfnis nach Zuneigung und Liebe war im Vergleich der Substanzen bei Ecstasy/MDMA am Stärksten ausgeprägt. Eine Steigerung vom „Bedürfnis nach Sex“ und „die Fähigkeit zur Ausführung von Sex“ beschrieben hingegen die Kokain-Konsumenten am Häufigsten. Höhere Dosen der Drogen zeigten im Vergleich zu niedrigen Dosen eher eine Hemmung in den drei Kategorien (außer bei Ecstasy). „Die Wirkung psychoaktiver Substanzen auf Liebe und Sexualität können zwar von der Art und der Dosis der konsumierten Droge abhängen; zusätzlich zu den Wechselwirkungen zwischen psychoaktiver Substanzen, Sexualhormonen und Neurotransmittern spielen jedoch auch Set (Einstellungen und Motive der Konsumenten, Merkmale der Paarbeziehung) sowie das Setting (situative Kontextbedingungen) eine Rolle bei drogeninduzierten Veränderungen sexuellen Erlebens.“ (Eul/Verres 2016)

Die vorgestellten Befragungen beziehen sich auf die Themen Alkoholabhängigkeit und Sexualität, sexuelle Funktionsstörungen und Substanzkonsum sowie die Wirkung psychoaktiver Substanzen auf die Bedürfnisse nach Liebe und Zärtlichkeit sowie die sexuelle Performanz. Ich entschied mich, meine Studie nach der Wirkung von Substanzen auf das sexuelle Verhalten und Erleben auszurichten, da mein Interesse an dieser speziellen Thematik durch die Studie von Eul und Verres geweckt wurde. Um weitere Erkenntnisse und Informationen zum Einfluss von Substanzen auf das sexuelle Erleben zu erhalten, recherchierte ich im internationalen Forschungsbereich unterschiedliche Studien zur vorgenannten Thematik, welche im folgenden Abschnitt erläutert werden.

2.3.2 internationale Studien zum sexuellem Verhalten und Substanzkonsum

Bei der Recherche zum internationalen Forschungsstand bin ich auf unterschiedliche Befragungen und Studien gestoßen. Die Chemsex-Studie wurde von den Londoner Bezirken Lambeth, Southwark und Lewisham in

Auftrag gegeben und von Sigma Research an der Londoner School of Hygiene & Tropical Medicine durchgeführt. Die deutsche AIDS-Hilfe veröffentlichte 2014 im HIVreport eine deutsche Übersetzung der Studienergebnisse. Der Begriff Chemsex beschreibt sexuelle Aktivitäten unter dem Einfluss von bestimmten Substanzen in der männlichen homo- und bisexuellen Szene. Die häufigsten verwendeten Substanzen sind Methamphetamin, GHB/GBL und Mephedron. Es ist bekannt, dass die genannten Substanzen Lust und Euphorie steigern und lange sexuelle Begegnungen ermöglichen, aber auch zu erhöhtem Risikoverhalten führen, welches wiederum das Risiko von sexuell übertragbaren Krankheiten wie beispielweises HIV fördert.

Ziele der Studie waren es, den persönlichen und sozialen Kontext von sexualisiertem Drogenkonsum unter homosexuellen bzw. bisexuellen Männern in den untersuchten Stadtteilen zu erörtern, das Herausarbeiten von Motivationen und Begründungen für den sexualisierten Drogenkonsum dieser Bevölkerungsgruppe sowie das Erstellen von Empfehlungen für Politik und Praxis zur Erarbeitung von Präventionsansätzen. 1142 Personen aus den Bezirken Lambeth, Southwark und Lewisham wurden befragt. Das durchschnittliche Alter der Männer lag bei 36,6 Jahren. Einer von fünf Männern war zum Zeitpunkt der Befragung HIV positiv. Im Vergleich zu Befragten aus anderen Teilen Englands nahmen Männer in oben genannten Bezirken viermal häufiger Kokain und Mephedron, sieben Mal häufiger GHB/GBL und acht Mal häufiger Crystal Meth ein. Zu den Konsumgründen gaben die befragten Personen an, Probleme in Bezug auf ihr sexuelles Selbstvertrauen überwinden bzw. verdecken zu können. Außerdem gaben die meisten Teilnehmer an, dass der Konsum die sexuelle Erregung und Lust steigere. Einige berichteten aber auch, dass es schwierig sei, ohne den Konsum von Drogen Sex zu haben. Außerdem sei es möglich, intensivere und über einen längeren Zeitraum anhaltende sexuelle Kontakte zu haben. Dabei führe die Injektion von Crystal Meth zu noch intensiveren Erlebnissen. Unter dem Einfluss von Substanzen fanden es ein Drittel der Befragten schwierig, ihr sexuelles Verhalten zu kontrollieren und auf Safer Sex zu achten. 25% der Teilnehmer gaben an, häufig Chemsex zu haben, aber dennoch das eigene Handeln kontrollieren zu können. Die Autoren der Chemsex-Studie erarbeiteten auf Grundlage der

Ergebnisse einige Empfehlungen für die Prävention von sexuell übertragbaren Krankheiten.

Die Studie „The Relationship of Substance Use to Sexual Activity Among Young Adults in the United States“ von Karen L. Graves und Barbara C. Leigh untersuchte 1990 den Zusammenhang zwischen Substanzkonsum und sexueller Aktivität unter junge Erwachsenen in den USA. Die Erhebung der Daten wurde durch das „Institute for Survey Research“ an der Temple University von Januar bis Juli 1990 durchgeführt. Die Stichprobe umfasste 5970 Personen, welche per Zufallsprinzip aus allen 48 Staaten der USA bestimmt wurden. An der Befragung nahmen 1006 Personen teil, welche Angaben zu Substanzkonsum und sexueller Aktivität machen konnten. 974 Interviews und ausgefüllte Fragebögen konnten ausgewertet werden. Das durchschnittliche Alter der Männer betrug 24,4 Jahre und der Frauen 24,2 Jahre. 97% der befragten Personen gaben an, heterosexuell zu sein. Die Anzahl der Partner bzw. Partnerinnen in den letzten 12 Monaten war bei Männern doppelt so hoch wie bei den Frauen. Die teilnehmenden Personen wurden zum Alkohol- und Cannabiskonsum in Bezug auf die Häufigkeit sexueller Kontakte und dem Kondomgebrauch befragt. Es wurde in den Ergebnissen deutlich, dass es einen Zusammenhang zwischen Alkohol- und Cannabiskonsum und der Häufigkeit sexueller Kontakte in den letzten zwölf Monaten gibt. Personen, welche keinen Konsum angaben, hatten im letzten Jahr deutlich weniger Sex und auch weniger Partner bzw. Partnerinnen. Ein Zusammenhang zwischen dem Konsum von Alkohol oder Cannabis und der Benutzung von Kondomen konnte nicht festgestellt werden.

Während sich die vorangegangenen Studien überwiegend mit sexuellem Risikoverhalten unter Substanzeinfluss beschäftigen, zielte die Studie „Sexual Pleasure and Sexual Risk among Woman who Use Methamphetamine: A Mixed Methods Study“ von Jennifer Lorvick et al. darauf ab, auch die positiven Aspekte des Geschlechtsverkehrs unter Drogen zu erörtern und daraus mögliche Konzepte zur Behandlung drogenabhängiger Frauen zu entwickeln. Ausgehend davon, dass das Sexualverhalten drogenkonsumierender Frauen mehrdimensional und komplex ist, verwendeten die Autoren sowohl qualitative als auch quantitative Methoden, um die quantitativen Ergebnisse durch

qualitative Daten über Kontexte und Umstände des Sexualverhaltens zu ergänzen. (vgl. Lorvick et al. 2012) Die Befragung von 322 Frauen wurde von Juli 2007 bis Juni 2009 in San Francisco, Kalifornien durchgeführt. Von den 322 Frauen, welche den Fragebogen ausgefüllt hatten wurden 34 Frauen nachinterviewt. Die Autoren konnten feststellen, dass ein Großteil der befragten Personen sehr positive Erfahrungen bezüglich sexuellen Kontakten unter Methamphetamin-Konsum berichteten. Unter anderen waren Steigerung des Selbstvertrauens und der sexuellen Lust zentrale Themen für die konsumierenden Frauen. Auch in dieser Studie konnte kein direkter Zusammenhang zwischen Konsum und ungeschütztem Geschlechtsverkehr festgestellt werden.

Die Studie „Better safe than sorry: Women`s stories of sex and intimate relationships on the path out of drug abuse“ von Anette Skárner et al. untersuchte das Sexualverhalten nach dem Ausstieg aus dem Drogenkonsum. Es wurden 16 Frauen im Alter zwischen 26 bis 55 Jahre (Durchschnittsalter 37 Jahre) in Südschweden mittels Interviews befragt. Die Frauen waren zwischen 1,5 und 13 Jahren clean und konsumierten in der Vergangenheit Amphetamin und Heroin. In den Ergebnissen wurde deutlich, dass viele der befragten Frauen nach dem Ausstieg aus der Drogenszene große Probleme im sexuellen Bereich haben. Unter anderem beschrieben die befragten Frauen ein verzerrtes Körperbild, welches es ihnen unmöglich machte, sich ohne Drogenkonsum auf sexuelle Kontakte einzulassen. Unter Drogenkonsum sei das Selbstwertgefühl gesteigert und Hemmungen ließen sich wesentlich leichter überwinden. Sex sei unter Einfluss von Amphetaminen ewig möglich und die Frauen erlebten intensivere Orgasmen. Der Übergang vom drogendominierten Kontext in einen anderen sozialen Kontext stellte sich besonders im sexuellen Bereich als extrem schwierig dar. Aus sozialer Unsicherheit heraus war es den Frauen oft nicht möglich, neue drogenfreie sexuelle Erfahrungen zu sammeln. Einige der befragten Personen hatten seit dem Ausstieg aus der Drogenszene keinen Sex mehr.

Eine weitere Studie, an der Anette Skárner beteiligt war, untersuchte Amphetaminkonsum und sexuelle Praktiken. Es wurden 35 schwedische Männer und Frauen mit Hilfe von unstrukturierten Interviews zum Konsum und sexuellem Verhalten befragt. Das Durchschnittsalter der Männer betrug 39,5

Jahre und der Frauen 37 Jahre. Alle befragten Personen konsumierten mindestens die letzten zwölf Monate täglich oder beinahe täglich illegale Drogen. Der Zeitraum des Konsums reichte von 1,5 bis 10 Jahre. Von den befragten Teilnehmern konsumierten 19 Personen (11 Männer und acht Frauen) hauptsächlich Amphetamine. Bei der Analyse der Interviews kristallisierten sich sechs Themenbereiche heraus: Der Ruf Amphetamin als Sexdroge; Amphetamin, Selbstwert und Selbstkontrolle; sexuelle Praktiken unter Amphetaminkonsum; Amphetamin als Wegbereiter und Amphetamin, Masturbation und Pornographie. Die Autoren haben ähnlich wie in der vorangegangenen Studie herausgefunden, dass Amphetamine das sexuelle Verlangen steigern, Hemmschwellen herabsetzen und das Selbstwertgefühl verbessern. Auf der anderen Seite führt der Konsum von Amphetamin zu eher „mechanischem“ Sex, losgelöst von emotionalen zwischenmenschlichen Verbindungen. Sexuelle Kontakte werden vor allem über die Dauer und nicht über die Intensität definiert. Bei längerem Drogenmissbrauch gehen die Männer häufig zur Masturbation über, da die sexuellen Kontakte aufgrund der Mechanisierung ihren Reiz verlieren. Nach dem Ausstieg aus dem Drogenkonsum haben viele der befragten Personen Probleme im sexuellen Bereich geäußert, da es kaum konsumfreie Erfahrungen gibt. Trotz der positiven Seiten des Sexes unter Amphetaminkonsums sehen die meisten der Teilnehmer eher die negativen Folgen im Vordergrund. Es trägt dazu bei, die Konsumzeiten als problematisch einzustufen und hilft dabei, das Leben ohne Drogenkonsum zu bevorzugen.

Die letzte Studie, auf die eingegangen werden soll und welche die Grundlage für die Befragung der vorliegenden Masterthesis darstellt ist die Studie von Meine Bosma-Bleeker und Eric Blaauw „Substance use disorders and sexual behavior; the effects of alcohol and drug abuse on patients' sexual thoughts, feelings and behavior“. An der vorliegenden Studie haben Patienten (N=208) teilgenommen mit einer diagnostizierten DSM IV Substanzkonsumstörung, welche sich zum Zeitpunkt der Befragung in einem stationären oder ambulanten Behandlungsprogramm in einer spezialisierten Einrichtung für Abhängigkeitserkrankungen im Norden der Niederlande befanden. Einschlusskriterien waren eine Substanzabhängigkeit nach DSM IV-Kriterien als Primärdiagnose, ein Mindestalter von 23 Jahren sowie Abstinenz zum Zeitpunkt

der Befragung. Ausgeschlossen wurden Patienten, welche länger als sechs Monate abstinent waren sowie Patienten, welche psychotische Episoden erlebt hatten. Zudem mussten die Teilnehmer in der Lage sein, beim Konsum von mehr als einer Substanz eine Hauptsubstanz zu bestimmen. 180 der 208 Teilnehmer fühlten den Fragebogen auswertbar aus. Die Teilnehmer wurden je nach gewählter Hauptsubstanz in Gruppen eingeteilt: Alkohol (N=73), Kokain (N=31), Amphetamin (N=15), Cannabis (N=24), Opiate (N=22) und GHB (N=15). 64% der Teilnehmer konsumierten neben der Hauptsubstanz weitere Substanzen. Von den Befragten waren 69% männlich. Das Durchschnittsalter lag bei 40,20 Jahren (SD=11,52 Jahre, Altersbereich 19-71). 41% der Teilnehmer lebten in einer Beziehung. Die sexuelle Orientierung wurde von 85% als heterosexuell, 4% als homosexuell und 11% als bisexuell angegeben. Das Ziel der Studie war es, die wahrgenommenen sexuellen Auswirkungen des Substanzkonsums und das tatsächliche Sexualverhalten bei Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung näher zu untersuchen. Im Ergebnis wurde festgestellt, dass die Konsumenten von GHB und Stimulanzien eine Steigerung der sexuellen Lust und sexuellen Leistungsfähigkeit erleben. Etwa ein Viertel der TeilnehmerInnen gaben an, dass ihre sexuellen Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen häufig mit ihrer primären Substanz in Verbindung gebracht werden. Darüber hinaus gab etwa einer von zehn Patienten an, dass sexuelle Gedanken und Gefühle ein Verlangen nach der angegebenen Hauptsubstanz auslösten und etwa ebenso viele glaubten, dass sie aufgrund der Verbindungen Schwierigkeiten haben würden, den Substanzkonsum von ihrem Sexualverhalten zu trennen. Darüber hinaus berichtete ein erheblicher Prozentsatz der PatientInnen mit einer Abhängigkeitserkrankung über wahrgenommene Veränderungen der sexuellen Gedanken, Gefühle und des Verhaltens aufgrund des Gebrauchs ihrer Hauptsubstanz. Fast 60% berichteten, dass sie nach dem Konsum ihrer Hauptsubstanz in verschiedenen sexuellen Bereichen (d.h. sexuelle Erregung, sexuelle Freude, sexuelle Leistung, sexuelles Verhalten) eine Verbesserung erfahren haben. Etwa gleich viele berichteten über Abnahmen in den verschiedenen Sexualbereichen (d.h. sexuelle Erregung, sexuelle Lust, sexuelle Leistung, Sexualverhalten) unter dem Einfluss einer Substanz und mehr als die Hälfte berichtete über riskanteres Sexualverhalten. Dennoch zeigen die Ergebnisse, dass die wahrgenommenen

Veränderungen in den sexuellen Bereichen bei den Substanzen unterschiedlich ausfallen. Die befragten Personen, welche GHB als ihre Hauptsubstanz angaben, berichteten über weniger negative Folgen im sexuellen Bereich, mehr SexualpartnerInnen und eine höhere Frequenz der Sexkontakte als bei allen anderen Substanzen. Die Studie zeigt einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem Substanzkonsum und dem sexuellem Erleben.

Die vorgestellten Studien zeigen alle einen engen Zusammenhang zwischen dem Konsum einer Substanz und sexuellen Verhaltensweisen. In Deutschland hat es bisher noch keine Befragung zu diesem Themenkomplex gegeben. Der folgende Abschnitt enthält die entwickelte Fragestellung sowie die daraus resultierenden Hypothesen sowie die Methodenentwicklung und das Vorgehen bei der Durchführung der Befragung. Zudem werden die datenschutzrechtlichen Aspekte aufgegriffen und näher erläutert.

3. Fragestellung und Erkenntnisinteresse der Masterthesis

Wie im vorangegangenen Kapitel dargestellt, wurde bereits durch unterschiedliche nationale und internationale Studien ein Zusammenhang zwischen Substanzkonsum und sexuellem Verhalten festgestellt. Deshalb beschäftige ich mich in der Masterthesis mit folgenden Fragestellungen:

Wie wirkt sich der Substanzkonsum auf das sexuelle Verhalten/Erleben aus und unterscheiden sich die Ergebnisse geschlechtsspezifisch?

Die Fragestellungen formulierte ich mit dem Ziel:

- neue Erkenntnisse im Bereich Sexualität und Substanzkonsum zu gewinnen
- mögliche Zusammenhänge zwischen sexuellem Verhalten und Substanzgebrauch zu erkennen
- damit verbunden konzeptionelle Schlussfolgerungen für Entwöhnungsbehandlungen zu ziehen.

4. Methode

4.1 Ableitung von Hypothesen

Bezugnehmend auf die unter Punkt 2 aufgeführten Fragestellung habe ich folgende Hypothesen entwickelt:

H1 - Der Einfluss der Hauptsubstanzen auf die sexuelle Leistungsfähigkeit und die sexuelle Lust wird von den Teilnehmer*innen als positiv wahrgenommen

H2 – Die Steigerung der sexuellen Leistungsfähigkeit und der sexuellen Lust unter Substanzkonsum unterscheidet sich von männlichen Befragten zu weiblichen Befragten

H3 – weibliche Befragte sind unter dem Einfluss ihrer Hauptsubstanzen eher bereit, lockere Sexkontakte einzugehen und riskanten Sex zu haben als männliche Befragte

H4 - Je länger der Konsum der Hauptsubstanz bereits fort dauert, desto häufiger berichten die Teilnehmer*innen von sexueller Antriebsminderung und Leistungsreduzierung sowie Libido Verlust

4.2 Untersuchungsdesign

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um ein nicht-experimentelles Forschungsdesign. Der derzeitige Forschungsstand im Bereich des Substanzkonsums und des sexuellen Verhaltens enthält nur wenige Erkenntnisse, welche vor allem aus dem internationalen Raum bezogen werden müssen. In der vorliegenden Studie sollten lediglich Aussagen über den Substanzkonsum und das damit verbundene sexuelle Verhalten der befragten TeilnehmerInnen getroffen und eventuell bestehende Zusammenhänge dargestellt werden. Die Untersuchung wurde deshalb ohne Kontrollgruppe durchgeführt.

Um die im vorangegangenen Abschnitt abgeleiteten Hypothesen zu untersuchen entschied ich mich für ein empirisches Forschungsdesign in Form einer quantitativen Befragung mithilfe eines standardisierten Fragebogens. Aufgrund der Sensibilität des gewählten Themas stufte ich eine qualitative

Untersuchung mithilfe von Interviews als ungeeignet ein, da die physische Distanz zwischen InterviewerIn und TeilnehmerInnen zu gering wäre und somit zu sozial erwünschtem Antwortverhalten führen könnte. Sozial erwünschtes Antwortverhalten meint die übertriebene Nennung von erwünschtem Verhalten bzw. die untertriebene Nennung von unerwünschtem Verhalten. (Bogner und Landrock 2015)

4.3 Auswahl der Stichprobe

Die Befragung fand im Zeitraum vom 02.12.2019 – 31.01.2020 in einer Rehabilitationseinrichtung für Klienten mit bestehender Drogenabhängigkeit statt. Eine Aufnahme in der vorgenannte Einrichtung erfolgt in der Regel nur, wenn eine Substanzabhängigkeit diagnostiziert wurde. Somit erreichte ich bei der Befragung Personen, bei denen ich davon ausgehen konnte, dass Erfahrungswerte bezüglich Substanzkonsum und sexueller Aktivität vorhanden sind. Zum Zeitpunkt der Befragung befanden sich 69 Klienten im Alter ab 16 Jahren in der Entwöhnungsbehandlung. Die Einrichtung verfügt über zwei getrennte Häuser mit unterschiedlichen Angeboten. Das Nebengebäude „Rittergut“ bietet den Klienten die Möglichkeit, einen Schulabschluss nachzuholen. Im Hauptgebäude werden Klienten untergebracht, welche sich in einem beruflichen Feld orientieren möchten und eine Berufsausbildung vorbereiten.

4.4 Entwicklung des Fragebogens

Bei der Entwicklung des Fragebogens recherchierte ich zunächst nach bereits vorhandenen standardisierten Fragebögen zum Thema Substanzkonsum und sexuellem Verhalten. In der deutschsprachigen Literatur fand ich keine Studie, welche mein vorliegendes Thema mit den gegebenen Bedingungen bereits befragt hätte. Somit erweiterte ich meine Suche auf den internationalen Forschungsstand. Bei dieser Recherche fand ich eine niederländische Studie, welche das Thema sexuelles Verhalten und Substanzkonsum in ähnlicher Weise befragt hatte. Ich bat die Autoren, mir den Fragebogen ihrer Studie zur Verfügung zu stellen und erhielt die Erlaubnis, die niederländische Version in die deutsche Sprache übersetzen zu dürfen.

Mit Hilfe einer niederländische Muttersprachlerin übersetzte ich den Fragebogen in die deutsche Sprache und reduzierte nach Rücksprache die Fragen des Fragebogens insoweit, dass nur diejenigen Items übrig blieben, welche mir zur Beantwortung meiner Forschungsfragen hilfreich sein könnten. Außerdem veränderte ich alle Fragen mit freien Antwortfeldern zu Fragen mit vorgegebenen Antworten sowie mit ausgewählten Skalenniveaus, um eine möglichst hohe Vergleichbarkeit der Antworten zu gewährleisten. Im Anhang befindet sich die original niederländische Version des Fragebogens.

Der Fragebogen beginnt mit einem an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gerichtetes Anschreiben zum Zweck der Befragung. Außerdem wird auf die Freiwilligkeit und auf die Datenschutzbestimmungen hingewiesen.

Der Fragebogen besteht aus vier Kategorien:

1. Hintergrundinformationen – in diesem Bereich wurden allgemeine Informationen erfasst:
 - Alter
 - Geschlecht
 - Beziehungsstatus
 - Dauer der Entwöhnungsbehandlung
 - Höchster bisher erreichter Schulabschluss
 - Höchster Ausbildungsabschluss

2. Substanzgebrauch – in dieser Kategorie wurden Daten über das Konsumverhalten erhoben:
 - Welche Substanzen in den letzten sechs Monaten am Häufigsten konsumiert wurden
 - Welche Substanz ist die Hauptsubstanz
 - Konsumdauer der Hauptsubstanz
 - Welche Substanzen außerdem konsumiert wurden

3. Sexuelles Verhalten – in diesem Bereich wurden Fragen zum sexuellen Verhalten gestellt:
 - Sexuelle Orientierung

- Jemals Sex gehabt
 - Wie viele Sexualpartner im bisherigen Leben
 - Sex gehabt in den letzten sechs Monaten vor Entwöhnungsbehandlung
 - Häufigkeit Sex in letzten sechs Monaten vor Entwöhnungsbehandlung
 - Sex unter Einfluss der Hauptsubstanz in letzten sechs Monaten vor Entwöhnungsbehandlung gehabt
 - Häufigkeit Sex unter Einfluss der Hauptsubstanz in letzten sechs Monaten vor Entwöhnungsbehandlung
 - Masturbation
4. Die vierte Kategorie besteht aus einer Fragebatterie mit 24 Aussagen, welche über eine Skala von „stimme voll und ganz zu“ bis „stimme überhaupt nicht zu“ von den befragten Personen beantwortet werden sollten.

Für die 24 Aussagen im Fragebogen wählte ich die 5-Punkt-Likert Skala mit den Werten „stimme überhaupt nicht zu“(1), „stimme nicht zu“(2), „teils teils“(3), „stimme zu“(4) und „stimme voll und ganz zu“(5). In den Klammern sind die jeweiligen Codierungen für die Berechnungen in SPSS genannt. Eine vollständige Codierungs-Liste befindet sich im Anhang.

4.5 Datenschutz nach Datenschutzgrundverordnung vom 25.05.2018

Seit dem 25.05.2018 wird der Schutz personenbezogener Daten durch die Datenschutzgrundverordnung, kurz DS-GVO, geregelt. Im Zuge der Verbreitung des World Wide Web und den damit verbundenen Prozessen der digitalen Gesellschaft war es notwendig, einen wirksamen Ausgleich zwischen wirtschaftlichen Interessen an personenbezogenen Daten und dem Recht der jeweiligen Personen an den eigenen Informationen zu schaffen.

„Die Verarbeitung personenbezogener Daten bildet eine der wesentlichen Säulen der Informationsgesellschaft und der in ihr erfolgreichen digitalen

Wirtschaft.“ (Helfrich 2020) Da die Erhebung von personenbezogenen Daten nicht mehr nur lokal, sondern aufgrund fortschreitender Entwicklungen zum Beispiel in Form von Cloud-Speichermöglichkeiten möglich ist, war es notwendig, grenzüberschreitende Regelungen zu finden. Am 28.01.1981 wurde durch den Europarat die grundrechtliche Bedeutsamkeit des Schutzes des Persönlichkeitsrechts im „Übereinkommen zum Schutz des Menschen bei der automatischen Verarbeitung personenbezogener Daten“ (Konvention Nr. 108, 1981) festgehalten, da die nationalen Rechtsprechungen in Bezug auf die Verarbeitung personenbezogener Daten die Einzelpersonen nicht ausreichend schützten. Die genannte Konvention bildete das erste zwischenstaatliche Abkommen bezüglich des Datenschutzes. „Es sollte in den Vertragsstaaten für alle Menschen sicherstellen, dass ihre Rechte und Grundfreiheiten, insbesondere das Recht auf einen Persönlichkeitsbereich, bei der automatischen Verarbeitung personenbezogener Daten geschützt werden.“ (Bundeszentrale für politische Bildung 2016) Die erarbeiteten Regelungen sollten durch die unterzeichneten Staaten als Basis für das jeweilige nationale Datenschutzrecht genutzt werden. Unter anderen wurde das Prinzip der Datenbeschaffung nach Treu und Glauben und auf rechtmäßige Weise festgelegt. Dies bedeutet, dass Daten nicht ohne das Wissen der betroffenen Person erhoben werden dürfen. Auch die Zweckbindung wurde bereits mit in die Bestimmungen aufgenommen, das heißt die Daten dürfen nur für den Zweck verwendet werden, für den sie erhoben wurden. Im Jahr 2001 wurde die Konvention um ein Zusatzprotokoll ergänzt, in welchem sich die unterzeichneten Staaten verpflichteten, unabhängige Kontrollstellen einzurichten. Diese sollten sicherstellen, dass die Bestimmungen zum Datenschutz auch eingehalten werden. Alle 28 Staaten der Europäischen Union haben die Datenschutzkonvention und das Zusatzprotokoll unterzeichnet.

Im Oktober 1995 folgte ein weiteres wichtiges Regelwerk in Form der Richtlinie 95/46/EG "zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr". Hierbei wurden Mindeststandards für den Schutz von personenbezogenen Daten erarbeitet. Dazu zählte unter anderen auch die zweifelsfreie Einwilligung der Einzelpersonen in die Erhebung persönlicher Daten. Die Umsetzung dieser

Richtlinie blieb aber den Mitgliedsstaaten vorbehalten, sodass sie sehr unterschiedlich Anwendung fand.

Da das Ausmaß elektronischer Datenverarbeitung in den letzten Jahren zunahm, kündigte 2012 die EU-Kommission eine Reformierung der Datenschutzrichtlinie an. Der Entwurf der neuen Datenschutz-Grundverordnung wurde bereits am 15. Dezember 2015 durch die EU-Kommission, den Ministerrat und das EU-Parlament auf den Weg gebracht. (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung 2016) Diese wurde am 27. April 2016 verabschiedet und am 4. Mai 2016 im Amtsblatt der EU veröffentlicht. Zur selben Zeit wurde die Richtlinie (EU) 2016/680 verabschiedet, mit welcher die Rahmenbedingungen des Datenschutzrechtes im Bereich der Strafverfolgung und Strafvollstreckung innerhalb der EU-Mitgliedsstaaten vereinheitlicht werden sollten. Die DS-GVO trat am 25.05.2018 als geltendes Recht im Datenschutz in Kraft. Zeitgleich wurde das nationale Datenschutzrecht in Deutschland durch das grundlegend reformierte Bundesdatenschutzrecht ergänzt, um die in der DS-GVO verbliebenen Freiräume zur nationalen Ausgestaltung des Datenschutzrechts zu füllen. Dies geschah mit der Verabschiedung des Datenschutz-Anpassungs- und Umsetzungsgesetz EU (DSAnpUG-EU). Am 20.11.2019 wurde das 2. Datenschutz-Anpassungs- und Umsetzungsgesetz EU verabschiedet und es wurden durch den Gesetzgeber in mehr als 150 Einzelgesetzen einige Anpassungen vorgenommen. Die Verabschiedung der DS-GVO brachte zahlreiche Änderungen im Datenschutzrecht mit sich. So haben Betroffene einen ausgeprägten Anspruch auf Löschung und Berichtigung. Unternehmen, welche personenbezogene Daten erheben, müssen Instrumente und Verfahren bereitstellen, die eine Datenschutz-Folgenabschätzung ermöglichen (Art. 35 ff. DS-GVO). In Bezug darauf verändern sich auch die Rolle und das Aufgabengebiet der Datenschutzbeauftragten, da die Einrichtung eines effektiven Systems für die Datenschutz-Folgenabschätzung nötig ist und dazu die Datenschutzbeauftragten in ihrer Rolle stärker gefordert werden. (vgl. Helfrich 2020) Die DS-GVO verfügt über 99 Artikel gegliedert in elf Kapitel. Die folgenden Abschnitte erläutern die allgemeinen Bestimmungen und die Grundsätze des neuen Datenschutzrechtes. Außerdem werden diejenigen gesetzlichen Regelungen aufgegriffen, welche für vorliegende Masterthesis in

Bezug auf die statistische Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten von Bedeutung waren.

4.5.1 Kapitel I. Allgemeine Bestimmungen

Das Kapitel 1 der DS-GVO enthält allgemeine Bestimmungen, die dem Gesetz einen allgemeinen Rahmen geben. In Artikel 1 wird festgehalten, dass die Verordnung zum Schutz der Grundrechte natürlicher Personen und besonders der personenbezogenen Daten erlassen wurde. Der Artikel 2 definiert den sachlichen Anwendungsbereich, nämlich die automatisierte sowie nichtautomatisierte Erhebung personenbezogener Daten, welche in einem Datensystem gespeichert sind bzw. gespeichert werden sollen. In Artikel 3 wird der räumliche Anwendungsbereich beschrieben. „(1) Diese Verordnung findet Anwendung auf die Verarbeitung personenbezogener Daten, soweit diese im Rahmen der Tätigkeiten einer Niederlassung eines Verantwortlichen oder eines Auftragsverarbeiters in der Union erfolgt, unabhängig davon, ob die Verarbeitung in der Union stattfindet.“ (Art. 3, Abs. 1 DS-GVO) Im Artikel 4 und letzten Artikel der Allgemeinen Bestimmungen werden in 26 Nummern Begriffe definiert, welche mit der Verarbeitung personenbezogener Daten in Verbindung gebracht werden können. Hierzu zählen beispielsweise „Profiling“, „Dateisystem“ und „Gesundheitsdaten“.

4.5.2 Kapitel II. Grundsätze

Im Artikel 5 der DS-GVO werden die Grundsätze zur Verarbeitung personenbezogener Daten erläutert. Hierzu zählt Rechtmäßigkeit, Verarbeitung nach Treu und Glauben, Transparenz, Zweckbindung, Datenminimierung, Richtigkeit, Speicherbegrenzung, Integrität und Vertraulichkeit sowie die Rechenschaftspflicht. Der Grundsatz der Rechtmäßigkeit wird in Artikel 6 näher beschrieben. Für die Rechtmäßigkeit einer Verarbeitung personenbezogener Daten muss mindestens eine der unter den Absätzen a – f genannten Bedingungen erfüllt sein. Unter Absatz a) wird die Einwilligung in die Erhebung personenbezogener Daten benannt. Artikel 7 greift diesen Absatz auf und definiert Bedingungen für die Einwilligung. Es muss unter anderem gemäß Art. 7 DS-GVO ein Nachweis über die Einwilligung der betroffenen Person existieren, welche einen eindeutig und einfach formulierten Absatz zum

Widerruf der Einwilligung enthält. Artikel 8 regelt die Bedingungen für die Einwilligung eines Kindes, welche dann rechtmäßig ist, wenn das Kind das sechzehnte Lebensjahr vollendet hat. Unter sechzehn Jahren müssen die Träger der elterlichen Verantwortung in die Verarbeitung einwilligen. In Artikel 9 ist die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten geregelt. Auf diesen Artikel werde ich im nachfolgenden Absatz näher eingehen, da dieser für die Datenerhebung für die vorliegende Masterthesis von entscheidender Bedeutung gewesen ist. Der Artikel 10 erläutert die Verarbeitung von personenbezogenen Daten über strafrechtliche Verurteilungen und Straftaten. Die Verarbeitung solcher Daten und das Führen eines umfassenden Registers strafrechtlicher Verurteilungen ist nur der behördlichen Aufsicht vorbehalten. Der Artikel 11 und der letzte Artikel unter dem Kapitel Grundsätze regelt die Verarbeitung, für die eine Identifizierung der betroffenen Person nicht erforderlich ist. Dies bedeutet, dass eine Identifizierung der betroffenen Person nicht nötig ist, wenn die Identität für den Zweck der Erhebung unerheblich ist.

4.5.3 Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten

Der Artikel 9 der DS-GVO regelt die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten. Hierzu zählen die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse und weltanschauliche Überzeugungen, Gewerkschaftszugehörigkeit, die Verarbeitung von genetischen Daten, biometrische Daten zur eindeutigen Identifizierung einer natürlichen Person, Gesundheitsdaten und Daten zum Sexualleben oder der sexuellen Orientierung. Gemäß Artikel 9 Absatz 1 ist die Verarbeitung genannter Kategorien untersagt. Absatz 2 a - j regelt die Bedingungen, unter welchen die Erhebungen solch sensibler Daten doch gestattet werden können.

Die vorliegende Masterthesis beschäftigt sich mit dem Zusammenhang zwischen Substanzkonsum und sexuellem Erleben und Verhalten. Um einen eventuell bestehenden Zusammenhang untersuchen zu können, war es notwendig, einen Fragebogen zu sexuellem Verhalten und Substanzkonsum zu konstruieren und betroffenen Personen zur Beantwortung vorzulegen. In der Datenschutzgrundverordnung wird unter dem Artikel 9 Absatz 1 unter anderem die Erhebung von Daten zum Sexualleben oder der sexuellen Orientierung

untersagt. Absatz 2 regelt die Bedingungen, unter welchen die Erhebungen dieser Daten doch gestattet werden. Relevant für die geplante Befragung war demnach Absatz 2a: „Die betroffene Person hat in die Verarbeitung der genannten personenbezogenen Daten für einen oder mehrere festgelegte Zwecke ausdrücklich eingewilligt, es sei denn, nach Unionsrecht oder dem Recht der Mitgliederstaaten kann das Verbot nach Absatz 1 durch die Einwilligung der betroffenen Person nicht aufgehoben werden.“

4.5.4 Einwilligungserklärung gemäß Art. 9 Abs. 2a DS-GVO

Um nun die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung personenbezogener Daten in der vorliegenden Masterthesis zu gewährleisten war es notwendig, parallel zu den Fragebögen eine Einwilligungserklärung zu konstruieren. Gemäß Artikel 6 Abs. 1a DS-GVO ist die Verarbeitung nur rechtmäßig, wenn die betroffene Person in die Verarbeitung der sie betreffenden Daten für einen oder mehrere Zwecke eingewilligt hat. Die Einwilligung unterliegt nach Artikel 7 bestimmten Bedingungen, um rechtmäßig zu sein. Zum einen bedarf es gemäß Art. 7 Abs. 1 DS-GVO eines Nachweises, dass die betroffene Person in die Verarbeitung personenbezogener Daten eingewilligt hat. Somit wurde für die Befragung ein schriftliches Dokument in Form einer Entbindung von der Schweigepflicht erstellt, welches den Teilnehmern vor der Ausgabe der Fragebögen zur Unterschrift vorgelegt wurde. Im Art. 7 Abs. 2 DS-GVO wird erläutert, dass in einer schriftlichen Erklärung zur Einwilligung in die Erhebung personenbezogener Daten der Sachverhalt durch die betroffene Person in verständlicher und leicht zugänglicher Form in klarer und einfacher Sprache von anderen Sachverhalten unterschieden werden können muss. Das heißt, die Teilnehmer müssen unmissverständlich über den Zweck der Verarbeitung ihrer Daten aufgeklärt werden. Außerdem muss die Einwilligungserklärung gemäß Art. 7 Abs. 3 DS-GVO eine Erklärung über den jederzeit möglichen Widerruf der Einwilligung enthalten.

Das im Anhang befindlich erstellte Dokument zur Entbindung von der Schweigepflicht wurde von jeder an der Befragung teilnehmenden Person unterzeichnet. Um jedoch die Anonymität der Teilnehmer zu gewährleisten, wurde zuerst das Dokument zur Einwilligung und erst nach Abgabe der

unterzeichneten Entbindung von der Schweigepflicht der Fragebogen an die jeweilige Person ausgegeben.

4.6 Durchführung der Befragung

Um die befragten Personen nicht durch meine Person zu beeinflussen bat ich die zuständigen Bezugstherapeuten die Befragung durchzuführen.

Mein Ansprechpartner für die Durchführung der Befragung war der Teamleiter des Nebengebäudes „Rittergut“ Herr Dirk Kerber. Dieser informierte die jeweiligen Bezugstherapeuten der beiden Häuser über die Befragung und händigte die Fragebögen und die dazugehörigen Umschläge aus. Außerdem bekam jedes Gebäude eine weiße Urne, in welche die ausgefüllten Fragebögen im Umschlag hineingeworfen werden konnten. Es sollte so ein größtmögliches Gefühl an Anonymität erzeugt werden. Zu den Fragebögen wurden separat von mir erstellte Schweigepflichtsentbindungen ausgeteilt, welche vor der Beantwortung des Fragebogens ausgefüllt und unterschrieben werden mussten. Diese wurden getrennt von den Fragebögen eingesammelt und aufbewahrt. Somit konnte gewährleistet werden, dass kein Fragebogen mit der jeweiligen Schweigepflichtsentbindung in Verbindung gebracht werden konnte.

4.7 statistische Verfahren

Die durch die Befragung gewonnenen Daten wurden mithilfe des Statistikprogramms SPSS Version 25 ausgewertet. Die graphischen Darstellungen in Form von Diagrammen wurden mit Word erstellt.

Es wurden unterschiedliche Verfahren der deskriptiven Statistik genutzt. Hierzu zählen Häufigkeiten, Vergleiche von Häufigkeiten sowie Mittelwerte und Standardabweichungen.

5. Darstellung der Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Befragung dargestellt. Bei allen Prozentangaben sind die „gültigen Prozente“ gemeint, also unter Einbezug aller gültigen Antworten bei Vernachlässigung der fehlenden Angaben.

5.1 Beschreibung der Stichprobe

Als Stichprobe dienten die Personen, welche zum Zeitpunkt der Befragung eine Entwöhnungsbehandlung in der Rehabilitationsklinik durchführten. Von diesen insgesamt 69 Personen haben 37 Personen den Fragebogen ausgefüllt. Dies entspricht einem Anteil von 46,4 %.

Es haben 25 Männer und acht Frauen den Fragebogen ausgefüllt. Vier Personen haben das Geschlecht nicht angegeben.

Das Alter wurde im Fragebogen in Alterskategorien abgefragt. Mehr als die Hälfte der teilnehmenden Personen sind zwischen 18 – 27 Jahre (56,8 %) alt. Dies entspricht 21 befragten Personen. Der Anteil der unter 18 Jährigen und der 28 – 37 Jährigen ist mit 18,9 % (sieben Personen) gleich hoch. Eine Person gab an zwischen 38 – 47 Jahre und eine Person über 47 Jahre alt zu sein. Bezogen auf das Geschlecht sind von den acht weiblichen Personen drei unter 18 Jahre alt und fünf zwischen 18 – 27 Jahre alt.

Zum Beziehungsstatus gaben 80,6 % an, in keiner festen Beziehung zu sein und 19,4 % eine feste Beziehung zu haben. Eine Person hat zum Beziehungsstatus keine Angabe gemacht.

Bei der Aufenthaltsdauer in der Einrichtung zeigt sich eine relativ ausgeglichene Verteilung. Die Kategorie „1-2 Monate“ ist mit 36,1 % am Häufigsten vertreten. Unter einem Monat und 3 – 4 Monaten gaben jeweils 22,2 % der befragten Personen an und über 5 Monate waren 19,4 % in der Einrichtung. Eine Person hat keine Angaben zur Aufenthaltsdauer gemacht.

Bei der Frage nach dem bisher höchsten erreichten Schulabschluss zeigt sich, dass 37,8 % keinen Schulabschluss und 39,7 % einen Hauptschulabschluss vorweisen können. 18,9 % haben einen Realschulabschluss und 5,4 % einen anderen Abschluss. 8,1 % befinden sich derzeit in Schulausbildung. Keine der

befragten Personen hat einen akademischen Abschluss in Form von Fachhochschulreife bzw. Abitur angegeben.

54,1 % der befragten Personen haben bisher noch keine Ausbildung begonnen. Eine Ausbildung begonnen aber nicht abgeschlossen haben 29,7 %. Lediglich 13,5 % der beteiligten Personen haben eine betriebliche Ausbildung und eine Person hat eine schulische Ausbildung absolviert. Keine der befragten Personen hat einen akademischen Abschluss angegeben.

5.2 Substanzgebrauch

Bei dem Item 7 „Welche Substanzen haben Sie in den letzten sechs Monaten vor der Entwöhnungsbehandlung am Häufigsten konsumiert?“ waren Mehrfachantworten zugelassen. Das heißt, dass jede Substanz angekreuzt werden durfte. Das Item bekam in SPSS den Titel „sub1“ und wurde mithilfe eines Mehrfachantworten-Sets ausgewertet. In den letzten sechs Monaten vor der Entwöhnungsbehandlung wurde unter den befragten Personen am Häufigsten Alkohol (56,8 %), Methamphetamin (81,1 %), Cannabis (73 %) und Ecstasy (48,6 %) konsumiert.

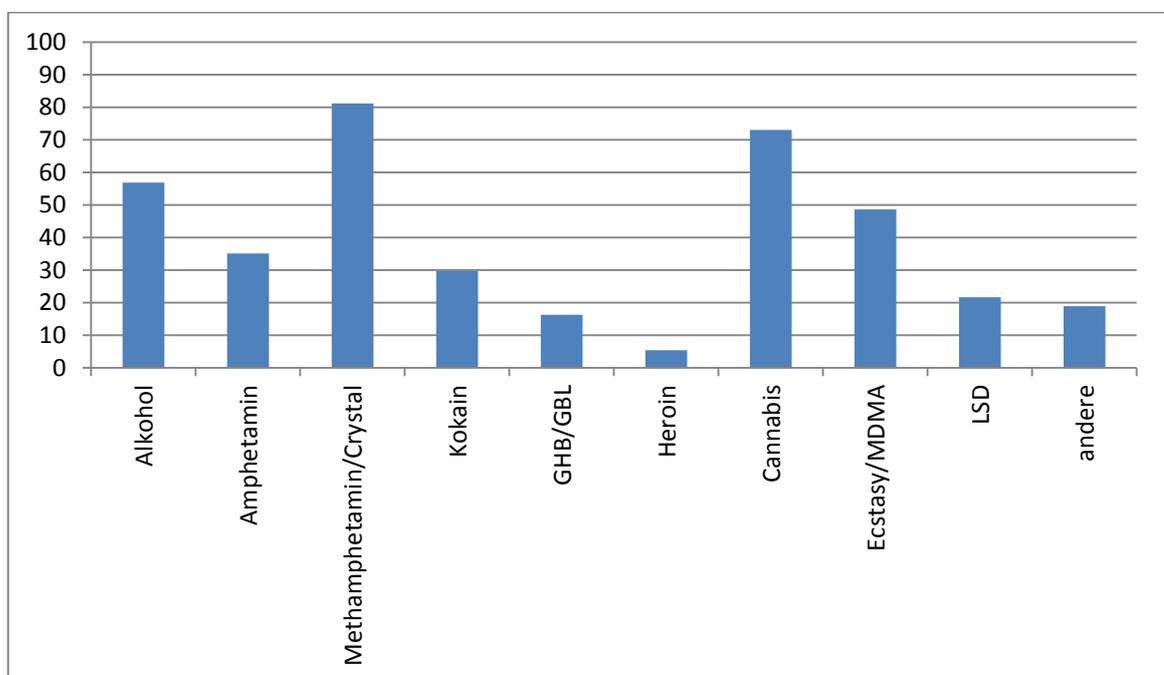


Abbildung 5

Mit dem Item 8 „ Welche Substanz ist ihre Hauptsubstanz?“ war beabsichtigt, dass die befragten Personen eine Substanz auswählen, welche ihre vorrangig konsumierte Substanz darstellt, um Rückschlüsse auf eine bestimmte Substanz

und das damit verbundene sexuelle Erleben ziehen zu können. Bei der Auswertung dieses Items wurde ersichtlich, dass von den 37 befragten Personen lediglich 18 Personen nur eine Substanz angekreuzt haben. Es war somit nicht möglich, das Item wie ursprünglich gedacht pro teilnehmende Person mit nur einer Hauptsubstanz auszuwerten. Um die Stichprobe nicht auf 18 Personen zu reduzieren entschied ich mich, das Item ebenfalls mit einem Mehrfachantworten-Set auszuwerten, um wenigstens eine Tendenz der Hauptsubstanzen feststellen zu können. Das Item erhielt in SPSS den Titel „sub2“.

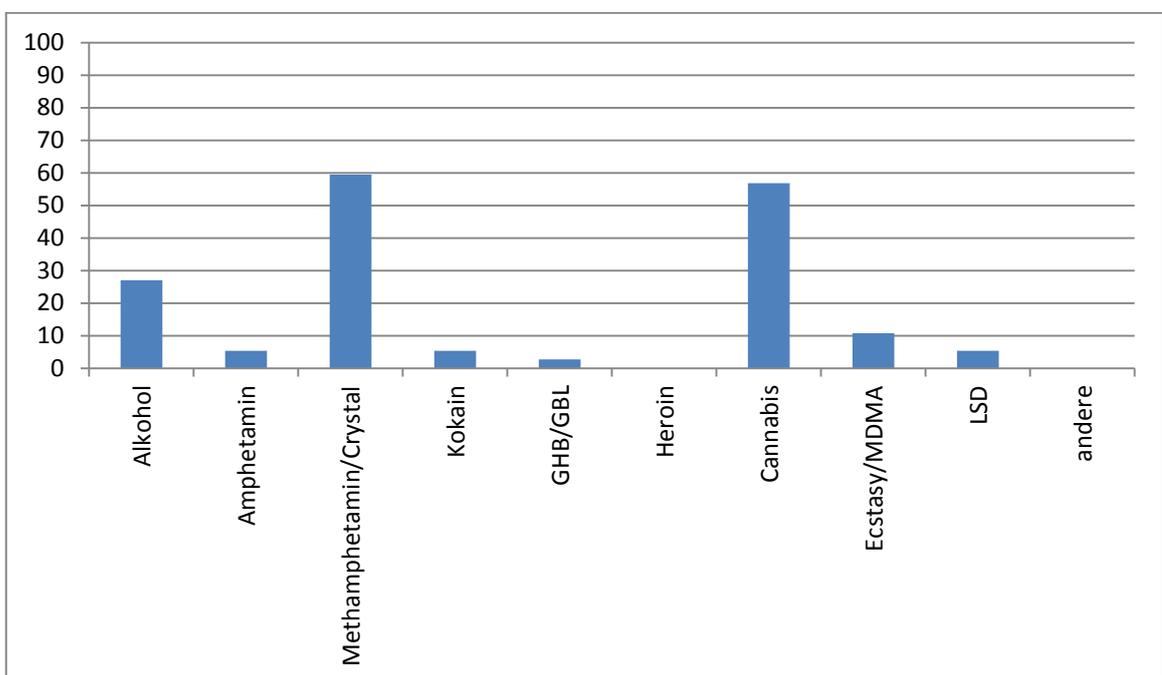


Abbildung 6

Bei den in Abbildung 2 veranschaulichten Ergebnissen ist ersichtlich, dass sowohl Methamphetamin (59,5 %) als auch Cannabis (56,8 %) sehr häufig als Hauptsubstanzen angegeben wurden. Dies entspricht auch den Erfahrungen in meiner Beratungstätigkeit, dass Methamphetamin und Cannabis sehr häufig in Kombination konsumiert werden. Mit 27 % ist auch Alkohol als Hauptsubstanz häufig vertreten. 10,8 % der beteiligten Personen gaben Ecstasy/MDMA als Hauptsubstanz an.

Unter den 18 Personen, welche nur eine Substanz bei diesem Item angekreuzt haben, gaben 61,1 % Methamphetamin und 27,8 % Cannabis als Hauptsubstanz an. Es ist also davon auszugehen, dass mindestens die Hälfte

der befragten Personen den Fragebogen im Hinblick auf die Substanz Methamphetamin beantwortet hat.

Das Item 9 „Wie lange konsumieren Sie ihre Hauptsubstanz schon?“ muss ebenfalls auf mehrere Substanzen bezogen werden und lässt keine Rückschlüsse, wie ursprünglich beabsichtigt, auf eine Hauptsubstanz zu. 45,9 % der befragten Personen gaben an, zwischen 1 – 5 Jahren zu konsumieren. 24,3 % konsumieren zwischen 6 – 10 Jahren, 8,1 % zwischen 11 – 15 Jahren und 16,2 % bereits seit über 16 Jahren.

Das Item 10 „Welche Substanzen haben Sie außerdem konsumiert?“ stellte die letzte Frage zum Substanzgebrauch dar, um alle konsumierten Substanzen einzubeziehen und auch bei diesem Item waren Mehrfachantworten erlaubt.

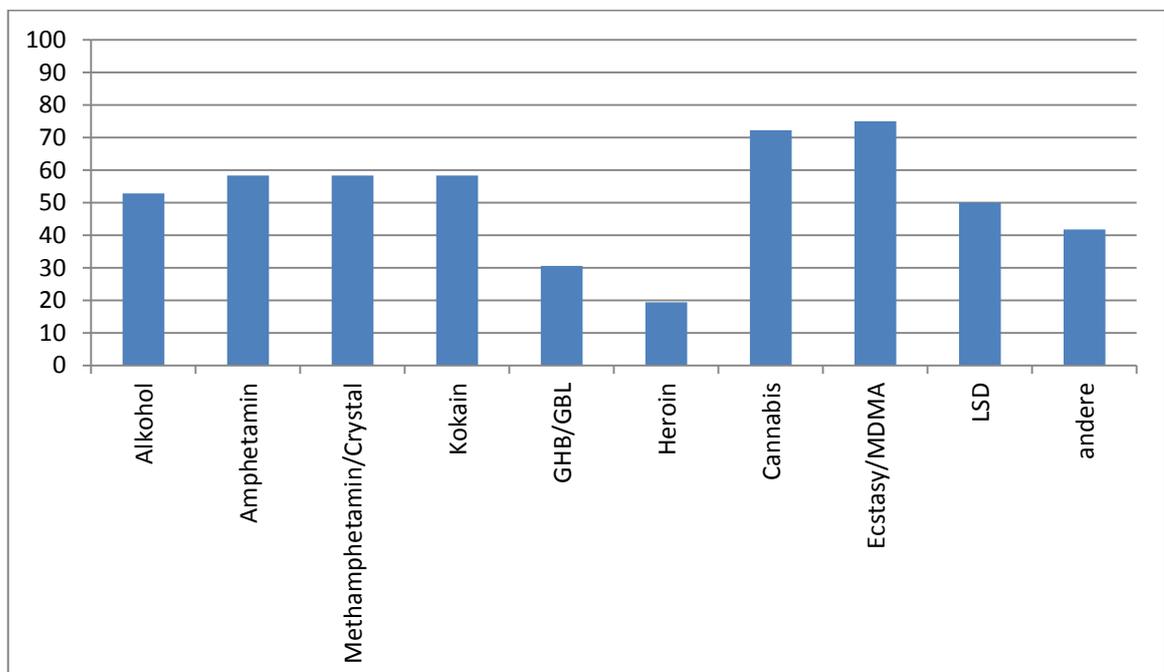


Abbildung 7

Die Abbildung 3 zeigt, dass von 37 befragten Personen 75 % schon einmal Ecstasy, 72,2 % schon einmal Cannabis und jeweils 58,3 % Amphetamin, Methamphetamin und Kokain konsumiert haben. 52,8 % gaben Alkohol als weitere Substanz an. 50 % der befragten Personen haben LSD, 30,6 % GHB/GBL und 19,4 % Heroin konsumiert. Zudem haben 41,7 % angegeben, andere als die aufgelisteten Substanzen konsumiert zu haben. Es wird deutlich, dass die Mehrzahl der befragten Personen Erfahrungen im Konsum der unterschiedlichen Substanzen vorweisen können.

5.3 Sexuelles Verhalten

94,4 % der befragten Personen gaben an, heterosexuell zu sein. Lediglich jeweils eine Person gab an, homosexuell zu sein oder eine andere nicht aufgeführte sexuelle Orientierung zu haben. Eine Person machte keine Angabe zur sexuellen Orientierung.

97,3 % der beteiligten Personen gaben an, in ihrem bisherigen Leben schon einmal Sex mit einem Sexualpartner/einer Sexualpartnerin gehabt zu haben. Dieser Anteil entspricht 36 befragten Personen. Eine Person gab an, noch keinen Sex gehabt zu haben.

Gefragt nach der Anzahl der bisherigen Sexualpartner/Sexualpartnerinnen gaben 30,6 % eine Anzahl von über 15 an. 25 % der befragten Personen gaben eine Anzahl von 6 – 10 Sexualpartnern/Sexualpartnerinnen und 19,4 % eine Anzahl von 11 – 15 Sexualpartnern/Sexualpartnerinnen an. Drei Personen antworteten mit „ich weiß es nicht“.

94,4 % der befragten Personen hatten in den letzten sechs Monaten vor der Entwöhnungsbehandlung Sex mit einem Sexualpartner/einer Sexualpartnerin.

Bei der Frage nach der Anzahl der Sexualpartner/Sexualpartnerinnen in den letzten sechs Monaten vor der Entwöhnungsbehandlung antworteten 73,5 % der teilnehmenden Personen mit einer Anzahl von 1 – 5 Sexualpartner/Sexualpartnerinnen. 11,8 % antworteten mit einer Anzahl von 6 – 10. 8,8 % der befragten Personen hatte in den letzten sechs Monaten vor der Entwöhnungsbehandlung Sex mit 11 – 15 Sexualpartnern/Sexualpartnerinnen und 5,9 % antworteten mit „ich weiß es nicht“. Drei Personen beantworteten die Frage nicht.

Gefragt nach der Häufigkeit sexueller Kontakte in den letzten sechs Monaten vor der Entwöhnungsbehandlung antworteten 27,3 % mit „mehrmals im Monat“. Immerhin 24,2 % antworteten mit „mehrmals am Tag“. Dies würde bedeuten, das $\frac{1}{4}$ der befragten Personen täglich mehrfach mit einer anderen Person sexuell aktiv war.

94,1 % hatten in den letzten sechs Monaten vor der Entwöhnungsbehandlung Sex unter dem Einfluss ihrer Hauptsubstanzen. Die entspricht 32 befragten

Personen. 5,9 % antworteten mit „nein“ und drei Personen beantworteten die Frage nicht. Es ist davon auszugehen, dass sich die Mehrzahl der Personen zum Zeitpunkt der Befragung gut an sexuelle Erfahrungen unter Substanzeinfluss erinnern können. Nach der Häufigkeit der sexuellen Kontakte unter Substanzeinfluss gefragt antworteten 26,7 % „mehrmals im Monat“ und 23,3 % „mehrmals am Tag“. Das Item wurde von 30 Personen beantwortet.

83,8 % der teilnehmenden Personen gaben an, zu masturbieren. 16,2 % beantworteten das Item mit „nein“. Nach der Häufigkeit gefragt antworteten 51,6 % mit „mehrmals in der Woche“. 12,9 % gaben an, „weniger als einmal im Monat“ zu masturbieren. Das Item beantworteten 31 von 37 befragten Personen.

5.4 Aussagen zum Einfluss der Hauptsubstanzen auf das sexuelle Erleben/Verhalten

Die folgende Tabelle veranschaulicht die Ergebnisse zu den 24 Aussagen aus dem Fragebogen mit den jeweiligen Mittelwerten und Standardabweichungen. Die Aussagen konnten auf einer Skala von „ich stimme überhaupt nicht zu“ (1) bis „ich stimme voll und ganz zu“ (5) bewertet werden.

	Mittelwert	Standardabweichung
Aussage 1: Meine sexuellen Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen bringe ich oft mit meiner Hauptsubstanz in Verbindung.	2,34	1,11
Aussage 2: Mein sexueller Antrieb (das Gefühl für Sex) steigt durch den Gebrauch meiner Hauptsubstanz.	3,06	1,37
Aussage 3: Meine sexuelle Leistung wird durch die Verwendung meiner Hauptsubstanz verbessert.	3,28	1,43

	Mittelwert	Standard- abweichung
Aussage 4: Meine sexuelle Leistung wird durch den Gebrauch meiner Hauptsubstanz reduziert.	1,94	1,09
Aussage 5: Meine Lust am Sex wird durch die Verwendung von meiner Hauptsubstanz gesteigert.	3,47	1,29
Aussage 6: Meine Lust am Sex wird durch die Verwendung von meiner Hauptsubstanz reduziert.	1,81	1,00
Aussage 7: Durch die Verwendung meiner Hauptsubstanz bin ich besessen von Sex und/oder habe eine ungewöhnlich hohe Libido.	2,69	1,21
Aussage 8: Durch die Verwendung meiner Hauptsubstanz verringert sich mein Interesse an Sex und/oder habe eine ungewöhnlich niedrige Libido.	1,61	0,93
Aussage 9: Ich habe häufiger Sex (z.B. Geschlechtsverkehr, Oralsex, Masturbation), wenn ich meine Hauptsubstanz verwende.	3,06	1,39
Aussage 10: Ich habe seltener Sex (z.B. Geschlechtsverkehr, Oralsex, Masturbation), wenn ich meine Hauptsubstanz verwende.	1,81	0,92
Aussage 11: Ich bin eher bereit, lockere Sex-Kontakte (Prostituierte, One-Night-Stand, unbekannte Partner/innen) zu haben, wenn ich unter dem Einfluss meiner Hauptsubstanz stehe.	3,31	1,24

	Mittelwert	Standard- abweichung
Aussage 12: Ich bin eher bereit, riskanten Sex zu haben, wenn ich unter dem Einfluss meiner Hauptsubstanz stehe. (z.B. keine Verwendung von Kondomen, weniger vorsichtiger Wahl der/des Sexualpartnerin/Sexualpartners).	3,22	1,27
Aussage 13: Wenn ich unter dem Einfluss meiner Hauptsubstanz stehe, praktiziere ich sexuelle Handlungen, die ungewöhnlich für mich sind (z.B. übermäßige Masturbation, in eine Strip-Bar gehen, Kleidung des anderen Geschlechts tragen, Voyeurismus, mich nackt zeigen, etc.).	2,19	1,28
Aussage 14: Ich bin im sexuellen Verhalten eher zurückhaltend (z.B. vorsichtiger beim sexuellen Kontakt), wenn ich meine Hauptsubstanz konsumiert habe.	1,94	0,98
Aussage 15: Der Konsum meiner Hauptsubstanz hängt so stark mit dem Sex zusammen, dass ich denke, dass es schwierig für mich sein wird, den Gebrauch dieser Substanz von meinem sexuellen Verhalten zu trennen.	2,06	1,01
Aussage 16: Ich mache mir Sorgen, dass Sex ohne meine Hauptsubstanz nicht mehr interessant oder unterhaltsam ist.	2,00	1,19
Aussage 17: Sexuelle Fantasien oder Wünsche haben in der Vergangenheit den Konsum meiner Hauptsubstanz getriggert/provoziert.	2,42	1,15
Aussage 18: Meine sexuellen Fantasien oder Wünsche machen es mir schwerer, auf meine Hauptsubstanz zu verzichten.	2,17	1,00

	Mittelwert	Standard- abweichung
Aussage 19: Ich habe unter dem Einfluss meiner Hauptsubstanz an meiner sexuellen Orientierung gezweifelt (z.B. wenn Sie heterosexuell sind, homosexuelle Fantasien hatten oder unter Einfluss von der Hauptsubstanz homosexuelle Kontakte hatten).	1,53	0,84
Aussage 20: Ich hatte das Gefühl, dass mein sexuelles Verhalten unter dem Einfluss meiner Hauptsubstanz sexuell pervers oder abnormal ist.	2,39	1,05
Aussage 21: Ich brauche eine Behandlung bezüglich meines sexuellen Verhaltens, weil es mit meinem Hauptsubstanz zusammenhängt.	1,47	0,56
Aussage 22: Sexuelle Gedanken und Gefühle lösen fast immer Suchtdruck/Konsum meiner Hauptsubstanz aus.	1,92	1,10
Aussage 23: Ich bin oft mit sexuellen Gedanken oder Fantasien und romantischen Tagträumen beschäftigt, während ich unter dem Einfluss meiner Hauptsubstanz stehe.	2,25	1,20
Aussage 24: Ich habe oft Probleme, mein sexuelles Verhalten zu stoppen, selbst wenn ich weiß, dass es unangemessen und/oder gefährlich für meine Gesundheit ist.	2,00	1,15

Tabelle 1

Die Aussage 11 und 12 wurden zu der Variablen „Bereitschaft zu riskantem Sex“ zusammengefasst. 55,6 % der teilnehmenden Personen bewerteten die Aussagen mit „stimme zu“ und „stimme voll und ganz zu“. 5,6 % antworteten mit „teils teils“ und 38,9 % lehnten die Aussage mit „stimme nicht zu“ und „stimme überhaupt nicht zu“ ab.

25% der befragten Personen stimmten der Aussage zu, unter Substanzeinfluss ungewöhnliche sexuelle Handlungen durchzuführen.

72,2% lehnten die Aussage ab, dass der Konsum ihrer Hauptsubstanzen eng mit dem sexuellen Verhalten zusammenhängt und sie Sorgen hätten, ohne Substanzen Sex zu haben. 19,9 % beantworteten die Aussage mit „teils teils“ und 8,4% stimmten der Aussage zu.

75% der befragten Personen haben keine Bedenken, dass der Sex ohne den Einfluss ihrer Hauptsubstanzen unterhaltsam oder interessant sein könnte. 55,6 % haben in der Vergangenheit nicht die Erfahrung gemacht, dass sexuelle Wünsche und Fantasien ein Trigger für den Konsum der Hauptsubstanzen ist. 27,8 % antworteten mit „teils teils“ und 16,7 % stimmten der Aussage zu.

69,5 % der teilnehmenden Personen stimmten der Aussage „Meine sexuellen Fantasien oder Wünsche machen es mir schwerer, auf meine Hauptsubstanz zu verzichten“ nicht zu. 16,7 % antworteten mit „teils teils“ und 13,9 % stimmten der Aussage zu. An der sexuellen Orientierung hat nur eine Person gezweifelt, 91,7 % stimmten dieser Aussage nicht zu. 13,9 % der befragten Personen hatte das Gefühl, dass das sexuelle Verhalten unter dem Einfluss der Hauptsubstanzen pervers oder abnormal ist. 55,5 % stimmten der Aussage nicht zu.

97,3 % der teilnehmenden Personen brauchen keine Behandlung bezüglich des sexuellen Verhaltens, weil es mit den Hauptsubstanzen zusammenhängt. Bei 69,4 % der befragten Personen lösen sexuelle Gedanken und Gefühle keinen Suchtdruck aus. 22,2 % sind oft mit sexuellen Fantasien und romantischen Tagträumen beschäftigt, wenn sie unter dem Einfluss ihrer Hauptsubstanz stehen. 66,9 % stimmten der Aussage nicht zu. 72,2 % haben keine Probleme damit, ihr sexuelles Verhalten zu stoppen. 13,9 % antworteten mit „teils teils“ und 13,9 % stimmten der Aussage zu.

6. Diskussion

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse aus der Befragung diskutiert und die anfangs gebildeten Hypothesen überprüft.

6.1 zur Methode der Untersuchung

Wie die Darstellung des aktuellen Forschungsstandes gezeigt hat, existieren einige wenige internationale Studien zum Zusammenhang zwischen Substanzkonsum und Sexualität. Die Ergebnisse zeigen einen deutlichen Zusammenhang in unterschiedlicher Weise. Es war daher von Interesse, ob sich die Ergebnisse aus anderen Ländern auch unter deutschen Personen mit einer Abhängigkeitserkrankung widerspiegeln oder ob sich die Ergebnisse grundlegend unterscheiden. Ich wählte daher eine quantitative Methode, um bereits in ähnlicher Weise bestehende Hypothesen zu bestätigen bzw. zu verwerfen.

6.2 Limitationen der Studie

6.2.1 Hinsichtlich der Stichprobe

Von den 69 Personen, welche sich zum Zeitpunkt der Befragung in der Einrichtung befanden haben sich 37 Personen an der Befragung beteiligt. Die Stichprobe hat daher einen geringen Umfang. Zudem haben deutlicher weniger Frauen als Männer an der Befragung teilgenommen. Aufgrund datenschutzrechtlicher Bestimmungen war es nicht möglich, die Geschlechterverteilung aller in Behandlung befindlichen Personen der Einrichtung zu erheben. Somit kann keine Aussage darüber getroffen werden, ob die Verteilung des Geschlechts der Stichprobe der Gesamtverteilung in der Einrichtung entspricht und die Geschlechter somit normalverteilt sind oder ob sich generell weniger Frauen an der Befragung beteiligt haben.

6.2.2 Hinsichtlich des Erhebungsinstrumentes

Für die vorliegende Befragung wurde der Fragebogen der Studie „Substance use disorders and sexual behavior: the effects of alcohol and drugs on patients' sexual thoughts, feelings and behavior“ von Meine Bosma-Bleeker und Eric Blaauw genutzt. Mit freundlicher Erlaubnis durfte der Fragebogen von der

niederländischen in die deutsche Sprache übersetzt werden. Dieses neue Erhebungsinstrument ist nicht auf seine Gültigkeit in Bezug auf Reliabilität und Validität getestet worden. Außerdem ist nicht bekannt, inwiefern Erinnerungsverzerrungen und das Phänomen der sozialen Erwünschtheit die Beantwortung beeinflusst haben. Die Frage nach der Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse kann somit nicht beantwortet werden.

6.3 Hypothesenprüfung

Hypothese 1 - Der Einfluss der Hauptsubstanzen auf die sexuelle Leistungsfähigkeit und die sexuelle Lust wird von den TeilnehmerInnen positiv wahrgenommen

Um den Einfluss der Hauptsubstanzen auf die sexuelle Leistungsfähigkeit und die sexuelle Lust erfassen zu können, war es zunächst notwendig, die Variablen aus der Fragebatterie mit den positiv formulierten Aussagen über das sexuelle Erleben zu einer Variablen zusammenzufassen. Positiv bedeutet in diesem Zusammenhang keine generelle Bewertung der Aussagen, sondern die Richtung in welche die Fragen formuliert wurden.

Folgende Aussagen und die dazugehörigen codierten Daten wurden zu der Variablen „positiver Einfluss auf das sexuelle Verhalten/Erleben“ zusammengefasst:

- Meine sexuelle Leistung wird durch die Verwendung meiner Hauptsubstanz verbessert.
- Meine Lust am Sex wird durch die Verwendung meiner Hauptsubstanz gesteigert.
- Durch die Verwendung meiner Hauptsubstanz bin ich besessen von Sex und/oder habe eine ungewöhnlich hohe Libido.
- Ich habe häufiger Sex (z.B. Geschlechtsverkehr, Oralsex, Masturbation), wenn ich meine Hauptsubstanz verwende.

Um einen Vergleichswert zu schaffen wurden die oben genannten Aussagen in der Fragebatterie auch als negative Aussagen aufgenommen und zur Variable „negativer Einfluss auf das sexuelle Verhalten/Erleben“ zusammengefasst:

- Meine sexuelle Leistung wird durch die Verwendung meiner Hauptsubstanz reduziert.
- Meine Lust am Sex wird durch die Verwendung meiner Hauptsubstanz reduziert.
- Durch die Verwendung meiner Hauptsubstanz verringert sich mein Interesse an Sex und/oder habe ich eine ungewöhnlich niedrige Libido.
- Ich habe seltener Sex (z.B. Geschlechtsverkehr, Oralsex, Masturbation), wenn ich meine Hauptsubstanz verwende.

Um von einem positiven Zusammenhang zwischen dem Substanzkonsum und dem sexuellen Erleben ausgehen zu können, sollte der Mittelwert aller erfassten Aussagen in der Variable „positiver Einfluss“ zwischen drei und fünf liegen. Im Umkehrschluss sollte der Mittelwert der Variable „negativer Einfluss“ zwischen eins und drei liegen, um davon ausgehen zu können, dass die befragten Personen den Aussagen eher nicht zustimmen und der Einfluss der Hauptsubstanzen auf das sexuelle Erleben als positiv wahrgenommen wird.

In der Tabelle 1 sind die Mittelwerte und die Standardabweichungen der einzelnen Aussagen in der Variable „positiver Einfluss auf das sexuelle Erleben“ dargestellt. 36 von 37 der befragten Personen haben die Aussagen bewertet.

		Meine sexuelle Leistung wird durch die Verwendung meiner Hauptsubstanz verbessert.	Meine Lust am Sex wird durch die Verwendung von meiner Hauptsubstanz gesteigert.	Durch die Verwendung meiner Hauptsubstanz bin ich besessen von Sex und/oder habe eine ungewöhnlich hohe Libido.	Ich habe häufiger Sex (z.B. Geschlechtsverkehr, Oralsex, Masturbation), wenn ich meine Hauptsubstanz verwende.
N	Gültig	36	36	36	36
	Fehlend	1	1	1	1
Mittelwert		3,28	3,47	2,69	3,06
Std.-Abweichung		1,427	1,298	1,215	1,393

Tabelle 2

Zu sehen ist, dass drei von vier Aussagen einen Mittelwert über drei abbilden. Das bedeutet, dass die befragten Personen dem positiven Einfluss der Hauptsubstanzen auf das sexuelle Verhalten eher zustimmen. Der niedrigere Wert mit $M=2,69$ bei der Aussage „Durch die Verwendung meiner Hauptsubstanz bin ich besessen von Sex und/oder habe eine ungewöhnlich hohe Libido.“ könnte mit der Formulierung und dem Begriff ‚besessen‘ zusammenhängen, da sich vermutlich nicht jeder Befragte mit dem Begriff sexuell besessen identifizieren kann und somit dieser Aussage wahrscheinlich eher nicht zustimmt.

In der Tabelle 2 sind die Werte für die negativ formulierten Aussagen dargestellt.

		Meine sexuelle Leistung wird durch den Gebrauch meiner Hauptsubstanz reduziert.	Meine Lust am Sex wird durch die Verwendung von meiner Hauptsubstanz reduziert.	Durch die Verwendung meiner Hauptsubstanz verringert sich mein Interesse an Sex und/oder habe eine ungewöhnlich niedrige Libido.	Ich habe seltener Sex (z.B. Geschlechtsverkehr, Oralsex, Masturbation), wenn ich meine Hauptsubstanz verwende.
N	Gültig	36	36	36	36
	Fehlend	1	1	1	1
	Mittelwert	1,94	1,81	1,61	1,81
	Std.-Abweichung	1,094	1,009	,934	,920

Tabelle 3

Bei dieser Darstellung ist zu erkennen, dass die Mittelwerte aller Aussagen in der Variable „negativer Einfluss auf das sexuelle Verhalten“ deutlich unter drei liegt. Somit ist davon auszugehen, dass die befragten Personen eher nicht zustimmen, dass die Verwendung der Hauptsubstanzen negative Einflüsse auf das sexuelle Erleben haben.

Bei der Zusammenfassung aller positiver Aussagen ($M=3,12$; $SD=1,11$) und aller negativer Aussagen ($MD=1,79$; $SD=0,84$) zum sexuellen Verhalten und dem Gebrauch der Hauptsubstanz ist zu erkennen, dass die teilnehmenden

Personen einen positiven Effekt der Hauptsubstanzen auf die sexuelle Performanz erleben. Die höchste Zustimmung erhielt die Aussage mit dem Inhalt der gesteigerten Lust unter Substanzeinfluss ($M=3,47$; $SD=1,29$). Ein negativer Einfluss wird eher nicht wahrgenommen.

Die Standardabweichung positiv formulierter Aussagen zeigt mit 1,11 dennoch ein höheres Streuungsmaß der Werte. Das bedeutet, dass es auch mehrere befragte Personen gab, die den Aussagen nicht zugestimmt haben.

Die Aussage „Mein sexueller Antrieb (das Gefühl für Sex) steigt durch den Gebrauch meiner Hauptsubstanz“ ($M=3,06$; $SD=1,37$) wurde in den oben genannten Berechnungen nicht mit einbezogen, da es keine negative Formulierung zu dieser Aussage im Fragebogen gab. Dennoch zeigt auch die Auswertung dieser Aussage, dass die befragten Personen eher zustimmen. Die Ergebnisse zeigen, dass die befragten Personen einen positiven Effekt bei dem Konsum der Hauptsubstanzen auf das sexuelle Erleben wahrnehmen. Besonders deutlich ist dies am Ergebnis zur Frage nach der sexuellen Lust zu erkennen.

Hypothese 2 - Der Einfluss der Hauptsubstanzen auf die sexuelle Leistungsfähigkeit und die sexuelle Lust unterscheidet sich von männlichen Befragten zu weiblichen Befragten.

An der Befragung haben sowohl männliche als auch weibliche Personen teilgenommen. Der weibliche Anteil der befragten Personen beträgt 24,2 % und der männliche Anteil 75,8 %.

Gruppenstatistiken					
	Geschlecht	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
positiver Einfluss der Hauptsubstanz auf das sexuelle Verhalten	männlich	25	3,1400	1,14355	,22871
	weiblich	8	2,9688	1,02153	,36117

Tabelle 4

Gruppenstatistiken

	Geschlecht	N	Mittelwert	Standard abweichung	Standard fehler des Mittelwertes
negativer Einfluss der Hauptsubstanz auf das sexuelle Verhalten	männlich	25	1,7300	,84755	,16951
	weiblich	8	1,8750	,86603	,30619

Tabelle 5

Um festzustellen, ob der Einfluss der Hauptsubstanzen auf das sexuelle Verhalten bei den Geschlechtern unterschiedlich ausfällt, habe ich in SPSS eine Kreuztabelle genutzt und die Variablen „Geschlecht“ und „positiver Einfluss auf das sexuelle Verhalten“ eingefügt. Der Chi-Quadrat-Test ergibt einen nicht signifikanten Wert von 0,488. Anhand des Mittelwertes ist zu erkennen, dass die männlichen befragten Personen den positiv formulierten Aussagen zum sexuellen Erleben etwas mehr zustimmen. Dennoch hat diese Aussage keine allgemeine Gültigkeit, da lediglich acht weibliche Personen an der Befragung teilgenommen haben.

Hypothese 3 - weibliche Befragte sind unter dem Einfluss ihrer Hauptsubstanzen eher bereit, lockere Sexkontakte einzugehen und riskanten Sex zu haben als männliche Befragte.

Gruppenstatistiken

	Geschlecht	N	Mittelwert	Standard- abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Bereitschaft zu riskantem Sex	männlich	25	3,2200	1,20830	,24166
	weiblich	8	3,2500	1,28174	,45316

Tabelle 6

Anhand der Mittelwerte ist zu erkennen, dass es in der Stichprobe keinen Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Antworten zu lockeren Sexkontakten und riskantem Sex gibt. Es ist ersichtlich, dass sowohl männliche als auch weibliche Befragte eher zustimmen, riskanten Sex und lockere Sexkontakte unter dem Einfluss ihrer Hauptsubstanz einzugehen. Auch bei dieser Hypothese kann keine verallgemeinernde Aussage getroffen werden aufgrund der geringen Anzahl teilnehmender Frauen.

Hypothese 4 - Je länger der Konsum der Hauptsubstanz bereits fortdauert, desto häufiger berichten die Teilnehmer*innen von sexueller Antriebsminderung und Leistungsreduzierung sowie Libido Verlust.

	Wie lange konsumieren Sie Ihre Hauptsubstanz schon?	N	Mittelwert	Standard-Abweichung	Standardfehler Des Mittelwertes
Negativer Einfluss der Hauptsubstanzen auf das sexuelle Verhalten	Unter 1 Jahr	1	1,25	-	-
	1 – 5 Jahre	16	1,70	,67	,16
	6 – 10 Jahre	9	1,61	,61	,20
	11 – 15 Jahre	3	2,42	,38	,22
	Über 16 Jahre	6	2,13	1,55	,63

Tabelle 7

Anhand der Tabelle 6 ist zu sehen, dass die Mittelwerte über die Konsumdauer steigen. Dem negativen Einfluss der Hauptsubstanz wird mit zunehmender Konsumdauer eher zugestimmt, wobei der Wert 3 die Antwortmöglichkeit „teils teils“ ausdrückt. Somit bleiben die Mittelwerte eher im Bereich „ich stimme nicht zu“. Zudem liegt die Hauptkonsumdauer dieser Stichprobe bei 1 – 5 Jahren (45,9 %). Anhand der Ergebnisse dieser Befragung ist also davon auszugehen, dass bei den befragten Personen kein direkter Zusammenhang zwischen der Konsumdauer und einer sexuellen Antriebsminderung und Leistungsreduzierung sowie Libidoverlust besteht, aber die Zustimmung zu negativen Einflüssen auf das sexuelle Erleben über die Konsumdauer leicht zunimmt.

Die Ergebnisse hinsichtlich der entwickelten Hypothesen zeigen ebenfalls, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Substanzkonsum und des sexuellen Verhaltens gibt. Besonders im Bereich der sexuellen Luststeigerung und der sexuellen Leistungsfähigkeit berichten die TeilnehmerInnen eine starke Ausprägung. Dies deckt sich mit den Ergebnissen anderer Studien, die in diesem Zusammenhang durchgeführt worden sind. (u.a. Lorvick et al. 2012; Skárner et al. 2016; Bosma-Bleeker/Blaauw 2018) In Bezug auf die

Geschlechter konnten keine Unterschiede in der Beantwortung der Fragen zur sexuellen Leistungsfähigkeit und sexueller Lust sowie der Bereitschaft zu sexuellem Risikoverhalten festgestellt werden. Es ist dennoch nicht klar, ob diese Ergebnisse mit dem generell geringen Stichprobenumfang und der noch geringeren Anzahl an teilnehmenden weiblichen Personen zusammenhängt. In weiteren Forschungen wäre dies zu überprüfen und neu zu betrachten. Bei der Frage nach dem Zusammenhang zwischen Konsumdauer und dem negativen Einfluss auf das sexuelle Erleben lässt sich eine Tendenz erkennen, dass über die Dauer des Konsums die positiven Einflüsse auf die Sexualität abnehmen. Auch diese Erkenntnisse sollten in weiteren Studien näher betrachtet werden.

Ein Großteil der befragten Personen scheint in der Lage zu sein, Sexualität und Substanzkonsum voneinander zu trennen, da sie sich keine Behandlung diesbezüglich wünschen. Dieses Ergebnis könnte aber auch davon geprägt sein, dass das Thema Sexualität schambehaftet und intim ist und sich die KlientInnen deshalb keine Behandlung in diesem Bereich wünschen. Es bleibt außerdem offen, ob sich das Ergebnis in einer größeren Stichprobe ähnlich wiederholt.

Zudem wäre es für zukünftige Forschungsvorhaben interessant, welchen Einfluss ein frühzeitiger Einstieg in den Drogenkonsum auf die sexuelle Entwicklung nimmt und welche Folgen daraus resultieren. Gerade in der Pubertät findet ein wichtiger Teil sexueller Entwicklung statt. In dieser sensiblen Phase haben eine Vielzahl der KlientInnen ihre ersten Kontakte mit illegalen Substanzen, aber auch die ersten sexuellen Kontakte. Inwiefern daraus Folgen resultieren und was das für die Behandlung substanzabhängiger Menschen bedeutet wäre zu untersuchen.

7. Fazit

Soziale Beziehungen und das damit verbundene sexuelle Erleben geraten häufig durch den Konsum von Suchtmitteln in den Hintergrund und gewinnen mit der Entscheidung zur Abstinenz wieder mehr an Bedeutung. Unter dem Einfluss von Substanzkonsum steht vor allem die Lustbefriedigung im Vordergrund. Über die Dauer der Konsumzeit berichten viele Klienten und Klientinnen eine strikte Trennung von Sex und der Gefühlsebene. Die Emotionen werden abgekoppelt, Sex wird mechanisiert. Stundenlanges „Können“ und die Befriedigung durch extatische multiple Orgasmen stehen über inniger Verbundenheit und Zuneigung zueinander.

Gerade nach dem Ausstieg aus der Drogenszene ist es für eine Vielzahl der KlientInnen eine große Hürde, ihre Sexualität auszuleben und neu zu erleben. Es fehlen oftmals die sexuellen Erfahrungen ohne Konsum und die Hemmschwellen sind deutlich ausgeprägter vorhanden. Daher erscheint es notwendig, die Thematik während einer Entwöhnungsbehandlung aufzugreifen und bestehende Problemlagen zu erkennen und zu bearbeiten. Der Ausstiegsprozess aus dem Drogenkonsum beinhaltet wesentlich mehr, als nur „clean“ zu werden. In Bezug auf sexuelle Erfahrungen braucht es Bewältigungsstrategien bezüglich der Unsicherheiten, die den Sex allgemein sowie das Körperbild und das Selbstwertgefühl betreffen. Die positiven Erfahrungen aus Konsumzeiten sollten als unreal und verzerrt eingeordnet werden, um ein gesundes und drogenfreies Verhältnis zur Sexualität entwickeln zu können.

In dem Bereich sexuelles Erleben und Substanzkonsum ist der Bedarf an Forschung und daraus resultierenden Entwicklungen sehr hoch. Unter der Leitung von Professor Dr. Deimel wird derzeit an der katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen Abteilung Aachen über den Zeitraum von 2019 bis 2021 die Studie „SUBSEX – Lust und Rausch: Kontexte von Substanzkonsum und Sexualität“ durchgeführt. Ziel dieser Studie ist es, ebenfalls den Zusammenhang zwischen Substanzkonsum und Sexualität zu untersuchen. Unter den Gesichtspunkten Motive und Ursachen von Substanzkonsum im Rahmen von Sexualität (Funktionalität beim Ausleben der Sexualität; Problembewältigung im Zusammenhang der sexuellen Identität; gesteigerte

sexuelle Performanz), Folgen des Substanzkonsums für die Sexualität (sexuelle Risikosituationen; sexuelle Funktionsstörungen als Folge des Substanzkonsums; Traumatische Erlebnisse in sexuellen Kontexten) sowie Umgang in der Bearbeitung von sexuellen Konflikten innerhalb der Suchttherapie sowie Identifikation von Barrieren und Beispielen gelingender Praxis sollen 25 Experteninterviews unter SuchttherapeutInnen und eine Querschnitterhebung mit 500 PatientInnen an deutschen Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt werden. (<https://www.katho-nrw.de/aachen/studium-lehre/lehrende/hauptamtlich-lehrende/deimel-daniel-prof-dr-phil/projekte/> verfügbar am 07.08.2020) Das Thema Sexualität und Substanzkonsum wird somit unter wichtigen Schwerpunkten intensiver untersucht mit dem Ziel, Therapie und Beratung auf die Thematik zu sensibilisieren, Behandlungsempfehlungen zu erarbeiten und in das Hilfesystem zu integrieren. Interessant wird es sein, ob sich die Ergebnisse der vorliegenden Studie in irgendeiner Form in der derzeit laufenden Untersuchung wiederholen oder ob gegensätzliche Erkenntnisse gewonnen werden.

In einer Onlinebefragung zur hausärztlichen Versorgungssituation gaben 85,1 % der Frauen und 98,1% der Männer an, dass bisher noch keine Sexualanamnese in Bezug auf sexuelle Funktionsstörungen vorgenommen wurde. (vgl. Brenk-Franz, K. et al. 2019) Sexualität und die damit verbundenen Bereiche wie sexuelles Verhalten, sexuelle Orientierung oder sexuelle Funktionsstörungen sind nach wie vor Tabuthemen in der Gesellschaft. Selbst Ärzte scheuen sich, das Thema anzusprechen und bestehende Problemlagen aufzudecken. In der Behandlung abhängigkeitskranker Menschen spiegelt sich dieses Bild wider. In den wenigsten Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen ist die Frage nach Sexualität vor und nach dem Ausstieg fester Bestandteil des Behandlungskonzeptes.

Aufgrund der Ergebnisse dieser und anderer Studien sollte das Thema Substanzkonsum und Sexualität sowohl in Bezug auf die positiven Effekte als auch der eventuell resultierenden sexuellen Funktionsstörungen mehr in den Fokus gerückt werden, um die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen effektiver und erfolgreicher gestalten zu können und somit die langfristige Abstinenz der KlientInnen zu unterstützen.

Literaturverzeichnis

- Bancroft, J. (1986). *Grundlagen und Probleme der menschlichen Sexualität*. Stuttgart: Enke.
- Bogner, Kathrin und Landrock, Uta (2015). Antworttendenzen in standardisierten Umfragen. Mannheim. GESIS Leibniz. Institut für Sozialwissenschaften (GESIS Survey Guidelines). DOI: 10.15465/gesis-sg_016 (verfügbar am 02.07.2020)
- Bosma-Bleeker, M./ Blaauw E. (2018). Substance use disorders and sexual behavior: the effects of alcohol and drugs on patients' sexual thoughts, feelings and behavior. In: *Addictive Behaviors* 87 (2018) 231 – 237.
- Bourne, A. et al. (2014). The Chemsex Study: drug use in sexual settings among gay and bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham Chemsex. <https://www.lambeth.gov.uk/sites/default/files/ssh-chemsex-study-final-main-report.pdf> (verfügbar am: 22.07.2020)
- Brenk-Franz, K. et al. (2019). Sexuelle Dysfunktionen bei hausärztlich versorgten Patienten: Onlinebefragung bezüglich gesundheitsbezogener Merkmale und Versorgungssituation. In: *Psychotherapie* 64. 91-98.
- Deimel, D. (2018). Substanzkonsum und Sexualität: Sexualität und Substanzkonsum. In: AG Sucht - PSAG Köln. Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.). Drogen- und Suchtbericht: Oktober 2019. Bundesministerium für Gesundheit.
- Eul, J./Verres, R. (2016). Wirkung psychoaktiver Substanzen auf das Bedürfnis nach Liebe, Zärtlichkeit und Sex sowie auf die sexuelle Performance – Ergebnisse einer Umfragestudie bei 1616 Personen mit überwiegend multipler Drogenkonsumerfahrung. In: *Suchttherapie* 2016; 17: 153 – 160
- Graves, K. L./Leigh, B. C. (1990). The Relationship of Substance Use to Sexual Activity Among Young Adults un the United States. In: *Family Planning Perspectives*, 27:18-22 & 33, 1995. DOI: <https://doi.org/10.1363/2701895> (verfügbar am 17.03.2020)

- Haeberle E. J. (1978). Die Sexualität des Menschen: Handbuch und Atlas (2., erweiterte Auflage). Nikol Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG Hamburg
- Haversath, J. et al. (2017). Sexualverhalten in Deutschland: Ergebnisse einer repräsentativen Befragung. In: Deutsches Ärzteblatt Jg. 114 Heft 33 – 34.
- Helfrich, M. (2020). Datenschutzrecht: Datenschutz-Grundverordnung; JI-Richtlinie; Bundesdatenschutzgesetz; Telemediengesetz; Grundrechtecharta; Europäische Datenschutzkonvention (12. Auflage). Beck-Texte im dtv.
- Jösch, J. (2015). Suchtglocke: Patientenzeitung im Junior'schen Reha-Zentrum. Fachkrankenhaus Vielbach. Nr. 55, S. 14 – 28
- Jösch, J. J. (2018). Sucht und Sexualität: Mann (S)ucht Liebe. <https://www.konturen.de/fachbeitraege/sucht-und-sexualitaet/> (verfügbar am 22.07.2020)
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe/LWL Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.). Sexualität und Substanzkonsum – eine Befragung alkohol- und drogenabhängiger Patienten: Abschlussbericht. Münster 2010
- Lorvick, J. et al. (2012). Sexual Pleasure and Sexual Risk among Women who Use Methamphetamine: A Mixed Methods Study. In: Int J Drug Policy. 2012 September; 23(5): 385 – 392. doi:10.1016/j.drugpo.2012.07.005. (verfügbar am 13.02.2020)
- Matthiesen, S. et.al. (2017). Sexuelles Verhalten, Einstellungen und sexuelle Gesundheit in Deutschland: Erste Ergebnisse einer Pilotstudie zur Erwachsenensexualität. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Milin, S. et al. (2014). Amphetamin und Methamphetamin – Personengruppen mit missbräuchlichem Konsum und Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen: Sachbericht. Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung Hamburg.

- Rosemeier, H. P./Sieverding, M. (1991). Das sexuelle Erleben und Verhalten.
In: Sonderdruck aus Medizinische Psychologie. Ferdinand Enke Verlag
Stuttgart.
- Seitz, N.-N. (2019). Trends des Substanzkonsums und substanzbezogener
Störungen: Auswertung des Epidemiologischen Suchtsurveys von 1995
bis 2018. In: Deutsches Ärzteblatt Jg. 116. Heft 35-36. S. 585 - 591
- Skárner, A. et al. (2016). ‚Better safe than sorry‘: Women’s stories of sex and
intimate relationships on the path out of drug abuse. In: Sexualities 0(0)
1-20. DOI: 10.1177/1363460716665782
- Skárner, A./ Svensson, B. (2013). Amphetamine use and sexual practices. In:
Nordic Studies on Alcohol and Drugs Vol. 30; S. 403 – 423
- Strauß, B./Kirchmann, H. (2009). Bindung, Sexualität und
Persönlichkeitsentwicklung: Zum Verständnis sexueller Störungen aus
Sicht der interpersonalen Theorie. Kohlhammer Verlag Stuttgart.

Selbstständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit mit dem Titel

Sex on Fire – ein Zusammenhang zwischen Substanzkonsum und sexuellem Verhalten?

selbstständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe angefertigt, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet und die den verwendeten Quellen und Hilfsmitteln wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Ort, Datum

Unterschrift

Anhang

Fragebögen

- Niederländische Originalversion „Vragenlijst middelengebruik en seksueel gedrag“
- abgeleiteter Fragebogen zum Substanzgebrauch und sexuellem Verhalten

Schweigepflichtsentbindung gemäß DS-GVO

Codebuch zum Fragebogen

Deskriptive Statistik:

- Fragebogen
- Hypothesenprüfung

Door afnemer in te vullen
respondentnummer

datum

Vragenlijst middelengebruik en seksueel gedrag

Er zijn mensen die aangeven dat hun seksuele gedrag nauw verbonden is met hun alcohol en drugs gebruik. Met de term 'seksueel gedrag' worden alle soorten seksuele ervaringen bedoeld, inclusief seksuele drift, seksuele fantasieën, seksuele opwinding, seksueel genot, seksuele prestaties, en alle andere seksuele gedragingen. We doen onderzoek om meer te begrijpen over dit onderwerp. We hopen dat de informatie die we opdoen, ons helpt in het verbeteren van de behandeling voor mensen met verslavingsproblematiek.

Deelname aan dit onderzoek is **vrijwillig**. We begrijpen dat het om een persoonlijk onderwerp gaat en mede om die reden zullen de gegevens strikt **vertrouwelijk** verwerkt worden. Er staat geen berisping op het niet volledig invullen van de vragenlijst.

Geef alstublieft antwoord op **alle** vragen. Uw deelname aan dit onderzoek wordt zeer gewaardeerd.

Achtergrond informatie

1. Leeftijd
2. Geslacht Mannelijk Vrouwelijk
3. Hoogst voltooide opleidingsniveau
4. Relatiestatus Geen partner Vaste partner

5. Etniciteit kies één
- Westers Turks
- Marokkaans Antiliaans/
Arubaans
- Surinaams

Anders

6. Woonsituatie In de laatste
6 maanden
- (Eigen) woning/kamer
- Kliniek Detentie

Anders

Middelengebruik

7. Wat is uw **primaire** probleemmiddel / voorkeursmiddel?

het middel dat u het vaakst/meeste gebruikt en dat leidt tot de meest negatieve consequenties? (kies er één)

- Alcohol Amfetamine (Speed) Cannabis (Wiet/Hasj) Cocaine
- Crack/Basecoke GHB Opiaten (Heroïne/Methadon) XTC/MDMA

Anders

8. Wat gebruikt u naast uw **primaire** probleemmiddel / voorkeursmiddel?

meerdere antwoorden zijn mogelijk

- Alcohol Amfetamine (Speed) Cannabis (Wiet/Hasj) Cocaine
- Crack/Basecoke GHB Opiaten (Heroïne/Methadon) XTC/MDMA

Niets

Anders

9. Heeft u in de afgelopen dertig dagen gebruikt?

Ja, (ga verder naar vraag 10)

Nee, (ga verder naar vraag 12)

10. Hoe vaak heeft u in de afgelopen dertig dagen gebruik gemaakt van:

	Niet	1 keer	Een paar keer	1 tot 2 keer per week	3 tot 4 keer per week	5 tot 6 keer per week	dagelijks
Alcohol	<input type="radio"/>						
Amfetamine (Speed)	<input type="radio"/>						
Cannabis (Wiet/Hasj)	<input type="radio"/>						
Cocaine	<input type="radio"/>						
Crack/Basecoke	<input type="radio"/>						
GHB	<input type="radio"/>						
Opiaten (Heroin/Methadon)	<input type="radio"/>						
XTC/MDMA	<input type="radio"/>						
Andere drugs:	<input type="radio"/>						

11. Noteer per middel, dat u in de afgelopen dertig dagen gebruikt heeft, hoeveel u gemiddeld per keer gebruikt heeft (aantal glazen, gram of euro).

Een pijpje bier is iets meer dan een standaardglas, namelijk 1,2 standaardglas, een halve liter bier is 2 standaardglazen.

Een hele fles wijn is 8 standaardglazen.

Middel	<input type="text"/>	Hoeveelheid	<input type="text"/>
Middel	<input type="text"/>	Hoeveelheid	<input type="text"/>
Middel	<input type="text"/>	Hoeveelheid	<input type="text"/>
Middel	<input type="text"/>	Hoeveelheid	<input type="text"/>

12. Gebruikt u medicatie?

Nee

Ja, welke medicatie (incl. dosering) en hoelang gebruikt u deze medicatie al?

Seksueel gedrag

13. Wat is uw seksuele geaardheid?

- Heteroseksueel Homoseksueel Biseksueel

14. Heeft u ooit in uw leven seks gehad met een partner?

Seks kan van alles zijn. Bijvoorbeeld strolen (van borsten, penis en/of vagina), orale seks (seks met de mond) of geslachtsgemeenschap (met de penis in de vagina of anus gaan)?

- Ja, hoeveel sekspartners heeft u ongeveer gehad in uw leven? (aantal invullen)
- Nee, (ga verder naar vraag 20)

15. Heeft u in de afgelopen zes maanden seks gehad met een partner?

- Ja, met hoeveel sekspartners heeft u seks gehad in de afgelopen zes maanden (aantal invullen)
- Nee, (ga verder naar vraag 18)

16. Hoe vaak in de afgelopen zes maanden heeft u seks gehad?

- Minder dan 1 keer per maand Een keer per maand Een aantal keren per maand
- Een keer per week Een aantal keren per week Een keer per dag
- Meerdere keren per dag

17. Met welk geslacht heeft u veelal seks, terugkijkend over de afgelopen zes maanden?

- Enkel mannen Voornamelijk mannen, soms vrouwen Zowel mannen als vrouwen
- Voornamelijk vrouwen, soms mannen Enkel vrouwen

18. Met welk geslacht heeft u veelal seks, terugkijkend over uw gehele leven?

- Enkel mannen Voornamelijk mannen, soms vrouwen Zowel mannen als vrouwen
- Voornamelijk vrouwen, soms mannen Enkel vrouwen

19. Hoe vaak heeft u risicovol seksueel contact?

onbeschermd seksueel contact met wisselende partners

- Altijd Soms Nooit

20. Masturbeert u?

- Nee
- Ja, hoe vaak masturbeert u? *Geef hieronder aan hoe vaak*
- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Minder dan 1 keer per maand | <input type="checkbox"/> Een keer per maand | <input type="checkbox"/> Een aantal keren per maand |
| <input type="checkbox"/> Een keer per week | <input type="checkbox"/> Een aantal keren per week | <input type="checkbox"/> Een keer per dag |
| <input type="checkbox"/> Meerdere keren per dag | | |

21. Heeft u in de afgelopen zes maanden pornografisch materiaal bekeken in tijdschriften/boeken, via internet, en bioscoop/televisie/dvd?

- Nee
- Ja, hoe vaak? *Geef hieronder aan hoe vaak*
- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Minder dan 1 keer per maand | <input type="checkbox"/> Een keer per maand | <input type="checkbox"/> Een aantal keren per maand |
| <input type="checkbox"/> Een keer per week | <input type="checkbox"/> Een aantal keren per week | <input type="checkbox"/> Een keer per dag |
| <input type="checkbox"/> Meerdere keren per dag | | |

22. Heeft u in de afgelopen zes maanden wel eens seks gehad op het internet (cyberseks of online seks, bijvoorbeeld via een chatsite en/of webcam)?

- Nee
- Ja, hoe vaak? *Geef hieronder aan hoe vaak*
- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Minder dan 1 keer per maand | <input type="checkbox"/> Een keer per maand | <input type="checkbox"/> Een aantal keren per maand |
| <input type="checkbox"/> Een keer per week | <input type="checkbox"/> Een aantal keren per week | <input type="checkbox"/> Een keer per dag |
| <input type="checkbox"/> Meerdere keren per dag | | |

23. Heeft u in de afgelopen zes maanden wel eens seks gehad met iemand die u op internet heeft ontmoet?

- Nee
- Ja, hoe vaak? *Geef hieronder aan hoe vaak*
- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Minder dan 1 keer per maand | <input type="checkbox"/> Een keer per maand | <input type="checkbox"/> Een aantal keren per maand |
| <input type="checkbox"/> Een keer per week | <input type="checkbox"/> Een aantal keren per week | <input type="checkbox"/> Een keer per dag |
| <input type="checkbox"/> Meerdere keren per dag | | |

24. Hoe vaak had u in de afgelopen zes maanden seksuele fantasieën of seksuele dagdromen?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Geen | <input type="checkbox"/> Minder dan 1 keer per maand | <input type="checkbox"/> Een keer per maand |
| <input type="checkbox"/> Een aantal keren per maand | <input type="checkbox"/> Een keer per week | <input type="checkbox"/> Een aantal keren per week |
| <input type="checkbox"/> Een keer per dag | <input type="checkbox"/> Meerdere keren per dag | |

25. Hoe vaak had u in de afgelopen zes maanden zin in seks maar heeft u geen seks gehad?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Geen | <input type="checkbox"/> Minder dan 1 keer per maand | <input type="checkbox"/> Een keer per maand |
| <input type="checkbox"/> Een aantal keren per maand | <input type="checkbox"/> Een keer per week | <input type="checkbox"/> Een aantal keren per week |
| <input type="checkbox"/> Een keer per dag | <input type="checkbox"/> Meerdere keren per dag | |

26. Zou u vaker of minder vaak seks willen hebben?

- | | | |
|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Veel vaker | <input type="checkbox"/> Vaker | <input type="checkbox"/> Niet vaker of minder vaak |
| <input type="checkbox"/> Minder vaak | <input type="checkbox"/> Veel minder vaak | |

27. Wat is voor u over het algemeen het belangrijkste tijdens de seks: seksuele opwindning en/of dicht bij elkaar zijn?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Altijd seksuele opwindning | <input type="checkbox"/> Veelal seksuele opwindning, soms dichtbij elkaar zijn |
| <input type="checkbox"/> Zowel seksuele opwindning als dichtbij elkaar zijn | <input type="checkbox"/> Soms seksuele opwindning, veelal dichtbij elkaar zijn |
| <input type="checkbox"/> Altijd dichtbij elkaar zijn | |

28. Hoe tevreden bent u met uw seksleven?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Heel tevreden | <input type="checkbox"/> Tevreden | <input type="checkbox"/> Tevreden en ontevreden |
| <input type="checkbox"/> Ontevreden | <input type="checkbox"/> Heel ontevreden | |

De volgende vragen zijn voor mannen, bent u een vrouw, ga naar vraag 31

29. Hoe vaak werd in de afgelopen maand bij seksueel contact (incl. masturbatie) uw penis **minder** stijf dan u wilde?

- | | | |
|---|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Geen enkele keer | <input type="checkbox"/> Weleens | <input type="checkbox"/> Regelmatig |
| <input type="checkbox"/> Vaak | <input type="checkbox"/> Iedere keer | |

30. Hoe vaak bleef in de afgelopen maand bij seksueel contact (incl. masturbatie) uw penis **minder lang** stijf dan u wilde?

- | | | |
|---|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Geen enkele keer | <input type="checkbox"/> Weleens | <input type="checkbox"/> Regelmatig |
| <input type="checkbox"/> Vaak | <input type="checkbox"/> Iedere keer | |

De volgende vragen zijn voor vrouwen, bent u een man, ga naar vraag 35

31. Hoe vaak werd in de afgelopen maand bij seksueel contact (incl. masturbatie) uw vagina **minder** vochtig dan u wilde?

- Geen enkele keer Weleens Regelmatig
 Vaak Iedere keer

32. Hoe vaak werd in de afgelopen maand bij seksueel contact (incl. masturbatie) uw vagina **minder lang** vochtig dan u wilde?

- Geen enkele keer Weleens Regelmatig
 Vaak Iedere keer

33. Hoe vaak kreeg u in de afgelopen maand bij seksueel contact (incl. masturbatie) een orgasme?
Hoe vaak kwam u klaar?

- Geen enkele keer Weleens Regelmatig
 Vaak Iedere keer

34. Hoe vaak kwam u in de afgelopen maand bij seksueel contact (incl. masturbatie) **minder** snel klaar dan u wilde?

- Geen enkele keer Weleens Regelmatig
 Vaak Iedere keer

35. Hoe vaak kwam u in de afgelopen maand bij seksueel contact (incl. masturbatie) **sneller** klaar dan u wilde?

- Geen enkele keer Weleens Regelmatig
 Vaak Iedere keer

36. Hoe vaak had u in de afgelopen maand voor, tijdens, of na seksueel contact (incl. masturbatie) pijn in uw geslachtsdelen? *(denk bij 'pijn' ook aan juk, een branderig gevoel etc.)*

- Geen enkele keer Weleens Regelmatig
 Vaak Iedere keer

37. Wat is uw HIV status?

- HIV-positief Negatief Weet ik niet

38. Bent u seksueel misbruikt als kind of adolescent (puber)?

- Ja Nee

39. Bent u ooit verkracht of aangerand?

(gedwongen tot seksueel contact / seksueel contact tegen uw wil)

Ja Nee

40. Had u een probleem met seksuele obsessie / overmatig met seks bezig zijn, voordat u in aanraking kwam met uw **primaire** probleemmiddel?

Ja Nee

41. Is overmatig seksueel verlangen en gedrag/seksverslaving een groter probleem voor u dan middelen misbruik?

Ja Nee

Behandelgeschiedenis

42. Bent u ooit eerder in behandeling geweest voor middelen misbruik/afhankelijkheid?

Nee Ja, hoe vaak? (aantal invullen)

43. Bent u ooit eerder in behandeling geweest voor overmatig seksueel verlangen en gedrag /seksverslaving?

Nee Ja, hoe vaak? (aantal invullen)

44. Bent u ooit eerder in behandeling geweest voor psychische/psychiatrische problematiek?

Ja, hoe vaak? (aantal invullen)

En zo ja, waarvoor?

Trauma/PTSS Persoonlijkheidsproblematiek Depressie

Bipolaire stoornis (manische depressie) Angststoornis ADHD

Andere stoornis, namelijk

Vragenlijst
middelengebruik en seksueel gedrag

45. De volgende uitspraken dienen beantwoord te worden in relatie tot uw **primaire** probleemmiddel. Geef van iedere uitspraak aan in hoeverre u het er mee eens bent door het vakje aan te kruisen dat correspondeert

met uw antwoord. Bijvoorbeeld: bent u het geheel eens met de uitspraak dan kruist u het meest rechter vakje aan. Bent u het geheel oneens met de uitspraak dan kruist u het meest linker vakje aan.

	Geheel oneens	Oneens	Neutraal	Mee eens	Geheel mee eens
• Mijn seksuele gedachten, gevoelens en gedragingen associeer ik vaak met het gebruik van mijn primaire probleemmiddel.	<input type="radio"/>				
• Mijn seksuele drift (zin in seks) neemt toe door gebruik van mijn primaire probleemmiddel.	<input type="radio"/>				
• Mijn seksuele drift (zin in seks) neemt af door gebruik van mijn primaire probleemmiddel.	<input type="radio"/>				
• Mijn seksuele prestaties worden beter door gebruik van mijn primaire probleemmiddel.	<input type="radio"/>				
• Mijn seksuele prestaties worden minder door gebruik van mijn primaire probleemmiddel.	<input type="radio"/>				
• Mijn plezier in seks wordt vergroot door gebruik van mijn primaire probleemmiddel.	<input type="radio"/>				
• Mijn plezier in seks wordt verminderd door gebruik van mijn primaire probleemmiddel.	<input type="radio"/>				
• Door het gebruik van mijn primaire probleemmiddel raak ik geobsedeerd door seks en/of wordt mijn libido abnormaal hoog.	<input type="radio"/>				
• Door het gebruik van mijn primaire probleemmiddel vermindert mijn interesse in seks en/of wordt mijn libido abnormaal laag.	<input type="radio"/>				
• Ik heb vaker seks (bijv. geslachtsgemeenschap, orale seks, masturbatie) wanneer ik mijn primaire probleemmiddel gebruik.	<input type="radio"/>				
• Ik heb minder vaak seks (bijv. geslachts-gemeenschap, orale seks, masturbatie) wanneer ik mijn primaire probleemmiddel gebruik.	<input type="radio"/>				
• Ik ben eerder bereid om seks te hebben met losse contacten (prostitutuee, one-night stand, onbekende partner) wanneer ik onder invloed ben van mijn primaire probleemmiddel.	<input type="radio"/>				
• Ik ben eerder bereid om risicovolle seks te hebben onder invloed van mijn primaire probleemmiddel (bijv. geen condoomgebruik, minder voorzichtig in keuze sekspartner, etc.).	<input type="radio"/>				

Vragenlijst
middelengebruik en seksueel gedrag

	Geheel oneens	Oneens	Neutraal	Mee eens	Geheel mee eens
• Wanneer ik onder invloed ben van mijn primaire probleemmiddel, verricht ik seksuele handelingen die ongebruikelijk voor mij zijn (bijv. overmatig masturberen, naar peepshows gaan, kleding van andere geslacht dragen, voyeurisme, mezelf naakt laten zien, etc.).	<input type="radio"/>				
• Ik ben geremder in seksueel gedrag (bijv. voorzichtiger in het aangaan van seksueel contact) wanneer ik mijn primaire probleemmiddel gebruik.	<input type="radio"/>				
• Het gebruik van mijn primaire probleemmiddel is zo sterk geassocieerd met seks dat ik denk dat het moeilijk voor mij zal zijn om het gebruik van dit middel te scheiden van mijn seksuele gedrag.	<input type="radio"/>				
• Ik maak me er zorgen over dat seks niet meer zo interessant of aangenaam zal zijn (of is geweest) of zelfs saai is zonder mijn primaire probleemmiddel.	<input type="radio"/>				
• Seksuele fantasieën of verlangens hebben eerder gebruik 'getriggerd' / uitgelokt.	<input type="radio"/>				
• Mijn seksuele fantasieën of verlangens maken het moeilijker voor mij om te stoppen met gebruik van mijn primaire probleemmiddel.	<input type="radio"/>				
• Mijn seksuele gedrag onder invloed van mijn primaire probleemmiddel heeft ervoor gezorgd dat ik getwijfeld heb aan mijn seksuele geaardheid (bijv. als je heteroseksueel bent, heb je homoseksuele fantasieën gehad of handelingen verricht onder invloed van je primaire probleemmiddel).	<input type="radio"/>				
• Mijn seksuele gedrag onder invloed van mijn primaire probleemmiddel heeft ervoor gezorgd dat ik mijzelf seksueel pervers of abnormaal gevoeld heb.	<input type="radio"/>				
• Ik heb behandeling nodig voor mijn seksuele gedrag omdat het gelinkt is aan mijn primaire probleemmiddel.	<input type="radio"/>				
• Seksuele gedachten en gevoelens veroorzaken bijna altijd trek naar mijn primaire probleemmiddel.	<input type="radio"/>				
• Ik ben vaak bezig met seksuele gedachten of fantasieën en romantisch dagdromen, terwijl ik onder invloed ben van mijn primaire probleemmiddel.	<input type="radio"/>				
• Ik heb vaak moeite om mijn seksuele gedrag stop te zetten, zelfs wanneer ik weet dat het ongepast is en/of gevaarlijk voor mijn gezondheid.	<input type="radio"/>				

46. Gebruikt u een middel (alcohol of drugs), anders dan uw primaire probleemmiddel, specifiek voor uw seksleven (bijv. om uw libido te verhogen, langer seks te kunnen hebben, etc.)?

Nee

Ja, welke middel?

47. Gebruikt u wel eens meerdere middelen tegelijk?

Nee

Ja, maar dit heeft geen effect voor mijn seksleven.

Ja, en dit betekent voor mijn seksleven...

Einde vragenlijst bedankt voor uw medewerking.

Fragebogen zum Substanzgebrauch und sexuellem Verhalten

Liebe Teilnehmerinnen, liebe Teilnehmer,

Es gibt Menschen die angeben, dass ihr Sexualverhalten eng mit ihrem Alkohol- und Drogenkonsum zusammenhängt. Der Begriff "sexuelles Verhalten" bezieht sich auf alle Arten von sexuellen Erlebnissen, einschließlich Sexualtrieb, sexuelle Phantasien, sexuelle Erregung, sexuelle Lust, sexuelle Leistungsfähigkeit und alle anderen sexuellen Verhaltensweisen. Ziel des vorliegenden Fragebogens ist es, mehr über das Thema zu erfahren. Die gesammelten Informationen könnten helfen, die Behandlung von Menschen mit Suchtproblemen zu verbessern.

Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Der Fragebogen dient ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken und die erhobenen Daten sowie Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen den Datenschutzbestimmungen.

Bitte beantworten Sie alle Fragen. Ich bedanke mich für Ihre Teilnahme!

Hintergrundinformationen

1. Alter unter 18 Jahre 18 – 27 Jahre
 28 – 37 Jahre 38 – 47 Jahre
 über 47 Jahre

2. Geschlecht männlich weiblich

3. Beziehungsstatus
 keine Beziehung
 feste Beziehung
 andere

4. Wie lange sind Sie schon in dieser Einrichtung?

unter einem Monat
 1-2 Monate
 3-4 Monate
 über 5 Monate

5. Höchster bisher erreichter Schulabschluss derzeit in Schulausbildung
 ohne Schulabschluss
 Hauptschulabschluss
 Realschulabschluss
 Fachhochschulreife/ Abitur
 anderer Abschluss

6. Höchster Ausbildungsabschluss keine Ausbildung begonnen
 derzeit in Ausbildung
 keine Ausbildung abgeschlossen
 betriebliche Berufsausbildung
 schulische Berufsausbildung
 Abschluss als Meister/Techniker
 Akademischer Abschluss (Studium)
 anderer Abschluss

Substanzgebrauch

7. Welche Substanz(en) haben Sie in den letzten sechs Monaten vor der Entwöhnungsbehandlung am Häufigsten konsumiert?

- Alkohol Amphetamin Methamphetamin/Crystal Meth Kokain GHB/GBL
 Heroin Cannabis Ecstasy/MDMA LSD andere

8. Welche Substanz ist Ihre Hauptsubstanz?

Hauptsubstanz = vorrangig konsumierte Substanz

- Alkohol Amphetamin Methamphetamin/Crystal Meth Kokain GHB/GBL
 Heroin Cannabis Ecstasy/MDMA LSD andere

9. Wie lange konsumieren Sie Ihre Hauptsubstanz schon?

- unter 1 Jahr 1 – 5 Jahre 6 – 10 Jahre 11 – 15 Jahre über 16 Jahre

10. Welche Substanzen haben Sie außerdem konsumiert?

Mehrfachnennungen sind möglich

- Alkohol Amphetamin Methamphetamin/Crystal Meth Kokain GHB/GBL
 Heroin Cannabis Ecstasy/MDMA LSD andere

Sexuelles Verhalten

11. Welche sexuelle Orientierung haben Sie?

- Heterosexuell Homosexuell Bisexuell andere

12. Hatten Sie in Ihrem bisherigen Leben Sex mit einem Sexualpartner/einer Sexualpartnerin?

Sex kann alles sein. Zum Beispiel Streicheln (von Brüsten, Penis und / oder Vagina), Oralsex (Sex mit dem Mund) oder Geschlechtsverkehr (mit dem Penis in die Vagina oder den After)

- ja nein (weiter mit Frage 18)

13. Wie viele Sexualpartner/Sexualpartnerinnen hatten Sie in ihrem bisherigen Leben?

- 1 – 5 6 – 10 11 – 15 über 15 ich weiß es nicht

14. Hatten Sie in den letzten sechs Monaten vor Ihrer Entwöhnungsbehandlung Sex mit einem Sexualpartner/einer Sexualpartnerin?

- Ja Nein (weiter mit Frage 18)

15. Mit wie vielen Sexualpartner/Sexualpartnerinnen hatten Sie in den letzten sechs Monaten vor Ihrer Entwöhnungsbehandlung Sex?

- 1 – 5 6 – 10 11 – 15 über 15 ich weiß es nicht

16. Wie oft hatten Sie in den letzten sechs Monaten vor Ihrer Entwöhnungsbehandlung Sex?

- Weniger als einmal im Monat einmal im Monat mehrmals im Monat
 Einmal in der Woche ein paar Mal in der Woche einmal am Tag
 Mehrmals am Tag

17. Hatten Sie in den letzten sechs Monaten vor Ihrer Entwöhnungsbehandlung Sex unter dem Einfluss Ihrer Hauptsubstanz?

Sex kann alles sein. Zum Beispiel Streicheln (von Brüsten, Penis und / oder Vagina), Oralsex (Sex mit dem Mund) oder Geschlechtsverkehr (mit dem Penis in die Vagina oder den After)

- Nein
 Ja, wie oft?
 Weniger als einmal im Monat Einmal im Monat mehrmals im Monat
 Einmal pro Woche mehrmals in der Woche einmal am Tag
 Mehrmals am Tag

18. Masturbieren Sie?

Masturbieren = sich selbst befriedigen

- Nein
 Ja, wie oft?
 Weniger als einmal im Monat Einmal im Monat mehrmals im Monat
 Einmal pro Woche mehrmals in der Woche einmal am Tag
 Mehrmals am Tag

19. Die folgenden Aussagen müssen in Bezug auf Ihre Hauptsubstanz beantwortet werden. Geben Sie bei jeder Aussage an, inwieweit Sie zustimmen, indem Sie den entsprechenden Kreis ankreuzen.

Ein Beispiel: Stimmen Sie einer Aussage völlig zu, kreuzen Sie den Kreis ganz rechts an. Wenn Sie mit einer Aussage überhaupt nicht einverstanden sind kreuzen Sie den Kreis ganz links an.

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Teils teils	Stimme zu	Stimme voll und ganz zu
Meine sexuellen Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen bringe ich oft mit meiner Hauptsubstanz in Verbindung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein sexueller Antrieb (das Gefühl für Sex) steigt durch den Gebrauch meiner Hauptsubstanz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine sexuelle Leistung wird durch die Verwendung meiner Hauptsubstanz verbessert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine sexuelle Leistung wird durch den Gebrauch meiner Hauptsubstanz reduziert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Lust am Sex wird durch die Verwendung von meiner Hauptsubstanz gesteigert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Lust am Sex wird durch die Verwendung von meiner Hauptsubstanz reduziert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durch die Verwendung meiner Hauptsubstanz bin ich besessen von Sex und/oder habe eine ungewöhnlich hohe Libido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durch die Verwendung meiner Hauptsubstanz verringert sich mein Interesse an Sex und/oder habe eine ungewöhnlich niedrige Libido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe häufiger Sex (z.B. Geschlechtsverkehr, Oralsex, Masturbation), wenn ich meine Hauptsubstanz verwende.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Teils teils	Stimme zu	Stimme voll und ganz zu
Ich habe seltener Sex (z.B. Geschlechtsverkehr, Oralsex, Masturbation), wenn ich meine Hauptsubstanz verwende.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin eher bereit, lockere Sex-Kontakte (Prostituierte, One-Night-Stand, unbekannte Partner/innen) zu haben, wenn ich unter dem Einfluss meiner Hauptsubstanz stehe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin eher bereit, riskanten Sex zu haben, wenn ich unter dem Einfluss meiner Hauptsubstanz stehe. (z.B. keine Verwendung von Kondomen, weniger vorsichtiger Wahl der/des Sexualpartnerin/Sexualpartners).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich unter dem Einfluss meiner Hauptsubstanz stehe, praktiziere ich sexuelle Handlungen, die ungewöhnlich für mich sind (z.B. übermäßige Masturbation, in eine Strip-Bar gehen, Kleidung des anderen Geschlechts tragen, Voyeurismus, mich nackt zeigen, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin im sexuellen Verhalten eher zurückhaltend (z.B. vorsichtiger beim sexuellen Kontakt), wenn ich meine Hauptsubstanz konsumiert habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Konsum meiner Hauptsubstanz hängt so stark mit dem Sex zusammen, dass ich denke, dass es schwierig für mich sein wird, den Gebrauch dieser Substanz von meinem sexuellen Verhalten zu trennen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich mache mir Sorgen, dass Sex ohne meine Hauptsubstanz nicht mehr interessant oder unterhaltsam ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sexuelle Fantasien oder Wünsche haben in der Vergangenheit den Konsum meiner Hauptsubstanz getriggert/provoziert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Teils teils	Stimme zu	Stimme voll und ganz zu
Meine sexuellen Fantasien oder Wünsche machen es mir schwerer, auf meine Hauptsubstanz zu verzichten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe unter dem Einfluss meiner Hauptsubstanz an meiner sexuellen Orientierung gezweifelt (z.B. wenn Sie heterosexuell sind, homosexuelle Fantasien hatten oder unter Einfluss von der Hauptsubstanz homosexuelle Kontakte hatten).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich hatte das Gefühl, dass mein sexuelles Verhalten unter dem Einfluss meiner Hauptsubstanz sexuell pervers oder abnormal ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich brauche eine Behandlung bezüglich meines sexuellen Verhaltens, weil es mit meinem Hauptsubstanz zusammenhängt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sexuelle Gedanken und Gefühle lösen fast immer Suchtdruck/Konsum meiner Hauptsubstanz aus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin oft mit sexuellen Gedanken oder Fantasien und romantischen Tagträumen beschäftigt, während ich unter dem Einfluss meiner Hauptsubstanz stehe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe oft Probleme, mein sexuelles Verhalten zu stoppen, selbst wenn ich weiß, dass es unangemessen und/oder gefährlich für meine Gesundheit ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich bedanke mich für Ihre Teilnahme!

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

(Name, Vorname der Klientin/des Klienten) geboren am (Geburtsdatum)

(Adresse)

1. Frau Tina Zöppel, Verein zur Integration psychosozial beeinträchtigter Menschen Annaberg e.V.

zum Zwecke der Verarbeitung von personenbezogenen Daten
(Gesundheitsdaten)

gegenüber der schriftlichen Verarbeitung der anonym erhobenen Daten in Form der Masterthesis

gemäß Artikel 9 Absatz 2a Datenschutzgrundverordnung von seinen mir gegenüber bestehenden Schweigepflichten.

Diese Schweigepflichtentbindung ist jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerruflich. Die Erklärung ist ohne Widerruf unbefristet.

Ihr Widerruf der Erklärung der Schweigepflichtentbindung gilt nicht rückwirkend, sondern erst ab dem Zeitpunkt zu dem Sie den Widerruf erklären. Bis zu diesem Zeitpunkt bleibt die bisherige Entbindung von der Schweigepflicht rechtmäßig.

Ort, Datum

(Unterschrift der Klientin/des Klienten)

Codebuch zum Fragebogen

Item	Werte	Kodierung	Skalenniveau
Fragebogen-Nr.			Nominal
Alter	< 18 Jahre 18 – 27 Jahre 28 – 37 Jahre 38 – 47 Jahre > 47 Jahre fehlend	1 2 3 4 5 99	Ordinal
Geschlecht	männlich weiblich fehlend	1 2 99	Nominal
Beziehungsstatus	Keine Beziehung Feste Beziehung Andere fehlend	1 2 0 99	Nominal
Wie lange sind Sie schon in dieser Einrichtung?	Unter einem Monat 1 – 2 Monate 3 – 4 Monate Über 5 Monate fehlend	1 2 3 4 99	Ordinal
Höchster bisher erreichter Schulabschluss	derzeit in Schulausbildung ohne Schulabschluss Hauptschulabschluss Realschulabschluss Fachhochschulreife/ Abitur anderer Abschluss fehlend	1 2 3 4 5 0 99	Ordinal

Item	Werte	Kodierung	Skalenniveau
Höchster Ausbildungsabschluss	keine Ausbildung begonnen derzeit in Ausbildung keine Ausbildung abgeschlossen betriebliche Berufsausbildung schulische Berufsausbildung Abschluss als Meister/Techniker Akademischer Abschluss (Studium) anderer Abschluss fehlend	1 2 3 4 5 6 7 0 99	Ordinal
Substanzen am Häufigsten konsumiert (Mehrfachantworten)	Alkohol Amphetamin Methamphetamin/Crystal Kokain GHB/GBL Heroin Cannabis Ecstasy/MDMA LSD Andere fehlend	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 99	Ordinal
Hauptsubstanzen (Mehrfachantworten)	Alkohol Amphetamin Methamphetamin/Crystal Kokain GHB/GBL Heroin Cannabis Ecstasy/MDMA LSD Andere Fehlend	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 99	Ordinal

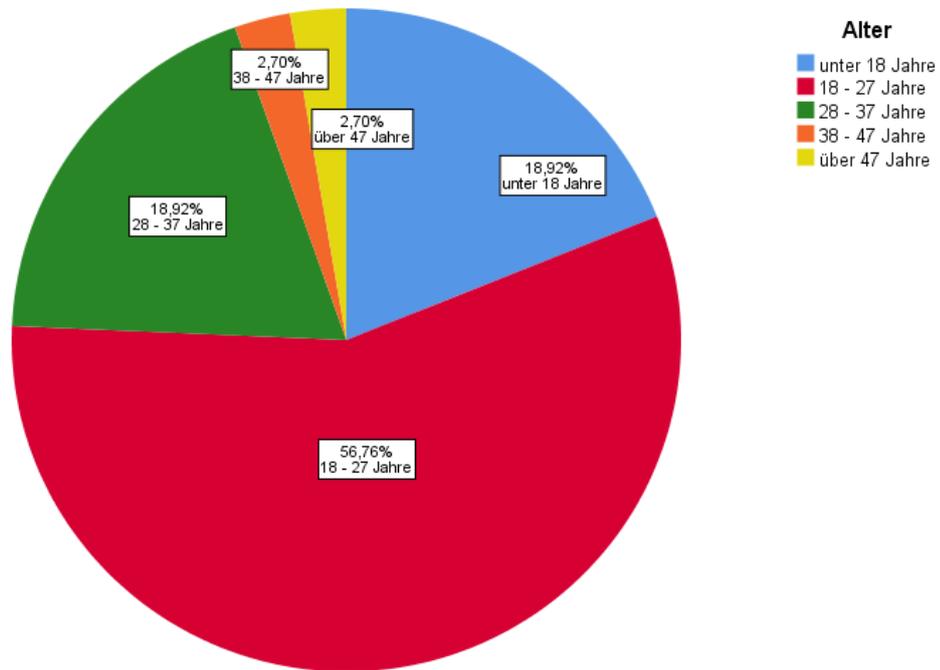
Item	Werte	Kodierung	Skalenniveau
Dauer Konsum der Hauptsubstanzen	< 1 Jahr 1 – 5 Jahre 6 – 10 Jahre 11 – 15 Jahre > 16 Jahre fehlend	1 2 3 4 5 99	Ordinal
Substanzen außerdem konsumiert	Alkohol Amphetamin Methamphetamin/Crystal Kokain GHB/GBL Heroin Cannabis Ecstasy/MDMA LSD Andere Fehlend	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 99	Ordinal
Sexuelle Orientierung	Heterosexuell Homosexuell Bisexuell Andere fehlend	1 2 3 0 99	Ordinal
Jemals Sex	Ja Nein Fehlend	1 0 99	Nominal
Anzahl Sexualpartner/ Sexualpartnerinnen jemals	1 – 5 6 – 10 11 – 15 Über 15 Ich weiß es nicht fehlend	1 2 3 4 0 99	Ordinal
Sex in den letzten 6 Monaten vor Entwöhnungsbehand- lung	Ja Nein Fehlend	1 0 99	Nominal

Item	Werte	Kodierung	Skalenniveau
Anzahl Sexualpartner/ Sexualpartnerinnen in letzten 6 Monaten vor Entwöhnungsbehandlung	1 – 5 6 – 10 11 – 15 Über 15 Ich weiß es nicht fehlend	1 2 3 4 0 99	Ordinal
Häufigkeit Sex in den letzten 6 Monaten vor Entwöhnungsbehandlung	Weniger als einmal im Monat Einmal im Monat Mehrmals im Monat Einmal pro Woche Mehrmals in der Woche Einmal am Tag Mehrmals am Tag fehlend	1 2 3 4 5 6 7 99	Ordinal
Sex unter Einfluss der Hauptsubstanzen in den letzten 6 Monaten vor Entwöhnungsbehandlung	Ja Nein fehlend	1 0 99	Nominal
Häufigkeit Sex unter Einfluss der Hauptsubstanzen in den letzten 6 Monaten vor Entwöhnungsbehandlung	Weniger als einmal im Monat Einmal im Monat Mehrmals im Monat Einmal pro Woche Mehrmals in der Woche Einmal am Tag Mehrmals am Tag Fehlend	1 2 3 4 5 6 7 99	Ordinal
Masturbieren	Ja Nein Fehlend	1 0 99	Nominal

Item	Werte	Kodierung	Skalenniveau
Häufigkeit Masturbieren	Weniger als einmal im Monat Einmal im Monat Mehr als einmal im Monat Einmal pro Woche Mehr als einmal in der Woche Einmal am Tag Mehr als einmal am Tag Fehlend	1 2 3 4 5 6 7 99	Ordinal
Aussagen 1 – 24	Stimme überhaupt nicht zu Stimme nicht zu Teils teils Stimme zu Stimme voll und ganz zu fehlend	1 2 3 4 5 99	Ratingskala

Deskriptive Statistik: Fragebogen

Hintergrundinformationen



Alter der TeilnehmerInnen in %

Geschlecht

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	männlich	25	67,6	75,8	75,8
	weiblich	8	21,6	24,2	100,0
	Gesamt	33	89,2	100,0	
Fehlend	99	4	10,8		
Gesamt		37	100,0		

Beziehungsstatus

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine feste Beziehung	29	78,4	80,6	80,6
	feste Beziehung	7	18,9	19,4	100,0
	Gesamt	36	97,3	100,0	
Fehlend	99	1	2,7		
Gesamt		37	100,0		

Wie lange sind Sie schon in dieser Einrichtung?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	unter einem Monat	8	21,6	22,2	22,2
	1 - 2 Monate	13	35,1	36,1	58,3
	3 - 4 Monate	8	21,6	22,2	80,6
	über 5 Monate	7	18,9	19,4	100,0
	Gesamt	36	97,3	100,0	
Fehlend	99	1	2,7		
Gesamt		37	100,0		

Höchster bisher erreichter Schulabschluss

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	anderer Abschluss	2	5,4	5,4	5,4
	derzeit in Schulausbildung	3	8,1	8,1	13,5
	ohne Schulabschluss	14	37,8	37,8	51,4
	Hauptschulabschluss	11	29,7	29,7	81,1
	Realschulabschluss	7	18,9	18,9	100,0
	Gesamt	37	100,0	100,0	

Höchster bisher erreichter Ausbildungsabschluss

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine Ausbildung begonnen	20	54,1	54,1	54,1
	keine Ausbildung abgeschlossen	11	29,7	29,7	83,8
	betriebliche Berufsausbildung	5	13,5	13,5	97,3
	schulische Berufsausbildung	1	2,7	2,7	100,0
	Gesamt	37	100,0	100,0	

Substanzgebrauch

Häufigkeiten von \$sub1

		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
Substanzen am häufigsten konsumiert ^a	Alkohol	21	14,7%	56,8%
	Amphetamin	13	9,1%	35,1%
	Methamphetamin/Crystal Meth	30	21,0%	81,1%
	Kokain	11	7,7%	29,7%
	GHB/GBL	6	4,2%	16,2%
	Heroin	2	1,4%	5,4%
	Cannabis	27	18,9%	73,0%
	Ecstasy/MDMA	18	12,6%	48,6%
	LSD	8	5,6%	21,6%
	andere	7	4,9%	18,9%
	Gesamt	143	100,0%	386,5%

a. Dichotomie-Gruppe tabellarisch dargestellt bei Wert 1.

Häufigkeiten von \$sub2

		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
Hauptsubstanz ^a	Alkohol	10	15,6%	27,0%
	Amphetamin	2	3,1%	5,4%
	Methamphetamin/Crystal Meth	22	34,4%	59,5%
	Kokain	2	3,1%	5,4%
	GHB/GBL	1	1,6%	2,7%
	Cannabis	21	32,8%	56,8%
	Ecstasy/MDMA	4	6,3%	10,8%
	LSD	2	3,1%	5,4%
	Gesamt		64	100,0%

a. Dichotomie-Gruppe tabellarisch dargestellt bei Wert 1.

Wie lange konsumieren Sie Ihre Hauptsubstanz schon?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige	Kumulierte
				Prozente	Prozente
Gültig	unter 1 Jahr	1	2,7	2,7	2,7
	1 - 5 Jahre	17	45,9	45,9	48,6
	6 - 10 Jahre	9	24,3	24,3	73,0
	11 - 15 Jahre	3	8,1	8,1	81,1
	über 16 Jahre	6	16,2	16,2	97,3
	99	1	2,7	2,7	100,0
	Gesamt		37	100,0	100,0

Häufigkeiten von \$sub4

		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
Substanzen außerdem konsumiert ^a	Alkohol	19	10,2%	52,8%
	Amphetamin	21	11,3%	58,3%
	Methamphetamin/Crystal Meth	21	11,3%	58,3%
	Kokain	21	11,3%	58,3%
	GHB/GBL	11	5,9%	30,6%
	Heroin	7	3,8%	19,4%
	Cannabis	26	14,0%	72,2%
	Ecstasy/MDMA	27	14,5%	75,0%
	LSD	18	9,7%	50,0%
	andere	15	8,1%	41,7%
	Gesamt		186	100,0%

a. Dichotomie-Gruppe tabellarisch dargestellt bei Wert 1.

Sexuelles Verhalten

Welche sexuelle Orientierung haben Sie?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	heterosexuell	34	91,9	94,4	94,4
	homosexuell	1	2,7	2,8	97,2
	andere	1	2,7	2,8	100,0
	Gesamt	36	97,3	100,0	
Fehlend	99	1	2,7		
Gesamt		37	100,0		

Wie viele Sexualpartner/Sexualpartnerinnen hatten Sie in ihrem bisherigen Leben?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ich weiß es nicht	3	8,1	8,3	8,3
	1 - 5	6	16,2	16,7	25,0
	6 - 10	9	24,3	25,0	50,0
	11 - 15	7	18,9	19,4	69,4
	über 15	11	29,7	30,6	100,0
	Gesamt	36	97,3	100,0	
Fehlend	99	1	2,7		
Gesamt		37	100,0		

Hatten Sie in den letzten sechs Monaten vor Ihrer Entwöhnungsbehandlung Sex mit einem Sexualpartner/einer Sexualpartnerin?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	2	5,4	5,6	5,6
	ja	34	91,9	94,4	100,0
	Gesamt	36	97,3	100,0	
Fehlend	99	1	2,7		
Gesamt		37	100,0		

Mit wie vielen Sexualpartner/Sexualpartnerinnen hatten Sie in den letzten sechs Monaten vor Ihrer Entwöhnungsbehandlung Sex?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ich weiß es nicht	2	5,4	5,9	5,9
	1 - 5	25	67,6	73,5	79,4
	6 - 10	4	10,8	11,8	91,2
	11 - 15	3	8,1	8,8	100,0
	Gesamt	34	91,9	100,0	
Fehlend	99	3	8,1		
Gesamt		37	100,0		

Wie oft hatten Sie in den letzten sechs Monaten vor Ihrer Entwöhnungsbehandlung Sex?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	weniger als einmal im Monat	1	2,7	3,0	3,0
	einmal im Monat	3	8,1	9,1	12,1
	mehrmals im Monat	9	24,3	27,3	39,4
	einmal in der Woche	4	10,8	12,1	51,5
	ein paar mal in der Woche	7	18,9	21,2	72,7
	einmal am Tag	1	2,7	3,0	75,8
	mehrmals am Tag	8	21,6	24,2	100,0
	Gesamt		33	89,2	100,0
Fehlend	99	4	10,8		
Gesamt		37	100,0		

Hatten Sie in den letzten sechs Monaten vor Ihrer Entwöhnungsbehandlung Sex unter dem Einfluss Ihrer Hauptsubstanz?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	2	5,4	5,9	5,9
	ja	32	86,5	94,1	100,0
	Gesamt	34	91,9	100,0	
Fehlend	99	3	8,1		
Gesamt		37	100,0		

Wie oft hatten Sie in den letzten sechs Monaten vor Ihrer Entwöhnungsbehandlung Sex unter dem Einfluss Ihrer Hauptsubstanz?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	weniger als einmal im Monat	3	8,1	10,0	10,0
	einmal im Monat	4	10,8	13,3	23,3
	mehrmals im Monat	8	21,6	26,7	50,0
	einmal in der Woche	1	2,7	3,3	53,3
	ein paar mal in der Woche	5	13,5	16,7	70,0
	einmal am Tag	2	5,4	6,7	76,7
	mehrmals am Tag	7	18,9	23,3	100,0
	Gesamt	30	81,1	100,0	
Fehlend	99	7	18,9		
Gesamt		37	100,0		

Masturbieren Sie?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	6	16,2	16,2	16,2
	ja	31	83,8	83,8	100,0
	Gesamt	37	100,0	100,0	

Wie oft masturbieren Sie?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	weniger als einmal im Monat	4	10,8	12,9	12,9
	einmal im Monat	3	8,1	9,7	22,6
	mehrmals im Monat	4	10,8	12,9	35,5
	einmal in der Woche	2	5,4	6,5	41,9
	mehrmals in der Woche	16	43,2	51,6	93,5
	mehrmals am Tag	2	5,4	6,5	100,0
	Gesamt	31	83,8	100,0	
	Fehlend	99	6	16,2	
Gesamt		37	100,0		

Meine sexuellen Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen bringe ich oft mit meiner Hauptsubstanz in Verbindung.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme überhaupt nicht zu	10	27,0	28,6	28,6
	stimme nicht zu	9	24,3	25,7	54,3
	teils teils	12	32,4	34,3	88,6
	stimme zu	3	8,1	8,6	97,1
	stimme voll und ganz zu	1	2,7	2,9	100,0
	Gesamt	35	94,6	100,0	
Fehlend	99	2	5,4		
Gesamt		37	100,0		

Mein sexueller Antrieb (das Gefühl für Sex) steigt durch den Gebrauch meiner Hauptsubstanz.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme überhaupt nicht zu	7	18,9	19,4	19,4
	stimme nicht zu	5	13,5	13,9	33,3
	teils teils	9	24,3	25,0	58,3
	stimme zu	9	24,3	25,0	83,3
	stimme voll und ganz zu	6	16,2	16,7	100,0
	Gesamt	36	97,3	100,0	
Fehlend	99	1	2,7		
Gesamt		37	100,0		

Meine sexuelle Leistung wird durch die Verwendung meiner Hauptsubstanz verbessert.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme überhaupt nicht zu	6	16,2	16,7	16,7
	stimme nicht zu	4	10,8	11,1	27,8
	teils teils	10	27,0	27,8	55,6
	stimme zu	6	16,2	16,7	72,2
	stimme voll und ganz zu	10	27,0	27,8	100,0
	Gesamt	36	97,3	100,0	
Fehlend	99	1	2,7		
Gesamt		37	100,0		

Meine sexuelle Leistung wird durch den Gebrauch meiner Hauptsubstanz reduziert.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme überhaupt nicht zu	16	43,2	44,4	44,4
	stimme nicht zu	11	29,7	30,6	75,0
	teils teils	5	13,5	13,9	88,9
	stimme zu	3	8,1	8,3	97,2
	stimme voll und ganz zu	1	2,7	2,8	100,0
	Gesamt	36	97,3	100,0	
Fehlend	99	1	2,7		
Gesamt		37	100,0		

Meine Lust am Sex wird durch die Verwendung von meiner Hauptsubstanz gesteigert.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme überhaupt nicht zu	4	10,8	11,1	11,1
	stimme nicht zu	4	10,8	11,1	22,2
	teils teils	8	21,6	22,2	44,4
	stimme zu	11	29,7	30,6	75,0
	stimme voll und ganz zu	9	24,3	25,0	100,0
	Gesamt	36	97,3	100,0	
Fehlend	99	1	2,7		
Gesamt		37	100,0		

Meine Lust am Sex wird durch die Verwendung von meiner Hauptsubstanz reduziert.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme überhaupt nicht zu	18	48,6	50,0	50,0
	stimme nicht zu	10	27,0	27,8	77,8
	teils teils	6	16,2	16,7	94,4
	stimme zu	1	2,7	2,8	97,2
	stimme voll und ganz zu	1	2,7	2,8	100,0
	Gesamt	36	97,3	100,0	
Fehlend	99	1	2,7		
Gesamt		37	100,0		

Durch die Verwendung meiner Hauptsubstanz bin ich besessen von Sex und/oder habe eine ungewöhnlich hohe Libido.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme überhaupt nicht zu	7	18,9	19,4	19,4
	stimme nicht zu	9	24,3	25,0	44,4
	teils teils	11	29,7	30,6	75,0
	stimme zu	6	16,2	16,7	91,7
	stimme voll und ganz zu	3	8,1	8,3	100,0
	Gesamt	36	97,3	100,0	
Fehlend	99	1	2,7		
Gesamt		37	100,0		

Durch die Verwendung meiner Hauptsubstanz verringert sich mein Interesse an Sex und/oder habe eine ungewöhnlich niedrige Libido.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme überhaupt nicht zu	21	56,8	58,3	58,3
	stimme nicht zu	11	29,7	30,6	88,9
	teils teils	2	5,4	5,6	94,4
	stimme zu	1	2,7	2,8	97,2
	stimme voll und ganz zu	1	2,7	2,8	100,0
	Gesamt	36	97,3	100,0	
Fehlend	99	1	2,7		
Gesamt		37	100,0		

Ich habe häufiger Sex (z.B. Geschlechtsverkehr, Oralsex, Masturbation), wenn ich meine Hauptsubstanz verwende.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme überhaupt nicht zu	7	18,9	19,4	19,4
	stimme nicht zu	6	16,2	16,7	36,1
	teils teils	7	18,9	19,4	55,6
	stimme zu	10	27,0	27,8	83,3
	stimme voll und ganz zu	6	16,2	16,7	100,0
	Gesamt	36	97,3	100,0	
Fehlend	99	1	2,7		
Gesamt		37	100,0		

Ich habe seltener Sex (z.B. Geschlechtsverkehr, Oralsex, Masturbation), wenn ich meine Hauptsubstanz verwende.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme überhaupt nicht zu	15	40,5	41,7	41,7
	stimme nicht zu	16	43,2	44,4	86,1
	teils teils	3	8,1	8,3	94,4
	stimme zu	1	2,7	2,8	97,2
	stimme voll und ganz zu	1	2,7	2,8	100,0
	Gesamt	36	97,3	100,0	
Fehlend	99	1	2,7		
Gesamt		37	100,0		

Ich bin eher bereit, lockere Sex-Kontakte (Prostituierte, One-Night-Stand, unbekannte Partner/innen) zu haben, wenn ich unter dem Einfluss meiner Hauptsubstanz stehe.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme überhaupt nicht zu	4	10,8	11,1	11,1
	stimme nicht zu	6	16,2	16,7	27,8
	teils teils	6	16,2	16,7	44,4
	stimme zu	15	40,5	41,7	86,1
	stimme voll und ganz zu	5	13,5	13,9	100,0
	Gesamt	36	97,3	100,0	
Fehlend	99	1	2,7		
Gesamt		37	100,0		

Ich bin eher bereit, riskanten Sex zu haben, wenn ich unter dem Einfluss meiner Hauptsubstanz stehe. (z.B. keine Verwendung von Kondomen, weniger vorsichtiger Wahl der/des Sexualpartnerin/Sexualpartners).

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme überhaupt nicht zu	4	10,8	11,1	11,1
	stimme nicht zu	8	21,6	22,2	33,3
	teils teils	5	13,5	13,9	47,2
	stimme zu	14	37,8	38,9	86,1
	stimme voll und ganz zu	5	13,5	13,9	100,0
	Gesamt	36	97,3	100,0	
Fehlend	99	1	2,7		
Gesamt		37	100,0		

Wenn ich unter dem Einfluss meiner Hauptsubstanz stehe, praktiziere ich sexuelle Handlungen, die ungewöhnlich für mich sind (z.B. übermäßige Masturbation, in eine Strip-Bar gehen, Kleidung des anderen Geschlechts tragen, Voyeurismus, mich nackt zeigen, et

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme überhaupt nicht zu	15	40,5	41,7	41,7
	stimme nicht zu	9	24,3	25,0	66,7
	teils teils	3	8,1	8,3	75,0
	stimme zu	8	21,6	22,2	97,2
	stimme voll und ganz zu	1	2,7	2,8	100,0
	Gesamt	36	97,3	100,0	
Fehlend	99	1	2,7		
Gesamt		37	100,0		

Ich bin im sexuellen Verhalten eher zurückhaltend (z.B. vorsichtiger beim sexuellen Kontakt), wenn ich meine Hauptsubstanz konsumiert habe.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme überhaupt nicht zu	12	32,4	33,3	33,3
	stimme nicht zu	18	48,6	50,0	83,3
	teils teils	4	10,8	11,1	94,4
	stimme voll und ganz zu	2	5,4	5,6	100,0
	Gesamt	36	97,3	100,0	
Fehlend	99	1	2,7		
Gesamt		37	100,0		

Der Konsum meiner Hauptsubstanz hängt so stark mit dem Sex zusammen, dass ich denke, dass es schwierig für mich sein wird, den Gebrauch dieser Substanz von meinem sexuellen Verhalten zu trennen.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme überhaupt nicht zu	12	32,4	33,3	33,3
	stimme nicht zu	14	37,8	38,9	72,2
	teils teils	7	18,9	19,4	91,7
	stimme zu	2	5,4	5,6	97,2
	stimme voll und ganz zu	1	2,7	2,8	100,0
	Gesamt	36	97,3	100,0	
Fehlend	99	1	2,7		
Gesamt		37	100,0		

Ich mache mir Sorgen, dass Sex ohne meine Hauptsubstanz nicht mehr interessant oder unterhaltsam ist.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme überhaupt nicht zu	16	43,2	44,4	44,4
	stimme nicht zu	11	29,7	30,6	75,0
	teils teils	4	10,8	11,1	86,1
	stimme zu	3	8,1	8,3	94,4
	stimme voll und ganz zu	2	5,4	5,6	100,0
	Gesamt	36	97,3	100,0	
Fehlend	99	1	2,7		
Gesamt		37	100,0		

Sexuelle Fantasien oder Wünsche haben in der Vergangenheit den Konsum meiner Hauptsubstanz getriggert/provoziert.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme überhaupt nicht zu	9	24,3	25,0	25,0
	stimme nicht zu	11	29,7	30,6	55,6
	teils teils	10	27,0	27,8	83,3
	stimme zu	4	10,8	11,1	94,4
	stimme voll und ganz zu	2	5,4	5,6	100,0
	Gesamt	36	97,3	100,0	
Fehlend	99	1	2,7		
Gesamt		37	100,0		

Meine sexuellen Fantasien oder Wünsche machen es mir schwerer, auf meine Hauptsubstanz zu verzichten.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme überhaupt nicht zu	10	27,0	27,8	27,8
	stimme nicht zu	15	40,5	41,7	69,4
	teils teils	6	16,2	16,7	86,1
	stimme zu	5	13,5	13,9	100,0
	Gesamt	36	97,3	100,0	
Fehlend	99	1	2,7		
Gesamt		37	100,0		

Ich habe unter dem Einfluss meiner Hauptsubstanz an meiner sexuellen Orientierung gezweifelt (z.B. wenn Sie heterosexuell sind, homosexuelle Fantasien hatten oder unter Einfluss von der Hauptsubstanz homosexuelle Kontakte hatten).

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme überhaupt nicht zu	22	59,5	61,1	61,1
	stimme nicht zu	11	29,7	30,6	91,7
	teils teils	2	5,4	5,6	97,2
	stimme voll und ganz zu	1	2,7	2,8	100,0
	Gesamt	36	97,3	100,0	
Fehlend	99	1	2,7		
Gesamt		37	100,0		

Ich hatte das Gefühl, dass mein sexuelles Verhalten unter dem Einfluss meiner Hauptsubstanz sexuell pervers oder abnormal ist.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme überhaupt nicht zu	8	21,6	22,2	22,2
	stimme nicht zu	12	32,4	33,3	55,6
	teils teils	11	29,7	30,6	86,1
	stimme zu	4	10,8	11,1	97,2
	stimme voll und ganz zu	1	2,7	2,8	100,0
	Gesamt	36	97,3	100,0	
Fehlend	99	1	2,7		
Gesamt		37	100,0		

Ich brauche eine Behandlung bezüglich meines sexuellen Verhaltens, weil es mit meinem Hauptsubstanz zusammenhängt.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme überhaupt nicht zu	20	54,1	55,6	55,6
	stimme nicht zu	15	40,5	41,7	97,2
	teils teils	1	2,7	2,8	100,0
	Gesamt	36	97,3	100,0	
Fehlend	99	1	2,7		
Gesamt		37	100,0		

Sexuelle Gedanken und Gefühle lösen fast immer Suchtdruck/Konsum meiner Hauptsubstanz aus.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme überhaupt nicht zu	18	48,6	50,0	50,0
	stimme nicht zu	7	18,9	19,4	69,4
	teils teils	8	21,6	22,2	91,7
	stimme zu	2	5,4	5,6	97,2
	stimme voll und ganz zu	1	2,7	2,8	100,0
	Gesamt	36	97,3	100,0	
Fehlend	99	1	2,7		
Gesamt		37	100,0		

**Ich bin oft mit sexuellen Gedanken oder Fantasien und romantischen
Tagträumen beschäftigt, während ich unter dem Einfluss meiner Hauptsubstanz
stehe.**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme überhaupt nicht zu	12	32,4	33,3	33,3
	stimme nicht zu	12	32,4	33,3	66,7
	teils teils	4	10,8	11,1	77,8
	stimme zu	7	18,9	19,4	97,2
	stimme voll und ganz zu	1	2,7	2,8	100,0
	Gesamt	36	97,3	100,0	
Fehlend	99	1	2,7		
Gesamt		37	100,0		

**Ich habe oft Probleme, mein sexuelles Verhalten zu stoppen, selbst wenn ich
weiß, dass es unangemessen und/oder gefährlich für meine Gesundheit ist.**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stimme überhaupt nicht zu	16	43,2	44,4	44,4
	stimme nicht zu	10	27,0	27,8	72,2
	teils teils	5	13,5	13,9	86,1
	stimme zu	4	10,8	11,1	97,2
	stimme voll und ganz zu	1	2,7	2,8	100,0
	Gesamt	36	97,3	100,0	
Fehlend	99	1	2,7		
Gesamt		37	100,0		

