

**Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der  
Ludwig-Maximilians-Universität München**

**Direktor: Prof. Dr. med. H.- J. Möller**

**Stabilität und Veränderung der Geschlechtsrollenorientierung und  
anderer psychosozialer Ressourcen alkoholabhängiger Männer und  
Frauen zu zwei Messzeitpunkten**

**Dissertation**

**zum Erwerb des Doktorgrades der Zahnheilkunde  
an der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig-Maximilians-Universität zu München**

**vorgelegt von**

**Adela Cuperman**

**aus**

**Zeiden (Rumänien)**

**2005**

---

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. H. – J. Möller

Mitberichterstatter: Priv. Doz. Dr. M. Wildner

Prof. Dr. Dr. h. c. H. von Voß

Mitbetreuung durch den  
promovierten Mitarbeiter:

Priv. Doz. Dr. Möller-Leimkühler

Dekan:

Prof. Dr. med. D. Reinhardt

Tag der mündlichen Prüfung: 15. November 2005

Hans gewidmet

Danken möchte ich

Frau Priv. Doz. Dr. rer. soc. Anne Maria Möller-Leimkühler, Leiterin der Psychiatrischen Soziologie der Psychiatrischen Klinik der Universität München, die trotz eigener Arbeit an ihrer Habilitation immer wieder Zeit für meine unzähligen Fragen und Probleme hatte,

Herrn Prof. Dr. Hans-Jürgen Möller, Direktor der Psychiatrischen Klinik der Universität München, für die Chance, diese Studie an seiner Klinik durchführen zu können,

Herrn Dr. med. Anton Strauß, Leiter der Dokumentationsabteilung der Psychiatrischen Klinik der Universität München, für die Unterstützung beim Studieren der knapp 200 Krankenakten in seinem Archiv,

Herrn Dr. Michael Wiseman, Abteilung „Benutzerbetreuung“ – Ausbildung, Beratung, Dokumentation – des Leibniz-Rechenzentrums (LRZ), für seine vielen, ausdauernden Beratungsgespräche zu den statistischen Grundlagen der Auswertung.

---

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung .....</b>	<b>7</b>
1.1. Historisches .....	7
1.2. Alkoholabhängigkeit.....	8
1.2.1. Definition Alkoholabhängigkeit.....	8
1.2.2. Epidemiologie .....	10
1.2.3. Ätiologie und Prädisposition .....	13
1.2.4. Verlauf und Prognose .....	16
1.3. Geschlechtsrollenorientierung .....	20
1.3.1. Definition Geschlechtsrollenorientierung .....	20
1.3.2. Psychische Gesundheit .....	24
1.3.3. Geschlechtsrollenorientierung und Alkoholabhängigkeit.....	25
1.4. Copingstrategien bei Alkoholabhängigen .....	30
<b>2. Fragestellung .....</b>	<b>33</b>
<b>3. Methodik .....</b>	<b>34</b>
<b>4. Ergebnisse der Erstbefragung .....</b>	<b>39</b>
4.1. Soziodemographische und klinische Merkmale der Stichprobe .....	39
4.1.1. Soziodemographische Merkmale .....	39
4.1.2. Klinische Merkmale.....	42
4.2. Verteilung der Geschlechtsrollenorientierung .....	43
4.3. Stressverarbeitungsstrategien, Kohärenzsinn, Anomie und subjektive Lebensqualität.....	46
4.3.1. Stressverarbeitung.....	46
4.3.2. Kohärenzsinn .....	49
4.3.3. Anomie .....	50
4.3.4. Subjektive Lebensqualität.....	52
4.4. Zusammenfassung der Ergebnisse der Erstbefragung bezüglich Maskulinitäts- und Femininitätsgrad.....	55
<b>5. Ergebnisse der Nachbefragung .....</b>	<b>56</b>
5.1. Alkoholbezogene Ereignisse und Lebensereignisse sechs Monate nach der Entgiftung.....	56
5.1.1. Inanspruchnahme einer ambulanten Therapie im Anschluss an die stationäre.....	56
5.1.2. Erneute stationäre Entgiftung .....	56
5.1.3. Selbsthilfegruppe Anonyme Alkoholiker .....	57
5.1.4. Lebensereignisse.....	58
5.1.5. Abstinenz .....	59

<b>6. Vergleich von Erst- und Nachbefragung .....</b>	<b>60</b>
6.1. Geschlechtsrollenorientierung bei Erst- und Nachbefragung .....	60
6.2. Mittelwertvergleiche von Stressverarbeitung, Kohärenzsinn, Anomie und Lebensqualität.....	63
6.2.1. Veränderung der Stressverarbeitung von Erst- zu Nachbefragung .....	63
6.2.2. Veränderung des Kohärenzsinn von Erst- zu Nachbefragung .....	68
6.2.3. Veränderung des Anomie-Indexes von Erst- zu Nachbefragung .....	71
6.2.4. Veränderung der Lebensqualität von Erst- zu Nachbefragung .....	73
6.3. Einfluss der Therapie (-formen) auf Veränderungen der Geschlechtsrollenorientierung, Ressourcen und Lebensqualität .....	78
6.3.1. Ambulante Therapie nach stationärer Entgiftung .....	80
6.3.2. Erneute stationäre Entgiftung .....	88
6.3.3. Anonyme Alkoholiker .....	95
6.4. Vergleich der Abstinenter und der Rückfälle in Bezug auf Maskulinitäts- und Femininitätsgrad, Stressverarbeitung, Kohärenzsinn, Anomie und Lebensqualität.....	102
6.4.1. Einfluss der Ausprägung von Maskulinitäts- und Femininitätsgrad, Stressverarbeitung, Kohärenzsinn, Anomie und Lebensqualität bei Erstbefragung (Prädiktor) auf späteres Abstinenz- und Rückfallverhalten.....	102
6.4.2. Einfluss von Abstinenz- und Rückfallverhalten auf die Ausprägung von Maskulinitäts- und Femininitätsgrad, Stressverarbeitung, Kohärenzsinn, Anomie und Lebensqualität bei Nachbefragung .....	106
6.4.3. Einfluss von Abstinenz- und Rückfallverhalten auf die Veränderung von Maskulinitäts- und Femininitätsgrad, Stressverarbeitung, Kohärenzsinn, Anomie und Lebensqualität im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung .....	112
<b>7. Diskussion.....</b>	<b>116</b>
<b>8. Zusammenfassung .....</b>	<b>126</b>
<b>9. Literaturverzeichnis.....</b>	<b>129</b>
<b>10. Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>140</b>
<b>11. Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>140</b>
<b>12. Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>140</b>
<b>13. Lebenslauf .....</b>	<b>147</b>
<b>14. Anhang: Fragebögen.....</b>	<b>148</b>

Therapie, Abstinenz, Lebensereignisse im vergangenen halben Jahr

GEPAQ zur Erhebung der Geschlechtsrollenorientierung als Selbstbild

SVF: generalisierte Stressverarbeitung

Kohärenzgefühl und Anomie-Index

LQLP ( Lancaster Quality of Life Profile) sowie Fragebögen zur allgemeinen Lebenssituation und zu Problembereichen

---

## 1. Einleitung

### 1.1. Historisches

Das Wort Alkohol soll aus der arabischen Sprache abgeleitet worden sein und bedeutet etwa „edler, feiner Extrakt“ (Müller 1986).

Die Verwendung von alkoholischen Getränken durch Vergärung begann bereits in der Mitte der Steinzeit (10 000 bis 5000 v. Chr.) (Petry 1983), wobei der Wunsch des Menschen, der Wirklichkeit und den Ängsten des Alltagslebens wenigstens für kurze Zeit zu entfliehen, so alt sein dürfte wie die Menschheitsgeschichte (Möller, Laux, Deister 2001). Um die Wende des ersten nachchristlichen Jahrtausends gelang es im Abendland erstmals, höherprozentige alkoholische Getränke durch Destillation herzustellen. Bis dahin war es nur möglich, Getränke mit maximal 15 - 18% Alkoholgehalt zu brauen. Diese neuartigen Destillate fanden weite Verbreitung und wurden als „Geist des Wassers“ oder „Lebenswasser“ („aqua vitae“) hochgepriesen (Feuerlein 1989).

In der Geschichte des Alkohols gab es unzählige prohibitive Versuche. Im klassischen Griechenland soll das Trinkgelage zwar der Höhepunkt des Abends gewesen sein, als es dabei aber immer häufiger zu Ausschweifungen gekommen war, soll sich Platon dagegen ausgesprochen haben, dass Kinder unter 18 Jahren Wein zu sich nehmen und sich Erwachsene vor dem 40. Lebensjahr betrinken. Angesichts des Verfalls der Trinksitten stellte der Philosoph Epiktet (60 - 140 n. Chr.) fest: „Der Weinstock trägt drei Trauben: die erste bringt die Sinneslust, die zweite den Rausch, die dritte das Verbrechen.“ Auch im Mittelalter soll durch Verbote mehrerer Reichstage versucht worden sein, dem wilden Zutrinken vorzubeugen. Der Reformator Martin Luther (1483 - 1546) sagte: „Der Sauf bleibt ein allmächtiger Abgott bei uns Deutschen, eine Art Pest, welche durch Gottes Zorn über uns geschickt ist.“ Zwischen 1817 und 1933 verboten die USA mit der Prohibition die Herstellung und den Verkauf alkoholhaltiger Getränke. Die Prohibition erwies sich jedoch letztendlich als ineffektiv und förderte massive kriminelle Praktiken (Möller, Laux, Deister 2001).

Bei vielen Völkern, vor allem der nichtindustrialisierten Welt außerhalb Europas, waren, und sind z.T. noch bis heute, die Herstellung und der Verkauf alkoholischer Getränke hauptsächlich Frauensache. Dementsprechend stehen sie hier hinsichtlich des Alkoholkonsums den Männern nicht nach (Heath 1991, zit. nach Feuerlein 1998). Trotz der langen Geschichte des Alkoholismus und der zwischenzeitlich gewonnenen Erkenntnisse über dessen Folgewirkungen wurde die erste Trinkerheilanstalt überhaupt 1841 in Boston (USA) , die erste in Deutschland 1851 gegründet. Alkoholismus wurde erst 1968 vom Bundessozialgericht als Krankheit anerkannt, anschließend entstanden Fachkrankenhäuser

---

für Suchtkranke (Möller, Laux, Deister 2001). Erst seit diesem Zeitpunkt werden die Behandlungskosten von der Krankenkasse übernommen (Watzl, Rockstroh 1997). Heute versteht man die Abhängigkeit, im Gegensatz zu früher, als von einer irreparablen Fehlhaltung ausgegangen wurde, als eine behandelbare, psychische Störung (Soyka, Möller 1997).

In der Forschungsgeschichte des Alkoholismus wurde über lange Zeit der geschlechtsspezifische Aspekt nicht beachtet. Es wurden überwiegend Männer untersucht und davon ausgehend auf die Gesamtpopulation generalisiert. Beginnend in den 70er Jahren kam es zu einer verstärkten Beachtung des Frauenalkoholismus (Curlee 1970, Holzgreve 1970), ein Trend, der sich in den 80er Jahren verstärkt fortsetzte (Berger, Legnaro, Reuband 1983; Merfert-Diete, Soltau 1984) und bis heute anhält (De Fronzo, Pawlak 1993; Schmidt, Weisner 1995). Schmitz-Moormann (1988) betont, dass in der Kulturgeschichte deutliche Unterschiede zwischen männlichem und weiblichem Trinkverhalten bestehen. „Wo immer wir also hingehen, in die Vergangenheit unseres eigenen Kulturkreises oder in ganz fremde Kulturen, überall finden wir eine deutliche Segregation der Trinkverhaltens in männlich und weiblich“.

## **1.2. Alkoholabhängigkeit**

### **1.2.1. Definition Alkoholabhängigkeit**

Die Beschreibung von Alkohol als Suchtmittel ist sehr komplex, denn Alkohol kann moderat, in gesellschaftlich akzeptierter Weise, aber auch exzessiv und destruktiv konsumiert werden. In den meisten westlichen Ländern ist Alkoholkonsum alltäglich und gesellschaftlich akzeptiert. Jedenfalls ist es schwierig, eine Grenze zwischen gesellschaftlich akzeptiertem Trinken und dem, was darüber hinaus geht, zu definieren (Oppenheimer 1991).

Dennoch soll im Folgenden versucht werden, Alkohol als Suchtmittel zu definieren.

**Sucht** ist laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein Zustand periodischer oder chronischer Intoxikation, verursacht durch wiederholten Gebrauch einer natürlichen oder synthetischen Substanz, der für das Individuum und die Gemeinschaft schädlich ist.

**Psychische Abhängigkeit** ist definiert als übermächtiges, unwiderstehliches Verlangen, eine bestimmte Substanz/Droge wieder einzunehmen (Lust-Erzeugung und/oder Unlust-Vermeidung).

**Physische Abhängigkeit** ist charakterisiert durch Toleranzentwicklung (Dosissteigerung) sowie das Auftreten von Entzugserscheinungen.



---

**Abusus** beinhaltet den unangemessenen Gebrauch einer Substanz/Droge, das heißt überhöhte Dosierung und/oder Einnahme ohne medizinische Indikation. Wiederholtes Einnehmen führt zur Gewöhnung, psychisch durch Konditionierung, physisch in der Regel mit der Folge der Dosissteigerung.

Unter **Polytoxikomanie** (polyvalente Sucht) wird eine Mehrfachabhängigkeit, also die gleichzeitige Einnahme verschiedener Suchtmittel, verstanden (Möller, Laux, Deister 2001).

Wenn von Alkoholismus gesprochen wird, ist die Alkoholabhängigkeit gemeint. Dennoch muss weiter zwischen Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit unterschieden werden, da der Begriff Alkoholismus an sich unscharf definiert ist.

Nach Möller (2002) wird unter **Alkoholmissbrauch** ein Alkoholkonsum verstanden, der gegenüber den jeweiligen soziokulturellen Normen erhöht ist bzw. zu unpassender Gelegenheit durchgeführt wird. Ein Alkoholmissbrauch ist anzunehmen, wenn es durch die Alkoholwirkung zu vorübergehenden, deutlichen, unmittelbaren Veränderungen der psychischen und physischen Funktionen des Konsumenten kommt, z.B. einem Rauschzustand. Alkoholmissbrauch kann aber auch dann vorliegen, wenn Alkohol bei unpassender Gelegenheit (z.B. im Straßenverkehr) getrunken wird, wobei die Mengen unter denen liegen können, die bei anderen Situationen durchaus toleriert werden.

Von der **Alkoholabhängigkeit** (einer früheren, auch heute noch gebräuchlichen Terminologie entsprechend auch chronischer Alkoholismus genannt) sollte nur dann gesprochen werden, wenn eine physische oder psychische Abhängigkeit vom Alkohol vorliegt.

Alkoholismus wird in den in der Klinik angewandten Klassifikationssystemen (z.B. ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation, (Dilling et al., 1995) oder DSM-IV von der amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft), (Saß et al. 1996) unter die Suchtkrankheiten subsumiert.

Die Diagnose einer Abhängigkeit von einer psychotropen Substanz stellen beide Klassifikationssysteme nach festen und übereinstimmenden Symptomen.

Mindestens drei der acht nachfolgenden Kriterien müssen gemäß des **ICD-10** und des **DSM-IV** gegeben sein, um die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit zu erlauben:

1. übermächtiger Wunsch, Alkohol zu konsumieren
2. verminderte Kontrollfähigkeit
3. Substanzgebrauch, um Entzugserscheinungen zu mildern
4. körperliches Entzugssyndrom
5. Toleranzentwicklung (Dosissteigerung)
6. eingeengtes Verhaltensmuster

- 
7. Vernachlässigung anderer Interessen
  8. anhaltender Substanz- oder Alkoholkonsum trotz Nachweis schädlicher Folgen (physisch, psychisch, sozial)

Da es aber zwischen Alkoholgenuss, Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit fließende Übergänge gibt und nicht in jedem Fall klare Verhältnisse vorliegen bzw. klare Angaben gemacht werden, kann die Diagnosestellung unter Umständen auf Schwierigkeiten stoßen (Täschner 2002). Werden in psychiatrischen Abteilungen noch rund zwei Drittel der Abhängigen richtig diagnostiziert, sinkt diese Zahl auf rund 50 Prozent in der Inneren Medizin und 20 Prozent in den chirurgischen Abteilungen. Am Ende stand in amerikanischen Untersuchungen die Frauenheilkunde, wo nur sieben Prozent der alkoholabhängigen Patientinnen diagnostiziert wurden (Mann in Gastpar, Kasper, Linden 2001).

### **1.2.2. Epidemiologie**

Die Erhebung von zuverlässigen Daten zur Alkoholkrankheit ist mit Schwierigkeiten verbunden. Sowohl die Stellung der Diagnose als auch das Tabu, das mit dieser Krankheit einhergeht und daher zu starken Verheimlichungstendenzen führen kann, erschweren die Datenerhebung.

Bis 1975 stieg der Alkoholkonsum in Deutschland weiter an, 1991/1992 konnte erstmals ein Rückgang verzeichnet werden (Arolt, Dilling, Reimer 2004). Bei Alkoholismus handelt es sich um die in Europa, neben neurotischen (psychogenen) Störungen, am weitesten verbreitete psychische Störung (Arolt, Dilling, Reimer 2004). Nach Felduntersuchungen sind etwa drei bis fünf Prozent der Bevölkerung alkoholabhängig (Möller, Laux, Deister 2001) bei Anlegung strenger Maßstäbe; Sieben Prozent bei Anwendung sensibler Methoden (Möller 2002). Gemäß der Statistik der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahr (DHS 2000) leben bundesweit circa 2,5 bis 3 Millionen Alkoholranke, davon sind etwa 500 000 Kinder und Jugendliche. Circa 4,4 Millionen Menschen zwischen 18 und 69 Jahren praktizieren einen „riskanten Konsum“ jenseits von 20 Gramm bei Frauen und 40 Gramm bei Männern täglich (DHS 2000). Deutschland liegt, was den Alkoholkonsum betrifft, international an erster Stelle vor Frankreich, Portugal, der Schweiz und Spanien. Der Verbrauch reinen Alkohols pro Kopf liegt jährlich bei elf bis 13 Litern; 1950 waren es noch drei Liter (Arolt, Dilling, Reimer 2004).

Männer sind häufiger alkoholkrank als Frauen (Möller, Laux, Deister 2001). Bei 30 Prozent der psychiatrischen Krankenhausaufnahmen handelt es sich um alkoholranke Patienten. Das Verhältnis von Männern zu Frauen lag nach dem Zweiten Weltkrieg bei 8:1 (Arolt, Dilling, Reimer 2004). Seither ist ein steigender Frauenanteil zu verzeichnen. Feuerlein (1989) fand in Bremen im Jahre 1973 ein Verhältnis von Männern zu Frauen von 2:1 vor, das heißt ein Drittel aller Alkoholiker dieses Bundeslandes sind weiblichen Geschlechts. Auf die

---

Gesamtbevölkerung gerechnet entspricht dies fünf Prozent der erwachsenen Männer und etwa zwei Prozent der erwachsenen Frauen (Mann in Gastpar, Kasper, Linden 2001).

Interessant ist, dass die Zahl der Abstinente unter Frauen bundesweit mehr als doppelt so hoch ist wie unter Männern. Bewertet man nur die Konsumenten von Alkohol, lässt also die Abstinente außerhalb der Betrachtung, so trinken Frauen im Vergleich zu Männern zwar nur die halbe Menge Bier aber etwa die gleiche Menge Wein und die gleiche Menge Spirituosen. Hier hat sich also eine beträchtliche Angleichung des Trinkverhaltens der Geschlechter vollzogen, wenn man von den viel größeren Abstinenzraten unter Frauen absieht. Es stellt sich die Frage, warum eine lange Zeit vor dieser Suchtform geschützte Gruppe in einer Art Aufholjagd sich allmählich an das Trinkverhalten der Männer annähert (Täschner 2002). Eine Erklärung für diese Entwicklung sieht Schloz (1996) u.a. darin, dass sich soziale Verhaltensnormen von Frauen und Männern zunehmend angleichen.

Untersuchungen in den USA (Wilsnack et al. 1984; Wilsnack et al. 1984/ 85) und in Großbritannien (Breeze 1985) zeigen, dass der Alkoholkonsum bei Frauen zwar nicht insgesamt steigt, aber dass wichtige Veränderungen der Muster und Altersverteilung stattfinden. Wilsnack fand in einer Studie mit 917 amerikanischen Frauen heraus, dass Frauen insgesamt weniger als Männer trinken. In Ihrem Beispiel waren 39 Prozent Abstinente und 38 Prozent leichte Trinker. Wilsnack stellte fest, dass das Trinken unter Frauen mittleren Alters, zwischen 35 und 64 Jahren, insgesamt zunimmt; stärkeres Trinken steigt in der Gruppe der 35 bis 49-jährigen. Frauen mit dem höchsten Risiko sind jüngere Frauen sowie solche, die unverheiratet geblieben sind, geschieden oder getrennt leben oder arbeitslos sind. Die Muster des Alkoholkonsums unter jugendlichen Frauen in den USA ähneln zunehmend denen heranwachsender Männer, mit nur wenigen völlig abstinenten jungen Frauen, was folglich auf einen deutlichen Anstieg der Alkoholprobleme in der Zukunft hindeutet (Johnston et al. 1985).

Ähnlich verhält es sich in England. Dort steigt der Alkoholkonsum unter jungen Frauen signifikant, wobei die schwersten Trinkerinnen unter 25 Jahren, arbeitslos und unverheiratet sind (Breeze 1985). Weitere Untersuchungen des Office of Population Censuses and Surveys (OPCS) (Goddard, Ikin 1988) zeigen, dass der durchschnittliche Konsum pro Woche derzeit bei 4.8 units liegt (ein unit entspricht acht Gramm reinem Alkohol). Während Männer zwischen 18 und 24 Jahren ihre Trinkmenge von 26 auf 21 units innerhalb der letzten 10 Jahre reduzierten, stieg der durchschnittliche, wöchentliche Konsum bei Frauen von 4.5 auf 6 units (Oppenheimer 1991).

Dennoch: Männer sind nach wie vor häufiger alkoholkrank als Frauen (Möller, Laux, Deister 2001).

---

Frauen konsumieren jedoch häufiger zentral wirksame Medikamente und sind deshalb unter den Medikamentenabhängigen bzw. Polytoxikomanen stärker vertreten. In den 70er Jahren wurde dieser Zustand darauf zurückgeführt, dass Männer in unserer Gesellschaft offener trinken können als Frauen, da sie mehr akzeptiert und weniger diskriminiert werden als trinkende Frauen (Schmidt 1987). Schmidt (1997) begründet dieses Verhalten mit Diskriminierungsängsten der Frauen. Tabletten verursachten keine „Fahne“, seien leichter zu transportieren und gäben weniger „Leergutprobleme“. Gleichwohl hat der Alkoholismus bei Frauen in den letzten Jahrzehnten, insbesondere nach dem letzten Krieg, stark zugenommen.

Auch die soziale Rolle der Frau hat sich seit dem Zweiten Weltkrieg einem erheblichen Wandel unterzogen. Bei zunehmendem sozialen Wohlstand bedeuten Heirat und Mutterrolle, trotz der Tendenz zu weniger Kindern oder Einzelkind, immer noch das vorübergehende oder dauernde Aufgeben einer eigenständigen Lebenswelt. Das wachsende Streben in unserer Gesellschaft nach materiellem Wohlstand und Konsum wird oft auch mit einer Doppelbelastung Mutter und Berufstätigkeit erkauft. Vermehrte sexuelle Aufklärung und Freiheiten bewirken häufig eher Unzufriedenheit und Resignation wegen unerfüllbarer Erwartungen und Sexual- und Leistungsängsten. In diesem Zusammenhang ist Alkohol ein Medium, das die Konformität zwischen weiblichem und partnerschaftlichem Rollenstereotyp aufrechtzuerhalten hilft (Berger, Legnaro, Reuband 1983). Der Konsum von Alkohol dient dazu, sich von der weiblichen Rollenerwartung zeitweise zu suspendieren. Unter Alkohol können Frustrationen wie auch Elemente der männlichen, dominant erlebten Rolle wie Aggressivität aufgegriffen und ausgelebt werden. Sich ausbreitende egozentrische und konsumorientierte Wertmaßstäbe führen zu unbefriedigenden emotionalen und sexuellen Beziehungen (Wurzbacher 1981). Dem Druck der eigenen und gesellschaftlichen Erwartungen von Selbstverwirklichung stehen immer mehr Phantasien von passiver Oralität (Versorgt-Werden, Wohlstand, Konsum) gegenüber. Gesellschaftliche Normen beeinflussen Entwicklungen wie den Anstieg von Schwangerschaftsabbrüchen, Scheidungen und außerehelichen Beziehungen, die zu Schuldgefühlen führen. Belastend sind auch Befürchtungen, als Mutter zu versagen oder die notwendige „Nestwärme“ nicht entwickeln zu können. Im Zusammenhang mit dem Ablösungsprozess der heranwachsenden Kinder kann sich ein „Empty-nest.Syndrom“ (Keller 1976) einstellen. Es wird Bilanz gezogen, ein Gefühl von Leere und Verlassensein stellt sich ein, da die Frau sich dem Ende einer möglichen biologischen Mutterschaft nähert, mit Veränderungen in der weiblichen Identität und Rolle. Bei Frauenalkoholismus bestehen insgesamt zwei Konfliktbereiche:

1. Krisenhafte Situationen im Leben wie Scheidung oder Tod des Partners, verbunden mit Rollenverlust und sozialer Instabilität (Kallert 1987).

2. Belastende chronische Beziehungs- und Partnerprobleme, während für Männer mehr die Arbeitswelt zu Unzufriedenheit und Schwierigkeiten führt. Bis zu 50 Prozent der Ehemänner von Alkoholikerinnen wurden als ebenfalls suchtkrank beschrieben (Dahlgren 1979), so dass eine beziehungsstabilisierende Wirkung des Alkohols für ein Familien- oder Beziehungsgleichgewicht zu berücksichtigen ist.

Unter Frauen findet man im Gegensatz zu männlichen Alkoholabhängigen einen hohen Anteil mit höherer sozialer Stellung und einer gehobenen beruflichen Ausbildung (Mantek 1979, Schmidt 1997). In einer Studie von Möller-Leimkühler et al. (2004) unter 200 Patienten (104 Frauen, 96 Männer) wiesen die Frauen im Vergleich zu den Männern eine bessere soziale Integration auf: sie waren seltener arbeitslos (22,1 vs. 33,3 Prozent), seltener allein lebend (42,0 vs. 55,9 Prozent) und hatten ein höheres Bildungsniveau (mittlere Reife 31,7 vs. 25,0 Prozent; (Fach-) Abitur 20,0 vs. 12,5 Prozent).

Es bleibt jedoch offen, ob alkoholabhängige Frauen erwerbstätig waren bzw. bis zu welchem Stadium der Alkoholerkrankung. Schmidt (1997) konstatiert jedoch, dass sich während der letzten Jahre eine Nivellierungstendenz bezüglich der sozialen Schichtzugehörigkeit bei Alkoholikerinnen beobachten ließ. Mantek (1979) hingegen weist darauf hin, dass sich unter alkoholkranken Frauen überproportional häufig solche befinden, die allein oder mit ihren Kindern leben, ledig, geschieden oder verwitwet sind (Scholz 1996, Auerbach et al. in: Berger et al., 1983).

### 1.2.3. Ätiologie und Prädisposition

Laut Feuerlein (1989) soll sich eine Alkoholabhängigkeit im Spannungsfeld zwischen Individuum, Sozialfeld und Substanzwirkung entwickeln. Es ist von einem „violdimensionalen“ Bedingungsgefüge (Wakne 1970) auszugehen, das die Einflussgröße markiert, die letztendlich auch bei Frauen in die Trinksucht führt (Täschner 2002).

Alkoholismus hat also eine multifaktorielle Genese (Möller, Laux, Deister 2001).

So gibt es auch keine eindimensionale Erklärung für die Entwicklung von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. Sieht man von der hohen Komorbidität verschiedener psychischer Störungen ab, werden heute im Wesentlichen eine Reihe sozialer und psychodynamischer Theorien, aber auch genetische, biologische Befunde als mögliche Erklärungen für einen Alkoholismus genannt (Soyka in Möller, Laux, Kapfhammer 2000).

Die Befunde hinsichtlich der **Bedeutung der Familienkonstellation** sind widersprüchlich. Es existieren Studien (Kendler 1992, Pickens 1991), die dafür sprechen, dass familiäre Konstellationen für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit vernachlässigbar sind. In diesen Studien wurde gezeigt, dass die Manifestation einer Alkoholabhängigkeit ähnlich stark wie durch genetische Faktoren durch individuumspezifische Umgebungsfaktoren (z.B.

---

kritische Lebensereignisse) gefördert wird (Maier in Watzl, Rockstroh 1997). Nach Möller et al. (2001) zählen Broken-Home-Situationen, negative Identifikation bzw. Vorbildfunktion im Elternhaus sowie mindestens ein trinkendes Familienmitglied zu den psychologischen Ursachen.

In Untersuchungen von Tamerin (1995, zit. nach: Scholz 1996) konnte nachgewiesen werden, dass gerade eine bestimmte Familienkonstellation in der Kindheit bei den jeweiligen Töchtern dazu führte, überzufällig häufig eine Alkoholkrankheit zu entwickeln. Dieses Familienklima war geprägt von einer perfektionistischen, kritischen, kontrollierenden und gefühlskalten Mutter und einem weichen, einfühlsamen – und gleichsam idealisierten – Vater. Dieser Vater war in etwa einem Viertel der Fälle alkoholabhängig. Eine Studie von Schuckit (1972, zit. nach: Scholz, 1996) zeigte, dass etwa 25 – 33 Prozent der Töchter alkoholkranker Väter ebenfalls eine Alkoholkrankheit entwickelten. Ursächliche Folgen konnten nicht geklärt werden. Dieser Befund konnte in einer Studie an weiblichen Zwillingen von Kendler (1994) nicht repliziert werden: Das Erkrankungsrisiko der Töchter korrelierte negativ mit dem Alkoholismus beider Elternteile (Rost 1994). Unabhängig vom Geschlecht des Kindes kann eine Alkoholabhängigkeit auch als „Regression auf die orale Stufe“ interpretiert werden, wobei sich hier auffallend häufig eine verwöhnende Haltung durch die Mutter und Gleichgültigkeit beim Vater findet (Möller, Laux, Deister 2001).

Rekurrierende Themen in den **Vorgeschichten von Frauen** mit Drogen- und Alkoholproblemen können unter Umständen weiteren Aufschluss über die Familienkonstellation geben. Während ihrer Kindheit haben viele Erfahrungen mit elterlichem Drogen- und Alkoholmissbrauch gemacht (Rachal et al., 1982), sowie einem Mangel an familiärem Zusammenhalt aus dem Grund, dass die Eltern Konflikte mit der Kontrolle und Bewältigung von Problemen und Schwierigkeiten bei der Erziehung der eigenen Kinder hatten (Oppenheimer 1991).

Binion (1979) schloss daraus, dass die Abhängigkeit von Frauen von gestörten Familienverhältnissen herrührt, und noch häufiger von zerbrochenen Familien, und dass die Frauen folglich wahrscheinlich eindringliche Erfahrungen mit der Trennung von dem einen oder dem anderen Elternteil gemacht haben. Binion (1982) wies weiter darauf hin, dass unter einer Stichprobe von Heroinabhängigen deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede in der Wahrnehmung ihrer Familienverhältnisse bestünden. Frauen berichten eher über ihre negativen Eindrücke in der Kindheit als Männer und haben auch mehr Unterschiede in der Behandlung und den Erwartungen der Erwachsenen wahrgenommen. Daraus lässt sich schließen, dass initialer Drogengebrauch eng mit dem Problem zwischenmenschlicher Zusammengehörigkeit verknüpft ist, und dass Frauen wahrscheinlicher als Männer nach einer peer-group (Gleichaltrigengruppe) als Reaktion auf eine unglückliche Familiensituation suchen.

---

Die Befragung von Frauen ergab, dass diese ihr Alkoholproblem deutlich häufiger auf konkrete Lebensereignisse im familiären Bereich zurückführen als männliche Alkoholabhängige (Tamerin 1985, zit. nach: Scholz 1996). Eine Untersuchung ergab, dass bei Frauen die Lebensbereiche Gesundheit und Familienangelegenheiten, bei Männern der finanzielle und berufliche Erfolg Priorität haben (Mantek 1979). In einer Studie von Wanke (1970, zit. nach: Mantek 1979) wurde zum einen ebenfalls nachgewiesen, dass die wichtigsten Bereiche für Frauen die Familie und den Partner betreffen; zum anderen zeigte die Untersuchung, dass auch bei berufstätigen Frauen der Beruf kaum Anlass zur Besorgnis war. Die Aussagefähigkeit mag durch einen möglicherweise veränderten Stellenwert des Berufes bei Frauen heutzutage eingeschränkt sein.

Aus diesen z.T. widersprüchlichen Befunden kann jedoch lediglich geschlossen werden, dass der Einfluss der Familienkonstellation auf die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit bis heute nicht genau geklärt ist.

**Psychoanalytisch** orientierte Erklärungsansätze zur Entstehung einer Alkoholkrankheit hat Rost (1994) zusammengestellt und kritisch betrachtet. Er stellt ICH-psychologische Konzeptionen – mit der Betonung auf den Selbstheilungscharakter des Alkohols bei einem in seiner Struktur geschwächten ICH – den objekt-psychologischen Modellen –, mit der Betonung auf die primären Objektbeziehungen des Kindes und der Hervorhebung des Selbstzerstörungsaspektes des Alkohols – gegenüber.

**Lerntheoretische** Ansätze versuchen ebenfalls, die Entstehung des Alkoholismus zu erklären, wobei sie davon ausgehen, dass Alkoholmissbrauch ein operant erlerntes Verhalten ist, bei dem die Reduktion von Hemmung, Unsicherheit und Kontaktschwäche neben der Beseitigung von Entzugssymptomen die wichtigsten Verstärker für den Alkoholkonsum darstellen (Möller, Laux, Deister 2001). Bandura (1969, zit. nach Mantek 1997) betont, dass Lernvariablen des Modellernens berücksichtigt werden müssen. In einer Studie konnte er zeigen, dass das Modell eines stark trinkenden Partners an der Entwicklung der Alkoholabhängigkeit der Frauen beteiligt war.

Auch **prämorbid** **Persönlichkeitsmerkmale** können als psychische Disposition das Bedingungsgefüge des Alkoholismus zu erklären versuchen. Persönlichkeitszüge, die bei Alkoholabhängigen relativ häufig gefunden werden, sind ein Mangel an Selbstkontrolle und Selbstwertgefühl, eine gesteigerte Impulsivität und Aggressivität, unkonventionelle Verhaltensmuster, dissoziale und soziopathische Züge, Neigung zu hypomanischen und depressiven Verstimmungen sowie Hyperaktivität (Jones 1968, zit. nach: Feuerlein 1998). De Jong et al. (1993) fanden bei 181 untersuchten alkoholabhängigen Patienten (Diagnose nach DSM-III-Kriterien) vor allem histrionische und dependente Persönlichkeitszüge. Bei Frauen haben Untersuchungen zur prämorbid

---

kontaktarm, reizbar und abhängig. Eigenschaften, wie sie übrigens auch bei später abstinenten Frauen gefunden wurden. Eine typische Alkoholikerpersönlichkeit gibt es nicht.

Ein Versuch jedoch, unter Berücksichtigung auch psychodynamischer Gesichtspunkte „idealtypisierend“ die **Alkoholikerpersönlichkeit** zu beschreiben, wurde von Barnes (1980) unternommen:

- schwaches Ich mit geringerer Geschlechtsidentität, psychopathischen Zügen, Feindseligkeit, einem negativen Selbstkonzept, Unreife und Impulsivität, niedriger Frustrationstoleranz und vorwiegend Ausrichtung auf die Gegenwart;
- Reizverstärkung mit einer erhöhten Sensibilität mit Neigung zu Hypochondrie und Todesangst;
- starke Feldabhängigkeit, was vermehrte Passivität, Abhängigkeit und Undifferenziertheit beinhaltet;
- neurotische Störungen wie Angst, Depression, Hysterie und Neigung zu Hypochondrie.

Des Weiteren nehmen **geschlechts- und insbesondere geschlechtsrollenspezifische Erklärungsansätze** einen immer größer werdenden Raum in der Alkoholismusforschung ein. „Es ist davon auszugehen, dass Suchtmittel in vielen Fällen zur Akzentuierung der eigenen Geschlechtsrolle bzw. bei der Unsicherheit im Umgang mit ihr einen wesentlichen Symbolwert haben, z.B. im Zusammenhang mit der Partnersuche, Freizeitgestaltung, der Annahme von Berufsrollen ect. (BzgA 1992). In Kapitel 1.3. „Geschlechtsrollenorientierung“ wird darauf im Speziellen eingegangen.

#### **1.2.4. Verlauf und Prognose**

In einer repräsentativen Untersuchung (Schmidt in Soyka, Möller 1997) zeigt sich, dass **Frauen signifikant später als Männer** bestimmte Krankheitsstadien durchlaufen (s. auch Auerbach et al. in Berger et al. 1983; Mantek 1997)

Im Folgenden bezieht sich die erste Zahl in Klammern auf den Mittelwert bei Frauen, die zweite auf den Mittelwert bei Männern. Als Bezugsgröße gelten die Lebensjahre:

- der erste Rausch (20,9 J. versus 16,1 J.)
- der Beginn des vermehrten Trinkens (31,9 J. versus 27,5 J.)
- der erste Kontrollverlust (36,5 J. versus 30,7 J.)
- das Auftreten der ersten Entzugssymptome (39,0 J. versus 34,6 J.)
- der Toleranzbruch (45,5 J. versus 37,5 J.)



---

Die Einweisung in eine suchtspezifische Klinik erfolgte jedoch etwa zum gleichen Zeitpunkt wie bei den Männern – um das 40. Lebensjahr. Daraus kann geschlossen werden, dass die Entwicklung zum Alkoholismus bei Frauen schneller verläuft. Möglicherweise reagiert die Umwelt bei alkoholabhängigen Frauen aber auch eher, da „trinkende Frauen“ noch weniger in das gesellschaftliche Bild passen als alkoholabhängige Männer, was in einer Studie von Möller-Leimkühler et al. (2002) durch die Dauer der Alkoholabhängigkeit untermauert werden konnte: Frauen waren zum Messzeitpunkt seit 16,3 Jahren abhängig, Männer seit 21,7 Jahren. Weiter konnte in der Studie von Möller-Leimkühler et al. (2002) festgestellt werden, dass der erste Konsum von Alkohol bei Frauen erst im Alter von durchschnittlich 26,3 Jahren, bei Männern schon im Alter von 20,6 Jahren stattfand.

Ein weiterer Unterschied zum männlichen Alkoholismus besteht darin, dass Frauen schon nach relativ kurzem Verlauf bei einem ähnlichen Trinkstil häufiger und schwerwiegendere **Organschäden** zeigen. Insbesondere die Leber, der Pankreas und das zentrale Nervensystem reagieren bei Frauen empfindlicher (Feuerlein 1989). Frauen entwickeln bei Konsum einer bestimmten Menge Alkohol pro Kilogramm Körpergewicht eine höhere Blutkonzentration als Männer. Ursächlich werden zum einen ein niedrigerer Anteil an Körperflüssigkeiten und ein höherer Anteil an Körperlipiden angenommen, zum anderen metabolisieren Frauen Alkohol langsamer als Männer, was durch einen niedrigeren Anteil an Alkoholdehydrogenase im Magen bedingt ist (Saß et al. 1996). Möglicherweise hängen die schwerwiegenderen Organschäden teilweise auch mit der Präferenz der Getränke zusammen: So ergeben Untersuchungen, dass Frauen im Vergleich zu Männern vor allem Wein und Spirituosen trinken (Mantek 1979, Auerbach 1983).

Studien haben gezeigt, dass die Alkoholabhängigkeit gehäuft mit bestimmten anderen **psychiatrischen Krankheitsbildern** auftritt. Übereinstimmend konnte festgestellt werden, dass insbesondere Frauen duale Beziehungen zwischen der Alkoholabhängigkeit und

- Depression
- Angststörungen – v.a. Panikstörungen
- Zwangskrankheiten
- Psychosen und
- Persönlichkeitsstörungen – v.a. der antisozialen und der Borderlinepersönlichkeitsstörung bestehen.

In der Literatur wird insbesondere der Zusammenhang zwischen Depression und Alkoholabhängigkeit bei Frauen (Maier et al. in Soyka, Möller 1997, Scholz 1996, Mantek 1979) betont.

---

Die **Prognose** wird determiniert durch die bereits vorliegenden somatischen Organschäden und die psychosozialen Folgeerscheinungen der Alkoholabhängigkeit. Je etwa ein Drittel der Patienten gilt als geheilt (abstinent), gebessert bzw. ungebessert (Möller, Laux, Deister 2001). Die katamnestischen Untersuchungen zeigen sehr unterschiedliche Ergebnisse (Körckel et al. 1988, Feuerlein 1989). Anhand von Untersuchungen konnten Variablen bestimmt werden, die in Bezug auf Verlauf und Behandlungserfolg bei Alkoholabhängigen einen **günstigen Einfluss auf die Prognose** hatten:

- kein Alkoholismus in der Familie
- männliches Geschlecht (!)
- mittleres bis hohes Lebensalter
- verheiratet
- hohe soziale Stabilität
- hohe Intelligenz
- keine Persönlichkeitsstörung
- hohe Therapiemotivation

(Feuerlein 1989).

Dass das männliche Geschlecht einen günstigeren Einfluss auf die Prognose haben soll, konnte in einer Studie von Möller-Leimkühler et al. (2002) unter 112 Patienten, 76 Männern und 36 Frauen, nicht nachgewiesen werden. Alkoholabhängige Frauen hatten im Verhältnis zu den Männern neben besseren sozialen Merkmalen bessere klinische Werte in Relation zu ihrem bisherigen Verlauf der Alkoholabhängigkeit, zur Schwere der Abhängigkeit und zur Prognose.

Allgemein schlechtere Therapieergebnisse und somit **ungünstigere Prognosen** haben alkoholabhängige Patienten mit Zusatzdiagnosen (**Komorbidität**). Rund 40 bis 60 Prozent der alkoholabhängigen Frauen weisen eine psychiatrische Zusatzdiagnose auf. Sie entstammen etwa zu gleichen Teilen den Bereichen der Angststörungen und depressiven Syndrome bzw. einer Kombination aus beiden (Mann in Gastpar, Kasper, Linden 2001).

Nach Gomberg (1993) ist die Komorbidität bei weiblichen Alkoholikern deutlich erhöht. Mehrere Studien weisen übereinstimmend eine höhere Rate depressiver Reaktionen bei Alkoholikerinnen im Vergleich zu suchtkranken Männern nach (Dunne et al. 1993, Turnbull, Gomberg 1990, Auerbach et al. 1983). Auffällig ist auch eine starke Abwertung des eigenen Körpers bei Alkoholikerinnen (Weathers, Billigsley 1982) und die Benennung von Angstreduktion als Trinkursache (Dunne et al. 1993).

---

Bei alkoholabhängigen Männern liegt die psychiatrische Komorbidität bei etwa 20 bis 40 Prozent, wobei an erster Stelle die depressiven Erkrankungen, dann die Angststörungen und die Persönlichkeitsstörungen zu nennen sind. Hinzu kommen zusätzliche Abhängigkeiten von anderen Substanzen in etwa 10 Prozent der Fälle.

Kritisch muss zum Konzept der Komorbidität allerdings eingewandt werden, dass Alkoholabhängige gerade nach längerfristig erhöhtem Alkoholkonsum, aber auch im und kurz nach dem Entzug, häufig ausgeprägte Angst- und Depressionssymptome aufweisen. Beide bilden sich im weiteren Verlauf unter Abstinenzbedingungen weitgehend zurück (Mann in Gastpar, Kasper, Linden 2001).

Die Frage, ob es sich um Ursachen oder Folgen des Alkoholismus handelt, kann also nicht eindeutig beantwortet werden.

Wie bei jeder chronischen Erkrankung kann es auch bei der Alkoholabhängigkeit zu **Rückfällen** kommen. Körckel et al. (1995) kommen nach der Durchsicht von zahlreichen katamnestic Studien zu dem Schluss, dass der Rückfall nach stationärer Therapie ein hochwahrscheinliches Ereignis ist.

Es wurden unterschiedliche Modelle zur Entstehung von Alkoholrückfällen entwickelt. Marlatt (1989) hat die sozial-kognitive Rückfalltheorie konzipiert. Nach dieser Theorie wächst der Drang, Alkohol zu trinken, wenn ein Mensch immer wieder mit Situationen, z.B. Alkoholtrinken anderer, depressiven Stimmungen, Angstzuständen, konfrontiert ist, für die er keine ausreichenden Bewältigungsstrategien zur Verfügung hat. Dann wachse in dem Menschen, auf der Grundlage eines unausgewogenen Lebensstils und „scheinbar irrelevanter Entscheidungen“ (z.B. unregelmäßiger Besuch der Selbsthilfegruppe, Kaufen von Alkohol für jemand anderen), die Erwartung, dass Alkohol eine positive Veränderung bewirken könnte. Wenn der Mensch dann Alkohol getrunken hat, trete ein „Abstinenzverletzungseffekt“ auf, der mit kognitiver Dissonanz (Festinger 1957) – dem Widerspruch zwischen Abstinenzvorhaben und -verletzung – verbunden sei. Die hiermit verbundenen Selbstvorwürfe steigern die Wahrscheinlichkeit des erneuten Trinkens.

Die empirische Überprüfung des Konstruktes „unausgewogener Lebensstil“ konnte in einer Studie von De-Jong-Meyer und Farke (1993, zit. nach: Körckel et al. 1995) nicht bestätigt werden. Es ergaben sich in dieser Studie hingegen Hinweise für die Bedeutung der „scheinbar irrelevanten Entscheidungen“.

Alkoholismus wurde von Menninger (1938) als „protrahierter Selbstmord“ bezeichnet.

Die **Suizidrate** ist bei Alkoholikern 60 bis 120 Mal höher als in der Gesamtbevölkerung (Murphy u. Wetzel 1990). Alkoholiker üben 50 Prozent aller Selbstmordversuche aus (Arolt, Dilling, Reimer 2004). Die Mortalität ist im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung um etwa das Vierfache erhöht (Huber 1994).

---

Die häufigsten Todesursachen von Alkoholikern sind bei Männern Leberzirrhose (15,6%), ischämische Herzerkrankungen (14,7%) und Suizide (12,6%). Bei Frauen sind Leberzirrhose (19,8%) und Suizide (15,4%) verantwortlich (Lindberg, Argen 1988), was somit auf einen höheren Anteil an Suiziden als Todesursachen bei Frauen im Vergleich zu Männern schließen lässt.

Untersuchungen zeigten, dass die Anzahl der Suizidversuche bei alkoholabhängigen Frauen auch im Vergleich zur Gesamtbevölkerung überproportional häufig ist. Verlässliche Zahlen liegen, wohl auch aufgrund der hohen Dunkelziffer, nicht vor (Mantek 1979) .

Es gibt zahlreiche soziale und physische **Konsequenzen** durch den exzessiven Gebrauch psychoaktiver Substanzen. Viele sind bei Frauen und Männern gleich, manche sind geschlechtsspezifisch. Einige haben direkte Auswirkungen auf den Abhängigen selbst, andere indirekte, wenngleich schwere Auswirkungen auf Ihre Familie, ihr soziales Netz und ihren beruflichen Bereich (Oppenheimer 1991). Nach Wünschmann (1991) wird die Übersterblichkeit Alkoholabhängiger auf das Dreifache der Gesamtbevölkerung geschätzt, zusammengesetzt aus häufigeren Unfällen, Suiziden und gesundheitlichen Folgen; die Scheidungsrate ist etwa doppelt so hoch wie in der Gesamtbevölkerung. Junge (1993) schätzt die gesellschaftliche Belastung durch Alkoholkonsum auf 5 bis 6 Prozent des Bruttosozialprodukts durch Produktivitätsverlust, Kosten für das Gesundheitswesen sowie Strafgerichtsbarkeit. Die wirtschaftlichen Belastungen für Staat und Gesellschaft belaufen sich jährlich auf rund 80 Milliarden DM (41 Milliarden €) (Möller, Laux, Deister 2001, Schmidt 2004).

### 1.3. Geschlechtsrollenorientierung

#### 1.3.1. Definition Geschlechtsrollenorientierung

Wenn bereits die Geschlechtsausbildung, die Frau- oder Mann „Werdung“, eine Sache der (Hormon-) Dosis ist, so liegt die Vermutung nahe, dass auch die Entwicklung des sozialen und psychischen Geschlechts nicht dem Alles-oder-Nichts-Gesetz gehorcht. Auf dem Nährboden philosophisch-weltanschaulicher Vorstellungen (z.B. Platons Kugelmodell, nach dem sich Mann und Frau wie zwei Hälften einer Kugel ergänzen) haben sich bis in die letzten Jahrzehnte hinein Auffassungen gehalten, die nun **allmählich durch neuere Forschungsergebnisse ersetzt werden**: Die in unserer Gesellschaft nachweisbaren Geschlechtstereotype ordnen der Frau und dem Mann typische Eigenschaften zu, die oft gegensätzliche Merkmalspaare bilden, unsere Erwartungen leiten und in konkreten sozialen Situationen unser Verhalten gegenüber bestimmten weiblichen oder männlichen Personen steuern. Die Geschlechtsrollenstereotype erleichtern oder erschweren den Zugang zu

---

Einrichtungen, Berufen und Gruppierungen, die in der Gesellschaft vorgegeben sind. Bis vor kurzem mussten Frauen mit negativen Reaktionen rechnen, wenn sie bestimmte Einrichtungen des öffentlichen Lebens allein, d.h. ohne männliche Begleitung, besuchten. Für Bordelle und Nachtlokale gilt dies wohl noch heute. Nachweisen lässt sich jedoch eine gewisse **Nivellierung der Geschlechterstereotype** von Mann und Frau, die getragen wird von einem umfassenderen gesellschaftlichen Wandel, der einen gewissen Abbau geschlechtsspezifischer Diskriminierungen („Frauen sind minderwertiger, weil ...“) mit sich bringt (Kasten 1996).

Wissenschaftliche Kritik an der klaren Zuordnung von Persönlichkeitseigenschaften zum biologischen Geschlecht und der sich ausschließenden Betrachtung maskuliner und femininer Merkmale kam in den 70er Jahren u.a. von Bem (1974).

In den Sozialwissenschaften wurde das **eindimensionale** Modell von Mann und Frau, nach dem sich Männlichkeit und Weiblichkeit auf einer Dimension erfassen lassen, die vom Pol extremer Maskulinität über einen Neutralbereich zum Pol extremer Femininität reicht, immer häufiger in Fragen gestellt und allmählich durch ein **dualistisches oder zweidimensionales** Modell ersetzt. Die Grundannahme dieses Modells lautet:

„Eine Person kann – unabhängig von ihrem biologischen Geschlecht – sowohl maskuline als auch feminine Merkmale besitzen. Für die Forschung bedeutete das, nicht mehr weiter nach absoluten Persönlichkeitseigenschaften der Geschlechter zu suchen, sondern Ausschau zu halten nach relativen Unterschieden und graduellen Abstufungen in den Persönlichkeitseigenschaften von Männern und Frauen.“ (Kasten 1996).

Auf der Grundlage umfangreicher Untersuchungen wurde ein Fragebogen zur Messung von geschlechtsspezifischen Merkmalen entwickelt (Spence et al. 1975), der aus einer F- und einer M-Skala besteht und auch in der heutigen Forschung noch Verwendung findet. Die „F-Skala“ setzt sich zusammen aus sozial erwünschten Eigenschaften, die in unserem Kulturraum als charakteristisch für eine typische Frau gelten, die „M-Skala“ enthält „typische männliche“ Attribute. Die M-Skala repräsentiert die Dimension „Instrumentalität“, die „F-Skala“ die Dimension „Expressivität“. „Instrumentalität“ setzt sich im Wesentlichen aus aufgabenbezogenen Eigenschaften zusammen, „Expressivität“ dagegen vor allem aus Eigenschaften der sozial-emotionalen Unterstützung, wie aus Tabelle 1 zu ersehen ist.

Tabelle 1: Instrumentalität und Expressivität (nach Spence et al. 1975)

Skala „Instrumentalität“ (M)	Skala „Expressivität“ (F)
- aktiv	- der Gefühle anderer bewusst
- Druck gut standhaltend	- fähig auf andere einzugehen
- konkurrierend	- freundlich
- leicht Entscheidungen fällend	- gefühlsbetont
- nicht leicht aufgebend	- herzlich in den Beziehungen zu anderen
- selbstsicher	- hilfreich zu anderen
- sich überlegen fühlend	- verständnisvoll gegenüber anderen
- unabhängig	

Wesentlich ist, dass damit das traditionelle Verständnis von Männlichkeit und Weiblichkeit als komplementäre bzw. einander ausschließende Eigenschaftsmuster widerlegt ist: Instrumentalität und Expressivität sind zwei unabhängig von einander existierende Dimensionen, das Ausmaß der Expressivität einer Person ist nicht von ihrem Ausmaß an Instrumentalität abhängig und umgekehrt. Anknüpfend an dieses duale Modell von Männlichkeit und Weiblichkeit, wurde von Bem (1976) das **Konzept „Androgynie“** (Zwittrigkeit) wieder eingeführt. Vorstellungen vom Menschen als zwittrigem Wesen fanden sich schon in der Antike: Alle Menschen besitzen in ihrer Persönlichkeit immer auch Anteile des Gegengeschlechts (Kasten 1996). Dementsprechend wird Androgynie von Bem definiert als überdurchschnittliches Vorhandensein von expressiven/femininen und instrumentellen/maskulinen Eigenschaften bei einem Menschen. Personen, die nur in unterdurchschnittlichem Ausmaß über expressive/feminine und instrumentelle/maskuline Eigenschaften verfügen, werden als „undifferenziert“ bezeichnet.

Zu diesem Zweck entwickelten Spence und Bem Messinstrumente zur empirischen Erfassung von Maskulinität und Femininität, den Personal Attributes Questionnaire (PAQ; Spence, Helmreich, Stapp 1975, Spence u. Helmreich 1978) und das Bem Sex Role Inventory (BSRI, Bem 1974). Grundprinzip der Itemauswahl für die beiden Hauptskalen, die später erweitert wurden, war die unterschiedliche soziale Erwünschtheit eines Persönlichkeitsmerkmals für Männer und Frauen und nicht die unterschiedliche Ausprägung bei den Geschlechtern. So enthält zum Beispiel die Maskulinitätsskala des PAQ Items, die in gewissem Maße für Männer und Frauen sozial erwünscht sind, jedoch für einen Mann als

typisch gelten. Die Skalen erfassen also maskuline/instrumentelle und feminine/expressive Persönlichkeitseigenschaften.

Ein kurzer Überblick dessen soll in Tabelle 2 gegeben werden; eine genauere Beschreibung, insbesondere des EPAQ (Extended Personal Attributes Questionnaire), der erweiterten Version des PAQ und seiner deutschen Fassung GEPAQ (German Personal Attributes Questionnaire), findet sich im Methodenteil.

„Undifferenziert“ und „Androgynie“ lassen sich mit dem dualen „Expressivität - Instrumentalität“ - Modell kombinieren.

Tabelle 2: Charakterisierung von vier Persönlichkeitstypen (in Anlehnung an Bem und Spence)

	<b>Instrumentalität</b>	
hoch	maskulin	androgyn
niedrig	undifferenziert	feminin
	niedrig	hoch
		<b>Expressivität</b>

Es können nunmehr ausgehend von der Unterscheidung zweier unabhängiger Dimensionen vier psychologische Persönlichkeitstypen unterschieden werden, die in unserem Kulturkreis unabhängig vom biologischen Geschlecht anzutreffen sind:

- androgyne Typen: mit überdurchschnittlich hohem Anteil maskuliner und femininer Eigenschaften
- feminine Typen: überwiegender Anteil femininer Eigenschaften
- maskuline Typen: überwiegender Anteil maskuliner Eigenschaften
- undifferenzierte Typen: mit unterdurchschnittlich niedrigem Anteil maskuliner und femininer Eigenschaften

Dass die Unterscheidung dieser vier Persönlichkeitstypen für die Praxis sinnvoll ist, konnte in neueren Untersuchungen mehrfach demonstriert werden. Beispielsweise erreichen in Forschungsarbeiten zur psychischen Gesundheit der Geschlechter androgyne und maskuline Typen bessere Werte als feminine und undifferenzierte Typen (Kasten 1996).

Alfermann (1994) stellte in einer repräsentativen Befragung an 33.000 Frauen in der BRD fest, dass androgyne Frauen mit sich selbst am zufriedensten waren und weniger psychosomatische Beschwerden äußerten.

Seit die Geschlechtsrollen im Wandel begriffen sind, könnte die Geschlechtsrollenorientierung an Wichtigkeit gewinnen, da geschlechtsbezogene

---

Unterschiede im Verhalten und in Einstellungen so besser erklärt werden können als mit dem biologischen Geschlecht (Möller-Leimkühler et al. 2002).

### 1.3.2. Psychische Gesundheit

Bis in die 70er Jahre herrschte in der Forschung das Kongruenzmodell psychischer Gesundheit vor. Demnach war psychische Gesundheit bei den Personen am höchsten ausgeprägt, die eine höchstmögliche Übereinstimmung von biologischem und psychologischem Geschlecht aufwiesen. Gesunde Frauen sollten möglichst feminin, gesunde Männer maskulin sein. Alles andere galt als pathologisch, als Anzeichen der Ablehnung der eigenen Geschlechtsrolle, mit Nähe zur Homosexualität (Pleck 1981).

Zahlreiche medizinische Statistiken belegen, dass in den westlichen Industriegesellschaften Frauen häufiger psychisch erkranken, häufiger psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen, häufiger Psychopharmaka bekommen, häufiger in psychiatrische Institutionen eingeliefert werden und – im Überblick betrachtet – an anderen psychischen Störungen laborieren als Männer (Schepank 1992). Trotzdem erscheint die Schlussfolgerung, dass Männer psychisch gesünder sind als Frauen, ungerechtfertigt, wenn man die folgenden Überlegungen und Forschungsergebnisse einbezieht. Das ihnen anerzogene weibliche Geschlechtsrollenverhalten veranlasst Frauen zu Selbstbeschreibungen, die von typisch männlichen Selbstbeschreibungen im Durchschnitt stark abweichen:

**Männer** charakterisieren sich typischerweise als zuversichtlich, ausgeglichen, selbstbewusst, durchsetzungsfähig, unternehmungslustig, einsatzbereit, und geben an, dass sie wenig körperliche Beschwerden, psychosomatische Störungen und Lampenfieber haben.

**Frauen** beschreiben sich dagegen typischerweise als etwas zurückhaltend, schüchtern, u.U. gehemmt, weniger zuversichtlich und selbstbewusst, leichter enttäuscht und verzagt, stimmungsmäßig etwas niedergedrückter und als etwas häufiger unter körperlichen Beschwerden und psychosomatischen Störungen leidend (Fahrenberg et al. 1973).

Einschränkend ist anzufügen, dass sich in den letzten Jahren eine Reihe von Geschlechtsunterschieden, die in der Vergangenheit mit Hilfe von Persönlichkeitsfragebögen nachgewiesen wurden, abzuschwächen scheinen. Im „Gießen-Test“ (Beckmann et al. 1991) beschreiben sich Frauen durchschnittlich zwar noch als etwas depressiver, der Abstand zum männlichen Durchschnitt ist jedoch deutlich geringer geworden; im Hinblick auf das Persönlichkeitsmerkmal „Dominanz“ ergibt sich gar kein Unterschied mehr.

Betrachtet man die Geschlechtsrollenstereotype, so dürften beispielsweise eine ganze Reihe von „typisch männlichen“ Eigenschaften wie ausgeglichen, stabil, entschlossenkräftig, gelassen, kraftvoll, sachlich, realistisch, selbstbewusst, stark, reif, überlegen, unabhängig, unternehmungslustig, verantwortungsbewusst, zuverlässig, optimistisch usw. der **Förderung**



---

**der psychischen Gesundheit** zuträglicher sein als „typisch weibliche“ Eigenschaften wie ängstlich, abhängig, leichtsinnig, launisch, reizbar, nervös, schwach, unentschlossen, unkritisch, irrational, unterwürfig, verträumt, weinerlich, zimperlich usw. Dabei wird die psychische Gesundheit in Anlehnung an einen Vorschlag von Becker (1982) wie folgt definiert: „Eine Person ist in dem Maße psychisch gesund, in dem es ihr gelingt, äußere und innere Anforderungen in wirksamer Weise zu bewältigen.“

Es wundert auch nicht, dass die **traditionelle weibliche Geschlechtsrolle** geradezu auf das Krankheitsbild der **Depression** zugeschnitten ist. Mit der traditionellen männlichen Geschlechtsrolle stehen aggressive, nach außen gerichtete Verhaltensstörungen im Einklang, während Frauen traditionellerweise die Aggression gegen die eigene Person richten, ein Vorgang der ursächlich Depressionen auslösen kann.

Als **Schutzfaktoren**, die das **Depressionsrisiko** bei Frauen mindern, gelten Berufstätigkeit (die mit Ansehen und Abwechslung verbunden ist), tragfähige Partnerbeziehungen, tragfähige Mutter-Kind-Beziehungen, ausreichende finanzielle und materielle Ressourcen, mittleres oder gehobenes Schulbildungsniveau, *liberale Geschlechtsrollenorientierung*, positive Rückmeldungen (Anerkennung) für Leistung und Erfolg, sowie ein stabiles Selbstwertgefühl.

Dementsprechend wurden als **Risikofaktoren**, die das **Depressionsrisiko** bei Frauen erhöhen, identifiziert: Nichtvorhandene Berufstätigkeit (oder Tätigkeit in einem wenig angesehenen, keine persönliche Befriedigung verschaffenden Berufsfeld), unsichere, problematische Partnerbeziehung, unsichere, spannungsreiche Mutter-Kind-Beziehung, eingeschränkte finanzielle und materielle Ressourcen, niedriges Schulbildungsniveau, *traditionelle Geschlechtsrollenorientierung*, fehlende Rückmeldungen für Leistung und Erfolg, sowie ein labiles Selbstwertgefühl (Kasten 1996).

Alfermann (1992) konnte an mehreren Stichproben nachweisen, dass das leistungsbezogene Selbstwertgefühl zwar hoch mit Maskulinität, die soziale Selbstwertskala jedoch hoch positiv mit Femininität korreliert. Da jedoch in vielen Situationen beides gefordert ist, zum Beispiel Leistungen mit anderen gemeinsam zu erbringen, ergibt sich in diesen Fällen ein Vorteil von Androgynie.

### 1.3.3. Geschlechtsrollenorientierung und Alkoholabhängigkeit

Leopold u. Butte (1977) betonten, dass der Frauenemanzipation besondere Bedeutung in der Entwicklung des Frauenalkoholismus zukomme. Später entstanden Zweifel an dieser deutlichen Zuschreibung: „Nicht die Emanzipationsbestrebungen der Frauen führen zu der erhöhten Zahl von alkoholabhängigen Frauen in den letzten Jahrzehnten, sondern die

---

Tatsache, dass Frauen in unserer Gesellschaft größere Rollenunsicherheiten erleben und stärkeren Sanktionen unterworfen werden“ (Feselmayer, Beiglböck 1990).

Als Erklärungsansatz der weiblichen Rollenprobleme im Rahmen des Wandels der traditionellen weiblichen Geschlechtsrolle beschreiben verschiedene Autoren einen Widerspruch zwischen veralteten Leitbildern und einer veränderten Realität. So macht König (1967, zit. nach Schenk 1979) darauf aufmerksam, dass die verbesserte Bildung und Ausbildung von Frauen ein erhöhtes Aspirationsniveau in Bezug auf die eigene Selbstverwirklichung geschaffen hat, das nun sowohl mit den alten, z.T. durch die Medien noch überlieferten Leitbildern als auch mit den realen Möglichkeiten, die gegenwärtig für Frauen bestehen, in Konflikt gerät.

Eine weitere Quelle der Rollenprobleme der Frau könnte im gestörten Verhältnis zwischen männlicher und weiblicher Rollendefinition liegen. Die Aufnahme der Berufstätigkeit erweitert die Frauenrolle um ein Segment, während die männliche Geschlechtsrolle zunächst unverändert bleibt. Dadurch kann die Komplementarität der Rollenerwartung in Frage gestellt werden. Männer erwarten von ihren Frauen das dem herkömmlichen Rollenmuster entsprechende Verhalten, durch das die Frauen sich überfordert fühlen; Frauen erwarten von ihren Männern ein verändertes, der neuen Situation angepasstes Verhalten (z.B. mehr Mithilfe im Haushalt und bei der Kindererziehung). Aus der gestörten Komplementarität der Rollenerwartungen entstehen nicht nur Probleme zwischen den beiden Partnern, sondern sie resultieren wahrscheinlich auch in einer Verhaltensunsicherheit der Frau, die vom herkömmlichen Verhaltensmuster abweicht. Die Tatsache, dass die Vorstellungen der Männer über die Frauenrolle stärker an traditionellen Standards orientiert sind als die Vorstellungen der Frau über ihre eigene Rolle, ist in vielen empirischen Untersuchungen bei unterschiedlichen Altersstufen, Erwachsenen wie Jugendlichen, belegt worden (Schenk u. Langenheder 1977, Grosse 1977, Stuckmann 1977).

Der Arbeitsbereich per se stellt jedoch auch für berufstätige Frauen nicht, wie für Männer, den zentralen Konfliktkreis dar (Wanke 1981, Möller-Leimkühler et al. 2002). In einer weiteren Studie von Möller-Leimkühler (2004) zeigt sich jedoch bei den nach Rollenbereichen abgefragten Alkoholkranken ein annähernd ähnliches Belastungsprofil, was die Arbeitslosigkeit betraf. Fast die Hälfte beider Geschlechter hatte damit die relativ größten Probleme. Parker u. Harford (1992) kommen in einer repräsentativen Analyse amerikanischen Trinkverhaltens zu dem Schluss, dass eher traditionell lebende Frauen einen höheren Trinkkonsum aufweisen bzw. solche mit starken Verpflichtungen häuslicher Art und Konkurrenzdruck am Arbeitsplatz.

Weibliche Alkoholabhängigkeit wird in Studien von Legnaro und Zill (1982) in der Interpretation von Einzelfallstudien gedeutet als Medium, um über den Alkohol

1. die Konformität mit einem klassischen weiblichen und partnerschaftlichen Rollenstereotyp aufrecht erhalten zu können und
2. um sich den Überforderungen der weiblichen Rollen und ihren ambivalenten Anforderungen zu entziehen durch alkoholbedingte Flucht in die Passivität und Resignation, sowie
3. zur zeitweiligen Rollenentlastung, indem unter Einfluss von Alkohol Elemente der männlichen Rolle wie Aggressivität gelebt werden können.

Es scheint, als würden Frauen, welche unter Rollenunsicherheiten leiden, versuchen, diese mit Hilfe von Alkohol zu kompensieren.

Möller-Leimkühler (2002, 2004) hat die Geschlechtsrollenorientierung alkoholabhängiger Frauen und Männer im Zusammenhang mit verschiedenen psychosozialen Ressourcen untersucht. Sie konstatiert, dass der überproportionale Anstieg des Frauenalkoholismus weniger mit dem Wandel der Trinkkulturen als mit dem „Wandel der Frauenrolle und der gesellschaftlichen Stellung der Frau“ zusammenhänge. Die drei gängigen Thesen in diesem Zusammenhang fasst sie wie folgt zusammen.

“

1. Die **Nivellierungs- oder Angleichungsthese**. Sie besagt, dass Frauen sich zunehmend der männlichen Rolle angleichen und für Männer typisches und damit auch riskantes Verhalten angeeignet haben. Infolge einer solchen Nivellierung der sozialen Geschlechtsunterschiede würde sich eine geschlechtsspezifische Analyse erübrigen. Diese These beschränkt sich allerdings auf die reine Häufigkeitsverteilung und vernachlässigt qualitative Unterschiede des Alkoholkonsums bei Männern und Frauen. Ebenso übersieht sie, dass trotz der zunehmenden Tendenz der Angleichung der Lebenslagen von Männern und Frauen in fortgeschrittenen Industrieländern weithin geschlechtsspezifische Differenzen beobachtbar sind, die sich u.a. auch in der geschlechtsspezifischen Bewertung von Stressoren manifestieren.
2. Die **These vom Risikofaktor „Gleichberechtigung“** (bzw. vom Schutzfaktor „Weiblichkeit“). Während die traditionelle Frauenrolle die Möglichkeit des Alkoholkonsums normativ einschränkt, geht mit dem Rollenwandel auch die Gleichberechtigung beim Alkoholkonsum einher. Damit sollen für Frauen neue Risikolagen entstehen, die Verunsicherung und Desorientierung schaffen. Bei dieser These gerät aus dem Blick, dass der Rollenwandel nicht nur neue Belastungen, sondern auch neue Handlungschancen impliziert.

3. Die **These vom Risikofaktor „Weiblichkeit“**. In Umkehrung der obigen These geht diese kritisch von den Defiziten weiblicher Sozialisation aus, die in mangelnden Konfliktlösungs- und Durchsetzungsstrategien manifestiert werden. Da das traditionelle Weiblichkeitsmuster mit den erhöhten gesellschaftlichen Anforderungen kollidiert, entsteht ein prekäres Bewältigungsdefizit, sodass der Alkoholkonsum geradezu vorprogrammiert erscheint. “

In Untersuchungen von Beckmann (1978) sowie von Kroft und Leichner (1987) erlebten sich suchtkranke Frauen (jeweils am Beginn ihrer Behandlung) als undifferenzierter (d.h. unterdurchschnittliche Instrumentalität und Expressivität) als eine „normale“ Kontrollgruppe, bzw. abstinent lebende Alkoholikerinnen. In einer Studie von Griffin-Shelly (1986) wurde, ähnlich wie in der Untersuchung von Griffin-Shelly et al. (1990), eine unselektierte Gruppe von Alkoholikern, Drogenabhängigen und Polytoxikomanen untersucht. In der ersten Untersuchung zeigt sich, dass die untersuchten Frauen nur in ihren maskulinen (instrumentellen) Eigenschaften unterhalb der Normwerte lagen. In der später publizierten Studie an einer anderen Stichprobe zeigten beide Skalen unterdurchschnittliche Werte. Dies deckt sich mit den Untersuchungsergebnissen von Sorell et al. (1993). Hier erwiesen sich Alkoholikerinnen als undifferenziert, die nichtabhängige Kontrollgruppe als androgyn.

Der Trend zu einer geringeren Ausprägung expressiver und instrumenteller Eigenschaften, das heißt einer überzufällig häufigen Zuordnung zur undifferenzierten Kategorie, zeigt sich zum Teil auch in Untersuchungen an männlichen Suchtkranken. In den Untersuchungen von Griffin-Shelly (1986) und Griffin-Shelly et al. (1990) befanden sich die alkohol- und drogenabhängigen Männer im Vergleich zu Normwerten, deutlich stärker in der undifferenzierten Kategorie und geringer in der androgynen. Penick et al. (1984) stellten fest, dass männliche Alkoholiker im Vergleich zu zwei nicht abhängigen männlichen Stichproben in den instrumentellen Eigenschaften unterhalb des Medians lagen. Die insgesamt geringere Ausprägung war jedoch statistisch nicht signifikant. Es besteht Grund zu der Vermutung, dass auch im Bereich der männlichen Abhängigkeit die geringe Ausprägung positiver maskuliner und zum Teil auch expressiver Eigenschaften eine Rolle spielt, auch wenn dieser Trend sich nicht so deutlich zeigt wie in den Untersuchungen an Frauen.

Geschlechtsunterschiede in der Ausprägung expressiver und instrumenteller Eigenschaften bei Alkoholikern lassen sich beim bisherigen Forschungsstand nicht mit Sicherheit ausmachen. Suchtkranke Frauen und Männer neigen zu einer geringeren Ausprägung beider Eigenschaften. Die Verminderung der instrumentellen Eigenschaften könnte bei Männern etwas ausgeprägter sein (McCrary, Sand 1975, Griffin-Shelly 1986).

Unklar ist auch, ob Untergruppen von suchtkranken Personen, etwa differenziert nach Alter oder Beruf, andere Merkmalsausprägungen zeigen. Jedenfalls zeigte sich in den Ergebnissen von Griffin-Shelly (1986) kein Effekt des Alters, des Einkommens, des eigenen

---

und elterlichen ehelichen Status, des Schweregrads der Abhängigkeit, der Dauer der Behandlung und des Bildungsniveaus.

Die Gründe für eine geringere Ausprägung expressiver und instrumenteller Eigenschaften bei Suchtkranken werden von den Autoren unterschiedlich interpretiert. Penick et al. (1984) sehen darin ein Phänomen, welches durch die Sucht selbst hervorgerufen ist. Daher vermuten sie, dass durch das Erreichen der Abstinenz eine Anreicherung mit entsprechenden Eigenschaften stattfinden könnte. Griffin-Shelly (1986) geht davon aus, dass das in klinischen Beobachtungen zum Teil festgestellte überzeichnete Rollenverhalten der Abhängigen, wie zum Beispiel Macho-Image von suchtkranken Männern, als Abwehr einer dahinter liegenden Geschlechtsrollenunsicherheit dient. Sorell et. al (1993) stellten fest, dass die undifferenzierten suchtkranken Frauen ein geringeres Selbstwertgefühl besaßen, während die in der Regel androgynen „normalen“ Frauen ein höheres Selbstwertgefühl zeigten.

Die von oben genannten Studien gestützte Annahme, dass eine undifferenzierte Geschlechtsrollenorientierung ein spezifischer Risikofaktor für die Alkoholabhängigkeit sein könnte, konnte von Möller-Leimkühler et al. (2002, 2004) nicht bestätigt werden. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass alkoholabhängige Frauen im Vergleich zu Frauen der Normalbevölkerung signifikant häufiger traditionell feminin orientiert sind. Ein hoher Femininitätsgrad bei niedrigem Maskulinitätsgrad ergab sich für Männer wie Frauen gleichermaßen, was auf einen Zusammenhang zwischen traditioneller femininer Geschlechtsrollenorientierung und Alkoholabhängigkeit schließen lässt. Dabei ist nicht der hohe Femininitätsgrad als solcher entscheidend, sondern die Ausprägung der Maskulinität; generell zeigte sich, dass, je höher der Maskulinitätsgrad bei Männern und Frauen, desto weniger klagen sie über Depression, Distress, Angstgefühle und körperliche Beschwerden, desto besser ist ihr Repertoire an Copingstrategien (Whiteley 1983). Die Ergebnisse der Studie von Möller-Leimkühler et al. (2004) belegen die Hypothese, dass psychische Androgynie – auch bei Alkoholabhängigen – mit besseren psychischen Ressourcen korreliert (Möller-Leimkühler et al. 2002).

Da eine traditionell feminine Geschlechtsrollenorientierung auch bei Patientinnen mit Depressionen, Angst- und Essstörungen beobachtet wurde (Steinberg et al. 1987, Lancelot, Kaslow 1994), muss sie als unspezifischer Vulnerabilitätsfaktor betrachtet werden. Es ist anzunehmen, dass aufgrund der Angleichung sozialer Lebenslagen und der Veränderung der Trinkkulturen der Zugang zu Alkohol nicht mehr durch den „Schutzfaktor“ Weiblichkeit erschwert wird, und dass Frauen – insbesondere aufgrund vorgängiger psychischer Störungen – sich dieses Mittels bedienen, um ihr psychisches Befinden zu bessern (Möller-Leimkühler 2004). Möller-Leimkühler sieht in der Erfassung der Geschlechtsrollenorientierung alkoholabhängiger Männer und Frauen die Möglichkeit, eine

---

zusätzliche Fokussierung auf persönliche Ressourcen (hoher Maskulinitäts- und hoher Femininitätsgrad), die mit besseren Copingstrategien verbunden sind, sowie auf die Problematik eines geringeren Maskulinitätsgrads, der mit einem Mangel an Ressourcen einhergeht, richten zu können.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass eine Differenzierung nach Geschlechtsrollen und nicht rein nach biologischem Geschlecht in Anbetracht der hier genannten Studien aussagekräftig erscheint, da Männer und Frauen nicht unbedingt homogene Gruppen sein müssen. Eine Differenzierung lediglich nach biologischem Geschlecht wäre der Komplexität der Sachlage nicht angemessen und somit zu oberflächlich (Möller-Leimkühler et al. 2004). In hochindividualisierten Gesellschaften wie den USA zum Beispiel, in denen die traditionellen Geschlechtsrollen im Begriff sind sich zu wandeln, wird die Varianz des Alkoholkonsums besser durch die Geschlechtsrollenorientierung beschrieben (Chomak, Collins 1987). Das scheint aber nicht immer und insbesondere allerorts so zu sein. Lara-Cantu et al. (1990) stellten fest, dass in Mexiko, im Gegensatz zu anderen Ländern, das biologische Geschlecht ein besserer Prädiktor für den Alkoholkonsum ist als die Geschlechtsrollenorientierung.

#### **1.4. Copingstrategien bei Alkoholabhängigen**

Unter Copingstrategien versteht man psychische Bewältigungsstrategien. Da Alkoholabhängigkeit zu den psychiatrischen Krankheiten zählt, bedarf es, im Sinne einer Krankheitsbewältigung, Copingstrategien.

Aufgrund der bei Alkoholikern auftretenden Belastungen durch schwerwiegende Probleme und Konflikte ergeben sich als Folge der Alkoholabhängigkeit einige häufig zu findende Merkmale, die als postmorbide Persönlichkeit von Alkoholikern bezeichnet werden (Barnes 1980, Küfner 1981, Wanke 1987, Sieber 1993). Weitere psychische Folgen betreffen die Coping-Fähigkeiten. In einer Untersuchung von Stone et al. (1985) zeigte sich, dass starke Trinker bei Problemlösungen und Stressbewältigung weniger häufig die Copingstrategien Katharsis (Ausdruck von Gefühlen) und soziale Unterstützung (Beanspruchung sozialer Beziehungen zur Lösung von Problemen) als Vergleichsgruppen mit geringerem Alkoholkonsum verwenden. In einer Untersuchung von Scheller und Lemke (1994) zeigten Alkoholiker mehr problemvermeidende Copingstrategien im Vergleich zu nichtalkoholabhängigen Kontrollprobanden, aber vor allem auch im Vergleich zu einer Gruppe langjährig Abstinenter aus Selbsthilfegruppen, die noch weniger Problemvermeidung als die Kontrollgruppe aufwiesen.

Möglicherweise stellt der Alkoholkonsum selbst bereits einen Bewältigungsmechanismus für ungelöste Konflikte dar, wenn auch nur kurzfristig einen erfolgreichen.

---

Einer Untersuchung von Marlatt et al. (1973) zufolge wird das Trinkverhalten weniger von der pharmakologischen Wirkung als vielmehr von den mit dem Alkoholkonsum verbundenen Erwartungen beeinflusst. Marlatt (1995) spricht in diesem Zusammenhang von positiven Ergebniserwartungen. Diese Erwartungen werden von Riedesel (1987) zusammengefasst: Alkohol bewirke – dosisabhängig –, dass man sich sowohl in Gesellschaft als auch alleine wohlfühle und angstbefreiter leben könne; er steigere die Intensität erotischer Erlebnisfähigkeit und die körperliche Leistungsfähigkeit und stärke das Selbstvertrauen.

Ein weiterer geschlechtsspezifischer Unterschied zeigt sich in Studien, wonach Frauen Alkohol einsetzten um Angst-, Spannungs- und Schuldgefühle abzubauen und ihre Einsamkeit zu überwinden (Marckwort 1972, zit. nach: Mantek 1979; Wandberg 1970 zit. nach Mantek 1979). Unter alkoholabhängigen Frauen zeigen sich überdurchschnittlich häufig Misstrauen und sozialer Rückzug – Copingstrategien die sich bereits in der Kindheit manifestieren würden (Jones 1968 zit. nach Feuerlein 1989). Mantek (1979) berichtete über die erhöhte Neigung alkoholkranker Frauen zur psychosomatischen Konversion und zum Unterdrücken von Problemen. Sie wies außerdem einen Zusammenhang zwischen alkoholabhängigen Männern und Frauen und der Tendenz, mit Vermeidungs- und Rückzugsverhalten zu reagieren, nach.

Perri (1985) zeigte, dass für die Patienten, die ihre Alkoholkrankheit erfolgreich bewältigen, d.h. abstinent waren oder kontrolliert tranken, der Einsatz einer größeren Anzahl von Copingstrategien charakteristisch war. Diese Patienten gebrauchten insbesondere offensive Reaktionen: Sie suchten Rat und Unterstützung bei anderen Menschen und / oder sie versuchten, Stimuli zu kontrollieren, indem sie z.B. weniger Zeit mit alkoholtrinkenden Menschen verbrachten, keine alkoholischen Getränke im eigenen Haushalt aufbewahrten etc.

Studien wiesen einen Zusammenhang zwischen Copingstrategien und dem Behandlungserfolg bei Alkoholabhängigen nach (Moos 1988, Moos/Brennan in Muthny 1990). Die Coping-Reaktionen der Patienten wurden zwei und zehn Jahre nach stationärer Entwöhnungstherapie untersucht. Es zeigte sich, dass der Einsatz von aktiv-kognitivem Coping nach zwei Jahren für die Nachuntersuchung nach zehn Jahren einen geringeren Alkoholkonsum, weniger psychische Symptome und geringere Werte auf der Depressivitätsskala vorhersagen konnte.

Krämer (1992) stellt in der Coping-Forschung Anzeichen dafür fest, dass geschlechtsspezifische Unterschiede dahingehend bestehen, dass weibliche Personen im allgemeinen aktivere Copingstrategien besitzen. Dies bestätigte sich auch in seiner eigenen Untersuchung mit Studenten. Dem mehr aktiven Bewältigungsverhalten der Frauen kam zudem eine geringere Nähe zum Suchtmittelkonsum zu.

---

Simons und Robertson (1989, zit. nach Krämer 1992) kommen in einer Analyse des Suchtmittelgebrauchs junger Menschen zu dem Schluss, dass Personen, die einen eher durch Ablenken, Verleugnen und Vermeiden gekennzeichneten Copingstil haben, ein höheres Suchtrisiko besitzen.

In einer Untersuchung von Conte et al. (1991) bei 40 alkoholabhängigen Patienten (Männer und Frauen) einer Entgiftungsstation und einer Kontrollgruppe beschrieben sich die alkoholabhängigen Patienten als stärker belastet, depressiver und passiver als die Probanden der Kontrollgruppe. Die Coping-Strategien der Alkoholabhängigen zeichneten sich durch den häufigeren Gebrauch von Vermeidung, Hilfesuchen, Beschuldigungen und Ersatzhandlungen aus. Innerhalb der Experimentalgruppe beschrieben sich alkoholabhängige Frauen als stärker belastet, depressiver, passiver und aggressiver als die alkoholabhängigen Männer, für die ein direkteres Herangehen als Coping-Strategie in Belastungssituationen typischer war. Die Autoren schließen, dass die Unterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe am ehesten durch das Geschlecht zu erklären seien. So zeigten sich wenig Unterschiede der untersuchten Parameter bei den alkoholabhängigen Frauen und den restlichen Gruppen (alkoholabhängige Männer, Männer und Frauen der Kontrollgruppe). Möglicherweise sind diese Unterschiede, zumindest zum Teil, durch Auswirkungen des Alkoholentzugs zu erklären. Es könnte sein, dass Frauen durch die körperliche Entgiftung stärker beeinträchtigt werden und dass sich die Werte nach dem Entzug nivellieren. Fichter und Frick (1992) warnen im Zusammenhang mit Persönlichkeitsmerkmalen davor, den Zeitpunkt für psychometrische Testungen zu nah an die Entgiftung zu legen. In einer Studie von Krampen (1979) wurde bei Alkoholabhängigen – nach depressiven Patienten, die in einer Klinik behandelt wurden – die zweithöchsten Werte auf der Skala Hoffnungslosigkeit gemessen. Es zeigte sich außerdem, dass der Grad der Hoffnungslosigkeit sowohl die Behandlungsmotivation als auch die Suizidalität beeinflusste. In dieser Untersuchung wird die Suizidalität als Coping-Strategie verstanden; möglicherweise handelt es sich aber um eine kausale Beziehung, in der die tiefe Hoffnungslosigkeit der alkoholabhängigen Patienten sich in Richtung einer Depression entwickelte, die dann nachfolgend mit erhöhter Suizidalität verbunden war.

In einer Studie von Annis, Skalar und Moser (1998) unter 90 männlichen und 35 weiblichen behandelten Alkoholikern wurde das Verhältnis von Geschlecht, Rückfallkrisensituationen, Coping-Strategien und Outcome über die ersten zwölf Wochen nach der Entlassung untersucht. Zwischen den Geschlechtern wurden mehr Ähnlichkeiten als Unterschiede in Rückfallkrisensituationen, in der Anzahl und Art der angewendeten Coping-Strategien und den Drinking Outcome Results beobachtet. Ein ähnlicher Anteil Frauen und Männer enthielt in den ersten zwölf Wochen nach der Behandlung erfolgreich. Eine Kombination aus kognitiver und behavioral / verhaltensmäßiger Bewältigung wurde von beiden Geschlechtern



---

am häufigsten verwendet (Frauen 34,3%; Männer 40,0%). Negative emotionale Zustände machten die am meisten berichtete Rückfallkrisensituation aus (Frauen 48.4%; Männer 31.7%). Das Überstehen einer Rückfallkrisensituation war stark mit der Anzahl der Coping-Strategien verbunden, welche von Frauen und Männern gleichermaßen verwendet wurde. Es gab eine nichtsignifikante Tendenz, wonach Frauen eher in negativ beeinflussten Situationen (z.B. negative Emotionen, Konflikte mit anderen) und Männer durch sozialen Druck, wie durch die Anwesenheit anderer Trinker, rückfällig wurden (Frauen 12.9%; Männer 28.8%).

Im Rahmen der Therapie sehen Monti et al. (1995) als Behandlungskomponenten neben sozialem Kompetenztraining das Coping, insbesondere das Coping von Situationen im Kontext mit Trinkstimuli (Cue-exposure), als wichtig an. Im Literaturüberblick von Miller et al. (1995) ergaben sich für Coping und soziale Kompetenz die höchsten Effektwerte.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Zusammenhang zwischen Coping-Strategien und Geschlechtsrollenorientierung bei Alkoholabhängigkeit wenig erforscht ist.

## **2. Fragestellung**

Die Ergebnisse der Studie von Möller-Leimkühler (2002) sollen auf ihre Replizierbarkeit hin untersucht werden, wodurch sich in der vorliegenden Studie eine ähnliche Fragestellung ergibt. So soll neben der Verteilung der Geschlechtsrollentypen der Patienten die Hypothese der traditionellen Femininität (als unspezifischem Risikofaktor) überprüft und ihr Zusammenhang mit ausgewählten Persönlichkeitsressourcen wie

-Kohärenzsinn

-Stressverarbeitung

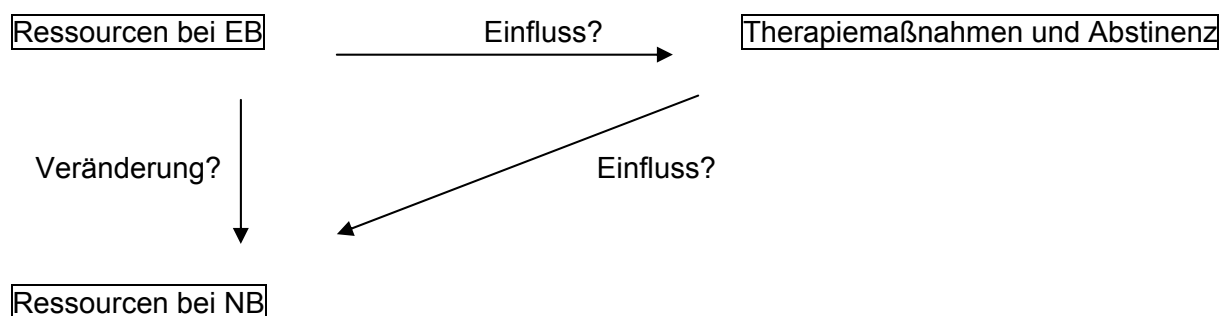
-Anomie-Index

-sowie der subjektiven Lebensqualität

untersucht werden.

In einer katamnestischen Untersuchung sechs Monate nach dem stationären Aufenthalt, bzw. der Erstbefragung, soll untersucht werden, welche Veränderungen die Geschlechtsrollenorientierung sowie andere psychosoziale Ressourcen in diesem Zeitraum zeigen, und inwieweit die Ressourcen der Erstbefragung Prädiktoren für das spätere Abstinenzverhalten und für die Therapiewahl sind. Auch soll der Einfluss der Therapiemaßnahmen auf die Ressourcen untersucht werden. Folgendes Schema soll diese trigonale Fragestellung veranschaulichen.

Abbildung 1: schematisierte Darstellung der Fragestellung



### 3. Methodik

Auf der Akut- und Entgiftungsstation des Suchtbereichs der Psychiatrischen Klinik der LMU München wurden 193 Patienten, davon 92 Männer und 101 Frauen, nach ihrer Entgiftung für eine erste Studie rekrutiert.

Die Untersuchung erfolgte mittels einer schriftlichen Befragung auf Station, wobei die Patienten bereits über eine erneute Befragung sechs Monate nach ihrer Entlassung informiert wurden. Die Patienten, die an der Erstbefragung teilgenommen hatten, wurden angeschrieben, es beteiligten sich 81 Patienten, wovon 37 (45,7%) männlich und 44 (54,3%) weiblich waren. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 41,45%.

Von den 112 Patienten, die nicht an der Nachbefragung teilnahmen, waren 55 (49,1%) männlich und 57 (50,9%) weiblich. Das mittlere Durchschnittsalter der Teilnehmer (MW 47,0 Jahre, SD 8,68) und Nichtteilnehmer (MW 45,0 Jahre, SD 9,01) der Nachbefragung unterscheidet sich nicht signifikant ( $T=-1,539$ , Freiheitsgrade 191,  $p=0,126$ ).

Über die Verteilung der Geschlechtsrollenorientierung zum Zeitpunkt der Erstbefragung der Teilnehmer und Nichtteilnehmer der Nachbefragung gibt folgende Tabelle Überblick.

Tabelle 3: Selektivität des Rücklaufs nach Geschlechtsrollenorientierung zum Zeitpunkt der Erstbefragung bezüglich Teilnehmern und Nichtteilnehmern der Nachbefragung

	Rücklauf			
	Nichtteilnehmer der NB		Teilnehmer der NB	
	Anzahl	%	Anzahl	%
androgyn EB	37	33,3%	34	42,0%
maskulin EB	17	15,3%	14	17,3%
feminin EB	37	33,3%	22	27,2%
undifferenziert EB	20	18,0%	11	13,6%

Danach ist der Anteil androgyn und maskulin orientierter Patienten unter den Nichtteilnehmern geringer als unter den Teilnehmern an der Nachbefragung, der Anteil feminin und undifferenziert orientierter höher. Diese Unterschiede verfehlen jedoch knapp

---

das Signifikanzniveau ( $\chi^2=2,210$ , Freiheitsgrade 3,  $p=0,53$ ), deuten aber darauf hin, dass es sich hier um eine positive Selektion handelt.

Jeder Patient hatte sowohl in der Erst-, als auch in der Nachbefragung mehrere standardisierte Selbstbeurteilungsbögen auszufüllen, die nachfolgend charakterisiert werden:

### **Geschlechtsrollenorientierung (GRO)**

Diese wurde mit dem German Extended Personal Attributes Questionnaire – GEPAQ (Runge, Frey et al. 1981, deutsche Übersetzung des EPAQ von Spence, Helmreich 1978) erfasst, und zwar als Selbstbild.

Der GEPAQ ist ein Selbstbeurteilungsinstrument und besteht aus 40 bipolaren Eigenschaften, die auf einer 5-stufigen Skala vom Probanden eingeschätzt werden sollen. Es handelt sich dabei um sozial erwünschte (+) und sozial unerwünschte (–) Eigenschaften für Männer und Frauen, die jeweils drei positiven (M+, F+, MF+ ) und drei negativen (M–, F–, FVA–) zugeordnet werden. Für die Klassifizierung der Geschlechtsrollentypen sind die M+ - und F+-Skala relevant.

Die Maskulinitätsskala (**M+**) gibt Aufschluss über instrumentelle Eigenschaften (wie: leicht Entscheidungen treffen, sehr aktiv sein, nie leicht aufgeben).

Die Femininitätsskala (**F+**) misst expressive, sozial orientierte Eigenschaften (wie: sehr emotional, fähig, auf andere einzugehen).

Der Maskulinitäts- und der Femininitätsscore stellen die Summe der Items der Maskulinitäts- und Femininitätsskalen dar. Dabei entscheidet der Bevölkerungsmedian nach Alfermann über die Geschlechtsrollenorientierung (Maskulinität:  $\leq 29$  = unter Median: nicht maskulin,  $\geq 30$  = über Median: maskulin; Femininität:  $\leq 36$  = unter Median: nicht feminin,  $\geq 37$  = über Median: feminin). Je nach Höhe des Summenscores auf beiden Skalen erfolgt die Medianklassifizierung in maskulin, androgyn, feminin und undifferenziert.

Die **MF+**-Skala enthält sowohl instrumentelle und expressive Items, die je nach Geschlecht sozial erwünscht unterschiedlich bewertet werden (wie: weint nie, sehr aggressiv, sehr häuslich).

Die **M–** -Skala spiegelt als männlich geltende, negative instrumentelle Eigenschaften (wie: egoistisch, habgierig, immer nur auf sich selbstbedacht).

Die beiden **F–** -Skalen enthalten jeweils vier Items, bei FVA– bezogen auf verbales Aggressionsverhalten (sehr weinerlich, viel klagend), bei FC bezogen auf extreme Unterwürfigkeit (stehe nicht zu meinen Ansichten, sehr ergeben).

Faktorenanalysen an amerikanischen und deutschen Stichproben bestätigen die Orthogonalität der Maskulinitäts- und Femininitätsskala. Die Retestrelabilität liegt bei .65 bis

---

.91. Die Werte der Alphakoeffizienten auf den verschiedenen Subskalen reichen von .41 bis .74 (Helmreich, Spence, Wilhelm, 1981).

### **Stressverarbeitung**

Positiv- und Negativstrategien wurden mit dem Stressverarbeitungsfragebogen (SVF) von Janke und Erdmann (1997) erhoben, in dem es um die Erfassung habitueller Verarbeitungsmuster geht, die sowohl aktionale als auch intrapsychische (Gedanken, Vorstellungen, Wahrnehmungen, emotionale und motivationale Vorgänge) Bewältigungsstrategien umfassen. Ausschlaggebend für die Entwicklung des SVF waren die Annahmen, dass diese Bewältigungsstrategien nicht nur über die Zeit relativ stabil bleiben, sondern auch relativ unabhängig von der Art der Belastungssituation eingesetzt werden. Der SVF erfasst 19 Stressverarbeitungsstrategien, die durch jeweils sechs Items eines Subtests operationalisiert sind (insgesamt 114 Items) und sich auf eine generalisierte Belastungssituation beziehen: Der Proband soll bei jedem Item auf einer fünfstufigen Skala entscheiden, wie wahrscheinlich die in jedem Item angegebene Reaktion seiner Art zu reagieren entspricht, „wenn er durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden ist“ (von „gar nicht“ bis „sehr wahrscheinlich“). Bei der Auswertung werden die Summenrohwerte in T-Werte transformiert, und zwar nach Geschlecht getrennt.

### **Kohärenzgefühl**

Als dispositionelle Bewältigungsressource, die den Menschen widerstandsfähiger gegenüber Stressoren macht und damit zur Aufrechterhaltung und Förderung der Gesundheit beiträgt, wurde das Kohärenzgefühl mit der Sence of Coherence Scale (SOC-29) (Antonovsky 1987) erhoben, zu der seit kurzem die deutsche Normierung vorliegt (Schumacher et al. 2000). In unserer Studie wurde die aus 13 Items bestehende Kurzform gewählt (SOC-13). Auf einer Skala von eins bis sieben wurden negierende Antworten mit niedrigen Werten belegt, bejahende mit hohen Werten.

Antonovsky (1997) definiert das Kohärenzgefühl wie folgt:

„Das Kohärenzgefühl ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind,
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen zu begegnen,

- 
3. die Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.“

Die drei Teilkomponenten bezeichnet er als Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit und sind Ausdruck dafür, wie auf Stimuli bzw. Stressoren reagiert werden kann und Ressourcen entgegengestellt werden können. Die Summe dieser drei Teilkomponenten stellt den Gesamtzusammenhang dar. Die Normwerte für die Summe des Kohärenzsinnns belaufen sich bei Männern auf 66,28 (SD=11,57), bei Frauen auf 64,31 (SD=11,53).

### **Anomie**

Mit dem Fragebogen zur Anomie von Fischer und Kohr (1981), der die Anomie-Skala von Scrole und die Autoritarismusskala von Adorno integriert, sollen Gefühle von Entfremdung, sozialem Misstrauen und Normunsicherheit bzw. -verlust als Ausdruck eines Zustandes geringer sozialer Ordnung erfasst werden. Jede symptomatische Antwort wurde in unserem aus zwölf Items bestehenden Fragebogen mit 1 codiert versehen, jede nichtsymptomatische mit 0 Punkten, die Maximalpunktzahl beträgt 12.

### **Lebensqualität**

Die Erhebung der objektiven Lebensbedingungen und der subjektiven Lebenszufriedenheit erfolgte mit der deutschen Adaption des Lancashire Quality of Life Profile (LQLP) (Priebe et al. 1995, nach Oliver 1991). Fragen zur objektiven Situation in verschiedenen Lebensbereichen folgen Fragen nach der subjektiven Zufriedenheit mit diesen Lebensbereichen (Arbeit, Freizeit, Religion, Finanzen, Wohnsituation, Sicherheit, Familie, Freunde und Bekannte, Motivation und Emotion, Selbstwertgefühl), die anhand einer siebenstufigen Skala („völlig unzufrieden“ bis „völlig zufrieden“) beantwortet werden. Neben dieser bereichsspezifischen Erfassung wird die subjektive Lebensqualität anschließend mit einem globalen Item beurteilt.

### **Lebensereignisse**

In der Nachbefragung wurde zusätzlich nach insgesamt 17 Lebensereignissen gefragt, die sich im vergangenen halben Jahr nach der Entlassung aus der Suchtstation zugetragen haben könnten (wie: Tod eines Angehörigen, eigene schwere Erkrankung, neue Partnerschaft). Außerdem wurde nach der Teilnahme an ambulanten Therapien, erneuten stationären Entgiftungsbehandlungen sowie der Zugehörigkeit zu einer Selbsthilfegruppe gefragt. Schlussendlich hatten die Patienten zu beantworten, wie sie es im vergangenen halben Jahr mit der Abstinenz gehalten hatten. Sämtliche Items des Bereiches konnten mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden.

---

## **Zusatzdiagnosen**

Die Patientenangaben der Fragebögen wurden jeweils durch die Arztbriefe und Krankenblätter der Krankenakten bezüglich täglich konsumierter Alkoholmenge in Gramm, Bestehen von Zusatzdiagnosen nach ICD-10, Dauer der Alkoholabhängigkeit, Suizidversuchen sowie Anzahl der bisher durchgeführten stationären Entgiftungen ergänzt.

## **Statistik**

Die statistische Bearbeitung erfolgte mittels SPSS (Statistical Paket for Social Science), Version 12.0.

Das Datenmaterial wurde deskriptiv-statistisch ausgewertet. Die vier Subtypen der Geschlechtsrollenorientierung wurden anhand der Normen des Maskulinitäts- und des Femininitätsmedians einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe gebildet (Quelle: Möller-Leimkühler 2002). Die Verteilung der vier Subtypen in der Alkoholiker- und Bevölkerungsstichprobe sowie die geschlechtsspezifischen Vergleiche über beide Stichproben wurden jeweils mit Chi-Quadrat-Tests berechnet.

Zwischen ordinal skalierten Variablen wurde eine Korrelationsmatrix nach Pearson berechnet. Die Mittelwertunterschiede der abhängigen Variablen (Kohärenzsinn, Stressverarbeitung etc. ) wurden mittels T-Tests auf Signifikanz überprüft. Der Einfluss der unabhängigen Variable Geschlechtsrollenorientierung auf die interessierenden abhängigen Variablen wurde sowohl kategorial anhand der vier Subtypen als auch dimensional anhand des Maskulinitäts- und Femininitätsgrads je nach Verteilung der abhängigen Variable mittels des T-Tests berechnet.

Des Weiteren kommt die einfaktorielle ANOVA bei Mittelwertvergleichen von mehr als zwei Gruppen (z.B. Geschlechtsrollentypen) zum Einsatz. Abhängig von der Levene-Statistik, entsprechend dem Grenzwert 0,1, welche signifikante Abweichungen von der Homogenität der Varianzen nachweist, wird im Post-Hoc-Test bei einer nicht signifikanten Levene-Statistik (über 0,1) nach Bonferoni interpretiert, ist die Levene-Statistik signifikant, so nach Tamhane.

Als Signifikanzniveau wurde die 5% -Schranke definiert. Mittelwertvergleiche zwischen der Erst- und der Nachbefragung wurden mit dem T-Test für abhängige Stichproben berechnet.

## 4. Ergebnisse der Erstbefragung

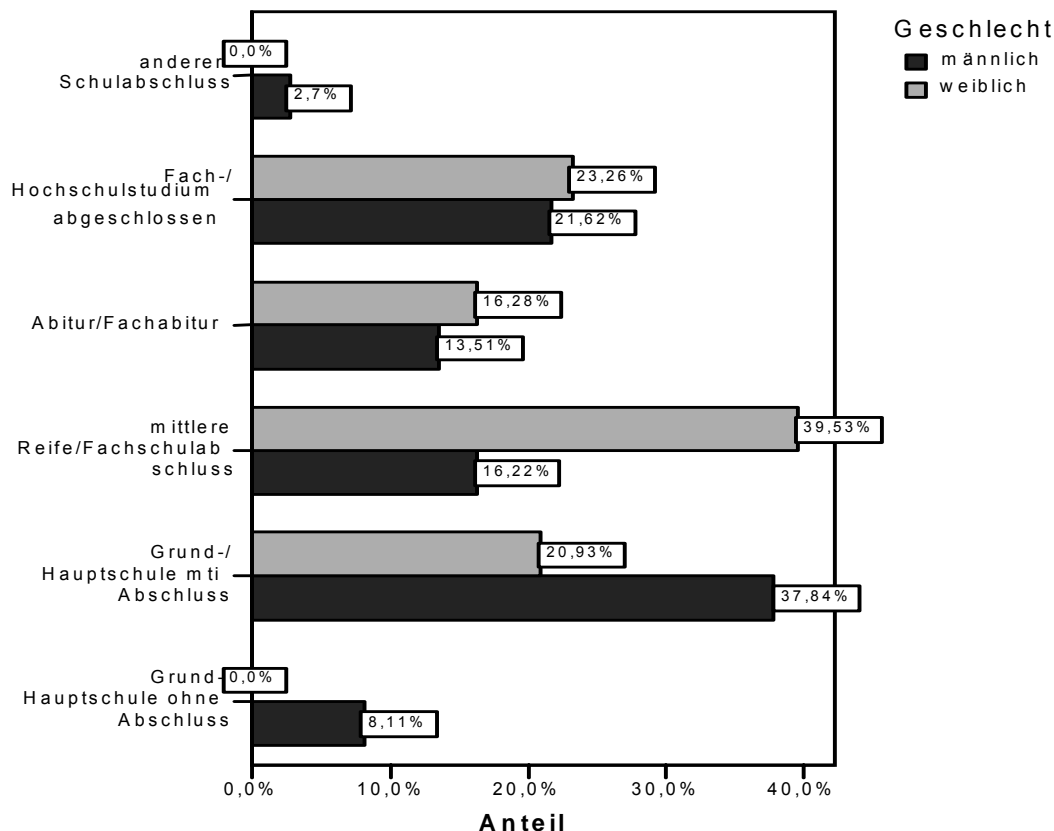
### 4.1. Soziodemographische und klinische Merkmale der Stichprobe

#### 4.1.1. Soziodemographische Merkmale

Die Stichprobe setzt sich aus 47,7% Männern und 52,3% Frauen zusammen. Das Durchschnittsalter der gesamten Stichprobe liegt bei 45,90 Jahren (SD 8,90). Das Durchschnittsalter der alkoholabhängigen Männer liegt unterhalb dem der Frauen (Männer: 44,25 Jahre (SD 8,79), vs. Frauen: 47,30 Jahre (SD 8,80)). Der jüngste Teilnehmer der Studie war zum Messzeitpunkt 27 Jahre, der älteste 73 Jahre alt.

Die insgesamt am häufigsten absolvierte Schulform aller Patienten ist die Grund- bzw. Hauptschule mit Abschluss (30,6%), gefolgt von der mittleren Reife bzw. dem Fachschulabschluss mit 29%. Im Vergleich der Geschlechter besitzen Frauen ein höheres Bildungsniveau.

Abbildung 2: Schulbildung zum Zeitpunkt der Erstbefragung, differenziert nach Geschlecht



Auf die Frage, ob die Patienten allein leben, antworteten 49,2% mit ja, 50,8% verneinten. Das Verhältnis zwischen den Geschlechtern zeigt folgende Tabelle.

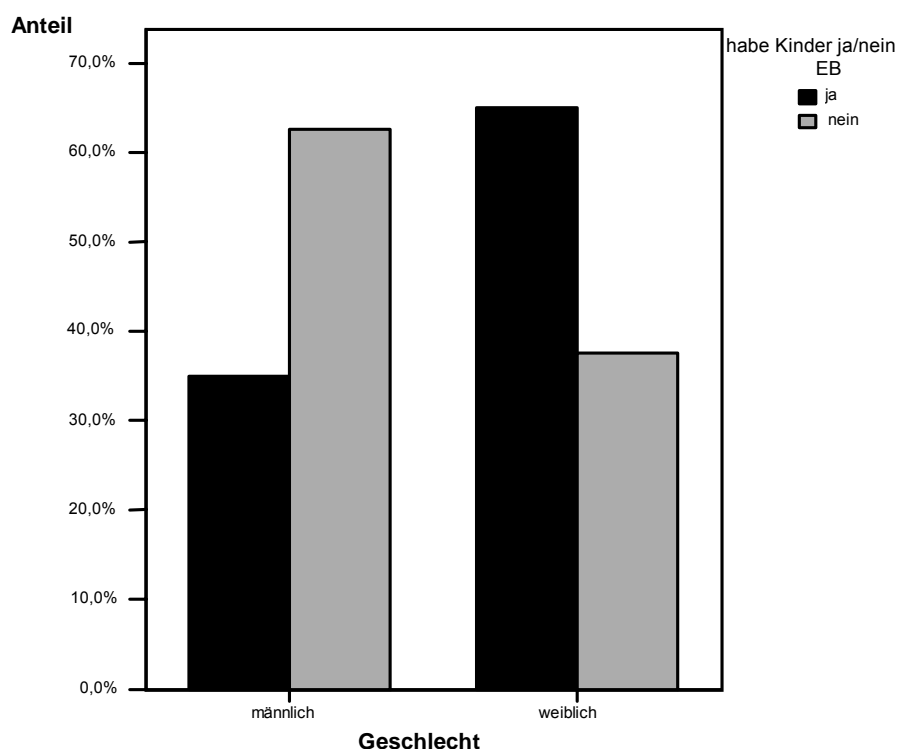
Tabelle 4: „Alleine leben“ zum Zeitpunkt der Erstbefragung nach Geschlecht differenziert

	allein leben bei EB			
	männlich		weiblich	
	Anzahl	%	Anzahl	%
ja	53	58,2%	40	40,8%
nein	38	41,8%	58	59,2%

44,9% der Befragten leben ohne einen Partner, 55,1% mit einem Partner zusammen. Deutlich mehr Männer leben ohne Partner (62,6%). Umgekehrt verhält es sich bei den Frauen, wovon nur 47,9% ohne Partner und 52,1% mit einem Partner leben.

Weiterhin haben 53,2% der Patienten der Erstbefragung Kinder, 46,8% sind bis dato kinderlos. Das Verhältnis der Geschlechter ist hier reziprok, wie folgende Abbildung demonstriert.

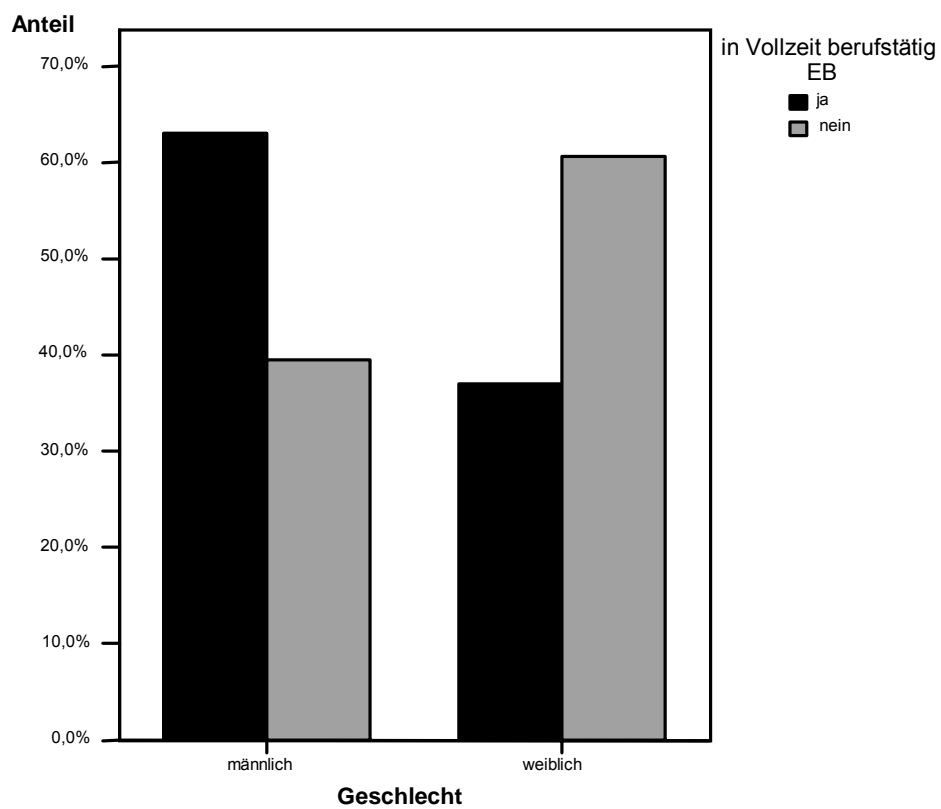
Abbildung 3: „Habe Kinder“ zum Zeitpunkt der Erstbefragung nach Geschlecht differenziert



Nur 39,0% der Befragten sind zum Zeitpunkt der Erstbefragung in Vollzeit berufstätig, wobei Männer häufiger als Frauen Vollzeit arbeiten, wie folgende Abbildung zeigt.



Abbildung 4: „Vollzeit arbeiten“ zum Zeitpunkt der Erstbefragung nach Geschlecht differenziert



#### 4.1.2. Klinische Merkmale

Das Bestehen von **Zusatzdiagnosen** nach ICD-10 wurde aus den Krankenakten der Patienten ermittelt. Insgesamt stellten die behandelnden Ärzte zusätzliche Diagnosen häufiger bei Frauen als bei Männern. Die meisten Befragten beider Geschlechter zählen zusatzdiagnostisch zur Gruppe der Polytoxikomanen, der Benzodiazepamsüchtigen und der Cannabiskonsumenten (5,4% der Männer, 9,9% der Frauen). Es schließt sich die Gruppe der depressiven Patienten an, in der mehr als zwei Drittel weiblich sind. Eine Signifikanz ist jedoch hinsichtlich eines Zusammenhangs von Depression und Geschlechtszugehörigkeit mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests nicht feststellbar ( $\chi^2=1,320$ ;  $p=0,251$  (2-seitig); 1 Freiheitsgrad). Persönlichkeitsstörungen wurden bei weiblichen und männlichen Patienten gleichermaßen häufig diagnostiziert (Männer 4,3%; Frauen 5,0%).

Tabelle 5: Zusatzdiagnosen nach biologischem Geschlecht differenziert

	männlich		weiblich	
	Anzahl	%	Anzahl	%
keine Zusatzdiagnose	77	83,7%	70	69,3%
Depression / ges.10,2%	3	3,3%	7	6,9%
Anpassungsstörung	-	-	2	2,0%
Persönlichkeitsstörung / ges. 9,3%	4	4,3%	5	5,0%
andere Zusatzdiagnosen	-	-	3	3,0%
mehrere Diagnosen	-	-	4	4,0%
Polytoxikomanie, Benzodiazepammissbrauch, Cannabiskonsum	5	5,4%	10	9,9%
Gesamt	92	100%	101	100%

Die durchschnittliche, täglich aufgenommene **Alkoholmenge** in Gramm ergibt sich als anamnestischer Wert aus den Krankenblättern der Patienten. Insgesamt nahmen die Patienten durchschnittlich 200,64g Alkohol täglich auf. Die Männer konsumierten erwartungsgemäß im Mittel eine deutlich höhere Alkoholmenge pro Tag als die Frauen (240,08 g/d; SD 130,73 **vs.** 164,72 g/d; SD 110,68).

Die **Dauer** der Alkoholabhängigkeit bemisst sich in Jahren und beträgt bei den Befragten im Mittel 16,94 Jahre (SD 13,22). Männer leiden durchschnittlich dreieinhalb Jahre länger an der Krankheit als Frauen. Sie dauert bei Frauen 15,27 Jahre (SD 15,03), bei Männern 18,77 Jahre (SD 10,69).

Durchschnittlich 0,2 **Suizidversuche** (SD 0,48) wurden von den Befragten unternommen, von den männlichen geringfügig mehr als von den weiblichen (0,21; SD 0,46 **vs.** 0,19; SD 0,50).

## 4.2. Verteilung der Geschlechtsrollenorientierung

Insgesamt gehören die meisten Befragten zum Zeitpunkt der Erstbefragung, nämlich 37,0%, der androgynen Geschlechtsrollenorientierung an, 30,7% beschreiben sich als feminin, jeweils 16,1% stellen sich als maskulin bzw. undifferenziert dar. Die Verteilung der Geschlechtsrollenzugehörigkeit innerhalb des biologischen Geschlechts ergibt folgende Tabelle.

Tabelle 6: Geschlechtsrollenorientierung zum Zeitpunkt der Erstbefragung, differenziert nach Geschlecht

	männlich		weiblich	
	Anzahl	%	Anzahl	%
androgyn EB	38	41,3%	33	33,0%
maskulin EB	21	22,8%	10	10,0%
feminin EB	17	18,5%	42	42,0%
undifferenziert EB	16	17,4%	15	15,0%
Gesamt	92	100%	100	100%

Unter den männlichen Patienten dominieren anteilsmäßig die androgyn klassifizierten Geschlechtsrollentypen, die Maskulinen besitzen etwas höhere Anteile als jeweils feminin und undifferenziert orientierte. Differenziert nach Frauen, überwiegen die feminin orientierten Geschlechtsrollentypen. Der Anteil der androgyn orientierten Patientinnen ist um neun Prozentpunkte geringer und damit mehr als doppelt so groß wie der Anteil der undifferenziert orientierten Frauen. Am wenigsten ausgeprägt ist die maskuline Geschlechtsrollenorientierung bei den Patientinnen.

Es besteht ein Zusammenhang zwischen Geschlechtsrollentyp der Erstbefragung und biologischem Geschlecht ( $\chi^2=14,573$ , Freiheitsgrade 3,  $p=0,002$ ).

Was das **Alter** der Patienten anbetrifft, stellen die nach dem GEPAQ als maskulin Klassifizierten die jüngste Subgruppe dar (44,03 Jahre; SD 8,78), die älteste Subgruppe die androgynen (47,07 Jahre; SD 9,19).

Alle Geschlechtsrollentypen leben überwiegend allein, die größte Differenz zwischen einem Leben mit bzw. ohne **Partner** ergibt sich bei den Femininen, dieser ist jedoch nicht signifikant.

Tabelle 7: „Mit Partner lebend“, differenziert nach Geschlechtsrollenorientierung zum Zeitpunkt der Erstbefragung

	androgyn		maskulin		feminin		undifferenziert	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>mit Partner lebend</b>	34	48,6%	14	46,7%	21	36,8%	14	48,3%
<b>ohne Partner lebend</b>	36	51,4%	16	53,3%	36	63,2%	15	51,7%

Die Patientengruppe mit femininer Geschlechtsrollenorientierung weist am häufigsten eine **Zusatzdiagnose** auf (39,0%), im Gegensatz zu den maskulinen (12,9%). Die Femininen machen auch in jeder der sechs Arten einer Zusatzdiagnose die meisten Patienten aus. Unten stehende Tabelle zeigt die Verteilung im einzelnen.

Tabelle 8: Zusatzdiagnosen der Geschlechtsrollentypen zum Zeitpunkt der Erstbefragung

Zusatzdiagnose EB	androgyn EB		maskulin EB		feminin EB		undifferenziert EB	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
keine	58	81,7%	27	87,1%	36	61,0%	25	80,6%
Depression	2	2,8%	-	-	6	10,2%	2	6,5%
Anpassungsstörung	-	-	-	-	1	1,7%	1	3,2%
Persönlichkeitsstörungen	4	5,6%	-	-	4	6,8%	1	3,2%
andere Diagnosen	-	-	-	-	3	5,1%	-	-
mehrere Zusatzdiagnosen	1	1,4%	1	3,2%	3	5,1%	2	6,5%
Polytoxikomanie, Benzodiazepammissbrauch, Cannabiskonsum	6	8,5%	3	9,7%	6	10,2%	-	-

Der Zusammenhang zwischen Depression und Femininität ist signifikant ( $\chi^2=4,246$ , Freiheitsgrade 1,  $p=0,039$  (2-seitig)).

Die Geschlechtsrollentypen unterscheiden sich auch deutlich hinsichtlich ihrer täglich konsumierten **Alkoholmenge**, wie Tabelle 9 veranschaulicht.

Tabelle 9: Täglich aufgenommene Alkoholmenge in Gramm, differenziert nach Geschlechtsrollenorientierung zum Zeitpunkt der Erstbefragung

Geschlechtsrollentyp	täglich aufgenommene Alkoholmenge in Gramm (g)
androgyn	183,21
maskulin	232,84
feminin	180,37
undifferenziert	256,61

Die Überprüfung der Signifikanz der unterschiedlichen Alkoholmenge bezüglich der Geschlechtsrollenorientierung mit Hilfe der einfaktoriellen ANOVA ergibt folgende Ergebnisse (signifikante paarweise Vergleiche sind fett gedruckt):

Tabelle 10: Mittelwertvergleich Alkoholkonsum in Gramm, nach Geschlechtsrollentypen bei Erstbefragung differenziert

Bonferroni	(I) GEPAQ Klassifizierung Selbstbild	(J) GEPAQ Klassifizierung Selbstbild	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz
	androgyn	maskulin	-49,62744	26,21833	,359
		feminin	2,83839	21,45514	1,000
		<b>undifferenziert</b>	<b>-73,40164(*)</b>	<b>26,21833</b>	<b>,034</b>
	maskulin	androgyn	49,62744	26,21833	,359
		feminin	52,46583	27,01651	,322
		undifferenziert	-23,77419	30,93492	1,000
	feminin	androgyn	-2,83839	21,45514	1,000
		maskulin	-52,46583	27,01651	,322
		<b>undifferenziert</b>	<b>-76,24002(*)</b>	<b>27,01651</b>	<b>,032</b>
	undifferenziert	<b>androgyn</b>	<b>73,40164(*)</b>	<b>26,21833</b>	<b>,034</b>
		maskulin	23,77419	30,93492	1,000
		<b>feminin</b>	<b>76,24002(*)</b>	<b>27,01651</b>	<b>,032</b>

\* Die mittlere Differenz ist auf der Stufe 0.05 signifikant.

Demnach trinken Maskuline tendenziell mehr Alkohol als androgyn und feminin Orientierte, undifferenzierte Geschlechtsrollentypen trinken sogar signifikant mehr Alkohol als Androgyne und Feminine.

Aus unten stehender Tabelle lässt sich entnehmen, dass maskulin und undifferenziert orientierte Geschlechtsrollentypen über einen deutlich längeren Zeitraum übermäßig Alkohol konsumiert haben als androgyn oder gar feminin orientierte. Überdies ergibt sich jedoch für keinen der vier Typen durch Überprüfung mit der einfaktoriellen ANOVA ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen in der **Dauer** der Erkrankung.

Tabelle 11: Mittlere Dauer der Alkoholabhängigkeit in Jahren, nach Geschlechtsrollentypen zum Zeitpunkt der Erstbefragung differenziert

Geschlechtsrollentyp	mittlere Dauer der Alkoholabhängigkeit in Jahren
androgyn	17,03
maskulin	14,73
feminin	19,00
undifferenziert	19,10

Die meisten Patienten, die einen oder zwei **Suizidversuche** unternommen haben, waren der GEPAQ-Klassifizierung nach undifferenziert orientiert. Eine ebenfalls undifferenziert orientierte Frau unternahm als einzige Patientin drei Versuche, aktiv ihr Leben zu beenden. Insgesamt zeigten sich deutliche Unterschiede innerhalb der Geschlechtsrollentypen, wie unten stehende Tabelle veranschaulicht. Demnach ist ein Anstieg der Suizidrate von androgyn nach maskulin über feminin bis undifferenziert ablesbar.

Tabelle 12: Suizidversuche zum Zeitpunkt der Erstbefragung, nach Geschlechtsrollenorientierung differenziert

Anzahl Suizidversuche	androgyn		maskulin		feminin		undifferenziert	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0	64	90,1%	26	83,9%	48	81,4%	22	71,0%
1	5	7,0%	4	12,9%	11	18,6%	7	22,6%
2	2	2,8%	1	3,2%	-	-	1	3,2%
3	-	-	-	-	-	-	1	3,2%

Es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem undifferenzierten Geschlechtsrollentyp und der Anzahl der Suizidversuche ( $\chi^2=8,011$ , Freiheitsgrade 3,  $p=0,046$ ).

### 4.3. Stressverarbeitungsstrategien, Kohärenzsinn, Anomie und subjektive Lebensqualität

#### 4.3.1. Stressverarbeitung

Die Stressverarbeitung der Befragten wurde als Ergebnis des Stressverarbeitungsbogens aus der Summe der Reaktionen auf verschiedene Stressoren, bezogen auf die entsprechenden T-Werte, als Positivstrategien sowie Negativstrategien berechnet. Der Mittelwert der Bevölkerungsstichprobe liegt bei 50 und bewegt sich im Normbereich mit einer Standardabweichung von 10. Je kleiner der Wert bezogen auf die Positivstrategien ist, desto weniger positiv sind diese ausgeprägt. Reziprok verhält es sich bei den Negativstrategien, bei denen ein hoher Wert auf höhere Ausprägung hinweist.

In unserer Stichprobe erwiesen sich die Frauen als tendenziell negativer in ihrer Art, Stress zu bewältigen, zugleich aber auch positiver im Vergleich zu männlichen Mitpatienten. Untersucht auf die Geschlechtsrollenorientierung, finden sich die größten Unterschiede

zwischen Positiv- und Negativstrategien in der Gruppe der femininen sowie der undifferenzierten Typen. Insgesamt liegen die Positivstrategien nahe dem Mittelwert der Bevölkerungsstichprobe, die Negativstrategien übersteigen den Mittelwert, liegen jedoch im Normbereich. Tabelle 13 gibt eine Übersicht.

Tabelle 13: Stressverarbeitung zum Zeitpunkt der Erstbefragung, nach biologischem Geschlecht, Geschlechtsrollenorientierung differenziert

	Stressverarbeitung EB	MW	N	SD
männlich	positiv	51,05	92	10,03
	negativ	52,93		11,71
weiblich	positiv	49,07	101	11,41
	negativ	56,49		10,79
androgyn	positiv	54,24	71	9,00
	negativ	50,51		10,93
maskulin	positiv	49,55	31	9,63
	negativ	49,10		9,98
feminin	positiv	47,19	59	11,95
	negativ	62,31		8,35
undifferenziert	positiv	45,94	31	10,50
	negativ	56,81		9,91
insgesamt	positiv	50,02	192	10,79
	negativ	54,79		11,35

Berechnet man die Differenz zwischen den Positiv- und den Negativstrategien der Erstbefragung, so erhalten wir die Variable svf\_diffEB, mit deren Hilfe sich unterscheiden lässt, ob sich Männer und Frauen in ihrer Art der Stressverarbeitung signifikant unterscheiden. Frauen divergieren signifikant mehr zwischen Positiv- und Negativstrategien als Männer, wobei bei beiden Geschlechtern die Negativstrategien überwiegen (siehe MW: beide negativ, da gerechnet: svf\_posEB minus svf\_negEB). Folgende Tabelle liefert das Ergebnis im Einzelnen.

Tabelle 14: svf\_diffEB, nach Geschlecht differenziert

		N	MW	SD	T	df	p
svf_diff	männlich	92	-1,8804	16,56545	2,222	191	<b>0,027</b>
	weiblich	101	-7,4158	17,91383			

Bei genauerer Betrachtung zeigt sich, dass sich die Negativstrategien der Erstbefragung unter den Geschlechtern signifikant unterscheiden, wie folgender T-Test nachweist.

Tabelle 15: Negativstrategien zum Zeitpunkt der Erstbefragung, nach Geschlecht differenziert

		N	MW	SD	T	df	p
Negativstrategien EB	männlich	92	52,9348	11,71156	-2,192	191	<b>0,030</b>
	weiblich	101	56,4851	10,78760			

Vergleicht man die Mittelwerte der Stressverarbeitungsstrategien der Geschlechterrollentypen, so werden schnell signifikante Unterschiede deutlich. Mit Hilfe der einfaktoriellen ANOVA und den Items Geschlechtsrollenorientierung und svf\_diffEB als abhängiger Variable sollen diese Unterschiede statistisch auf ihre Signifikanz überprüft werden. Der Levene-Statistik nach, die hier nicht signifikant ist ( $p=0,661$ ), wird der Test nach Bonferroni gelesen. Folgende Tabelle zeigt die paarweisen, qualitativen Unterschiede zwischen den jeweiligen Geschlechtsrollentypen bezüglich der Differenz von Positiv- und Negativstrategien (svf\_diffEB).

Tabelle 16: svf\_diffEB, differenziert nach Geschlechtsrollenorientierung zum Zeitpunkt der Erstbefragung (einfaktorielle ANOVA)

	(I) Geschlechtsrollenorientierung	(J) Geschlechtsrollenorientierung	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz
svf_diffEB	androgyn	maskulin	3,28078	3,29384	1,000
		<b>feminin</b>	<b>18,85104(*)</b>	<b>2,69544</b>	<b>,000</b>
		<b>undifferenziert</b>	<b>14,60336(*)</b>	<b>3,29384</b>	<b>,000</b>
	maskulin	androgyn	-3,28078	3,29384	1,000
		<b>feminin</b>	<b>15,57026(*)</b>	<b>3,39412</b>	<b>,000</b>
		<b>undifferenziert</b>	<b>11,32258(*)</b>	<b>3,88639</b>	<b>,024</b>
	feminin	<b>androgyn</b>	<b>-18,85104(*)</b>	<b>2,69544</b>	<b>,000</b>
		<b>maskulin</b>	<b>-15,57026(*)</b>	<b>3,39412</b>	<b>,000</b>
		undifferenziert	-4,24768	3,39412	1,000
	undifferenziert	<b>androgyn</b>	<b>-14,60336(*)</b>	<b>3,29384</b>	<b>,000</b>
		maskulin	3,28078	3,29384	1,000
		<b>feminin</b>	<b>18,85104(*)</b>	<b>2,69544</b>	<b>,000</b>

\* Die mittlere Differenz ist auf der Stufe 0.05 signifikant.

Die androgynen und die maskulinen Geschlechtsrollentypen unterscheiden sich signifikant von den femininen und undifferenzierten und liegen im Schnitt in ihrer Stressverarbeitungsweise über den femininen und den undifferenzierten, wobei die androgynen über den maskulinen und die undifferenzierten über den femininen liegen.

Vergleicht man den Maskulinitätsscore mit dem Femininitätsscore bezüglich Positiv- und Negativstrategien, so ergibt sich folgende Korrelationstabelle.



Tabelle 17: Korrelation von Maskulinitäts- und Femininitätsgrad und Positiv- und Negativstrategien bei Erstbefragung

		Positivstrategien EB	Negativstrategien EB
Maskulinitätsgrad EB	Korrelation nach Pearson	,357(**)	-,533(**)
	Signifikanz (2-seitig)	<b>,000</b>	<b>,000</b>
	N	192	192
Femininitätsgrad EB	Korrelation nach Pearson	,204(**)	,078
	Signifikanz (2-seitig)	<b>,005</b>	,281
	N	192	192

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Es zeigt sich, dass ein hoher Maskulinitätsgrad signifikant positiv mit Positivstrategien und signifikant negativ mit Negativstrategien korreliert. Weiter zeigt sich, dass ein hoher Femininitätsgrad signifikant positiv mit Positivstrategien korreliert. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen Femininitätsgrad und Negativstrategien besteht dagegen nicht.

#### 4.3.2. Kohärenzsinn

Es fällt auf, dass sämtliche Kohärenz-Summenwerte der Stichprobe unterhalb der Normwerte liegen. Die Werte in Abhängigkeit vom biologischen Geschlecht weisen in sich nur eine geringe Differenz auf und stehen damit ganz im Gegensatz zu den Werten, wenn sie in Abhängigkeit von den Geschlechtsrollentypen analysiert werden. Die größten Unterschiede präsentieren sich zwischen den androgyn Orientierten und den feminin Orientierten. In unten stehender Tabelle sind signifikante Zusammenhänge fett gedruckt.

Tabelle 18: Kohärenzsinn: Normwerte, differenziert nach Geschlecht und Geschlechtsrollenorientierung bei Erstbefragung

Kohärenzsinn EB	N	MW	SD
Normwert Männer	855	66,28	11,57
Normwert Frauen	1089	64,31	11,53
männlich	92	50,47	11,75
weiblich	100	49,55	10,93
androgyn EB	31	55,20	10,52
maskulin EB	71	51,87	10,55
feminin EB	59	44,53	10,88
undifferenziert EB	30	46,47	8,91
insgesamt	191	49,99	11,31

Ein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen konnte im T-Test für unabhängige Stichproben nicht ermittelt werden.

Die Geschlechtstrollentypen unterscheiden sich auch hier dahingehend, dass der Summenscore des Kohärenzsinn der androgyn und maskulin Orientierten signifikant über dem der Femininen und Undifferenzierten liegt, wobei die Androgynen über den Maskulinen und die Undifferenzierten über den Femininen liegen. Mit Hilfe der einfaktoriellen ANOVA ist der Zusammenhang in folgender Tabelle veranschaulicht.

Tabelle 19: Mittelwertvergleich von Kohärenzsinn, nach Geschlechtsrollenorientierung zum Zeitpunkt der Erstbefragung differenziert (einfaktorielle ANOVA)

	(I) Geschlechtsrollen- orientierung	(J) Geschlechtsrollen- orientierung	Mittlere Differenz (I-J)	Standard- fehler	Signifi- kanz
Kohärenz- sinnEB	androgyn	maskulin	3,32622	2,24000	,835
		<b>feminin</b>	<b>10,67176(*)</b>	<b>1,83305</b>	<b>,000</b>
		<b>undifferenziert</b>	<b>8,73052(*)</b>	<b>2,26584</b>	<b>,001</b>
	maskulin	androgyn	-3,32622	2,24000	,835
		<b>feminin</b>	<b>7,34554(*)</b>	<b>2,30820</b>	<b>,010</b>
		undifferenziert	5,40430	2,66491	,264
	feminin	<b>androgyn</b>	<b>-10,67176(*)</b>	<b>1,83305</b>	<b>,000</b>
		<b>maskulin</b>	<b>-7,34554(*)</b>	<b>2,30820</b>	<b>,010</b>
		undifferenziert	-1,94124	2,33328	1,000
	undifferenziert	<b>androgyn</b>	<b>-8,73052(*)</b>	<b>2,26584</b>	<b>,001</b>
		maskulin	-5,40430	2,66491	,264
		feminin	1,94124	2,33328	1,000

\* Die mittlere Differenz ist auf der Stufe 0.05 signifikant.

Dimensional ausgewertet, findet sich eine entsprechende signifikante Korrelation zwischen Maskulinität und Kohärenzsinn.

Tabelle 20: Korrelation Kohärenzsinn und Maskulinitäts- sowie Femininitätsgrad bei Erstbefragung

		Maskulinitätsgrad EB	Femininitätsgrad EB
Kohärenzsinn EB	Korrelation nach Pearson	,512(**)	,065
	Signifikanz (2-seitig)	<b>,000</b>	,368
	N	191	191

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

### 4.3.3. Anomie

Als Ausdruck von Entfremdung, sozialem Misstrauen und Normunsicherheit bzw. -verlust gibt der Anomie-Index (nach Fischer und Kohr 1981) die Wahrnehmung sozialer Ordnung wieder. Aufgrund einer zweifelhaften Codierung von Fischer und Kohr ist eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse dieser Studie mit den Werten der Bevölkerungstichprobe wenig aussagekräftig. Fischer und Kohr codierten symptomatische Antworten mit 2, nichtsymptomatische mit 0 und fehlende Antworten mit 1. In unserem Fragebogen wurde jede symptomatische Antwort mit 1 codiert, jede nichtsymptomatische mit 0, die

Maximalpunktzahl beträgt 12. Unten stehende Tabelle gibt eine Übersicht über die entsprechenden Mittelwerte.

Tabelle 21: Mittelwerte Anomie-Gesamtscore bei Erstbefragung, nach Geschlecht und Geschlechtsrollenorientierung differenziert

	N	MW	SD
männlich	92	4,78	3,58
weiblich	100	6,16	3,49
androgyn EB	70	4,74	3,55
maskulin EB	31	4,48	3,56
feminin EB	59	6,75	3,07
undifferenziert EB	31	6,03	3,93
insgesamt	191	5,5000	3,59173

Männer weisen signifikant niedrigere Anomie-Werte als Frauen auf (T-Test für unabhängige Stichproben: MW und SD s. Tabelle 20;  $t = -2,698$ ; Freiheitsgrade 190,  $p = 0,008$ ).

Auch innerhalb der Geschlechtstypen unterscheiden sich die Anomie-Werte signifikant.

Tabelle 22: Mittelwertvergleich Anomie, differenziert nach Geschlechtsrollenorientierung zum Zeitpunkt der Erstbefragung (einfaktorielle ANOVA)

	(I) Geschlechtsrollen- orientierung	(J) Geschlechtsrollen- orientierung	Mittlere Differenz (I-J)	Standard- fehler	Signifi- kanz
Anomie EB	androgyn	maskulin	,25899	,75022	1,000
		<b>feminin</b>	<b>-2,00291(*)</b>	<b>,61458</b>	<b>,008</b>
		undifferenziert	-1,28940	,75022	,524
	maskulin	androgyn	-,25899	,75022	1,000
		<b>feminin</b>	<b>-2,26189(*)</b>	<b>,77138</b>	<b>,023</b>
		undifferenziert	-1,54839	,88326	,487
	feminin	<b>androgyn</b>	<b>2,00291(*)</b>	<b>,61458</b>	<b>,008</b>
		<b>maskulin</b>	<b>2,26189(*)</b>	<b>,77138</b>	<b>,023</b>
		undifferenziert	,71350	,77138	1,000
	undifferenziert	androgyn	1,28940	,75022	,524
		maskulin	1,54839	,88326	,487
		feminin	-,71350	,77138	1,000

\* Die mittlere Differenz ist auf der Stufe .05 signifikant.

Die einfaktorielle ANOVA zeigt, dass die feminin Orientierten signifikant höhere Anomie-Werte als die Androgynen, und vor allem als die Maskulinen besitzen.

Bei dimensionaler Betrachtungsweise zeigt sich, dass eine signifikante, negative Korrelation zwischen Anomie und Maskulinität besteht, was bedeutet, dass die Maskulinitätswerte mit steigenden Anomiewerten sinken.

Tabelle 23: Korrelation Anomie-Gesamtscore Maskulinität und Femininität zum Zeitpunkt der Erstbefragung

		Maskulinitätsgrad EB	Femininitätsgrad EB
Anomie-Index EB	Korrelation nach Pearson	-,246(**)	,044
	Signifikanz (2-seitig)	,001	,547
	N	191	191

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

#### 4.3.4. Subjektive Lebensqualität

In Bezug auf die Lebensqualität wird im Folgenden nur die globale Selbst- und Lebenszufriedenheit berücksichtigt. Die Zufriedenheit wurde auf einer Skala von 1 = völlig unzufrieden bis 10 = völlig zufrieden ermittelt. Der Mittelwert der Selbstzufriedenheit der Erstbefragung der gesamten Stichprobe liegt bei 3,39 (N=186; SD 1,63), der der Zufriedenheit mit dem eigenen Leben bei 3,42 (N=186; SD 1,69). Folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Mittelwerte der Männer, Frauen und der Geschlechtsrollentypen.

Tabelle 24: Mittelwerte von Patientenselbst- und Lebenszufriedenheit im letzten Monat vor Erstbefragung, nach Geschlecht und Geschlechtsrollenorientierung bei Erstbefragung differenziert

		Selbstzufriedenheit EB	Lebenszufriedenheit EB
insgesamt	Mittelwert	3,3925	3,4247
	N	186	186
	SD	1,62805	1,59974
männlich	Mittelwert	3,8222	3,8222
	N	90	90
	SD	1,59055	1,57635
weiblich	Mittelwert	2,9896	3,0521
	N	96	96
	SD	1,56605	1,53808
androgyn EB	Mittelwert	4,0435	3,8406
	N	69	69
	SD	1,67538	1,75418
maskulin EB	Mittelwert	3,8333	4,0333
	N	30	30
	SD	1,53316	1,54213
feminin EB	Mittelwert	2,5614	2,6667
	N	57	57
	SD	1,28198	1,21499
undifferenziert EB	Mittelwert	3,0000	3,2414
	N	29	29
	SD	1,46385	1,37983

Der Einfluss des Geschlechts auf die Selbst- und Lebenszufriedenheit ergab mittels T-Test, dass die Selbstzufriedenheit der Männer signifikant höher (MW 3,82; SD 1,59) als die der Frauen ist (MW 2,99; SD 1,57):  $T=3,596$ , Freiheitsgrade 184,  $p<0,001$ . Genauso verhält es sich in punkto Lebenszufriedenheit (Männer: MW 3,82; SD 1,58 vs. Frauen: MW 3,05; SD 1,54;  $T=3,372$ , Freiheitsgrade 184,  $p=0,001$ ).

Beleuchtet man den Zusammenhang zwischen Geschlechtsrollenorientierung und Lebensqualität mit Hilfe der einfaktoriellen ANOVA, so soll, der Levene-Statistik nach, die Variable Selbstzufriedenheit nach Bonferoni gelesen werden, die Variable Lebenszufriedenheit nach Tamhane. Nachfolgende Tabellen zeigt die paarweisen, qualitativen Unterschiede zwischen den jeweiligen Geschlechtsrollentypen bezüglich Selbst- und Lebenszufriedenheit im Einzelnen.

Tabelle 25: Mittelwertvergleich von Selbstzufriedenheit, nach Geschlechtsrollenorientierung zum Zeitpunkt der Erstbefragung differenziert (einfaktorielle ANOVA, Bonferoni)

	(I) Geschlechtsrollen- orientierung	(J) Geschlechtsrollen- orientierung	Mittlere Differenz (I-J)	Standard- fehler	Signifi- kanz
Selbst- zufrieden- heit EB	androgyn	maskulin	,21014	,32957	1,000
		<b>feminin</b>	<b>1,48207(*)</b>	<b>,26974</b>	<b>,000</b>
		<b>undifferenziert</b>	<b>1,04348(*)</b>	<b>,33351</b>	<b>,012</b>
	maskulin	androgyn	-,21014	,32957	1,000
		<b>feminin</b>	<b>1,27193(*)</b>	<b>,33992</b>	<b>,001</b>
		undifferenziert	,83333	,39245	,210
	feminin	<b>androgyn</b>	<b>-1,48207(*)</b>	<b>,26974</b>	<b>,000</b>
		<b>maskulin</b>	<b>-1,27193(*)</b>	<b>,33992</b>	<b>,001</b>
		undifferenziert	-,43860	,34374	1,000
	undifferenziert	<b>androgyn</b>	<b>-1,04348(*)</b>	<b>,33351</b>	<b>,012</b>
		maskulin	-,83333	,39245	,210
		feminin	,43860	,34374	1,000

\* Die mittlere Differenz ist auf der Stufe 0.05 signifikant.

Tabelle 26: Mittelwertvergleich von Lebenszufriedenheit, nach Geschlechtsrollenorientierung zum Zeitpunkt der Erstbefragung differenziert (einfaktorielle ANOVA, Tamhane)

	(I) Geschlechtsrollen- orientierung	(J) Geschlechtsrollen- orientierung	Mittlere Differenz (I-J)	Standard- fehler	Signifi- kanz
Lebens- zufrieden- heit EB	androgyn	maskulin	-,19275	,35195	,995
		<b>1,17391(*)</b>	<b>,26551</b>	<b>,000</b>	
		undifferenziert	,59920	,33204	,376
	maskulin	androgyn	,19275	,35195	,995
		<b>feminin</b>	<b>1,36667(*)</b>	<b>,32430</b>	<b>,001</b>
		undifferenziert	,79195	,38069	,227
	feminin	<b>androgyn</b>	<b>-1,17391(*)</b>	<b>,26551</b>	<b>,000</b>
		<b>maskulin</b>	<b>-1,36667(*)</b>	<b>,32430</b>	<b>,001</b>
		undifferenziert	-,57471	,30257	,324
	undifferenziert	androgyn	-,59920	,33204	,376
		maskulin	-,79195	,38069	,227
		feminin	,57471	,30257	,324

\* Die mittlere Differenz ist auf der Stufe 0.05 signifikant.

Es zeigt sich, dass androgyn und maskulin orientierte Geschlechtsrollentypen signifikant höhere Selbstzufriedenheitswerte aufweisen als feminin und undifferenziert Orientierte. Androgyn und maskulin Orientierte sind auch mit ihrem Leben signifikant zufriedener als feminine Geschlechtsrollentypen.

Zwischen Maskulinitäts- und Femininitätsscore und der subjektiven Zufriedenheit bestehen die in folgender Tabelle aufgeführten Zusammenhänge. Signifikante Korrelationen sind fett gedruckt.

Tabelle 27: Korrelation von Selbst- und Lebenszufriedenheit im letzten Monat und Maskulinitäts- und Femininitätsscore zum Zeitpunkt der Erstbefragung

		Selbstzufrieden- heit EB	Lebenszufrieden- heit EB
Maskulinitäts- grad EB	Korrelation nach Pearson	,367(**)	,345(**)
	Signifikanz (2-seitig)	<b>,000</b>	<b>,000</b>
	N	185	185
Femininitäts- grad EB	Korrelation nach Pearson	-,017	-,079
	Signifikanz (2-seitig)	,819	,288
	N	185	185

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Danach korreliert ein hoher Maskulinitätsgrad signifikant positiv mit Selbst- und Lebenszufriedenheit. Zwischen Femininitätsgrad und Selbst- und Lebenszufriedenheit ergeben sich keine signifikanten Korrelationen.

#### 4.4. Zusammenfassung der Ergebnisse der Erstbefragung bezüglich Maskulinitäts- und Femininitätsgrad

Zusammenfassend soll mit der nachfolgenden Tabelle noch einmal ein Überblick über die Korrelationen zwischen Maskulinitäts- und Femininitätsgrad und den Variablen Stressverarbeitung, Anomie, Kohärenzsinn und Lebensqualität gegeben werden.

Tabelle 30 : Korrelation Stressverarbeitung, Anomie, Kohärenzsinn und Lebensqualität und Maskulinitäts- sowie Femininitätsscore zum Zeitpunkt der Erstbefragung

		Maskulinitäts- score EB	Femininitäts- score EB
Positivstrategien EB	Korrelation	,357(**)	,204(**)
	Signifikanz (2-seitig)	<b>,000</b>	<b>,005</b>
	N	192	192
Negativstrategien EB	Korrelation	-,533(**)	,078
	Signifikanz (2-seitig)	<b>,000</b>	,281
	N	192	192
Anomie-Index EB	Korrelation	-,246(**)	,044
	Signifikanz (2-seitig)	<b>,001</b>	,547
	N	191	191
Kohärenzsinn EB	Korrelation	,512(**)	,065
	Signifikanz (2-seitig)	<b>,000</b>	,368
	N	191	191
Selbstzufriedenheit EB	Korrelation	,367(**)	-,017
	Signifikanz (2-seitig)	<b>,000</b>	,819
	N	185	185
Lebenszufriedenheit EB	Korrelation	,345(**)	-,079
	Signifikanz (2-seitig)	<b>,000</b>	,288
	N	185	185

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Ein hoher Maskulinitätsgrad geht einher mit stärker ausgeprägten Ressourcen. So korreliert ein hoher Maskulinitätsgrad signifikant positiv mit günstigen Stressverarbeitungsstrategien, einem höheren Kohärenzsinn sowie mit höherer Selbst- und Lebenszufriedenheit, während er mit Negativstrategien und Anomie signifikant negativ korreliert. Ein hoher Femininitätsgrad ist lediglich mit positiven Stressverarbeitungsstrategien assoziiert, des Weiteren ergeben sich keine hier signifikanten Korrelationen. Es kann also gefolgert werden, dass ein hoher Maskulinitätsgrad signifikant mit besseren psychosozialen Ressourcen einhergeht als ein hoher Femininitätsgrad.

## 5. Ergebnisse der Nachbefragung

Konnten auf der Entgiftungsstation der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München noch 193 Patienten befragt werden (Männer 92 (47,7%) und Frauen 101 (52,3%)), so erreichten uns ein halbes Jahr nach der Entlassung auf postalem Weg noch 81 (37 (45,7%) von männlichen und 44 (54,3%) von weiblichen Patienten) ausgefüllte Fragebögen, die Rücklaufquote lag damit bei 41,45%.

### 5.1. Alkoholbezogene Ereignisse und Lebensereignisse sechs Monate nach der Entgiftung

#### 5.1.1. Inanspruchnahme einer ambulanten Therapie im Anschluss an die stationäre

Die Inanspruchnahme einer ambulanten Therapie im Anschluss an die stationäre war insgesamt ausgewogen (ja: 40 Patienten bzw. 50%, nein: 40 Patienten bzw. 50%). Während die einzelnen Geschlechtsrollentypen ähnlich häufig eine ambulante Therapie in Anspruch nahmen, zeigte sich zwischen Männern und Frauen ein entgegengesetztes Verhältnis, wie unten stehende Häufigkeitstabelle veranschaulicht: Frauen nehmen signifikant häufiger eine ambulante Anschlusstherapie in Anspruch als Männer ( $\chi^2=4,07$ , Freiheitsgrade 1,  $p=0,044$ ).

Tabelle 31: Inanspruchnahme einer ambulanten Therapie im Anschluss an die stationäre, nach Geschlecht und Geschlechtsrollenorientierung differenziert

	männlich		weiblich		androgyn NB		maskulin NB		feminin NB		undifferenziert NB	
	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%
nein	23	62,2%	17	39,5%	22	53,7%	6	50,0%	7	41,2%	4	44,4%
ja	14	37,8%	26	60,5%	19	46,3%	6	50,0%	10	58,8%	5	55,6%
gesamt	37	100,0%	43	100,0%	41	100,0%	12	100,0%	17	100,0%	9	100,0%

Kein signifikanter Zusammenhang ergibt sich dagegen zwischen Geschlechtsrollenorientierung und ambulanter Anschlusstherapie ( $\chi^2=0,848$ , Freiheitsgrade 3,  $p=0,838$ ).

#### 5.1.2. Erneute stationäre Entgiftung

69 Patienten (87,3%) beantworteten die Frage, ob sie in den vergangenen sechs Monaten eine erneute stationäre Entgiftung durchgeführt hätten, mit „nein“, zehn Patienten (12,7%) hingegen mit „ja“. Eine Differenzierung nach Geschlecht bezüglich einer erneuten Entgiftung zeigt folgende Tabelle.



Tabelle 32: Erneute stationäre Entgiftung, nach Geschlecht differenziert

	männlich		weiblich	
	Anz.	%	Anz.	%
nein	34	91,9%	35	83,3%
ja	3	8,1%	7	16,7%
gesamt	37	100,0%	42	100,0%

Es haben zwar deutlich mehr Frauen als Männer eine erneute stationäre Therapie in Anspruch genommen, dieser Unterschied erweist sich jedoch im  $\chi^2$ -Test als nicht signifikant ( $\chi^2=1,30$ , Freiheitsgrade 1,  $p=0,254$ ). Wegen der geringen Fallzahl (Subgruppen unter 5) ist eine Differenzierung nach Geschlechtsrollenorientierung an dieser Stelle nicht sinnvoll.

### 5.1.3. Selbsthilfegruppe Anonyme Alkoholiker

Die Frage nach der Teilnahme der Patienten an einer Selbsthilfegruppe, beispielsweise den Anonymen Alkoholikern, bejahten insgesamt 44 Patienten (56,4%), 34 Patienten (43,6%) verneinten. Eine Übersicht, differenziert nach Geschlecht und Geschlechtsrollenorientierung, gibt Tabelle 33.

Tabelle 33: Teilnahme an Selbsthilfegruppe wie Anonyme Alkoholiker (AA) nach Geschlecht und Geschlechtsrollenorientierung

	männlich		weiblich		androgyn NB		maskulin NB		feminin NB		undifferenziert NB	
	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%
nein	20	57,1%	14	32,6%	18	43,9%	8	72,7%	5	29,4%	3	37,5%
ja	15	42,9%	29	67,4%	23	56,1%	3	27,3%	12	70,6%	5	62,5%
gesamt	35	100,0%	43	100,0%	41	100,0%	11	100,0%	17	100,0%	8	100,0%

Frauen nutzen auch diese Form von Hilfe signifikant häufiger als Männer ( $\chi^2=4,74$ , Freiheitsgrade 1,  $p=0,029$ ).

Während zwei Drittel der maskulin Orientierten nicht an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen haben, schlossen sich über die Hälfte der androgyn, der feminin und der undifferenziert orientierten Patienten einer solchen an. Es besteht insgesamt kein signifikanter Zusammenhang zwischen einer Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe und der Geschlechtsrollenorientierung ( $\chi^2=5,29$ , Freiheitsgrade 3,  $p=0,152$ ).

#### 5.1.4. Lebensereignisse

Hier wurde nach 17 möglichen Lebensereignissen aus dem letzten halben Jahr vor der Nachbefragung gefragt. Der „berufliche Aufstieg“ trat mit 15,0 Prozent, neben einer „Trennung“ oder „Scheidung“ sowie einer „neuen Partnerschaft“, am häufigsten ein (Tabelle 34).

Tabelle 34: Lebensereignisse zum Zeitpunkt der Nachbefragung

LEBENSEREIGNISSE	nein		ja	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Tod eines Angehörigen	74	91,4%	7	8,6%
schwere Erkrankung eines Angehörigen	73	90,1%	8	9,9%
Tod des (Ehe-) Partners	81	100,0%	-	-
schwere Erkrankung des (Ehe-) Partners	79	100,0%	-	-
eigener Unfall	75	92,6%	6	7,4%
eigene schwere Erkrankung	72	88,9%	9	11,1%
Suizidversuch	80	98,8%	1	1,2%
Trennung / Scheidung	70	86,4%	11	13,6%
neue Partnerschaft	70	86,4%	11	13,6%
Berufsausbildung abgebrochen	78	97,5%	2	2,5%
Arbeitsplatzwechsel	71	87,7%	10	12,3%
Verlust des Arbeitsplatzes	71	87,7%	10	12,3%
neue Arbeitsstelle nach Arbeitslosigkeit	72	90,0%	8	10,0%
beruflicher Aufstieg	68	85,0%	12	15,0%
beruflicher Abstieg	71	89,9%	8	10,1%
Wohnungswechsel	73	92,4%	6	7,6%
sonstige Angaben	73	90,1%	8	9,9%

### 5.1.5. Abstinenz

63,3% der nachbefragten Patienten (n=50) gaben an, im letzten halben Jahr abstinent geblieben zu sein, 36,7% (n=29) gelang das nicht.

In unserer Stichprobe zeigt sich, dass die Häufigkeit von Abstinenten und Nichtabstinenten bei Männern und Frauen annähernd gleich verteilt ist ( $\chi^2=0,135$ , Freiheitsgrade 1,  $p=0,713$ ).

Tabelle 35: Abstinenz, nach Geschlecht differenziert

	im letzten halben Jahr abstinent NB			
	nein		ja	
	Anzahl	%	Anzahl	%
männlich	14	48,3%	22	44,0%
weiblich	15	51,7%	28	56,0%

Differenziert man weiter nach Geschlechtsrollenorientierung, fällt auf, dass es besonders viele Abstinenten unter den Androgynen gibt, besonders wenige unter den Femininen und vor allem Maskulinen (Tabelle 36).

Tabelle 36: Abstinenz, nach Geschlechtsrollenorientierung differenziert

	im letzten halben Jahr abstinent NB			
	nein		ja	
	Anzahl	%	Anzahl	%
androgyn NB	9	31,0%	30	61,2%
maskulin NB	8	27,6%	4	8,2%
feminin NB	9	31,0%	8	16,3%
undifferenziert NB	3	10,3%	7	14,3%

Überprüft man die Beziehung von Abstinenz und Geschlechtsrollenorientierung, so kommt man zu dem Ergebnis, dass zwischen diesen Variablen ein signifikanter Zusammenhang besteht ( $\chi^2=9,82$ , Freiheitsgrade 3,  $p=0,020$ ). Bei weiterer Untersuchung ergibt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Androgynität und Abstinenz ( $\chi^2=6,64$ , Freiheitsgrade 1,  $p=0,010$ ) sowie zwischen Maskulinität und Abstinenz ( $\chi^2=5,28$ , Freiheitsgrade 1,  $p=0,022$ ). Das bedeutet, dass androgyn Orientierte signifikant häufiger und maskulin Orientierte signifikant seltener abstinent sind.

## 6. Vergleich von Erst- und Nachbefragung

Die Patienten, die an Erst- und Nachbefragung teilgenommen haben, sollen nun auf Stabilität und Veränderung ihrer Geschlechtsrollenorientierung sowie weiterer psychosozialer Ressourcen im Verlauf des vergangenen halben Jahres untersucht werden. Zusätzlich soll überprüft werden, welche Rolle die Ausprägung der Ressourcen zum Zeitpunkt der Erstbefragung, im Sinne eines Prädiktors, auf eine spätere Therapiewahl hat. Umgekehrt soll anschließend der Einfluss zwischenzeitlich durchgeführter Therapien auf die Ausprägung der Ressourcen bei der Nachbefragung untersucht werden.

### 6.1. Geschlechtsrollenorientierung bei Erst- und Nachbefragung

Insgesamt liegen Veränderungen der Geschlechtsrollenorientierung im Vergleich von Erst- und Nachbefragung vor, wie folgende Übersicht zeigt.

Tabelle 37: Häufigkeiten der Geschlechtsrollentypen insgesamt bei Erst- und Nachbefragung

	GRO bei <b>EB</b> insgesamt		GRO bei <b>NB</b> insgesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%
androgyn	71	37,0%	41	51,3%
maskulin	31	16,1%	12	15,0%
feminin	59	30,7%	17	21,3%
undifferenziert	31	16,1%	10	12,5%
Gesamt	192	100,0%	80	100,0%

Um Differenzwerte der prozentualen Veränderung der Geschlechtsrollenverteilung berechnen zu können, können lediglich die 81 Patienten verglichen werden, die an Erst- und Nachbefragung teilgenommen haben. Folgende Tabelle zeigt die Verteilung der Geschlechtsrollentypen dieser 81 Patienten.

Tabelle 38: Häufigkeiten der Geschlechtsrollentypen der 81 Patienten, die an Erst- und Nachbefragung teilgenommen haben

	GRO bei <b>EB</b> Rücklauf		GRO bei <b>NB</b> Rücklauf	
	Anzahl	%	Anzahl	%
androgyn	34	42,0%	41	51,3%
maskulin	14	17,3%	12	15,0%
feminin	22	27,2%	17	21,3%
undifferenziert	11	13,6%	10	12,5%
Gesamt	81	100,0%	80	100,0%

Es zeigt sich insgesamt ein Zuwachs der androgynen und eine Reduktion der femininen, der maskulinen und der undifferenzierten Geschlechtsrollenorientierung im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung. Die Rangfolge bleibt aber in Erst- und Nachbefragung gleich. Folgende Tabelle stellt die Differenzwerte der prozentualen Veränderung der Geschlechtsrollentypen dar.

Tabelle 39: Differenzwerte der Prozentpunkte von Geschlechtsrollentypen der 81 Patienten, die an Erst- und Nachbefragung teilgenommen haben

	Differenzwerte der Prozentpunkte GRO in <b>EB und NB</b>
	%
androgyn	20,6%
maskulin	-14,3%
feminin	-22,7%
undifferenziert	-9,1%

Vergleicht man die Variablen Geschlechtsrollenorientierung EB und Geschlechtsrollenorientierung NB, so liefert der nichtparametrische Test für verbundene Stichproben folgenden, nicht signifikanten Unterschied (Friedman-Test):  $\chi^2=1,69$ ,  $n=80$ , Freiheitsgrade 1,  $p=0,194$ . Unter Männern und Frauen ist die androgyn Geschlechtsrollenorientierung zu beiden Messzeitpunkten die am häufigsten angegebene, jedoch mit Ausnahme der Subgruppe der weiblichen Befragten bei Erstbefragung – dort machen die femininen Patientinnen den größten Anteil aus. Der prozentuale Anteil der androgyn orientierten Geschlechtsrollentypen vergrößerte sich nach sechs Monaten sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen. Bei den Männern ist die feminine Geschlechtsrollenorientierung in der Nachbefragung auffällig selten vorhanden (Tabelle 40).

Tabelle 40: Geschlechtsrollenorientierung bei Erst- und Nachbefragung, nach Geschlecht differenziert

GRO	Männer				Frauen			
	EB		NB		EB		NB	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
insgesamt								
androgyn	38	41,3%	22	61,1%	33	33,0%	19	43,2%
maskulin	21	22,8%	7	19,4%	10	10,0%	5	11,4%
feminin	17	18,5%	2	5,6%	42	42,0%	15	34,1%
undifferenziert	16	17,4%	5	13,9%	15	15,0%	5	11,4%
Gesamt	92	100%	36	100,0%	100	100%	44	100,0%

Um prozentuale Anteile vergleichen zu können, sollen ausschließlich die 81 Patienten auf Veränderungen der Geschlechtsrollenorientierung untersucht werden, die an Erst- und Nachbefragung teilgenommen haben. Folgende Tabelle zeigt die einzelnen Prozentwerte.

Tabelle 41: Geschlechtsrollentypen der 81 Patienten, die an Erst- und Nachbefragung teilgenommen haben, nach Geschlecht differenziert

GRO Rücklauf	Männer				Frauen			
	EB		NB		EB		NB	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
androgyn	18	48,6%	22	61,1%	16	36,4%	19	43,2%
maskulin	9	24,3%	7	19,4%	5	11,4%	5	11,4%
feminin	6	16,2%	2	5,6%	16	36,4%	15	34,1%
undifferenziert	4	10,8%	5	13,9%	7	15,9%	5	11,4%
Gesamt	37	100%	36	100,0%	44	100%	44	100,0%

Unter den androgyn Orientierten ist im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung bei beiden Geschlechtern ein Anstieg zu erkennen, bei den Männern steigt zudem der Anteil der Undifferenzierten. Alle anderen Geschlechtsrollentypen reduzieren sich bei beiden Geschlechtern anteilmäßig in diesem Zeitraum. Aufgrund der geringen Fallzahl in den Subgruppen muss dieses Ergebnis jedoch kritisch bewertet werden. Folgende Tabelle stellt dennoch die Differenzwerte der Prozentpunkte der Geschlechtsrollentypen von Männern und Frauen dar.

Tabelle 42: Differenzwerte der Prozente von Geschlechtsrollentypen der 81 Patienten, die an Erst- und Nachbefragung teilgenommen haben, nach Geschlecht differenziert

	Differenzwerte der Prozentpunkte GRO in EB und NB Rücklauf	Differenzwerte der Prozentpunkte GRO in EB und NB Rücklauf
	Männer %	Frauen %
androgyn	22,2%	18,8%
maskulin	-22,2%	0,0%
feminin	-66,6%	- 6,3%
undifferenziert	25,0%	- 28,6%

Wie bei der Erstbefragung zeigt sich auch bei der Nachbefragung ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Geschlechtsrollenorientierung NB und Geschlecht ( $\chi^2=9,79$ ,  $n=80$ , Freiheitsgrade 3,  $p=0,020$ ).

## 6.2. Mittelwertvergleiche von Stressverarbeitung, Kohärenzsinn, Anomie und Lebensqualität

### 6.2.1. Veränderung der Stressverarbeitung von Erst- zu Nachbefragung

#### Stressverarbeitungsstrategien insgesamt

Der Mittelwert des Positivstrategiewerts der gesamten Stichprobe beträgt zum Zeitpunkt der Nachbefragung 51,99 (n=81, SD 9,72) und ist damit im Vergleich zur Erstbefragung (MW 50,02, n=193, SD 10,79) leicht gestiegen. Der Negativstrategiewert beträgt insgesamt 53,56 (n=81, SD 9,72), – er ist im Vergleich zu Erstbefragung (MW 54,79, n=193, SD 11,35) leicht gesunken. Beide Stressverarbeitungsstrategien weisen damit im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung eine Verbesserung auf. Zu beiden Messzeitpunkten ist der Negativstrategiewert höher als der Positivstrategiewert. Der Normbereich der Bevölkerungsstichprobe liegt bei 40 bis 60, der MW beträgt 50. Vergleicht man nun Positiv- und Negativstrategien jeweils beider Stichproben mittels T-Test bei gepaarten Stichproben, so ergibt sich folgende Tabelle.

Tabelle 43: Mittelwertvergleich der Positiv- und Negativstrategien aus Erst- und Nachbefragung (T-Test bei gepaarten Stichproben, der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz)

(NB minus EB)	MW	SD	N	T	df	p
svf-pos NB - svf-pos EB	2,29630	9,15074	81	2,258	80	<b>0,027</b>
svf-neg NB - svf-neg EB	-,13580	10,36189	81	-,118	80	0,906

Danach unterscheiden sich Positivstrategien in Erst- und Nachbefragung insgesamt signifikant, wobei das positive Vorzeichen des Mittelwerts einen Anstieg des Positivstrategiewerts im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung bedeutet. Die Negativstrategiewerte unterscheiden sich im Vergleich beider Messzeitpunkte nicht signifikant.

#### Stressverarbeitungsstrategien, nach Geschlecht differenziert

Männer und Frauen unterschieden sich in der Nachbefragung bezüglich Positiv- und Negativstrategien nicht signifikant voneinander, wie folgende Tabelle zeigt:

Tabelle 44: Mittelwertvergleich von Positiv- und Negativstrategien bei Nachbefragung, differenziert nach Geschlecht

	Geschlecht	N	MW	SD	T	df	p
Positivstrategien NB	männlich	37	51,0811	9,30465	-,768	79	n.s. 0,445
	weiblich	44	52,7500	10,09749			
Negativstrategien NB	männlich	37	52,2432	11,34413	-1,116	79	n.s. 0,268
	weiblich	44	54,6591	8,07506			

Weiter soll untersucht werden, inwieweit jeweils innerhalb eines Geschlechts eine Veränderung der Positiv- und Negativstrategien im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung stattgefunden haben könnte.

Betrachtet man ausschließlich männliche Patienten, so ergibt sich folgender Mittelwertvergleich für Positiv- und Negativstrategien.

Tabelle 45: Mittelwertvergleich Positiv- und Negativstrategien bei Erst- und Nachbefragung, nach Männern differenziert (T-Test bei gepaarten Stichproben, der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz)

<b>Männer</b> (NB minus EB)	MW	SD	N	T	df	p
svf-pos NB - svf-pos EB	-,94595	6,44613	37	-,893	36	0,378
svf-neg NB - svf-neg EB	1,94595	10,95938	37	1,080	36	0,287

Die Mittelwerte der jeweiligen Positiv- und Negativstrategien unterscheiden sich also bei Männern zwischen den Messzeitpunkten nicht signifikant, haben sich also nicht signifikant verändert.

Prüft man ausschließlich Frauen, so liefert der Mittelwertvergleich für gepaarte Stichproben folgendes Ergebnis.

Tabelle 46: Mittelwertvergleich Positiv- und Negativstrategien bei Erst- und Nachbefragung, nach Frauen differenziert (T-Test bei gepaarten Stichproben, der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz)

<b>Frauen</b> (NB minus EB)	MW	SD	N	T	df	p
svf-pos <b>NB</b> - svf-pos <b>EB</b>	5,02273	10,21510	44	3,262	43	<b>0,002</b>
svf-neg NB - svf-neg EB	-1,88636	9,60914	44	-1,302	43	0,200

Hier zeigt sich, dass bei Frauen ein signifikanter Anstieg der Positivstrategien von Erst- zu Nachbefragung besteht.



### Stressverarbeitungsstrategien, nach Geschlechtsrollentypen differenziert

Die Mittelwerte der Stressverarbeitungsstrategien bei Nachbefragung in Abhängigkeit von der Geschlechtsrollenorientierung sind in folgender Tabelle aufgeführt.

Tabelle 47: Mittelwerte der Positiv- und Negativstrategien bei Nachbefragung, nach Geschlechtsrollenorientierung differenziert

		Positiv- strategien NB	Negativ- strategien NB
androgyn NB	Mittelwert	55,3415	51,7073
	N	41	41
	SD	8,66490	9,02564
maskulin NB	Mittelwert	51,5000	48,0833
	N	12	12
	SD	10,10400	11,48484
feminin NB	Mittelwert	47,4118	57,2941
	N	17	17
	SD	8,95167	8,02936
undifferenziert NB	Mittelwert	46,1000	60,7000
	N	10	10
	SD	10,31127	7,63108
Insgesamt NB	Mittelwert	51,9250	53,4750
	N	80	80
	SD	9,76402	9,75131

Untersucht man Positiv- und Negativstrategien bei Nachbefragung mit Hilfe der one-way-ANOVA auf signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtsrollentypen, so ergeben sich folgende Ergebnisse (gelesen nach Bonferroni: Levene-Statistik svf-pos NB 0,766; svf-neg NB 0,581. Tabelle 48 und 49).

Tabelle 48: Mittelwertvergleich der Positivstrategien bei Nachbefragung, nach Geschlechtsrollenorientierung differenziert (einfaktorielle ANOVA)

	(I) GEPAQ Klassifizierung Selbstbild NB	(J) GEPAQ Klassifizierung Selbstbild NB	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz
Positiv- strategien NB	androgyn	maskulin	3,84146	3,00370	1,000
		<b>feminin</b>	<b>7,92970(*)</b>	<b>2,63996</b>	<b>,022</b>
		<b>undifferenziert</b>	<b>9,24146(*)</b>	<b>3,22770</b>	<b>,033</b>
	maskulin	androgyn	-3,84146	3,00370	1,000
		feminin	4,08824	3,45052	1,000
		undifferenziert	5,40000	3,91851	1,000
	feminin	<b>androgyn</b>	<b>-7,92970(*)</b>	<b>2,63996</b>	<b>,022</b>
		maskulin	-4,08824	3,45052	1,000
		undifferenziert	1,31176	3,64719	1,000
	undifferenziert	<b>androgyn</b>	<b>-9,24146(*)</b>	<b>3,22770</b>	<b>,033</b>
		maskulin	-5,40000	3,91851	1,000
		feminin	-1,31176	3,64719	1,000

\* Die mittlere Differenz ist auf der Stufe .05 signifikant.

Tabelle 49: Mittelwertvergleich der Negativstrategien bei Nachbefragung, nach Geschlechtsrollenorientierung differenziert (einfaktorielle ANOVA)

	(I) GEPAQ Klassifizierung Selbstbild NB	(J) GEPAQ Klassifizierung Selbstbild NB	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz
Negativ- strategien NB	androgyn	maskulin	3,62398	2,97996	1,000
		feminin	-5,58680	2,61910	,217
		<b>undifferenziert</b>	<b>-8,99268(*)</b>	<b>3,20220</b>	<b>,038</b>
	maskulin	androgyn	-3,62398	2,97996	1,000
		feminin	-9,21078	3,42325	,053
		<b>undifferenziert</b>	<b>-12,61667(*)</b>	<b>3,88755</b>	<b>,010</b>
	feminin	androgyn	5,58680	2,61910	,217
		maskulin	9,21078	3,42325	,053
		undifferenziert	-3,40588	3,61836	1,000
	undifferenziert	<b>androgyn</b>	<b>8,99268(*)</b>	<b>3,20220</b>	<b>,038</b>
		<b>maskulin</b>	<b>12,61667(*)</b>	<b>3,88755</b>	<b>,010</b>
		feminin	3,40588	3,61836	1,000

\* Die mittlere Differenz ist auf der Stufe 0.05 signifikant.

Es zeigt sich, dass Androgyne in der Nachbefragung signifikant höhere Positivstrategien als Feminine und vor allem Undifferenzierte aufweisen. Umgekehrt haben undifferenziert Orientierte höhere Negativstrategien als androgyne und maskuline Geschlechtsrollentypen.

Weiter soll die Veränderung von Positiv- und Negativstrategien im Vergleich beider Messzeitpunkte in Abhängigkeit der Geschlechtsrollenorientierung bei Nachbefragung untersucht werden. Danach weisen androgyn und maskulin Orientierte bei Erst- sowie Nachbefragung höhere Positiv- als Negativstrategiewerte auf. Bei Femininen und Undifferenzierten verhält es sich umgekehrt. Alle Geschlechtsrollentypen weisen im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung tendenziell einen Anstieg der Positivstrategiewerte sowie einen Rückgang der Negativstrategiewerte auf. Signifikant ist jedoch lediglich die Veränderung bzw. Verbesserung der Negativstrategiewerte bei undifferenziert klassifizierten Patienten zum Zeitpunkt der Nachbefragung (T-Test bei gepaarten Stichproben, nach Undifferenzierten differenziert: MW der Differenz -5,4, SD 5,36, T=-3,19, Freiheitsgrade 9, p=0,011).

### **Stressverarbeitungsstrategien, nach Maskulinitäts- und Femininitätsscore differenziert**

Bei Erstbefragung korrelieren Maskulinitäts- und Femininitätsgrad mit Positiv- und Negativstrategien in gleicher Weise wie Maskulinitäts- und Femininitätsgrad mit Positiv- und Negativstrategien bei Nachbefragung.

Aufschluss über die Mittelwerte von Positiv- und Negativstrategien bezüglich Maskulinitäts- und Femininitätsgrad in Erst- und Nachbefragung gibt folgende Korrelationstabelle. Signifikante Zusammenhänge sind fett gedruckt.

Tabelle 50: Korrelation von Positiv- und Negativstrategien in Erst- und Nachbefragung, nach Maskulinitäts- und Femininitätsgrad der Erst- bzw. Nachbefragung differenziert

		Positivstrategien EB	Negativstrategien EB	Positivstrategien NB	Negativstrategien NB
Summenscore Maskulinitätsskala EB	Korrelation nach Pearson	,357(**)	-,533(**)	,260(*)	-,240(*)
	Signifikanz (2-seitig)	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,019</b>	<b>,031</b>
	N	192	192	81	81
Summenscore Femininitätsskala EB	Korrelation nach Pearson	,204(**)	,078	,332(**)	-,093
	Signifikanz (2-seitig)	<b>,005</b>	,281	<b>,002</b>	,409
	N	192	192	81	81

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Ein hoher Maskulinitätsgrad bei Erstbefragung korreliert danach signifikant positiv mit Positivstrategien und signifikant negativ mit Negativstrategien der Erstbefragung. Weiter hat ein hoher Maskulinitätsgrad bei Erstbefragung einen signifikanten Einfluss im Sinne eines Prädiktors auf die Ausprägung von Positiv- und Negativstrategien bei Nachbefragung. Ein hoher Femininitätsgrad zum Zeitpunkt der Erstbefragung korreliert sowohl bei Erstbefragung signifikant positiv mit Positivstrategien als auch im Sinne eines Prädiktors bei Nachbefragung. Die Prädiktoren Maskulinitäts- und Femininitätsscore der Erstbefragung erweisen sich als aussagekräftig, denn auch zum Zeitpunkt der Nachbefragung korreliert ein hoher Maskulinitätsgrad signifikant positiv mit Positivstrategien und signifikant negativ mit Negativstrategien, ein hoher Femininitätsgrad korreliert signifikant positiv mit Positivstrategien, wie folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 51: Korrelation Positiv- und Negativstrategien bei Nachbefragung, nach Maskulinitäts- und Femininitätsgrad bei Nachbefragung differenziert

		Positivstrategien NB	Negativstrategien NB
Maskulinitätsgrad NB	Korrelation nach Pearson	,337(**)	-,501(**)
	Signifikanz (2-seitig)	<b>,002</b>	<b>,000</b>
	N	80	80
Femininitätsgrad NB	Korrelation nach Pearson	,237(*)	-,033
	Signifikanz (2-seitig)	<b>,034</b>	,774
	N	80	80

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Zu beiden Messzeitpunkten korreliert der Maskulinitätsgrad signifikant positiv mit Positivstrategien und signifikant negativ mit Negativstrategien. Ein hoher Femininitätsgrad korreliert zu beiden Befragungszeitpunkten signifikant positiv mit Positivstrategien der Erst- und Nachbefragung.

## 6.2.2. Veränderung des Kohärenzsinn von Erst- zu Nachbefragung

### Kohärenzsinn insgesamt

Der Kohärenzsinn setzt sich aus den Teilen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit zusammen, die Summe stellt den Gesamtzusammenhang dar.

Es fällt zwar auf, dass insgesamt ein Anstieg des SOC-Gesamtscores im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung zu verzeichnen ist (Kohärenzsinn Erstbefragung MW 49,99, n=192, SD 11,30 vs. Kohärenzsinn Nachbefragung MW 52,68, n=80, SD 11,25), diese Veränderung ist jedoch nicht signifikant (Test für gepaarte Stichproben:  $T=0,311$ , Freiheitsgrade 79,  $p=0,757$ ).

### Kohärenzsinn, nach Geschlecht differenziert

Zur besseren Übersicht seien die Mittelwerte beider Stichproben, nach Geschlecht differenziert, in folgender Tabelle aufgeführt.

Tabelle 52: Mittelwertübersicht des Kohärenzsinn bei Erst- und Nachbefragung, nach Geschlecht differenziert

Geschlecht		Gesamtscore Kohärenzsinn EB	Gesamtscore Kohärenzsinn NB	Normwerte Kohärenzsinn
männlich	Mittelwert	50,4674	53,3378	66,28
	N	92	37	885
	SD	11,74589	11,42734	11,57
weiblich	Mittelwert	49,5500	52,1395	64,31
	N	100	43	1089
	SD	10,92710	11,20923	11,53

Männer und Frauen weisen jeweils einen Anstieg der SOC-Gesamtwerte im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung auf, dieser ist jedoch nicht signifikant (T-Tests für gepaarte Stichproben, nach Geschlecht differenziert). Das bedeutet, dass bei Männern und Frauen keine signifikanten Veränderungen des Kohärenzsinn im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung stattfanden. Die Mittelwerte des Kohärenzsinn liegen zu beiden Messzeitpunkten deutlich unterhalb der Normwerte.

### Kohärenzsinn, nach Geschlechtsrollentypen differenziert

Die Mittelwerte des Kohärenzsinn der einzelnen Geschlechtsrollentypen der Nachbefragung sind in folgender Tabelle aufgeführt.

Tabelle 53: Mittelwerte Gesamtscore Kohärenzsinn, nach Geschlechtsrollenorientierung bei Nachbefragung differenziert

		Gesamtscore Kohärenzsinn NB
androgyn NB	Mittelwert	57,5875
	N	40
	SD	11,12222
maskulin NB	Mittelwert	52,5000
	N	12
	SD	7,42845
feminin NB	Mittelwert	46,8824
	N	17
	SD	9,48606
undifferenziert NB	Mittelwert	42,9000
	N	10
	SD	8,38583
insgesamt NB	Mittelwert	52,6938
	N	80
	SD	11,25467

Vergleicht man die Mittelwerte der SOC-Gesamtscores der Geschlechtsrollengruppen bei Nachbefragung mit Hilfe der one-way-ANOVA miteinander, so ergeben sich folgende signifikante Unterschiede (gelesen nach Bonferroni: Levene-Statistik soc4 Gesamtscore NB  $p=0,244$ ).

Tabelle 54: Mittelwertvergleich Kohärenzsinn bei Nachbefragung, nach Geschlechtsrollenorientierung bei Nachbefragung differenziert (einfaktorielle ANOVA)

	(I) GEPAQ Klassifizierung Selbstbild NB	(J) GEPAQ Klassifizierung Selbstbild NB	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz
Gesamtscore Kohärenzsinn	androgyn	maskulin	5,08750	3,29230	,759
		<b>feminin</b>	<b>10,70515(*)</b>	<b>2,89602</b>	<b>,002</b>
		<b>undifferenziert</b>	<b>14,68750(*)</b>	<b>3,53650</b>	<b>,001</b>
	maskulin	androgyn	-5,08750	3,29230	,759
		feminin	5,61765	3,77140	,843
		undifferenziert	9,60000	4,28292	,168
	feminin	<b>androgyn</b>	<b>-10,70515(*)</b>	<b>2,89602</b>	<b>,002</b>
		maskulin	-5,61765	3,77140	,843
		undifferenziert	3,98235	3,98636	1,000
undifferenziert	<b>androgyn</b>	<b>-14,68750(*)</b>	<b>3,53650</b>	<b>,001</b>	
	maskulin	-9,60000	4,28292	,168	
	feminin	-3,98235	3,98636	1,000	

\* Die mittlere Differenz ist auf der Stufe 0.05 signifikant.

Danach besitzen die androgynen Geschlechtsrollentypen signifikant bessere SOC-Gesamtwerte als die feminin, und vor allem die undifferenziert orientierten.

Im Vergleich beider Messzeitpunkte ist bei androgynen, maskulinen und femininen Geschlechtsrollentypen ein Anstieg der SOC-Gesamtwerte im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung zu beobachten, nicht aber bei Undifferenzierten, bei denen der SOC-Gesamtwert sogar sank. Waren es in der Erstbefragung die geschlechtrollenspezifisch feminin Orientierten, welche die niedrigsten, also schlechtesten Werte bezüglich des SOC-Gesamtscores besaßen, so sind es in der Nachbefragung die Undifferenzierten. Keiner der Geschlechtsrollentypen weist jedoch eine signifikante Veränderung der SOC-Werte im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung auf (T-Test für gepaarte Stichproben nach Geschlechtsrollentypen differenziert, n.s.). Anders als bei der Erstbefragung zeigt sich bei der Nachbefragung demnach auch kein signifikanter Zusammenhang bezüglich Kohärenzsinn innerhalb der Geschlechtsrollentypen bei Nachbefragung ( $\chi^2=126,57$ ; Freiheitsgrade 120,  $p=0,323$ ).

### Kohärenzsinn, nach Maskulinitäts- und Femininitätsscore differenziert

Ein hoher Maskulinitätsgrad korreliert zum Zeitpunkt der Erstbefragung signifikant positiv mit dem SOC-Gesamtscore bei Erstbefragung, und er korreliert, im Sinne eines Prädiktors, signifikant positiv mit dem Kohärenzsinn bei Nachbefragung. Der Femininitätsgrad korreliert zu keinem Messzeitpunkt mit dem Kohärenzsinn. Folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse.

Tabelle 55: Korrelation von Gesamtscore Kohärenzsinn bei Erst- und Nachbefragung und Maskulinitäts- und Femininitätsgrad bei Erstbefragung

		Gesamtscore Kohärenzsinn EB	Gesamtscore Kohärenzsinn NB
Summenscore Maskulinitätsskala EB	Korrelation nach Pearson	,512(**)	,382(**)
	Signifikanz (2-seitig)	<b>,000</b>	<b>,000</b>
	N	191	80
Summenscore Femininitätsskala EB	Korrelation nach Pearson	,065	,112
	Signifikanz (2-seitig)	,368	,324
	N	191	80

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Danach ist ein hoher Maskulinitätsgrad bei Erstbefragung ein aussagekräftiger Prädiktor für die spätere Ausprägung des Kohärenzsinns, denn es besteht auch bei Nachbefragung eine signifikant positive Korrelation zum SOC-Gesamtwert: Ein hoher Maskulinitätsgrad bei Nachbefragung korreliert signifikant positiv mit der Summe des Kohärenzsinns bei Nachbefragung ( $r=0,558$ ,  $n=79$ ,  $p=0,000$ ).

### 6.2.3. Veränderung des Anomie-Indexes von Erst- zu Nachbefragung

#### Anomie insgesamt

Der Anomie-Index der gesamten Stichprobe ist signifikant, im Sinne einer Verbesserung, im Verlauf von Erstbefragung (MW 5,50, n=193, SD 3,59) zu Nachbefragung (MW 4,41, n=81, SD 3,88) gesunken (T-Test bei gepaarten Stichproben: T= -2,501, Freiheitsgrade 79, p=0,14).

#### Anomie, nach Geschlecht differenziert

Bei Differenzierung dieses Tests nach Männern und Frauen zeigten sich jedoch keine signifikanten Veränderungen des Anomie-Wertes im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung (T-Test für gepaarte Stichproben, differenziert nach Geschlecht, n.s.).

Wie schon bei Erstbefragung, weisen Frauen auch in der Nachbefragung weiterhin signifikant höhere Anomiewerte als Männer auf, wie folgende Tabelle veranschaulicht.

Tabelle 56: Mittelwertvergleich Anomie-Index bei Nachbefragung, nach Geschlecht differenziert

	Geschlecht	N	MW	SD	T	df	p
Anomie-Gesamtscore NB	männlich	37	3,0541	3,66626	-3,020	79	<b>0,003</b>
	weiblich	44	5,5455	3,72580			

#### Anomie, nach Geschlechtsrollentypen differenziert untersucht

Auch innerhalb der Geschlechtsrollengruppen kann eine deutliche Reduktion, also Besserung, der Anomie-Werte in der Nachbefragung im Vergleich zur Erstbefragung festgestellt werden. Hinsichtlich Anomie unterschieden sich die Geschlechtsrollentypen der Erstbefragung jedoch weder bei Erstbefragung ( $\chi^2=45,16$ , Freiheitsgrade 36, p=0,141), noch bei Nachbefragung ( $\chi^2=40,81$ , Freiheitsgrade 36, p=0,267) signifikant voneinander. Eine signifikante Veränderung des Anomie-Werts im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung ist innerhalb der jeweiligen Subgruppen nicht feststellbar (T-Test für gepaarte Stichproben, differenziert nach Geschlechtsrollentypen der Nachbefragung, n.s.).

Eine Übersicht über die Mittelwerte des Anomie-Summscores der Geschlechtsrollentypen bei Nachbefragung gibt folgende Tabelle.

Tabelle 28: Mittelwerte Anomie-Index, nach Geschlechtsrollenorientierung bei Nachbefragung

		Anomie- Gesamtscore NB
androgyn NB	Mittelwert	4,7317
	N	41
	SD	4,11719
maskulin NB	Mittelwert	3,5000
	N	12
	SD	3,58025
feminin NB	Mittelwert	4,5882
	N	17
	SD	3,75930
undifferenziert NB	Mittelwert	4,3000
	N	10
	SD	3,74314
insgesamt NB	Mittelwert	4,4625
	N	80
	SD	3,87443

Der Mittelwertvergleich (one-way-ANOVA) der Anomie-Werte der Geschlechtsrollentypen bei Nachbefragung zeigte keine signifikanten Unterschiede innerhalb der Subgruppen.

### **Anomie, nach Maskulinitäts- und Femininitätsscore differenziert**

Signifikante Korrelationen ergeben sich im Vergleich beider Messzeitpunkte bezüglich Maskulinitäts- und Femininitätsscore und Anomie. Folgende Korrelationsmatrix zeigt die Ergebnisse im Einzelnen.

Tabelle 29: Korrelation von Anomie-Gesamtscore bei Erst- und Nachbefragung und Maskulinitäts- und Femininitätsgrad der Erstbefragung

		Anomie- Gesamtscore EB	Anomie- Gesamtscore NB
Summenscore Maskulinitätsskala EB	Korrelation nach Pearson	-,246(**)	-,097
	Signifikanz (2-seitig)	<b>,001</b>	,391
	N	191	81
Summenscore Femininitätsskala EB	Korrelation nach Pearson	,044	,305(**)
	Signifikanz (2-seitig)	,547	<b>,006</b>
	N	191	81

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Ein hoher Maskulinitätsgrad bei Erstbefragung korreliert danach signifikant negativ mit dem Anomie-Index der Erstbefragung. Weiter erweist sich der Maskulinitätsgrad der Erstbefragung bezüglich des Anomie-Summenscores der Nachbefragung als aussagekräftiger Prädiktor für die Nachbefragung – es besteht in beiden Fällen keine signifikante Korrelation. Ein hoher Femininitätsgrad korreliert positiv mit dem Anomie-Index



der Nachbefragung und erweist sich so als ebenso aussagekräftiger Prädiktor für die Ausprägung des Anomie-Scores der Nachbefragung, wie folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 59: Korrelation von Anomie-Gesamtscore bei Nachbefragung und Maskulinitäts- und Femininitätsgrad der Nachbefragung

		Anomie- Gesamtscore NB
Summenscore Maskulinitätsskala NB	Korrelation nach Pearson	-,087
	Signifikanz (2-seitig)	,440
	N	80
Summenscore Femininitätsskala NB	Korrelation nach Pearson	,259(*)
	Signifikanz (2-seitig)	<b>,021</b>
	N	80

\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Während zum Zeitpunkt der Erstbefragung ein hoher Maskulinitätsgrad signifikant negativ mit dem Anomie-Wert korreliert, zeigt sich bei Nachbefragung eine signifikant positive Korrelation zwischen Femininitätsgrad und Anomie-Wert.

#### 6.2.4. Veränderung der Lebensqualität von Erst- zu Nachbefragung

##### Lebensqualität insgesamt

Die allgemeine Selbst- sowie Lebenszufriedenheit im vergangenen Monat, erhoben mit dem LQLP mit einer Antwortskala von 1 (= völlig unzufrieden) bis 7 (= völlig zufrieden), stieg in der Nachbefragung insgesamt an, ergab also günstigere Werte als in der Erstbefragung, wie nachstehende Übersichtstabelle zeigt.

Tabelle 60: Mittelwertvergleich Selbst- und Lebenszufriedenheit von Erst- und Nachbefragung

	MW	N	SD
Selbstzufriedenheit EB	3,3925	186	1,62805
Lebenszufriedenheit EB	3,4247	186	1,59974
Selbstzufriedenheit NB	4,9383	81	1,65337
Lebenszufriedenheit NB	4,9259	81	1,60295

Vergleicht man nun jeweils Selbst- bzw. Lebenszufriedenheit der Erstbefragung mit Selbst- bzw. Lebenszufriedenheit der Nachbefragung sowie Selbst- mit Lebenszufriedenheit innerhalb einer Befragung, so ergibt sich folgende Tabelle.

Tabelle 61: Mittelwertvergleich Selbst- und Lebenszufriedenheit bei Erst- und Nachbefragung insgesamt (T-Test bei gepaarten Stichproben, der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz)

	MW	N	SD	T	df	p
Selbstzufriedenheit NB & Selbstzufriedenheit EB	1,60256	78	2,20000	6,433	77	<b>0,000</b>
Lebenszufriedenheit NB & Lebenszufriedenheit EB	1,50000	78	2,08738	6,347	77	<b>0,000</b>
Selbstzufriedenheit EB & Lebenszufriedenheit EB	-,03226	186	1,02879	-,428	185	n.s. 0,669
Selbstzufriedenheit NB & Lebenszufriedenheit NB	,01235	81	,85869	,129	80	n.s. 0,897

Die Selbstzufriedenheit steigt im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung signifikant an, ebenso die Lebenszufriedenheit. Selbst- und Lebenszufriedenheit unterscheiden sich zu jeweils einem Messzeitpunkt nicht signifikant voneinander.

### Lebensqualität, nach Geschlecht differenziert

Signifikante Zusammenhänge sind zwischen Geschlecht und Lebensqualität nur in der Erstbefragung nachweisbar – in der Nachbefragung hat hier eine Angleichung stattgefunden (Mann-Whitney-Test: Selbstzufriedenheit Erstbefragung:  $Z=-3,525$ ,  $p=0,000$ ; Lebenszufriedenheit Erstbefragung:  $Z=-3,292$ ,  $p=0,001$ ; Selbst- und Lebenszufriedenheit Nachbefragung: n.s.).

Im Vergleich der Geschlechter zeigt sich, dass Männer bei Erstbefragung signifikant zufriedener mit sich selbst und ihrem Leben sind als Frauen. Auch bei Nachbefragung weisen Männer weiterhin eine höhere Selbst- und Lebenszufriedenheit als Frauen auf, unterscheiden sich aber nicht mehr signifikant voneinander (Tabelle 62).

Tabelle 62: Mittelwertvergleich Selbst- und Lebenszufriedenheit bei Erst- und Nachbefragung, nach Geschlecht differenziert

	Geschlecht	MW	N	SD	T	df	p
Selbst- zufriedenheit NB	männlich	5,0000	37	1,58114	,306	79	n.s. 0,760
	weiblich	4,8864	44	1,72823			
Lebens- zufriedenheit NB	männlich	5,0270	37	1,57209	,518	79	n.s. 0,606
	weiblich	4,8409	44	1,64166			

Untersucht man Männer und Frauen auf eine Veränderung der Selbst- und Lebenszufriedenheit im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung, so weisen beide Subgruppen signifikante Veränderungen auf, wie folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 63: Mittelwertvergleich Selbst- und Lebenszufriedenheit im Vergleich von Erst- und Nachbefragung, nach Geschlecht differenziert (T-Test bei gepaarten Stichproben, die angegebenen Mittelwerte sind die Differenzwerte der Mittelwerte)

	Selbst- und Lebenszufriedenheit EB und NB	MW	N	SD	T	df	p
Männer	Selbstzufriedenheit NB - Selbstzufriedenheit EB	1,11111	36	2,33945	2,850	35	<b>0,007</b>
	Lebenszufriedenheit NB - Lebenszufriedenheit EB	1,11111		2,17489	3,065	35	<b>0,004</b>
Frauen	Selbstzufriedenheit NB - Selbstzufriedenheit EB	2,02381	42	2,00594	6,538	41	<b>0,000</b>
	Lebenszufriedenheit NB - Lebenszufriedenheit EB	1,83333		1,97443	6,018	41	<b>0,000</b>

### Lebensqualität, nach Geschlechtsrollenorientierung differenziert

Die Mittelwerte für Selbst- und Lebenszufriedenheit der Nachbefragung, differenziert nach Geschlechtsrollenorientierung, sind der Übersicht halber in folgender Tabelle aufgeführt.

Tabelle 64: Mittelwerte von Selbst- und Lebenszufriedenheit, nach Geschlechtsrollenorientierung bei Nachbefragung differenziert

		Selbstzufriedenheit NB	Lebenszufriedenheit NB
androgyn NB	Mittelwert	5,4390	5,4146
	N	41	41
	SD	1,37929	1,48283
maskulin NB	Mittelwert	5,0000	4,9167
	N	12	12
	SD	1,75810	1,56428
feminin NB	Mittelwert	4,0588	4,2941
	N	17	17
	SD	1,71284	1,53153
undifferenziert NB	Mittelwert	4,2000	3,9000
	N	10	10
	SD	1,87380	1,66333
insgesamt NB	Mittelwert	4,9250	4,9125
	N	80	80
	SD	1,65946	1,60847

Ein Vergleich innerhalb der Gruppen, vorgenommen mittels einfaktorieller ANOVA, ergibt Unterschiede innerhalb der Subgruppen dahingehend, dass diejenigen Patienten, die zum Zeitpunkt der Nachbefragung als androgyn klassifiziert wurden, signifikant zufriedener mit

sich selbst sind als feminin Orientierte (MW-Differenz 1,38, Standardfehler 0,52,  $p=0,020$ ). Auch bezüglich ihres Lebens insgesamt sind die Androgynen signifikant zufriedener als die undifferenziert Orientierten (MW-Differenz 1,51463, Standardfehler 0,54,  $p=0,038$ ).

Allen Geschlechtsrollentypen bei Nachbefragung gemeinsam ist ein Anstieg von Selbst- und Lebenszufriedenheit im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung. Ausgehend von einer Differenzierung der Geschlechtsrollentypen bei Nachbefragung weisen androgyn und feminin Orientierte einen signifikanten Anstieg der Selbst- und Lebenszufriedenheit im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung auf, Undifferenzierte zeigen einen signifikanten Anstieg der Selbstzufriedenheit (Tabelle 65).

Tabelle 65: Mittelwertvergleich Selbst- und Lebenszufriedenheit im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung, differenziert nach Geschlechtsrollentypen der Nachbefragung (T-Test bei gepaarten Stichproben, der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz)

	Selbst- und Lebenszufriedenheit EB und NB	MW	N	SD	T	df	p
androgyn NB	Selbstzufriedenheit NB – Selbstzufriedenheit EB	1,64103	39	2,23002	4,596	38	<b>,000</b>
	Lebenszufriedenheit NB - Lebenszufriedenheit EB	1,51282		2,17488	4,344	38	<b>,000</b>
maskulin NB	Selbstzufriedenheit NB – Selbstzufriedenheit EB	,81818	11	1,88776	1,437	10	,181
	Lebenszufriedenheit NB - Lebenszufriedenheit EB	,63636		2,15744	,978	10	,351
feminin NB	Selbstzufriedenheit NB – Selbstzufriedenheit EB	1,76471	17	2,27842	3,193	16	<b>,006</b>
	Lebenszufriedenheit NB - Lebenszufriedenheit EB	2,11765		1,61564	5,404	16	<b>,000</b>
undifferenziert NB	Selbstzufriedenheit NB – Selbstzufriedenheit EB	1,80000	10	2,39444	2,377	9	<b>,041</b>
	Lebenszufriedenheit NB - Lebenszufriedenheit EB	1,10000		2,23358	1,557	9	,154

### Lebenszufriedenheit, nach Maskulinitäts- und Femininitätsgrad differenziert

Im Folgenden wird der Zusammenhang von Lebensqualität und Geschlechtsrollenorientierung noch einmal dimensional anhand des Maskulinitäts- und Femininitätsgrads dargestellt. Signifikante Zusammenhänge sind in folgender Korrelationsmatrix fett gedruckt.

Tabelle 66: Korrelation von Maskulinitäts- und Femininitätsgrad bei Erstbefragung und Lebensqualität bei Erst- und Nachbefragung

		Selbst- zufriedenheit EB	Lebens- zufriedenheit EB	Selbst- zufriedenheit NB	Lebens- zufriedenheit NB
Maskulinitätsgrad EB	Korrelation nach Pearson	,367(**)	,345(**)	,166	,122
	Signifikanz (2-seitig)	<b>,000</b>	<b>,000</b>	,138	,277
	N	185	185	81	81
Femininitätsgrad EB	Korrelation nach Pearson	-,017	-,079	,117	,085
	Signifikanz (2-seitig)	,819	,288	,299	,448
	N	185	185	81	81

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Ein hoher Maskulinitätsgrad korreliert zum Zeitpunkt der Erstbefragung positiv mit Selbst- und Lebenszufriedenheit, erweist sich jedoch nicht als Prädiktor für Selbst- und Lebenszufriedenheit bei Nachbefragung, da keine signifikante Korrelation zwischen dem Maskulinitätsgrad der Erstbefragung und der Selbst- und Lebenszufriedenheit der Nachbefragung besteht. Der Maskulinitätsgrad der Nachbefragung korreliert nämlich, wie bei Erstbefragung, positiv mit Selbst- und Lebenszufriedenheit, wie folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 67: Korrelation von Maskulinitäts- und Femininitätsgrad bei Nachbefragung und Lebensqualität bei Nachbefragung

		Selbst- zufriedenheit NB	Lebens- zufriedenheit NB
Summenscore Maskulinitätsskala NB	Korrelation nach Pearson	,479(**)	,454(**)
	Signifikanz (2-seitig)	<b>,000</b>	<b>,000</b>
	N	80	80
Summenscore Femininitätsskala NB	Korrelation nach Pearson	,054	,136
	Signifikanz (2-seitig)	,632	,231
	N	80	80

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Ein hoher Maskulinitätsgrad korreliert also zu beiden Messzeitpunkten signifikant positiv mit Selbst- und Lebenszufriedenheit. Zwischen Femininitätsgrad und Selbst- und Lebenszufriedenheit besteht zu keinem Messzeitpunkt eine signifikante Korrelation.

### 6.3. Einfluss der Therapie (-formen) auf Veränderungen der Geschlechtsrollenorientierung, Ressourcen und Lebensqualität

Als Therapieformen konnten angegeben werden:

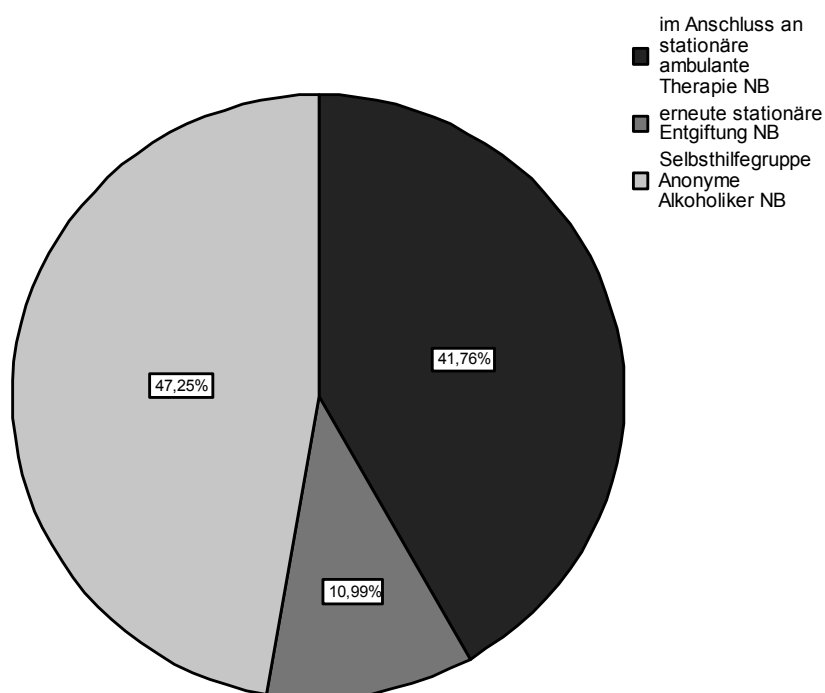
-eine ambulante Anschlusstherapie an die stationäre Entgiftung

-eine erneute stationäre Entgiftung

-sowie die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe wie den Anonymen Alkoholikern.

Die Therapieformen verteilen sich wie in folgendem Kreisdiagramm dargestellt. Mehrfachnennungen waren möglich.

Abbildung 5: Kreisdiagramm: Teilnahme an ambulanter Anschlusstherapie, erneuter stationärer Entgiftung sowie an Selbsthilfegruppe insgesamt (Mehrfachnennungen enthalten)



Weiter soll ein Überblick darüber gegeben werden, für welche Therapieformen sich Männer und Frauen jeweils entschieden haben (auch hier waren Mehrfachnennungen möglich; Tabelle 68).

Tabelle 68: Therapiewahl (ambulante Anschlusstherapie, erneute stationäre Entgiftung und Teilnahme an Selbsthilfegruppe), nach Geschlecht differenziert (Mehrfachnennungen möglich)

Mehrfachnennungen möglich	ja angegeben bei: 94 Nennungen (ja) insgesamt	ambulante Anschluss-therapie		erneute stationäre Entgiftung		Selbsthilfegruppe Anonyme Alkoholiker	
		N	%	N	%	N	%
Geschlecht	Fallzahl 32	14	43,8%	3	9,3%	15	46,9%
männlich	Fallzahl 62	26	41,9%	7	11,3%	29	46,8%
weiblich							

Demnach haben sich insgesamt mehr Frauen als Männer zu Nachfolgetherapien entschlossen (62 Nennungen vs. 32 Nennungen). Beide Geschlechter gaben am häufigsten die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe und am zweithäufigsten eine ambulante Anschlusstherapie an. Die erneute stationäre Entgiftung ist die von Frauen und Männern am seltensten genannte Therapieform, wobei Frauen diese etwas häufiger nutzen mussten als Männer, was als höheres Rückfallrisiko weiblicher Patienten gedeutet werden kann. Weitere geschlechtsspezifische Unterschiede innerhalb der Gruppen bezüglich Abstinenz finden sich in den folgenden Kapiteln (6.4.1).

Weiterhin soll untersucht werden, ob die Ausprägung der Geschlechtsrollenorientierung bei der Erstbefragung einen Einfluss auf die spätere Wahl der Therapieform hat. Folgende Tabelle zeigt die Häufigkeiten der Teilnahme an den verschiedenen Therapieformen innerhalb der vier Geschlechtsrollentypen. Man beachte jedoch die teils sehr geringen Fallzahlen. Mehrfachnennungen waren möglich.

Tabelle 69: Therapiewahl (ambulante Anschlusstherapie, erneute stationäre Entgiftung und Teilnahme an Selbsthilfegruppe), nach Geschlechtsrollentypen differenziert (Mehrfachnennungen möglich)

Mehrfachnennungen möglich	ja / zutreffend angegeben bei: 94 Nennungen (ja) insgesamt	ambulante Anschluss-therapie		erneute stationäre Entgiftung		Selbsthilfegruppe Anonyme Alkoholiker	
		N	%	N	%	N	%
GRO EB	Fallzahl 42	16	38,1%	4	9,5%	22	52,4%
androgyn EB	Fallzahl 14	7	50,0%	2	14,3%	5	35,7%
maskulin EB	Fallzahl 24	9	37,5%	4	16,6%	11	45,9%
feminin EB	Fallzahl 14	8	57,1%	-	-	6	42,9%
undifferenziert EB							

Es zeigt sich, dass die bei der Erstbefragung als androgyn und feminin Klassifizierten am ehesten zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe neigen. In der Erstbefragung maskulin und undifferenziert Orientierte haben sich am häufigsten zu einer ambulanten Anschlusstherapie entschlossen. Eine erneute stationäre Entgiftung musste am häufigsten bei feminin

Orientierten durchgeführt werden. Eine feminine Geschlechtsrollenorientierung könnte also als Prädiktor für einen Rückfall interpretiert werden.

Im Folgenden werden die einzelnen Therapieformen und ihr Einfluss auf die Ressourcen der Nachbefragung sowie auf die Veränderung von Ressourcen beschrieben. Als weitere Fragestellung soll die Ausprägung der Ressourcen bei der Erstbefragung als potenzieller Einflussfaktor für die Entscheidung zur Teilnahme an den verschiedenen Therapiemaßnahmen untersucht werden.

### 6.3.1. Ambulante Therapie nach stationärer Entgiftung

Genauso viele Patienten entschieden sich nach der stationären Therapie für eine ambulante Therapie wie gegen eine (nein: n=40, bzw. 50%; ja: n=40, bzw. 50%). Nach Geschlecht differenziert, haben sich signifikant mehr Frauen als Männer nach der stationären Therapie in eine ambulante Behandlung begeben ( $\chi^2=4,073$ , Freiheitsgrade 1,  $p=0,044$ ).

#### Geschlechtsrollenorientierung

Bei den 81 Patienten, die an der Nachbefragung teilgenommen haben, wurde nicht nur untersucht, inwieweit sich ihre Geschlechtsrollenorientierung im Vergleich zur Erstbefragung verändert hat (s. Kapitel 6.1. Veränderung der Geschlechtsrollenorientierung in Erst- und Nachbefragung). Beantworten lässt sich nun auch die Frage, ob zusätzliche Therapien (ambulante Anschlusstherapie, erneute stationäre Therapie, Teilnahme an der Selbsthilfegruppe Anonyme Alkoholiker) zwischen den zwei Befragungszeitpunkten auch einen zusätzlichen Einfluss auf die Geschlechtsrollenorientierung hatten. Im Folgenden sollen die insgesamt 40 Patienten, die sich zu einer ambulanten Therapie entschlossen haben, im Unterschied zu denen, die das nicht getan haben, betrachtet werden. Einen Überblick gibt folgende Tabelle.

Tabelle 70: Im Anschluss an stationäre ambulante Therapie, nach Geschlechtsrollenorientierung bei Nachbefragung differenziert

	im Anschluss an stationäre ambulante Therapie NB							
	nein				ja			
	GEPAQ Klassifizierung Selbstbild EB		GEPAQ Klassifizierung Selbstbild NB		GEPAQ Klassifizierung Selbstbild EB		GEPAQ Klassifizierung Selbstbild NB	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
androgyn	18	45,0%	22	56,4%	16	40,0%	19	47,5%
maskulin	7	17,5%	6	15,4%	7	17,5%	6	15,0%
feminin	13	32,5%	7	17,9%	9	22,5%	10	25,0%
undifferenziert	2	5,0%	4	10,3%	8	20,0%	5	12,5%



Zur Darstellung des Einflusses der ambulanten Anschlusstherapie auf Veränderungen der Geschlechtsrollenorientierung dient folgende Tabelle, in der die prozentualen Differenzen bezogen auf die Anzahl der Patienten in den Subgruppen aufgeführt sind. (Die Differenzwerte gehen aus oben stehender Tabelle hervor.)

Tabelle 71: Differenzwerte GEPAQ Klassifizierung Selbstbild EB zu GEPAQ Klassifizierung Selbstbild NB in Prozentpunkten differenziert nach ambulanter Anschlusstherapie

	im Anschluss an stationäre ambulante Therapie	
	nein	ja
	Differenzwerte: Veränderung von GEPAQ Klassifizierung Selbstbild EB zu GEPAQ Klassifizierung Selbstbild NB in %	Differenzwerte: Veränderung von GEPAQ Klassifizierung Selbstbild EB zu GEPAQ Klassifizierung Selbstbild NB in %
androgyn	22%	19%
maskulin	-14%	-14%
feminin	-46%	11%
undifferenziert	100%	-38%

Die Daten zeigen, dass unter dem Einfluss einer Therapie mehr Patienten eine androgyn und feminine Geschlechtsrollenorientierung annehmen, während sich die Anzahl der Patienten mit maskuliner und vor allem undifferenzierter Geschlechtsrollenorientierung verringert.

Die Anzahl der androgynen Patienten, welche die Teilnahme an einer ambulanten Anschlusstherapie verneinten, nahm im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung um 22 Prozent zu, die der femininen nahm um 46 Prozent, die der maskulinen um 14 Prozent ab. Die „übermäßige“ Zunahme an undifferenzierten Patienten unter den Nichtteilnehmern dürfte schlicht in einer zu geringen Fallzahl begründet sein.

### **Einfluss der Ausprägung von Stressverarbeitungsstrategien, Kohärenzsinn und Lebensqualität bei Erstbefragung auf spätere Therapiewahl (ambulante Anschlusstherapie)**

#### **Stressverarbeitung**

Im Folgenden soll die Ausprägung der Positiv- und Negativstrategien bei Erstbefragung als mögliche Einflussgröße auf die spätere Entscheidung zur Teilnahme an einer ambulanten Nachfolgetherapie untersucht werden. Folgende Mittelwerttabelle zeigt jedoch, dass sich potenzielle Therapieteilnehmer von potenziellen Nichtteilnehmern weder in Bezug auf Positiv-, noch in Bezug auf Negativstrategien signifikant unterscheiden.

Tabelle 72: Einfluss von Positiv- und Negativstrategien bei Erstbefragung auf Entscheidung zur Teilnahme an ambulanter Anschlusstherapie

	ambulante Anschluss-therapie	MW	N	SD	T	df	p
Positiv- strategien EB	ja	49,6500	40	11,36921	-,021	78	n.s. 0,983
	nein	49,7000	40	9,46844			
Negativ- strategien EB	ja	54,7750	40	12,38793	1,027	78	n.s. 0,307
	nein	52,2250	40	9,64096			

Auch eine weitere Differenzierung nach Geschlecht und Geschlechtsrolle bestätigt, dass die generalisierte Stressverarbeitung kein Einflussfaktor für die Therapiewahl ist.

### Kohärenzsinn

Die Ausprägung des Kohärenzsinn in der Erstbefragung hat keinen Einfluss auf eine spätere Entscheidung zu einer ambulanten Anschluss-therapie, wie folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 73: Mittelwertvergleich des SOC-Gesamtscores bei Erstbefragung, nach Teilnahme an ambulanter Anschluss-therapie differenziert

	ambulante Anschluss-therapie	N	MW	SD	T	df	p
soc4 Gesamt EB	ja	40	52,2250	10,84267	-,067	78	n.s. 0,947
	nein	40	52,4000	12,57348			

Das heißt, dass Patienten, die sich für eine ambulante Therapie entschieden haben, in der Erstbefragung keine signifikant unterschiedlichen SOC-Werte im Vergleich zu den Patienten hatten, die diese Therapieform nicht gewählt haben. Nach Geschlecht und Geschlechtsrollenorientierung differenziert, ergeben sich keine signifikanten Unterschiede.

### Lebensqualität

Auch die Ausprägung der Selbst- und Lebenszufriedenheit in der Erstbefragung stellt sich als nicht ausschlaggebend für eine spätere Entscheidung zu einer ambulanten Anschluss-therapie heraus. Folgende Tabelle zeigt die Mittelwerte im Vergleich.

Tabelle 74: Mittelwertvergleich des Kohärenzsинns, nach Teilnahme an ambulanter Anschlusstherapie differenziert

	ambulante Anschluss- therapie	N	MW	SD	T	df	p
Selbstzufrieden- heit EB	ja	15	4,0000	1,81265	-,191	31	n.s. 0,850
	nein	18	4,1111	1,52966			
Lebenszufrieden- heit EB	ja	15	3,7333	1,75119	-,654	31	n.s. 0,518
	nein	18	4,1111	1,56765			

Das bedeutet, dass Patienten, die sich für eine ambulante Therapie entschieden haben, in der Erstbefragung keine signifikant geringere Selbst- und Lebenszufriedenheit hatten als Patienten, die diese Therapieform nicht gewählt haben. Nach Geschlecht und Geschlechtsrollenorientierung differenziert, ergeben sich auch keine signifikanten Unterschiede.

### **Einfluss der Therapie (ambulante Anschlusstherapie) auf die Ausprägung der Stressverarbeitungsstrategien, des Kohärenzsинns und der Lebensqualität bei Nachbefragung**

#### **Stressverarbeitung**

Vergleicht man die Mittelwerte der Stressverarbeitung bei Nachbefragung der Patienten, die sich einer ambulanten Anschlusstherapie unterzogen haben, mit den Mittelwerten derer, die diese Therapieform nicht anwendeten, so ergeben sich auch hier kaum Unterschiede (Tabelle 75).

Tabelle 75: Einfluss der ambulanten Therapie nach stationärer auf Positiv- und Negativstrategien bei Nachbefragung

	ambulante Anschluss- therapie	N	MW	SD	T	df	p
Positiv- strategie NB	ja	40	52,6000	10,39675	,501	78	n.s. 0,617
	nein	40	51,5000	9,18751			
Negativ- strategie NB	ja	40	52,8500	8,65744	-,474	78	n.s. 0,637
	nein	40	53,8750	10,58346			

Die Positiv- und Negativstrategiewerte der Patienten, die eine ambulante Anschlusstherapie wahrnahmen, und die Werte der Patienten, die dies nicht taten, unterscheiden sich

insgesamt, sowie nach Geschlecht und Geschlechtsrollenorientierung differenziert, nicht signifikant. Das bedeutet, dass eine solche Therapiemaßnahme keinen Einfluss auf diese Variablen zeigt.

### **Kohärenzsinn**

Eine ambulante Therapie im Anschluss an die stationäre hatte ebenfalls keinen signifikanten Einfluss auf den SOC-Gesamtscore bei Nachbefragung (Tabelle 76).

Tabelle 76: Mittelwertvergleich des SOC-Gesamtscores der Nachbefragung, nach Teilnahme an ambulanter Anschlusstherapie differenziert

	ambulante Anschlusstherapie	N	MW	SD	T	df	p
SOC-Gesamtscore NB	ja	40	54,5375	11,02874	1,419	77	n.s. 0,160
	nein	39	50,9487	11,44311			

Danach besitzen Patienten, die sich zu einer ambulanten Anschlusstherapie entschlossen haben, einen höheren, jedoch nicht signifikant höheren SOC-Gesamtscore als Patienten, die eine solche Therapie nicht durchführen ließen. Eine weitere Differenzierung nach Geschlecht sowie GEPAQ-Klassifizierung ergab keine signifikanten Unterschiede innerhalb der Subgruppen.

### **Lebensqualität**

Folgende Tabelle zeigt, dass Patienten, die eine ambulante Anschlusstherapie in Anspruch nahmen, sich sowohl bezüglich Selbst-, als auch bezüglich Lebenszufriedenheit ebenfalls nicht signifikant von Patienten unterscheiden, die eine solche Therapie nicht in Anspruch nahmen (Tabelle 77).

Tabelle 77: Mittelwertvergleich Selbst- und Lebenszufriedenheit bei Nachbefragung, nach ambulanter Anschlusstherapie differenziert

	ambulante Anschlusstherapie	N	MW	SD	T	df	p
Selbst-zufriedenheit NB	ja	40	5,0750	1,50874	,546	78	n.s. 0,586
	nein	40	4,8750	1,75685			
Lebens-zufriedenheit NB	ja	40	5,0750	1,49164	,697	78	n.s. 0,488
	nein	40	4,8250	1,70801			

Auch bei einer weiteren Differenzierung nach Geschlecht und Geschlechtsrollentypus konnten keine signifikanten Unterschiede bezüglich Selbst- und Lebenszufriedenheit der Nachbefragung zwischen Therapieteilnehmern und Nichtteilnehmern nachgewiesen werden. Das bedeutet, dass eine solche Therapiemaßnahme keinen Einfluss auf Selbst- und Lebenszufriedenheit hat.

## **Einfluss der Therapie (ambulante Anschlusstherapie) auf eine Veränderung der Stressverarbeitungsstrategien, des Kohärenzsинns und der Lebensqualität im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung**

### **Stressverarbeitung**

Bildet man die Differenzwerte zwischen Positiv- und Positivstrategiewerten (svf\_pos\_diff) sowie Negativ- und Negativstrategien (svf\_neg\_diff) (jeweils EB abzüglich NB), so zeigt sich, dass für Patienten, die eine ambulante Anschlusstherapie durchführen ließen, negative Vorzeichen für die Differenzwerte bestehen. Das bedeutet, dass beide Subgruppen, vor allem jedoch die Therapieteilnehmer, höhere Werte für Positivstrategien in der Nachbefragung als in der Erstbefragung angeben, und somit ein positiver Therapieeinfluss besteht. Was die Negativstrategien betrifft, so trifft das auch für Nichtteilnehmer zu. Patienten, die jedoch eine ambulante Anschlusstherapie durchführen ließen, weisen höhere Negativstrategien in der Erst- als in der Nachbefragung auf (positives Vorzeichen des Mittelwerts), was paradoxerweise auf eine Verschlechterung unter Therapieeinfluss hindeuten könnte. Jedoch hat eine Therapieteilnahme sowie eine Nichtteilnahme keinen signifikanten Einfluss auf eine Veränderung von Positiv- und Negativstrategien im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung, wie folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 78: svf\_pos\_diff und svf\_neg\_diff differenziert nach ambulanter Anschlusstherapie (der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz)

	ambulante Anschluss- therapie	N	MW	SD	T	df	p
<b>svf_pos_diff:</b>	ja	40	-2,9500	9,63421	-,558	78	n.s. ,579
svf-posEB minus svf-posNB	nein	40	-1,8000	8,78869			
<b>svf_neg_diff:</b>	ja	40	1,9250	11,26007	1,547	78	n.s. ,126
svf-negEB minus svf-negNB	nein	40	-1,6500	9,32202			

Differenziert man weiter nach Geschlecht, so findet man unter Frauen einen signifikanten Unterschied zwischen Therapieteilnehmerinnen und Nichttherapieteilnehmerinnen dahingehend, dass sich der Differenzbetrag der Negativstrategiewerte der Therapieteilnehmerinnen signifikant von dem der Nichtteilnehmerinnen unterscheidet (Tabelle 79).

Tabelle 79: svf\_pos\_diff und svf\_neg\_diff nach ambulanter Anschlusstherapie, differenziert nach Frauen (der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz)

Frauen	ambulante Anschluss- therapie	N	MW	SD	T	df	p
svf_pos_diff: svf-posEB minus svf-posNB	ja	26	-5,2692	10,47495	-,029	41	n.s. 0,977
	nein	17	-5,1765	10,18722			
svf_neg_diff: svf-negEB minus svf-negNB	ja	26	4,6154	9,31269	2,359	41	<b>0,023</b>
	nein	17	-2,1765	9,09832			

Hier wird deutlich, dass Frauen unter dem Einfluss einer ambulanten Anschlusstherapie niedrigere, also bessere Negativstrategiewerte entwickeln als Nichtteilnehmerinnen. Bei weiterer Differenzierung nach Männern sowie den vier Geschlechtsrollentypen ergaben sich keinerlei signifikante Unterschiede.

### Kohärenzsinn

Eine ambulante Anschlusstherapie hat einen signifikanten Einfluss auf die Veränderung des Kohärenzsinn im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung. Folgende Tabelle stellt die Mittelwerte der Differenzwerte des SOC von Erst- abzüglich Nachbefragung der Therapieteilnehmer und Nichtteilnehmer dar.

Tabelle 80: Mittelwertvergleich von soc4\_diff, nach Teilnahme an ambulanter Anschlusstherapie differenziert (der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz)

	ambulante Anschluss- therapie	N	MW	SD	T	df	p
soc 4_diff	ja	40	-2,3125	9,61748	-2,011	77	<b>0,048</b>
	nein	39	1,6154	7,60061			

Insgesamt lässt sich also eine positive Veränderung des SOC-Gesamtscores unter dem Einfluss einer ambulanten Anschlusstherapie erkennen, da Therapieteilnehmer höhere Nachbefragungswerte als Erstbefragungswerte für den SOC-Gesamtscore haben. Nichtteilnehmer haben niedrigere, also schlechtere Nachbefragungs- als Erstbefragungswerte.

Differenziert nach Geschlecht, ergeben sich keine signifikanten Unterschiede des Differenzwertes des Kohärenzsinn zwischen Therapieteilnehmern und Nichtteilnehmern, was bedeutet, dass die Therapie keinen spezifischen Effekt auf Männer und Frauen hat.

Differenziert nach Geschlechtsrollentypen ergeben sich Unterschiede dahingehend, dass sich bei der androgynen und undifferenzierten Gruppe die Differenz der Summe des

Kohärenzsinn (soc4\_diff) unter dem Einfluss einer ambulanten Anschlusstherapie signifikant geändert hat. Therapieteilnehmer haben bezüglich des Kohärenzsinn eine positive Veränderung, Nichtteilnehmer eine negative. Folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse im Einzelnen.

Tabelle 81: soc4\_diff nach ambulanter Therapie, differenziert nach androgynen und undifferenzierten Geschlechtsrollentypen (der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz)

Undifferenzierte und Androgyne	ambulante Anschlusstherapie	N	MW	SD	T	df	p
soc 4_diff androgyn	ja	16	-4,2188	11,52818	-2,325	24,688	<b>0,029</b>
	nein	17	3,5882	7,10685			
soc 4_diff undifferenziert	ja	8	-6,1250	5,40998	-3,857	7,736	<b>0,005</b>
	nein	2	1,5000	,70711			

Hier zeigt sich beispielhaft, dass eine bloße Differenzierung der Stichprobe nach Geschlecht nicht ausreichend wäre.

### Lebensqualität

Eine ambulante Anschlusstherapie zeigt keinen signifikanten Einfluss auf eine Veränderung der Selbst- und Lebenszufriedenheit (selbstzfr\_diff und Lebenszfr\_diff) im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung, wie folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 82: Differenzwerte Selbst- und Lebenszufriedenheit (EB minus NB), nach ambulanter Anschlusstherapie differenziert (der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz)

	ambulante Anschlusstherapie	N	MW	SD	T	df	p
selbstzfr_diff	ja	38	-1,6316	2,31821	,019	75	n.s. 0,985
	nein	39	-1,6410	2,09620			
Lebenszfr_diff	ja	38	-1,7632	2,19870	-,960	75	n.s. 0,340
	nein	39	-1,3077	1,96219			

An den negativen Vorzeichen der Mittelwerte beider Subgruppen lässt sich eine Erhöhung der Selbst- sowie Lebenszufriedenheit im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung ablesen, die aber nur tendenziellen Charakter hat. Auch eine weitere Differenzierung nach Geschlecht und Geschlechtsrollenorientierung zeigt keine signifikanten Veränderungen.

### 6.3.2. Erneute stationäre Entgiftung

69 Patienten (87,3%) führten in den vergangenen sechs Monaten keine erneute stationäre Entgiftung durch, zehn Patienten (12,7%) hingegen schon. Das Verhältnis der Geschlechter ist folgender Tabelle zu entnehmen.

Tabelle 83: Erneute stationäre Entgiftung, nach Geschlecht differenziert

				männlich	weiblich
erneute stationäre Entgiftung	nein	Geschlecht	Anzahl	34	35
			%	49,3%	50,7%
	ja	Geschlecht	Anzahl	3	7
			%	30,0%	70,0%

Wegen zu geringer Fallzahl muss auf die Berechnung von Differenzwerten der Prozentwerte von Erst- und Nachbefragung verzichtet werden. Auch eine Differenzierung nach Geschlechtsrollenorientierung kann aus diesem Grund nicht durchgeführt werden.

### **Einfluss der Ausprägung von Stressverarbeitung, Kohärenzsinn und Lebensqualität bei Erstbefragung auf spätere Therapiewahl (erneute stationäre Entgiftung)**

#### **Stressverarbeitung**

Positiv- und Negativstrategien bei Erstbefragung haben als Einflussfaktoren für eine erneute stationäre Entgiftung keine Bedeutung. Therapieteilnehmer unterscheiden sich nicht signifikant von Nichtteilnehmern, wie folgende Tabelle veranschaulicht.

Tabelle 84: Positiv- und Negativstrategien bei Erstbefragung, nach stationärer Entgiftung differenziert

	erneute stationäre Entgiftung	N	MW	SD	T	df	p
Positivstrategien EB	ja	10	49,1000	12,21520	-,163	77	n.s. 0,871
	nein	69	49,6812	10,26343			
Negativstrategien EB	ja	10	55,5000	13,05756	,613	77	n.s. 0,542
	nein	69	53,1739	10,94902			

Differenziert man weiter nach Geschlecht und Geschlechtsrollenorientierung, so finden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Therapieteilnehmern und Nichtteilnehmern.



### Kohärenzsinn

Auch die Ausprägung des Kohärenzsинns bei Erstbefragung hat keinen signifikanten Einfluss auf die spätere Notwendigkeit einer erneuten stationären Entgiftung. Die Mittelwerte, differenziert nach Therapieteilnehmern und Nichtteilnehmern, sind in folgender Tabelle dargestellt.

Tabelle 85: Kohärenzsinn bei Erstbefragung, nach erneuter stationärer Entgiftung differenziert

	erneute stationäre Entgiftung	N	MW	SD	T	df	p
SOC-Gesamt EB	ja	10	51,5000	11,43338	-,178	77	n.s. 0,859
	nein	69	52,2029	11,70794			

Auch eine weitere Differenzierung nach Geschlecht und GEPAQ-Klassifizierung liefert keine signifikanten Unterschiede zwischen den Subgruppen.

### Lebensqualität

Ausgehend von der Ausprägung der Selbst- und Lebenszufriedenheit bei Erstbefragung kann nicht geschlossen werden, dass diese einen potenziellen Einflussfaktor auf die Teilnahme an einer erneuten stationären Entgiftung hat. Folgende Tabelle stellt die sich nicht signifikant unterscheidenden Mittelwerte dar.

Tabelle 86: Selbst- und Lebenszufriedenheit bei Erstbefragung, nach erneuter stationärer Therapie differenziert

	erneute stationäre Entgiftung	N	MW	SD	T	df	p
Selbst-zufriedenheit EB	ja	10	3,4000	1,57762	,037	74	n.s. 0,971
	nein	66	3,3788	1,70759			
Lebens-zufriedenheit EB	ja	10	3,6000	1,64655	,385	74	n.s. 0,701
	nein	66	3,3939	1,56774			

Selbst- und Lebenszufriedenheit unterscheiden sich unter Therapieteilnehmern und Nichtteilnehmern, differenziert nach Geschlecht sowie Geschlechtsrollenorientierung, nicht signifikant.

## **Einfluss der Therapie (erneute stationäre Entgiftung) auf die Ausprägung der Stressverarbeitung des Kohärenzsинns und der Lebensqualität bei Nachbefragung**

### **Stressverarbeitung**

Der Einfluss einer erneuten stationären Therapie auf Positiv- und Negativstrategien bei Nachbefragung soll hier untersucht werden.

Vergleicht man die Mittelwerte der Patienten, die sich einer erneuten stationären Therapie unterzogen haben, mit den Mittelwerten derer, die diese Therapieform nicht anwendeten, so ergeben sich keine signifikanten Unterschiede im T-Test (Tabelle 87).

Tabelle 87: Mittelwertvergleich von Positiv- und Negativstrategien bei Nachbefragung, nach erneuter stationärer Entgiftung differenziert

	erneute stationäre Entgiftung	N	MW	SD	T	df	p
Positivstrategien NB	ja	10	51,6000	10,64790	-,129	77	n.s. 0,898
	nein	69	52,0290	9,75731			
Negativstrategien NB	ja	10	58,5000	8,72098	1,816	77	n.s. 0,073
	nein	69	52,6377	9,64513			

Es zeigt sich jedoch, dass die Patienten, die eine erneute stationäre Entgiftung in Anspruch nehmen mussten, über niedrigere Werte für Positivstrategien und höhere Werte für Negativstrategien bei der Nachbefragung verfügten als die Patienten, die eine solche Behandlung nicht nötig hatten. Das heißt, dass Patienten, die auf eine erneute stationäre Entgiftung angewiesen waren, also in gewisser Weise rückfällig wurden, schlechtere Ressourcen haben als Patienten, die diese Behandlung nicht nötig hatten.

### **Kohärenzsinn**

Patienten, die eine erneute stationäre Entgiftung durchliefen, weisen deutlich niedrigere Werte im SOC-Gesamtscore der Nachbefragung auf, als die Patienten, die ohne diese Therapie auskamen. Die Subgruppen unterscheiden sich jedoch nicht signifikant voneinander. Auch nach Geschlecht und Geschlechtsrollenorientierung differenziert, sind keine signifikanten Unterschiede feststellbar.

## Lebensqualität

Prüft man Selbst- und Lebenszufriedenheit bei Nachbefragung, so zeigen sich insgesamt höhere Zufriedenheitswerte für die Patienten, die sich keiner erneuten stationären Therapie unterziehen mussten. Die Patienten, die in der Nachbefragung angaben, keine zusätzliche stationäre Therapie in den letzten sechs Monaten gehabt zu haben, waren sogar signifikant zufriedener mit ihrem Leben im letzten Monat vor der Nachbefragung, als die, die eine solche Therapie durchführen lassen mussten, wie folgender T-Test zeigt.

Tabelle 88: Mittelwertvergleich Lebensqualität bei Nachbefragung, nach Teilnahme an erneuter stationärer Therapie differenziert

	erneute stationäre Entgiftung	N	MW	SD	T	df	p
Selbst-zufriedenheit NB	ja	10	4,2000	1,75119	-1,614	77	ns. - 0,111
	nein	69	5,0870	1,60641			
Lebens-zufriedenheit NB	ja	10	3,9000	1,59513	-2,243	77	<b>0,028</b>
	nein	69	5,0870	1,55997			

Differenziert man weiter nach Geschlecht, so sind es die Frauen, deren Lebenszufriedenheit sich bezüglich einer erneuten stationären Entgiftung signifikant unterscheidet. Folgende Tabelle stellt die Mittelwerte dar.

Tabelle 89: Mittelwerte Selbst- und Lebenszufriedenheit, nach erneuter stationärer Entgiftung und nach Frauen differenziert

<b>Frauen</b>	erneute stationäre Entgiftung	N	MW	SD	T	df	p
Selbst-zufriedenheit NB	ja	7	3,8571	1,77281	-1,916	40	0,063
	nein	35	5,1714	1,63574			
Lebens-zufriedenheit NB	ja	7	3,4286	1,39728	-2,701	40	<b>0,010</b>
	nein	69	5,0870	1,55997			

Danach sind weibliche Teilnehmerinnen signifikant unzufriedener mit ihrem Leben als Nichtteilnehmerinnen.

Nach Geschlechtsrollentypus differenziert, erweisen sich die feminin Orientierten als signifikant zufriedener mit sich selbst und ihrem Leben, wenn sie keine erneute stationäre Entgiftung in Anspruch nehmen mussten. Die Ergebnisse im Einzelnen sind in folgender Tabelle aufgeführt.

Tabelle 90: Mittelwerte Selbst- und Lebenszufriedenheit, nach erneuter stationärer Therapie und nach feminin Orientierten differenziert

<b>Feminine</b>	erneute stationäre Entgiftung	N	MW	SD	T	df	p
Selbst-zufriedenheit NB	ja	4	2,7500	1,50000	-2,537	20	<b>0,020</b>
	nein	18	4,8889	1,52966			
Lebens-zufriedenheit NB	ja	4	3,0000	1,15470	-2,204	20	<b>0,039</b>
	nein	18	4,9444	1,66176			

Das bedeutet, dass eine erneute stationäre Entgiftung einen signifikanten Einfluss auf die Lebensqualität von feminin orientierten Geschlechtsrollentypen zum Zeitpunkt der Nachbefragung hat. Auf androgyn, maskulin und undifferenziert Orientierte hat diese Therapieform bei Nachbefragung keinen signifikanten Einfluss. Man beachte jedoch die geringe Fallzahl.

### **Einfluss der Therapie (erneute stationäre Entgiftung) auf eine Veränderung der Stressverarbeitung, des Kohärenzsinn und der Lebensqualität im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung**

#### **Stressverarbeitung**

Die Differenzwerte der Positiv- und Negativstrategien unterscheiden sich zwischen Therapieteilnehmern und Nichtteilnehmern nicht signifikant. Das bedeutet, dass eine erneute stationäre Entgiftung keinen Einfluss auf eine Veränderung dieser Ressourcen im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung hat. Folgende Tabelle zeigt die Mittelwerte.

Tabelle 91: Differenzwerte svf\_pos\_diff und svf\_neg\_diff nach erneuter stationärer Entgiftung differenziert (der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz)

	erneute stationäre Entgiftung	N	MW	SD	T	df	p
svf_pos_diff	ja	10	-2,5000	14,30812	-,048	77	n.s. 0,962
	nein	69	-2,3478	8,41537			
svf_neg_diff	ja	10	-3,0000	8,45905	-,997	77	n.s. 0,322
	nein	69	,5362	10,72460			

### Kohärenzsinn

Eine erneute stationäre Entgiftung zeigt keinen signifikanten Einfluss auf eine Veränderung der SOC-Werte im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung. Folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse.

Tabelle 92: Mittelwertvergleich soc4\_diff (EB minus NB), nach Teilnahme an erneuter stationärer Entgiftung differenziert (der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz)

	erneute stationäre Entgiftung	N	MW	SD	T	df	p
soc4_diff	ja	10	2,6000	4,08792	1,962	26,078	n.s. 0,061
	nein	68	-,7721	9,34474			

Man kann jedoch ablesen, dass Patienten, die eine solche Therapie in Anspruch nahmen, bei Erstbefragung höhere SOC-Werte als in der Nachbefragung hatten (positive MW-Vorzeichen). Bei Patienten die eine solche Therapie nicht durchführen ließen, verhält sich dies umgekehrt (negatives MW-Vorzeichen). Das bedeutet, dass Therapieteilnehmer im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung schlechtere, also niedrigere SOC-Werte entwickelt haben, die SOC-Werte der Nichtteilnehmer sind in dieser Zeit angestiegen, haben sich also verbessert.

Eine weitere Differenzierung nach Geschlecht und Geschlechtsrollenorientierung zeigt keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Subgruppen.

### Lebensqualität

Subtrahiert man den Mittelwert der Selbst- bzw. Lebenszufriedenheit der Nachbefragung von dem der Erstbefragung, so erhält man die Differenzwerte selbstzufr\_diff und Lebenszufr\_diff. Der Differenzwert der Lebenszufriedenheit hat sich unter dem Einfluss einer erneuten stationären Entgiftungstherapie im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung signifikant verändert, wie folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 93: Mittelwertvergleich der Differenzwerte von Selbst- und Lebenszufriedenheit (EB minus NB), nach Teilnahme an erneuter stationärer Entgiftung differenziert (der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz)

	erneute stationäre Entgiftung	N	MW	SD	T	df	p
selbstzufr_diff	ja	10	-,8000	2,04396	1,266	74	n.s. 0,210
	nein	66	-1,7424	2,21402			
Lebenszufr_diff	ja	10	-,3000	1,63639	2,028	74	<b>0,046</b>
	nein	66	-1,7121	2,10322			

Das bedeutet, dass sowohl bei Therapieteilnehmern und Nichtteilnehmern ein Anstieg der Lebenszufriedenheit im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung besteht (negative MW-Vorzeichen), der Betrag des Anstiegs unterscheidet sich jedoch zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern dahingehend, dass der Anstieg der Nichtteilnehmer signifikant höher ist als der der Teilnehmer.

Bei weiterer Differenzierung nach Geschlecht vollzieht sich derselbe Zusammenhang bei Frauen, wie folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 94: Differenzwerte Selbst- und Lebenszufriedenheit (EB minus NB) bei erneuter stationärer Entgiftung, differenziert nach Frauen (der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz)

Frauen	erneute stationäre Entgiftung	N	MW	SD	T	df	p
selbstzufr_diff	ja	7	-1,1429	1,86445	1,379	38	n.s. 0,176
	nein	33	-2,2727	1,98860			
Lebenszufr_diff	ja	7	-,4286	1,27242	2,289	38	<b>0,028</b>
	nein	33	-2,2121	1,96465			

Auf eine Veränderung der Selbst- und Lebenszufriedenheit von Männern hat diese Therapieform keinen Einfluss.

Die Teilnahme an einer erneuten stationären Entgiftung hat einen signifikanten Einfluss auf eine Veränderung der Selbst- und Lebenszufriedenheit im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung bei feminin orientierten Geschlechtsrollentypen bei Nachbefragung. Danach unterscheiden sich die Differenzwerte von Selbst- bzw. Lebenszufriedenheit von femininen Therapieteilnehmern signifikant von den Zufriedenheitsdifferenzwerten von Nichtteilnehmern, wie folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 95: Differenzwerte Selbst- und Lebenszufriedenheit (EB minus NB) bei erneuter stationärer Entgiftung, differenziert nach feminin orientierten Geschlechtsrollentypen (der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz)

Feminine	erneute stationäre Entgiftung	N	MW	SD	T	df	p
selbstzufr_diff	ja	4	-,2500	1,25831	2,122	19	<b>0,047</b>
	nein	17	-2,5294	2,03463			
Lebenszufr_diff	ja	4	-,5000	,57735	3,070	17,10 2	<b>0,007</b>
	nein	17	-2,1765	1,91165			

Beide Subgruppen weisen einen Anstieg von Selbst- und Lebenszufriedenheit im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung auf (negatives MW-Vorzeichen). Jedoch ist die Selbst- und Lebenszufriedenheit von Femininen, die nicht an einer erneuten stationären Entgiftung teilnahmen, im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung signifikant stärker gestiegen als die Selbst- und Lebenszufriedenheit der feminin Orientierten, die eine solche Therapieform in Anspruch nehmen mussten. Auf androgyne, maskuline und undifferenzierte Geschlechterrollentypen hat diese Therapieform keinen signifikanten Einfluss. Man beachte jedoch die geringe Fallzahl.

### 6.3.3. Anonyme Alkoholiker

44 Patienten (56,4%) nahmen an einer Selbsthilfegruppe wie den Anonymen Alkoholikern im Zeitraum zwischen den zwei Messzeitpunkten teil, 34 Patienten (43,6%) verneinten eine Teilnahme. Die Teilnehmer waren signifikant häufiger weiblich als männlich ( $\chi^2=4,743$ , Freiheitsgrade 1,  $p=0,029$ ).

#### Geschlechtsrollenorientierung

Untersucht man den Einfluss der Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe auf eine mögliche Veränderung der Geschlechtsrollenorientierung im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung, so ergibt sich folgende Übersicht.

Tabelle 96: Teilnahme an Selbsthilfegruppe wie Anonyme Alkoholiker (AA), nach Geschlechtsrollenorientierung bei Erst- und Nachbefragung differenziert

	Selbsthilfegruppe Anonyme Alkoholiker							
	ja				nein			
	GEPAQ Klassifizierung Selbstbild EB		GEPAQ Klassifizierung Selbstbild NB		GEPAQ Klassifizierung Selbstbild EB		GEPAQ Klassifizierung Selbstbild NB	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
androgyn	22	50,0%	23	53,5%	12	35,3%	18	52,9%
maskulin	5	11,4%	3	7,0%	8	23,5%	8	23,5%
feminin	11	25,0%	12	27,9%	10	29,4%	5	14,7%
undifferenziert	6	13,6%	5	11,6%	4	11,8%	3	8,8%

Um den möglichen Einfluss der Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe auf eine Veränderung der Ressource Geschlechtsrollenorientierung im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung, darzustellen, sollen die Differenzwerte der Prozente der Geschlechtsrollenorientierung zwischen Erst- und Nachbefragung gebildet werden. Folgende Tabelle zeigt diese Differenzwerte.

Tabelle 97: Differenzwerte der Prozentpunkte von GEPAQ Klassifizierung Selbstbild EB und GEPAQ Klassifizierung Selbstbild NB, differenziert nach Teilnahme an Selbsthilfegruppe

	Selbsthilfegruppe Anonyme Alkoholiker	
	ja	nein
	Differenzwerte: Veränderung von GEPAQ Klassifizierung Selbstbild EB zu GEPAQ Klassifizierung Selbstbild NB	Differenzwerte: Veränderung von GEPAQ Klassifizierung Selbstbild EB zu GEPAQ Klassifizierung Selbstbild NB
	in %	in %
androgyn	5%	50%
maskulin	-40%	0%
feminin	-9%	-50%
undifferenziert	-17%	-25%

Das heißt, dass unter dem Einfluss der Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe mehr Patienten eine androgyne Geschlechtsrollenorientierung entwickeln (5%), während sich die Anzahl der Patienten mit maskuliner, femininer und undifferenzierter Geschlechtsrollenorientierung diesbezüglich verringert hat.

Diejenigen der Patienten, die nicht an einer Selbsthilfegruppe teilnahmen, entwickeln im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung am häufigsten eine androgyne Geschlechtsrollenorientierung (50%). Der Anteil maskulin Orientierter verändert sich nicht (0%), der von Femininen und Undifferenzierten verringert sich.

### **Einfluss der Ausprägung von Stressverarbeitung, Kohärenzsinn und Lebensqualität bei Erstbefragung auf spätere Therapiewahl (Selbsthilfegruppe, z.B. Anonyme Alkoholiker)**

#### **Stressverarbeitung**

Die Ausprägung der Positiv- und Negativstrategien in der Erstbefragung hat keinen signifikanten Einfluss auf die Entscheidung zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe. Folgende Tabelle zeigt die Mittelwerte (Tabelle 98).

Tabelle 98: Positiv- und Negativstrategien der Erstbefragung, differenziert nach Teilnahme an Selbsthilfegruppe

	Selbsthilfegruppe Anonyme Alkoholiker	N	MW	SD	T	df	p
Positiv- strategien EB	ja	44	49,3864	11,02474	-,146	76	n.s. 0,884
	nein	34	49,7353	9,67442			
Negativ- strategien EB	ja	44	55,2273	10,06690	1,550	76	n.s. 0,125
	nein	34	51,3824	11,81938			



Eine weitere Differenzierung nach Geschlecht sowie GEPAQ-Klassifizierung ergibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Subgruppen.

### Kohärenzsinn

Die Ausprägung des Kohärenzsinn in der Erstbefragung fungiert nicht als potentieller Einflussfaktor für die spätere Entscheidung zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe.

Folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse im Mittelwertvergleich.

Tabelle 99: Kohärenzsinn bei Erstbefragung, differenziert nach Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe

	Selbsthilfegruppe Anonyme Alkoholiker	N	MW	SD	T	df	p
Kohärenzsinn EB	ja	44	54,1818	12,03729	1,480	76	n.s. 0,143
	nein	34	50,3235	10,55353			

Untersucht man diesen Zusammenhang weiter und differenziert nach Geschlecht und Geschlechtsrollenorientierung, so ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Therapieteilnehmern und Nichtteilnehmern.

### Lebensqualität

Teilnehmer und Nichtteilnehmer an einer Selbsthilfegruppe unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Selbst- und Lebenszufriedenheit der Erstbefragung nicht signifikant voneinander, woraus geschlossen werden kann, dass die Ausprägung dieser Ressourcen zum Zeitpunkt der Erstbefragung keinen Einfluss auf die Entscheidung zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe hat. Das gilt sowohl insgesamt als auch nach Geschlecht und Geschlechtsrollenorientierung differenziert. Folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der gesamten Stichprobe.

Tabelle 100: Selbst- und Lebenszufriedenheit bei Erstbefragung, nach Teilnahme an Selbsthilfegruppe differenziert

	Selbsthilfe- gruppe Anonyme Alkoholiker	N	MW	SD	T	df	p
Selbstzufrieden- heit EB	ja	43	3,2791	1,86861	-,338	73,000	n.s. 0,736
	nein	32	3,4063	1,38795			
Lebenszufrieden- heit EB	ja	43	3,3256	1,70043	-,496	72,701	n.s. 0,621
	nein	32	3,5000	1,34404			

## **Einfluss der Therapie (Selbsthilfegruppe, z.B. Anonyme Alkoholiker) auf die Ausprägung der Stressverarbeitung, des Kohärenzsinn und der Lebensqualität bei Nachbefragung**

### **Stressverarbeitung**

Weiter soll der Einfluss der Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe wie den Anonymen Alkoholikern auf positive und negative Stressverarbeitungsstrategien zum Zeitpunkt der Nachbefragung untersucht werden. Patienten, die an einer Selbsthilfegruppe teilnahmen, unterscheiden sich bezüglich ihrer Mittelwerte der Positiv- und Negativstrategien der Nachbefragung nicht signifikant von Patienten, die nicht an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen haben. Folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse im Einzelnen.

Tabelle 101: Positiv- und Negativstrategien bei Nachbefragung, differenziert nach Teilnahme an Selbsthilfegruppe

	Selbsthilfegruppe Anonyme Alkoholiker	N	MW	SD	T	df	p
Positiv- strategien NB	ja	44	52,3636	9,83371	,344	76	n.s. 0,732
	nein	34	51,5882	9,94262			
Negativ- strategien NB	ja	44	53,0682	9,47800	-,367	76	n.s. 0,715
	nein	34	53,8824	10,04162			

Eine weitere Differenzierung nach Männern und Frauen sowie nach Geschlechtsrollentypen bringt keine signifikanten Unterschiede zwischen Selbsthilfegruppenteilnehmern und -nichtteilnehmern.

### **Kohärenzsinn**

Die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe unterscheidet Therapieteilnehmer bezüglich des SOC-Gesamtwertes nicht signifikant von Nichtteilnehmern. Folgende Tabelle zeigt die entsprechenden Mittelwerte.

Tabelle 102: Kohärenzsinn bei Nachbefragung, differenziert nach Teilnahme an Selbsthilfegruppe

	Selbsthilfegruppe Anonyme Alkoholiker	N	MW	SD	T	df	p
Kohärenzsinn NB	ja	44	53,9773	11,38234	,899	75	n.s. 0,372
	nein	33	51,6515	11,03438			

Das heißt, dass die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe keinen Einfluss die Ausprägung des Kohärenzsinn bei Nachbefragung hat. Eine weitere Differenzierung nach Geschlecht und Geschlechtsrollenorientierung bringt keine signifikanten Ergebnisse.

### **Lebensqualität**

Die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe beeinflusst die allgemeine Selbst- und Lebenszufriedenheit der Nachbefragung nicht in signifikanter Weise.

Betrachtet man Selbst- und Lebenszufriedenheit bei den Patienten, die an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen haben, so zeigen sich in der Nachbefragung etwas bessere Werte für die Patienten, die sich beispielsweise den Anonymen Alkoholikern angeschlossen haben. Jedoch sind diese Unterschiede nicht signifikant, wie folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 103: Selbst- und Lebenszufriedenheit bei Nachbefragung, nach Teilnahme an Selbsthilfegruppe differenziert.

	Selbsthilfegruppe Anonyme Alkoholiker	N	MW	SD	T	df	p
Selbstzufriedenheit NB	ja	44	5,0227	1,60651	,139	76	n.s. 0,890
	nein	34	4,9706	1,69644			
Lebenszufriedenheit NB	ja	44	5,0000	1,54016	,162	76	n.s. 0,872
	nein	34	4,9412	1,65037			

Eine Differenzierung nach Geschlecht und Geschlechtsrollenorientierung kommt zum gleichen Ergebnis.

### **Einfluss der Therapie (Selbsthilfegruppe, z.B. Anonyme Alkoholiker) auf eine Veränderung der Stressverarbeitung, des Kohärenzsinn und der Lebensqualität im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung**

#### **Stressverarbeitung**

Die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe hat keinen signifikanten Einfluss auf eine Veränderung der Positiv- und Negativstrategien im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung. Jedoch haben Patienten, die an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen haben, bei Nachbefragung höhere, aber nicht signifikant höhere Positivstrategiewerte sowie niedrigere Negativstrategiewerte als Patienten, die nicht an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen haben (Tabelle 104).

Tabelle 104: svf\_pos\_diff und svf\_neg\_diff (EB minus NB), nach Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe differenziert (der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz)

	Selbsthilfegruppe Anonyme Alkoholiker	N	MW	SD	T	df	p
svf_pos_diff	ja	44	-2,9773	10,10984	-,529	76	n.s. 0,598
	nein	34	-1,8529	8,15060			
svf_neg_diff	ja	44	2,1591	8,95712	1,985	76	n.s. 0,051
	nein	34	-2,5000	11,77890			

Differenziert man weiter nach Geschlecht sowie nach Geschlechtsrollenorientierung, so finden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Teilnehmern an einer Selbsthilfegruppe wie den Anonymen Alkoholikern und Nichtteilnehmern.

### Kohärenzsinn

Der Differenzwert des Kohärenzsinn von Patienten, die an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen haben, ist in der Erstbefragung im Mittel höher als in der Nachbefragung. Nichtteilnehmer haben in der Nachbefragung höhere Werte als in der Erstbefragung. Diese Differenzwerte unterscheiden sich aber nicht signifikant, was bedeutet, dass eine Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe keinen signifikanten Einfluss auf eine Veränderung des SOC-Gesamtwertes im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung hat und auch keine Verbesserung des SOC-Werts herbeiführt. Folgende Tabelle zeigt diese Ergebnisse.

Tabelle 105: soc4 (EB minus NB), differenziert nach Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe (der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz)

	Selbsthilfegruppe Anonyme Alkoholiker	N	MW	SD	T	df	p
soc 4_diff	ja	44	,2045	9,70394	,678	75	n.s. 0,500
	nein	33	-1,1970	7,89575			

Eine Differenzierung nach Geschlecht und Geschlechtsrollenorientierung bringt keine signifikanten Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern.

### Lebensqualität

Ein signifikanter Einfluss der Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe auf eine Veränderung der Selbst- und Lebenszufriedenheit ist nicht feststellbar, auch nicht nach einer Differenzierung nach Geschlecht sowie Geschlechtsrollenorientierung. Folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der gesamten Stichprobe im Einzelnen.

Tabelle 106: Differenzwerte Selbst- und Lebenszufriedenheit NB, nach Teilnahme an Selbsthilfegruppe differenziert (der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz)

	Selbsthilfegruppe Anonyme Alkoholiker	N	MW	SD	T	df	p
selbstzufr_diff	ja	43	-1,7209	2,28166	-,125	73	n.s. 0,900
	nein	32	-1,6563	2,10390			
Lebenzufr_diff	ja	43	-1,6512	2,13679	-,309	73	n.s. 0,758
	nein	32	-1,5000	2,03200			

---

#### **6.4. Vergleich der Abstinenten und der Rückfälle in Bezug auf Maskulinitäts- und Femininitätsgrad, Stressverarbeitung, Kohärenzsinn, Anomie und Lebensqualität**

Vorweg muss hier einschränkend zum einen erwähnt werden, dass das Fragendesign bezüglich Abstinenz und Rückfallepisoden für einige Studienteilnehmer verwirrend schien und so unstringente Antwortfolgen zustande kamen. Zum anderen sind auf Grund der Antwortmöglichkeiten für „Rückfallepisoden“ (0 = „nein“, 1 = „ja“, 2 = „trifft nicht zu, da abstinent gewesen“) die Fallzahlen zu gering, also weniger als 25 Patienten pro Gruppe (8 Patienten hatten keine Rückfallepisoden, 22 hatten Rückfallepisoden, auf 48 Patienten traf diese Frage nicht zu, da sie abstinent waren) um signifikante Zusammenhänge, beispielsweise zwischen den Geschlechtern, zu berechnen. Dennoch wird im Folgenden versucht, dies durchzuführen. Die Ergebnisse müssen aber kritisch bewertet werden. Sie werden demzufolge in Kapitel 7 (Diskussion) diesbezüglich nicht diskutiert.

Zunächst wird der Einfluss der Ausprägung der Ressourcen bei Erstbefragung im Sinne eines Prädiktors auf späteres Abstinenz- und Rückfallverhalten untersucht. Weiter soll der Einfluss von Abstinenz- und Rückfallverhalten auf die Ausprägung der Ressourcen bei Nachbefragung sowie auf eine mögliche Veränderung der Ressourcen im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung überprüft werden.

##### **6.4.1. Einfluss der Ausprägung von Maskulinitäts- und Femininitätsgrad, Stressverarbeitung, Kohärenzsinn, Anomie und Lebensqualität bei Erstbefragung (Prädiktor) auf späteres Abstinenz- und Rückfallverhalten**

###### **Makulinitäts- und Femininitätsgrad**

Die Ausprägung von Maskulinitäts- und Femininitätsgrad zum Zeitpunkt der Erstbefragung unterscheidet sich zwischen Abstinenten und Rückfälligen nicht signifikant, was bedeutet dass die Ausprägung dieser Ressourcen keinen Anhalt für späteres Abstinenzverhalten liefert. Folgende Tabelle zeigt den Zusammenhang.

Tabelle 107: Maskulinitäts- und Femininitätsgrad bei Erstbefragung, nach Abstinenz differenziert

	im letzten halben Jahr abstinent	N	MW	SD	T	df	p
Maskulinitätsgrad EB	ja	50	30,1400	7,50785	-,245	77	n.s. 0,807
	nein	29	30,5517	6,59863			
Femininitätsgrad EB	ja	50	38,4600	5,52623	,224	77	n.s. 0,824
	nein	29	38,1724	5,47768			

Auch bezüglich Rückfallepisoden fungiert der Grad der Ausprägung von Maskulinität und Femininität nicht als Prädiktor für abstinentes Verhalten.

### Stressverarbeitung

Auch die Ausprägungen der Positiv- und Negativstrategien bei Erstbefragung sind keine Prädiktoren für das Abstinenzverhalten. Folgende Tabelle zeigt die sich nicht signifikant unterscheidenden Mittelwerte.

Tabelle 108: Positiv- und Negativstrategien bei Erstbefragung, nach Abstinenz differenziert

	im letzten halben Jahr abstinent	N	MW	SD	T	df	p
Positivstrategien EB	ja	50	49,7200	10,11776	,271	77	n.s. 0,787
	nein	29	49,0690	10,57602			
Negativstrategien EB	ja	50	53,1400	11,06384	-,651	77	n.s. 0,517
	nein	29	54,8621	11,77080			

Gleiches gilt auch für Rückfallepisoden, wie folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 109: Positiv- und Negativstrategien bei Erstbefragung, nach Rückfällen differenziert

	Rückfallepisoden gehabt	N	MW	SD	T	df	p
Positivstrategien EB	ja	22	49,2727	11,18324	-,213	28	n.s. 0,833
	nein	8	50,2500	10,89889			
Negativstrategien EB	ja	22	56,9545	12,04546	1,183	28	n.s. 0,247
	nein	8	51,2500	10,52548			

## Kohärenzsinn

Die Ausprägung des Kohärenzsinn in der Erstbefragung hat Einfluss auf das spätere Abstinenzverhalten. Danach unterscheidet sich der SOC-Gesamtwert der Erstbefragung von Abstinenten signifikant von nicht abstinent Gebliebenen, wie folgende Tabelle veranschaulicht.

Tabelle 110: Kohärenzsinn bei Erstbefragung, nach Abstinenz differenziert

	im letzten halben Jahr abstinent	N	MW	SD	T	df	p
SOC-Gesamtscore EB	ja	50	54,4800	11,75297	2,273	77	0,026
	nein	29	48,4483	10,65895			

Danach besitzen abstinent Gebliebene insgesamt, nicht jedoch nach Geschlecht differenziert, zum Zeitpunkt der Erstbefragung signifikant bessere SOC-Werte als nicht abstinent Gebliebene.

Der SOC-Gesamtscore der Erstbefragung hat auf ein späteres Erleben von Rückfallepisoden keinen Einfluss.

## Anomie

Der Mittelwert des Anomie-Gesamtscores der Erstbefragung der Patienten, die zwischen beiden Befragungszeitpunkten abstinent blieben, unterscheidet sich nicht signifikant von dem der nicht abstinent gebliebenen. Das heißt, dass die Höhe des Anomie-Wertes der Erstbefragung kein Prädiktor für das spätere Abstinenzverhalten ist (Tabelle 111).

Tabelle 111: Anomie-Gesamtscore bei Erstbefragung, nach Abstinenz differenziert

	im letzten halben Jahr abstinent	N	MW	SD	T	df	p
Anomie-Gesamtscore EB	ja	49	5,6531	3,51515	,990	76	n.s. 0,325
	nein	29	4,8276	3,63582			

Ablesen lässt sich jedoch, dass abstinent Gebliebene paradoxerweise höhere Anomie-Werte in der Erstbefragung besitzen als Rückfällige.

Der Anomie-Index der Erstbefragung kann als signifikanter Einflussfaktor bezüglich späterer Rückfallepisoden betrachtet werden. So besitzen Patienten, die Rückfallepisoden durchlebten, in der Erstbefragung signifikant höhere Anomie-Werte, als Patienten, die keine Rückfallepisoden erlebten (Tabelle 112).



Tabelle 112: Anomie-Gesamtscore bei Erstbefragung, nach Rückfallepisoden differenziert

	Rückfallepisoden gehabt	N	MW	SD	T	df	p
Anomie- Gesamtscore EB	ja	22	5,5909	3,75004	2,227	19,839	<b>0,038</b>
	nein	8	3,0000	2,39046			

Differenziert man weiter nach Geschlecht, so sind es die männlichen Patienten, deren Anomie-Index der Erstbefragung sich zwischen Rückfälligen und nicht Rückfälligen signifikant unterscheidet. Folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse, man beachte jedoch die geringe Fallzahl.

Tabelle 113: Anomie-Gesamtscore bei Erstbefragung, nach Rückfallepisoden und Männern differenziert

<b>Männer</b>	Rückfallepisoden gehabt	N	MW	SD	T	df	p
Anomie- Gesamtscore EB	ja	9	5,5556	4,50309	2,401	10,707	<b>0,036</b>
	nein	5	1,6000	1,51658			

## Lebensqualität

Die Zufriedenheit mit sich selbst unterscheidet sich zwischen Abstinenten und Rückfälligen dahingehend, dass Abstinenten signifikant niedrigere Selbstzufriedenheitswerte in der Erstbefragung besitzen als Rückfällige. Dieses Ergebnis lässt darauf schließen, dass niedrige Selbstzufriedenheit zum Zeitpunkt der Erstbefragung ein Prädiktor für späteres positives Abstinenzverhalten sein kann. Auf die Lebenszufriedenheit trifft selbiges, allerdings nicht in signifikanter Weise, zu. Folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse.

Tabelle 114: Selbst- und Lebenszufriedenheit bei Erstbefragung, nach Abstinenz differenziert

	im letzten halben Jahr abstinent	N	MW	SD	T	df	p
Selbst- zufriedenheit EB	ja	48	3,0625	1,64260	-2,127	74	<b>0,037</b>
	nein	28	3,8929	1,64067			
Lebens- zufriedenheit EB	ja	48	3,3125	1,48977	-1,096	74	n.s. 0,277
	nein	28	3,7143	1,62975			

Bei weiterer Differenzierung nach Geschlecht erweisen sich Männern als für diesen Zusammenhang verantwortliche Subgruppe, wie folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 115: Selbst- und Lebenszufriedenheit bei Erstbefragung, nach Abstinenz und Männern differenziert

	im letzten halben Jahr abstinent	N	MW	SD	T	df	p
Selbst-zufriedenheit EB	ja	21	3,4762	1,69172	-2,056	33	<b>0,048</b>
	nein	14	4,5714	1,28388			
Lebens-zufriedenheit EB	ja	21	3,7143	1,41926	-1,322	33	n.s. 0,195
	nein	14	4,3571	1,39268			

Die Selbst- und Lebenszufriedenheit bei Erstbefragung hat keinen Einfluss auf das spätere Eintreten von Rückfallepisoden.

#### 6.4.2. Einfluss von Abstinenz- und Rückfallverhalten auf die Ausprägung von Maskulinitäts- und Femininitätsgrad, Stressverarbeitung, Kohärenzsinn, Anomie und Lebensqualität bei Nachbefragung

##### Maskulinitäts- und Femininitätsgrad

Die Überprüfung auf einen Zusammenhang zwischen Maskulinitäts- und Femininitätsgrad bei Nachbefragung und Abstinenz bzw. Rückfallepisoden bringt kein signifikantes Ergebnis, weder insgesamt noch nach Geschlecht differenziert. Dennoch seien die Maskulinitäts- und Femininitätsscores bei Nachbefragung in Abhängigkeit von Abstinenz und Rückfällen in folgenden Tabellen dargestellt.

Tabelle 116: Maskulinitäts- und Femininitätsscores bei Nachbefragung, nach Abstinenz differenziert

im letzten halben Jahr abstinent		Maskulinitäts-grad NB	Femininitäts-grad NB
nein	Mittelwert	30,5517	38,0690
	N	29	29
	SD	8,80579	6,74500
ja	Mittelwert	33,0612	39,2857
	N	49	49
	SD	6,72188	4,44878
insgesamt	Mittelwert	32,1282	38,8333
	N	78	78
	SD	7,60615	5,40663

Tabelle 117: Maskulinitäts- und Femininitätsscores bei Nachbefragung, nach Rückfällen differenziert

Rückfallepisoden gehabt		Maskulinitäts- grad NB	Femininitäts- grad NB
nein	Mittelwert	34,3750	37,6250
	N	8	8
	SD	5,39676	8,08769
ja	Mittelwert	29,3182	37,9545
	N	22	22
	SD	9,88691	6,48425
trifft nicht zu	Mittelwert	33,1277	39,4681
	N	47	47
	SD	6,25410	4,32812
insgesamt	Mittelwert	32,1688	38,8442
	N	77	77
	SD	7,53658	5,44123

Abstinente und Patienten, welchen keine Rückfallepisoden erlitten, weisen tendenziell, nicht aber signifikant höhere Maskulinitäts- und Femininitätsscores auf.

### Stressverarbeitung

Bei den Stressverarbeitungsstrategien zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Negativstrategien und Abstinenz. Nichtabstinente haben signifikant stärker ausgeprägte Negativstrategien in der Nachbefragung als Abstinente, wie folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 118: Negativstrategien bei Nachbefragung, nach Abstinenz differenziert

	im letzten halben Jahr abstinent	N	MW	SD	T	df	p
Negativ- strategien NB	ja	50	51,0000	9,41124	-3,125	77	<b>0,003</b>
	nein	29	57,7931	9,13541			

Daraus lässt sich schließen, dass Abstinente bessere Strategien besitzen, um Stress zu bewältigen, als nicht Abstinente bzw. dass ein Rückfall möglicherweise zu einer Verschlechterung der Negativstrategiewerte führt.

Differenziert man die Stichprobe nach Geschlecht, so finden sich bei den Männern keine signifikanten Unterschiede zwischen Abstinenten und Nichtabstinenten, wohl aber bei den Frauen (Tabelle 119).

Tabelle 119: Negativstrategien bei Nachbefragung, nach Abstinenz und nach Frauen differenziert

<b>Frauen</b>	im letzten halben Jahr abstinent	N	MW	SD	T	df	p
Negativstrategien NB	ja	28	51,9643	7,39611	-3,141	41	<b>0,003</b>
	nein	15	59,4000	7,40463			

Die Ergebnisse zeigen, dass Abstinenz einen signifikanten Einfluss auf die Ausprägung von Negativstrategien bei Frauen hat, in dem Sinne, dass abstinente Frauen signifikant bessere, also niedrigere Negativstrategiewerte aufweisen als nicht abstinente Frauen.

Rückfallepisoden beeinflussen signifikant die Ausprägung der Negativstrategien bei Nachbefragung, wie folgende Tabelle zeigt. Rückfällige haben demnach signifikant höhere Negativstrategiewerte als Nichtrückfällige. Positivstrategien bei Nachbefragung weisen keine signifikanten Zusammenhänge mit Rückfallepisoden auf.

Tabelle 120: Negativstrategien bei Nachbefragung, nach Rückfallepisoden differenziert

	Rückfallepisoden gehabt	N	MW	SD	T	df	p
Negativstrategien NB	ja	22	60,1818	9,09545	2,522	28	<b>0,018</b>
	nein	8	51,3750	6,16297			

Bei einer weiteren Analyse mittels T-Test, differenziert nach Geschlecht, erweisen sich ausschließlich die Männer als für den signifikanten Unterschied verantwortlich, wie folgende Tabelle veranschaulicht.

Tabelle 121: Negativstrategien bei Nachbefragung, nach Rückfallepisoden und nach Männern differenziert

<b>Männer</b>	Rückfallepisoden gehabt	N	MW	SD	T	df	p
Negativstrategien NB	ja	13	62,0769	6,46093	2,747	14	<b>0,016</b>
	nein	3	51,0000	5,19615			

Auch hier zeigt sich, dass Rückfällige signifikant schlechtere Negativstrategien bei Nachbefragung besitzen.

## Kohärenzsinn

Zwischen der Gesamtsumme des Kohärenzsinn der Nachbefragung und abstinentem Verhalten innerhalb des letzten halben Jahres besteht in der Nachbefragung ein signifikanter Zusammenhang. Danach besitzen Abstinente deutlich höhere, also bessere Werte. Folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse im Einzelnen.

Tabelle 122: Kohärenzsinn bei Nachbefragung, nach Abstinenz differenziert

	im letzten halben Jahr abstinent	N	MW	SD	T	df	p
SOC-Gesamtscore NB	ja	50	55,9100	10,05378	3,541	77	<b>0,001</b>
	nein	29	47,1724	11,42075			

Differenziert man nach Männern, so ergibt sich für den SOC-Gesamtwert bei Nachbefragung kein signifikanter Zusammenhang. Untersucht man jedoch nur die Frauen, so ergibt sich folgender signifikanter Unterschied im T-Test, wie folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 123: Kohärenzsinn bei Nachbefragung, nach Abstinenz und Frauen differenziert

<b>Frauen</b>	im letzten halben Jahr abstinent	N	MW	SD	T	df	p
SOC-Gesamtscore NB	ja	28	55,6786	10,28142	3,106	41	<b>0,003</b>
	nein	15	45,5333	10,06313			

Die besseren Werte im Gesamtscore des Kohärenzsinn weisen also die im letzten halben Jahr abstinent Gebliebenen auf, insbesondere die weiblichen Patienten.

Was die Rückfallepisoden betrifft, so sind es auch hier die Rückfälligen, die signifikant schlechtere Werte bezüglich des Kohärenzsinn bei Nachbefragung besitzen, wie folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 124: Kohärenzsinn bei Nachbefragung insgesamt, nach Rückfallepisoden differenziert

	Rückfall-episoden gehabt	N	MW	SD	T	df	p
SOC-Gesamtscore NB	ja	22	44,3182	11,30691	-2,680	28	<b>0,012</b>
	nein	8	55,6250	5,85388			

Untersucht man Männer und Frauen getrennt, so finden sich hier keine signifikanten Zusammenhänge zwischen Kohärenzsinn und Rückfallepisoden, was möglicherweise durch die zu geringe Fallzahl bedingt ist.

### Anomie

Abstinente und Nichtabstinente unterscheiden sich nicht signifikant voneinander bezüglich des Summenscores der Anomie der Nachbefragung, weder insgesamt noch innerhalb der Geschlechter. Insgesamt weisen Abstinente jedoch tendenziell niedrigere, also bessere Anomie-Werte (MW 4,02, n=50, SD 3,82) als Nichtabstinente (MW 5,17, n=29, SD 4,06) auf.

Rückfällige besitzen einen signifikant höheren Anomie-Gesamtscore in der Nachbefragung als Nichtrückfällige, wie folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 125: Anomie-Index bei Nachbefragung insgesamt, nach Rückfallepisoden differenziert

	Rückfall-episoden gehabt	N	MW	SD	T	df	p
Anomie-Gesamtscore NB	ja	22	6,3182	4,23575	3,068	26,511	<b>,005</b>
	nein	8	2,8750	1,88509			

Differenziert nach Männern und Frauen, ist kein signifikanter Zusammenhang von Rückfallepisoden und dem Anomie-Gesamtscore feststellbar, was durch eine zu geringe Fallzahl begründet sein kann.

### Lebensqualität

Abstinente unterscheiden sich signifikant von den nicht Abstinenten bezüglich der Lebensqualität bei Nachbefragung, wie folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 126: Selbst- und Lebenszufriedenheit bei Nachbefragung insgesamt, nach Abstinenz differenziert

	im letzten halben Jahr abstinent	N	MW	SD	T	df	p
Selbst-zufriedenheit NB	ja	50	5,5000	1,29756	4,279	45,843	<b>0,000</b>
	nein	29	3,8966	1,75956			
Lebens-zufriedenheit NB	ja	50	5,4600	1,31258	4,276	48,679	<b>0,000</b>
	nein	29	3,9310	1,64601			

Abstinente zeigen also bei Nachbefragung signifikant höhere Selbst- und Lebenszufriedenheit als nicht abstinenten Patienten. Differenziert nach Geschlecht zeigt sich ein vergleichbares Bild (Tabelle 127).

Tabelle 127: Selbst- und Lebenszufriedenheit bei Nachbefragung, nach Abstinenz und Männern differenziert

Geschlecht		im letzten halben Jahr abstinent	N	MW	SD	T	df	p
Männer	Selbst-zufriedenheit NB	ja	22	5,6364	1,09307	3,298	19,655	<b>0,004</b>
		nein	14	3,9286	1,73046			
	Lebens-zufriedenheit NB	ja	22	5,6364	1,04860	3,088	18,698	<b>0,006</b>
		nein	14	4,0000	1,79743			
Frauen	Selbst-zufriedenheit NB	ja	28	5,3929	1,44886	2,776	23,436	<b>0,011</b>
		nein	15	3,8667	1,84649			
	Lebens-zufriedenheit NB	ja	28	5,3214	1,49204	3,005	41	<b>0,005</b>
		nein	15	3,8667	1,55226			

Das bedeutet, dass abstinentes Verhalten, sowohl insgesamt als auch unter Männern und Frauen, mit signifikant höherer Selbst- und Lebenszufriedenheit einhergeht.

Die allgemeine Selbst- und Lebenszufriedenheit unterscheidet sich zwischen Patienten, die im vergangenen halben Jahr Rückfallepisoden erlitten, und solchen, die es nicht taten, nicht signifikant.

### 6.4.3. Einfluss von Abstinenz- und Rückfallverhalten auf die Veränderung von Maskulinitäts- und Femininitätsgrad, Stressverarbeitung, Kohärenzsinn, Anomie und Lebensqualität im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung

#### Maskulinitäts- und Femininitätsgrad

Bildet man die Differenzwerte der Mittelwerte des Maskulinitäts- sowie Femininitätsgrades aus Erst- und Nachbefragung (EB abzüglich NB) und differenziert sie nach Abstinenz und Rückfallepisoden, so erhält man sowohl zwischen Abstinenten und nicht Abstinenten als auch unter Rückfälligen und nicht rückfällig Gewordenen keine signifikanten Unterschiede. Das bedeutet, dass die Variablen Abstinenz und Rückfallepisoden keinen signifikanten Einfluss auf die Veränderung von Maskulinitäts- und Femininitätsgrad haben.

#### Stressverarbeitung

Abstinentes Verhalten hat zwar keinen Einfluss auf die Veränderung der Positivstrategien von Erst- zu Nachbefragung, führt jedoch zu einer signifikanten Verbesserung der Negativstrategien im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung. Folgende Tabelle veranschaulicht dieses Ergebnis.

Tabelle 128: Differenzwerte der Positiv- und Negativstrategien (EB minus NB), nach Abstinenz differenziert (der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz)

	im letzten halben Jahr abstinent	N	MW	SD	T	df	p
Positivstrategien EB minus Positivstrategien NB	ja	50	-2,6600	8,72157	-,375	77	n.s. 0,709
	nein	29	-1,8621	9,78236			
Negativstrategien EB minus Negativstrategien NB	ja	50	2,1400	10,54051	2,125	77	<b>0,037</b>
	nein	29	-2,9310	9,65080			

Eine Differenzierung nach Geschlecht bringt jedoch keine signifikanten Unterschiede bezüglich Negativstrategien von Abstinenten und Rückfälligen.



## Kohärenzsinn

Abstinentes Verhalten hat keinen Einfluss auf die Veränderung des Kohärenzsinns im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung, wie folgende Tabelle zeigt. Es lässt sich jedoch erkennen, dass der SOC-Gesamtwert der Nachbefragung von Patienten, die im vergangenen halben Jahr abstinent geblieben sind, höher ist als der der Erstbefragung (negatives Vorzeichen des MW). Umgekehrtes gilt für nicht abstinent gebliebene Patienten. Folgende Tabelle zeigt die Mittelwerte der Differenzwerte.

Tabelle 129: Differenzwerte des SOC-Gesamtscores (EB minus NB), nach Abstinenz differenziert (der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz)

	im letzten halben Jahr abstinent	N	MW	SD	T	df	p
soc4_diff	ja	50	-1,4300	10,22602	-1,552	76,120	n.s. 0,125
	nein	29	1,2759	5,24334			

Der gleiche Zusammenhang gilt auch für Rückfallepisoden. Differenziert nach Geschlecht, ergeben sich keine signifikanten Veränderungen des Kohärenzsinns unter dem Einfluss eines Rückfalls.

## Anomie

Abstinentes Verhalten hat einen signifikanten Einfluss auf die Veränderung des Anomie-Wertes im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung. Danach verringern sich die Anomie-Werte bei Abstinenten im Laufe des vergangenen halben Jahres, bei Rückfälligen hingegen stieg der Anomie-Wert leicht an. Folgende Tabelle zeigt die Differenzwerte der Anomie.

Tabelle 130: Differenzwerte der Anomie (EB minus NB), nach Abstinenz differenziert (der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz)

	im letzten halben Jahr abstinent	N	MW	SD	T	df	p
anomie_diff	ja	49	1,5918	3,02020	2,767	76	<b>0,007</b>
	nein	29	-,3448	2,93106			

Bei weiterer Differenzierung nach Geschlecht zeigt sich, dass es die weiblichen Befragten sind, die vorwiegend für diesen Zusammenhang verantwortlich sind.

Tabelle 131: Differenzwerte der Anomie (EB minus NB), nach Abstinenz und Frauen differenziert (der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz)

Frauen	im letzten halben Jahr abstinent	N	MW	SD	T	df	p
anomie_diff	ja	27	1,6296	3,47683	2,751	39,674	<b>0,009</b>
	nein	15	-,7333	2,08624			

Rückfallepisoden haben keinen signifikanten Einfluss auf die Veränderung des Anomie-Gesamtscores zwischen den Messzeitpunkten.

### Lebensqualität

Der Einfluss der Abstinenz auf die Differenzwerte von Selbst- und Lebenszufriedenheit ist hoch signifikant. Das heißt, dass abstinente Patienten im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung signifikant höhere Selbst- und Lebenszufriedenheitswerte entwickelt haben als Rückfällige. Folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse.

Tabelle 132: Differenzwerte der Selbst- und Lebenszufriedenheit (EB minus NB), nach Abstinenz differenziert (der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz)

	im letzten halben Jahr abstinent	N	MW	SD	T	df	p
Selbstzufr_diff	ja	48	-2,4167	1,85465	-5,063	74	<b>0,000</b>
	nein	28	-,1071	2,02465			
Lebenzufr_diff	ja	48	-2,1250	1,88640	-4,103	74	<b>0,000</b>
	nein	28	-,2857	1,88281			

Auch bei weiterer Differenzierung nach Geschlecht zeigt sich, dass sich bei abstinentem Verhalten sowohl bei männlichen als auch bei weiblichen Patienten eine signifikante Verbesserung der Selbst- und Lebenszufriedenheit entwickelt, wie folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 133: Differenzwerte Selbst- und Lebenszufriedenheit (EB minus NB) nach Rückfallepisoden und Geschlecht differenziert (der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz)

Geschlecht		im letzten halben Jahr abstinent	N	MW	SD	T	df	p
Männer	selbstzufr_diff	ja	21	-2,1429	1,85164	-4,274	33	<b>0,000</b>
		nein	14	,6429	1,94569			
	Lebenzufr_diff	ja	21	-1,9048	1,72930	-3,640	33	<b>0,001</b>
		nein	14	,3571	1,90575			
Frauen	selbstzufr_diff	ja	27	-2,6296	1,86358	-2,882	39	<b>0,006</b>
		nein	14	-,8571	1,87523			
	Lebenzufr_diff	ja	27	-2,2963	2,01561	-2,172	39	<b>0,036</b>
		nein	14	-,9286	1,68543			

Die Veränderung von Selbst- und Lebenszufriedenheit ist also in signifikanter Weise abhängig von abstinentem Verhalten.

Dieser Zusammenhang trifft bezüglich Rückfallepisoden nicht zu, das heißt, dass Rückfallepisoden keinen signifikanten Einfluss auf eine Veränderung der Selbst- und Lebenszufriedenheit im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung haben. Bei der Interpretation dieses Ergebnisses muss aber die hier relativ geringe Fallzahl berücksichtigt werden.

---

## 7. Diskussion

In der vorliegenden Studie wird neben der Verteilung der Geschlechtsrollentypen die Hypothese der traditionellen Femininität (als unspezifischem Risikofaktor) überprüft und ihr Zusammenhang mit ausgewählten Persönlichkeitsressourcen wie Kohärenzsinn, Stressverarbeitung, Anomie-Index sowie subjektive Lebensqualität untersucht. Sechs Monate nach dem stationären Aufenthalt bzw. der Erstbefragung, wird in einer katamnestischen Untersuchung überprüft, welche Veränderungen die Geschlechtsrollenorientierung sowie andere psychosoziale Ressourcen in diesem Zeitraum zeigen, und inwieweit die Ausprägung der Ressourcen bei Erstbefragung als Prädiktoren für das spätere Abstinenzverhalten und für die Therapiewahl fungiert. Zudem wird der potenzielle Einfluss verschiedener Therapiemaßnahmen auf die Ressourcen untersucht.

Damit erweitert die Fragestellung dieser Untersuchung zur Geschlechtsrollenorientierung von Alkoholikerinnen und Alkoholikern den bisherigen Forschungsstand unter anderem dadurch, dass abstinente Alkoholiker einbezogen wurden. Aus diesem Grund wurden für diese Studie zwei Messzeitpunkte gewählt, um untersuchen zu können, ob zwischenzeitliche Therapiemaßnahmen Einfluss auf die Geschlechtsrollenorientierung, das Rückfallrisiko oder auf verschiedene persönliche Ressourcen haben oder nicht. Die Erstbefragung wurde während der dreiwöchigen stationären Entgiftung in der Psychiatrischen Klinik der LMU durchgeführt. Im Rahmen der Nachbefragung ein halbes Jahr später erwies sich der relativ geringe Rücklauf an auswertbaren Fragebögen, der insbesondere bei Alkoholikern bekannt ist, als Nachteil. Jedoch wäre es hier schwierig gewesen, einen alternativen Befragungsweg zu finden. Durch die Wahl dieses Nachbefragungsverfahrens stellt sich folglich auch die Frage nach der Selektivität des Rücklaufs. Danach ist der Anteil androgyn und maskulin orientierter Patienten unter den Nichtteilnehmern geringer als unter den Teilnehmern an der Nachbefragung, der Anteil feminin und undifferenziert orientierter Nichtteilnehmer ist höher. Das lässt darauf schließen, dass es sich bei der Nachbefragung um eine psychisch positiv selektierte Stichprobe handelt, da Maskulinität und Androgynie mit besseren psychosozialen Ressourcen assoziiert sind und – hier – auch eine offensichtlich höhere Kooperationsbereitschaft erkennen lassen.

### **Geschlechtsrollentypen**

Die Verteilung der Geschlechtsrollentypen bekräftigt den früheren Befund von Möller-Leimkühler (2002), wonach alkoholabhängige Männer und Frauen im Vergleich zur Normalbevölkerung deutlich häufiger eine feminine Geschlechtsrollenorientierung aufweisen. Damit wird die Hypothese von der traditionellen Femininität als unspezifischem Risikofaktor weiter gestützt, – insbesondere dadurch, dass Femininität mit defizitären psychosozialen Ressourcen einhergeht.

---

Ein weiteres, interessantes Ergebnis ist, dass im Verlauf des ersten halben Jahres nach der Erstbefragung insgesamt sowie bei beiden Geschlechtern eine deutliche Zunahme der androgynen Geschlechtsrollenorientierung und eine ebenso deutliche Abnahme der femininen und undifferenzierten Geschlechtsrollenorientierung zu beobachten ist. Dies scheint u.a. durch bestimmte Therapiemaßnahmen bedingt zu sein. Unter dem Einfluss einer Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe nahm die Häufigkeiten an androgyn Orientierten zu, die der Maskulinen, Femininen und Undifferenzierten nahm ab. Unter dem Einfluss einer ambulanten Anschlusstherapie nahmen mehr Patienten im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung eine androgyne, erstaunlicherweise aber auch mehr Patienten eine feminine Geschlechtsrollenorientierung an, während sich die Anzahl der Patienten mit maskuliner und vor allem undifferenzierter Geschlechtsrollenorientierung verringerte. Daraus kann geschlossen werden, dass eine ambulante Anschlusstherapie die Geschlechtsrollenorientierung in Richtung Androgynität beeinflusst, eine Selbsthilfegruppe in Richtung Androgynität und Femininität. Letzteres mag daran liegen, dass insbesondere in einer Selbsthilfegruppe expressive Eigenschaften wie emotionaler Ausdruck, Empathie, gemeinsames Erleben und Entlastung im Vordergrund stehen.

Inwieweit die initiale stationäre Therapie bereits Einfluss auf die Geschlechtsrollenorientierung, verschiedene psychosoziale Ressourcen oder auf das Rückfallrisiko hatte, kann nicht beantwortet werden. Ob im Verlauf des dreiwöchigen stationären Behandlungsprozesses bereits Veränderungen der Geschlechtsrollenorientierung eingetreten sind, konnte nicht nachgewiesen werden.

Griffin-Shelly (1986) sieht in der Geschlechtsrollenorientierung eher eine aus der Sucht resultierende Folge als eine Ursache der Krankheit. Anders als in dieser Studie verteilt sich die Geschlechtsrollenorientierung in einer Untersuchung von Griffin-Shelly (1986) unter 60 männlichen Patienten nach folgender, absteigender Reihenfolge: 38,5 Prozent undifferenziert, 33 Prozent feminin, 17 Prozent maskulin, 11,5 Prozent androgyn. Bei Frauen (n=36) stellte sich die Geschlechtsrollenverteilung wie folgt dar: 50 Prozent feminin, 31 Prozent undifferenziert, 11 Prozent androgyn, 8 Prozent maskulin. Die Ergebnisse von Griffin-Shelly zeigen einen Mangel an instrumentellen (Androgyne und Maskuline bei Männern wie Frauen unterrepräsentiert), jedoch auch einen Mangel an expressiven Eigenschaften (Undifferenzierte unter Männern am häufigsten, unter Frauen am zweithäufigsten).

Die Gründe für eine geringe Ausprägung instrumenteller, also maskuliner, aber auch expressiver, also femininer Eigenschaften bei Suchtkranken werden von verschiedenen Autoren unterschiedlich dargestellt.

Penick et al. (1984) sehen darin eine Entwicklung, welche eher durch die Sucht selbst verursacht ist, als eine Folge des chronischen Trinkens. Von daher vermuten die Autoren,

---

dass durch das Erreichen der Abstinenz eine gewisse Anreicherung mit entsprechenden Eigenschaften geschehen könnte. Eine klare Trennung von Ursache und Wirkung ist allerdings erst durch Langzeituntersuchungen zu erwarten. Jedoch bekräftigen die Ergebnisse unserer Studie, wenn auch nur über ein halbes Jahr gemessen, diese These.

In einer Studie von Sorell et al. (1993) wurden 60 Alkoholikerinnen mit 60 Nicht-Alkoholikerinnen bezüglich Maskulinität, Femininität und Selbstwertgefühl verglichen. Die beiden Gruppen unterschieden sich im Hinblick auf Maskulinität, Femininität und Selbstwertgefühl dahingehend, dass alkoholkranke Frauen ein niedrigeres Selbstwertgefühl und eine undifferenzierte Geschlechtsrollenorientierung angaben. Nicht-Alkoholikerinnen zeigten ein hohes Selbstwertgefühl und waren überwiegend androgyn und maskulin. Psychische Maskulinität war allerdings der wichtigste Faktor, um zwischen Alkoholikerinnen und Nichtalkoholikerinnen zu unterscheiden, und ein mindestens genauso guter Indikator für geringes Selbstwertgefühl wie Alkoholismus selbst.

Anderson et al. (2001) untersuchten 1996 die Gründe für Geschlechtsrollenunterschiede sowie Zusammenhänge zwischen Geschlechtsrollen-orientierung, Einstellungen und Verhalten unter 55 alkoholkranken und 51 nicht alkoholkranken Frauen. Ein Grund für den Geschlechtsrollenkonflikt alkoholabhängiger Frauen war die Diskrepanz zwischen ihrer wahrgenommenen Femininität im alkoholisierten und im trockenen Zustand. Ein weiterer Grund für den Geschlechtsrollenkonflikt von Alkoholikerinnen wurde in der Diskrepanz zwischen ihrer traditionell femininen Geschlechtsrollenidentität, wie dem Verhalten bezüglich Ehe, Elternschaft und Erziehung und ihrer Teilnahme an von Männern geschätzten Aktivitäten vermutet.

Der Geschlechtsrollenkonflikt wurde in Untersuchungen von Scida und Vannicelli (1979) und Wetzig (1990), wie auch in Untersuchungen von Kroft und Leichner (1987) definiert über signifikante Differenzen zwischen realen und idealen Ratings. Es zeigte sich in den genannten Untersuchungen bei suchtkranken Frauen im Allgemeinen eine signifikant größere Differenz zwischen Realbild und Idealbild als bei diversen Kontrollgruppen. Die Alkoholikerinnen strebten dabei in der Untersuchung von Kroft und Leichner (1987) einen Zuwachs an instrumentellen Eigenschaften an. Scida und Vannicelli (1979) kommen zu dem Schluss, dass Trinken bei Alkoholikern die Dissonanz zwischen Real- und Idealbild reduziert und der Konflikt zwischen diesen beiden Seiten einen generellen Faktor im Alkoholismus bei Frauen darstellt. In einer Studie von McCrady und Sand (1985) wurden auch suchtkranke Männer bezüglich eines möglichen Konfliktes bzw. einer entsprechenden Diskrepanz untersucht. Die untersuchten Männer und Frauen strebten in signifikantem Ausmaß eine höhere Instrumentalität an. Die Untersuchungen sprechen dafür, dass zumindest bei suchtkranken Frauen eine Unzufriedenheit mit der realen Ausstattung an maskulinen und/oder femininen positiv bewerteten Eigenschaften besteht.

---

Dieser Zusammenhang bedarf weiterer Untersuchungen, da, wie in der Diskussion der Literatur ersichtlich wird, noch keine Einigkeit darüber zu bestehen scheint, ob die feminine oder die undifferenzierte Geschlechtsrollenorientierung ursächlich für die Alkoholkrankheit und die Rückfälligkeit vor allem bei Frauen, aber auch bei Männern ist. Möglicherweise sind die Übergänge hier fließend, oder es kann umgekehrt geschlossen werden, dass ein elementarer Mangel an instrumentellen Eigenschaften das Motiv für Alkoholmissbrauch bedeuten kann. Weiterhin muss versucht werden zu unterscheiden, ob in der Femininität bzw. dem Mangel an Maskulinität die Ursache oder die Wirkung der Alkoholkrankheit liegt.

### **Stressverarbeitung**

Bei Frauen, die bereits Alkoholikerinnen sind, wird verstärkt die Stress reduzierende Wirkung des Alkohols als Trinkursache hervorgehoben, während Männer stärker den Aspekt der Aktivitätssteigerung betonen (Mantek 1979). Insgesamt konnte in unserer Studie eine Verbesserung der Coping-Stile im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung beobachtet werden. Bei einer Differenzierung nach Geschlecht zeigte sich zu beiden Messzeitpunkten, dass Positivstrategien tendenziell eher von Männern, Negativstrategien eher von Frauen angewendet wurden. Auch bei Betrachtung von Geschlechtsrollentypen verbesserten sich die Werte zwischen den zwei Messzeitpunkten. Die einfachste Erklärung für die Verbesserung der Coping-Strategien liegt darin, dass die in diesem Zeitraum genutzten Therapieformen, wie z.B. die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe, bestimmte Lebensereignisse oder ein abstinentes Leben an sich, entscheidend für die Entwicklung positiver Bewältigungsstrategien sind. So hatte eine ambulante Anschlusstherapie in unserer Untersuchung einen signifikant positiven Einfluss auf die Veränderung der Negativstrategien bei Frauen. Diese Annahme ließ sich in unserer Studie dadurch bestätigen, dass nicht abstinent Gebliebene und rückfällige Patienten sowie solche, die eine erneute stationäre Entgiftung durchführen lassen mussten, signifikant schlechtere Coping-Strategien angaben. Insbesondere nicht abstinente Frauen haben signifikant stärker ausgeprägte Negativstrategien in der Nachbefragung als abstinente. Daraus lässt sich folgern, dass Abstinente bessere Strategien besitzen, um Stress zu bewältigen als Nichtabstinente bzw. dass ein Rückfall möglicherweise zu einer Verschlechterung der Stressverarbeitung führt. Auch führt Abstinenz zu einer signifikanten Verbesserung der Negativstrategien zwischen den Messzeitpunkten. Nach Geschlechtsrollenorientierung differenziert stellten sich insgesamt die Androgynen in Erst- und Nachbefragung als überlegene Gruppe bezüglich dieser Persönlichkeitsressource heraus. Während in der Erstbefragung die femininen Geschlechtsrollentypen allgemein die schlechtesten Coping-Strategien besaßen, waren es in der Nachbefragung die undifferenzierten. Dieses Ergebnis würde nicht nur bekräftigen, dass Femininität als unspezifischer Risikofaktor für Alkoholmissbrauch fungieren könnte, sondern auch, dass eine Verbesserung der persönlichen Ressourcen mit einer Anreicherung von

---

instrumentellen sowie einer Reduktion von expressiven Eigenschaften einherginge. In Zukunft wäre also, im Interesse der Suchttherapie, gerade eine solche Forschung zu fordern, die sich der Analyse der Bedingungen von erfolgreicher Bewältigung der Erkrankung stellt. In dieselbe Richtung weisen auch die Ergebnisse des Kohärenzsinn.

### **Kohärenzsinn**

Nach Antonovsky (1997) ist das Kohärenzgefühl der entscheidende Prädiktor für die gelungene Bewältigung von belastenden Situationen und damit Gesundheit, und es liegen inzwischen einige empirische Befunde vor, die seine Annahme untermauern. So auch unsere Studie, in der sich ebenfalls geschlechtsspezifische Ausprägungen zeigten. Der SOC-Gesamtscore der gesamte Stichprobe lag deutlich unterhalb der Normwerte (Normwert Männer: MW 66,28; SD 11,57 / Frauen MW 64,31; SD 11,53). Auch in dieser Studie hatten Männer (MW 50,47) in der Erstbefragung einen geringfügig höheren SOC-Gesamtscore als Frauen (MW 49,55).

Die Ausprägung des Kohärenzsinn in der Erstbefragung ist unter Abstinente signifikant höher als unter Rückfälligen und fungiert somit als Prädiktor für das spätere Abstinenzverhalten, denn dem Prädiktor entsprechend besaßen Abstinente allgemein und insbesondere Frauen in der Nachbefragung deutlich höhere, also bessere Kohärenzwerte. Daraus kann geschlossen werden, dass Patienten mit geringeren Kohärenzsinn-Werten eher rückfällig werden. Bezüglich Abstinenz zeigten sich innerhalb der Geschlechtsrollengruppen keine signifikanten Unterschiede des Kohärenzsinn.

Die insgesamt geringsten SOC-Werte wiesen die femininen Geschlechtsrollentypen auf, gefolgt von den undifferenzierten. Diese beiden Gruppen unterschieden sich jeweils signifikant von den maskulinen und den androgynen Geschlechtsrollentypen. Diese Rangfolge bestätigt unsere Annahme, dass eine feminine Geschlechtsrollenidentität eindeutig mit schlechteren psychischen Ressourcen einhergeht. Ein deutlicher Anstieg des SOC-Gesamtscores zeigte sich bei Nachbefragung sowohl insgesamt als auch unter den Geschlechtern und den Geschlechtsrollentypen, wobei die niedrigsten SOC-Gesamtsore-Werte bei Nachbefragung, anders als bei Erstbefragung, nicht mehr bei den femininen, sondern nun bei den undifferenzierten lagen. Auch hier zeigt sich die starke Assoziation von Alkoholabhängigkeit und einem Mangel an Instrumentalität. Schon ein halbes Jahr nach der stationären Behandlung ist hier eine deutliche Reduktion dieser Geschlechtsrolleneigenschaft zu beobachten. Das könnte durchaus an einer zwischen den beiden Messzeitpunkten durchgeführten ambulanten Anschluss therapie liegen, denn diese zeigte sowohl allgemein, als auch unter androgynen und femininen Geschlechtsrollentypen einen positiven, signifikanten Einfluss auf die Veränderung des Kohärenzsinn im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung, was eine gute Ansprechbarkeit Androgyner und Femininer auf diese Therapieform bedeutet. Eine erneute stationäre Entgiftung sowie die Teilnahme an einer



---

Selbsthilfegruppe waren nicht signifikant ausschlaggebend für eine Beeinflussung bzw. Veränderung des Kohärenzsинns.

Des Weiteren stieg der SOC-Gesamtscore bei Patienten, welche an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen hatten, und verringerte sich bei Patienten, die in den vergangenen sechs Monaten eine erneute stationäre Entgiftung durchführen lassen mussten.

Antonovsky (1997) beurteilt intentionale Veränderungen des Kohärenzgefühls durch professionelle Therapie hinsichtlich ihres Einflusses auf das Kohärenzgefühl sehr kritisch, denn „die eigene Weltsicht, die sich während Jahrzehnten ausgebildet hat, ist ein viel zu tief verwurzelt Phänomen, als dass es in solchen Begegnungen verändert werden könnte“. In diesem Sinne könnte es sich bei der Verbesserung des Kohärenzsинns nur um einen kurzfristigen Effekt handeln.

### **Anomie-Index**

Nach Fischer und Kohr (1981) stellt der Anomie-Index das Gefühl von Entfremdung, sozialem Misstrauen und Normunsicherheit bzw. -verlust und somit die subjektive Wahrnehmung sozialer Ordnung dar. In einer Untersuchung von Lee et al. (1990) zeigte sich in einer prospektiven Studie über 36 Monate unter 302 Fluglotsen kein Zusammenhang zwischen Anomie und Alkoholmissbrauch. Anomie erwies sich nicht als Indikator für Alkoholmissbrauch, bezogen auf die Trinkmengen sowie auf relevante demographische Faktoren. In unserer Studie zeigte sich hingegen nicht nur eine Verbesserung der Anomie-Werte zwischen beiden Befragungszeitpunkten, was eine Beziehung zwischen Anomie und Alkoholmissbrauch andeutet, es ergaben sich auch signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern, den Geschlechtsrollentypen sowie den Abstinente(n) bzw. Rückfälligen. So hatte abstinentes Verhalten allgemein und insbesondere unter Frauen einen signifikanten Einfluss auf die Veränderung bzw. Verbesserung der Anomie-Werte im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung.

Inwieweit der Anomie-Index bereits in der Vorgeschichte der Patienten pathogen war und insofern mitunter als Trinkanstoß fungiert haben könnte, oder ob er sich erst durch die Alkoholkrankheit verschlechterte, konnte hier nicht überprüft werden. Der Zusammenhang zwischen Trinkmotivation und Entfremdung wurde jedoch in einer Studie unter männlichen und weiblichen High School-Studenten von Carman et al. (1983) untersucht. Unter den männlichen Studenten fand sich kein Zusammenhang zwischen Entfremdung und persönlichen ( $r = 0,06$ ) oder sozialen ( $r = -0,05$ ) Gründen für Alkoholkonsum. Unter den weiblichen Studenten waren diese beiden Zusammenhänge signifikant ( $r = 0,22$  und  $r = -0,32$ ). Auch in unserer Studie zeigten sich Geschlechtsunterschiede dahingehend, dass Frauen zu beiden Messzeitpunkten signifikant schlechtere Anomie-Werte als Männer angaben. In der Erstbefragung besaßen die maskulinen Geschlechtsrollentypen die besten

---

Anomie-Werte und die femininen die schlechtesten. Paradoxe Weise hatten in der Nachbefragung die androgynen die schlechtesten, die maskulinen hatten wie in der Erstbefragung wieder die besten Werte. Es kann sein, dass Anomie im Hinblick auf Geschlechtsrollenorientierung kein Prädiktor für Alkoholmissbrauch per se ist. Dass sich jedoch der Anomie-Index zwischen Erst- und Nachbefragung insgesamt und differenziert nach Geschlecht deutlich verbessert hat, bekräftigt wiederum einen Zusammenhang von Alkoholmissbrauch bzw. -entzug und Anomie. Und auch hier zeigen abstinenten und nicht rückfällig gewordene sowie solche Patienten, welche die Unterstützung einer Selbsthilfegruppe in Anspruch nahmen, signifikant bessere Anomie-Werte.

### **Subjektive Lebensqualität**

Um die therapieunabhängigen Einflüsse global zu untersuchen, wurde die Lebenszufriedenheit zu beiden Befragungszeitpunkten erhoben. Im Vergleich von Erst- und Nachbefragung konnte ein deutlicher Anstieg der Lebensqualität verzeichnet werden, sowohl insgesamt als auch unter Männern und Frauen und unter den Geschlechtsrollentypen. Die Lebensqualität der gesamten Stichprobe, auch in der Nachbefragung, lag unter der Bevölkerungsnorm. Männer waren in der Erstbefragung signifikant zufriedener als Frauen, in der Nachbefragung unterschieden sich die insgesamt höheren Werte der Männer nicht mehr signifikant von denen der Frauen. Abstinentes Verhalten geht, sowohl insgesamt als auch jeweils unter Männern und Frauen, mit signifikant höherer Selbst- und Lebenszufriedenheit einher. So hat auch abstinentes Verhalten einen signifikanten Einfluss auf die positive Veränderung von Selbst- und Lebenszufriedenheit im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung. Auch innerhalb der Geschlechtsrollentypen stieg die Lebensqualität insgesamt. Am höchsten war sie zu beiden Messzeitpunkten bei den Androgynen und den Maskulinen, am geringsten bei den Femininen und den Undifferenzierten. Eine ambulante Anschlusstherapie sowie die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe hatten keinen signifikanten Einfluss auf Selbst- und Lebenszufriedenheit. Patienten, die jedoch in der Nachbefragung angaben, keine zusätzliche stationäre Therapie in den letzten sechs Monaten gehabt zu haben, waren signifikant zufriedener mit ihrem Leben im letzten Monat als die, die eine solche Therapie durchführen lassen mussten. Dies gilt allgemein und insbesondere für Frauen. Nach Geschlechtsrollentypus differenziert erweisen sich die feminin Orientierten als signifikant zufriedener mit sich selbst und ihrem Leben, wenn sie keine erneute stationäre Entgiftung durchführen lassen mussten. Im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung hat sich die Lebenszufriedenheit unter dem Auslassen einer erneuten stationären Entgiftungstherapie allgemein sowie bei Frauen und femininen Geschlechtsrollentypen signifikant verbessert. Diese Beziehung zeigt, dass es sehr entscheidend ist, welche Therapiemaßnahmen welchen Geschlechtsrollentypen zugeführt werden sollen.

---

Dieser Zusammenhang weist einmal mehr darauf hin, dass ein Mangel an instrumentellen Eigenschaften nachweislich einen Einfluss auf die Ressourcen und die subjektive Lebensqualität Alkoholabhängiger hat. Alfermann (1994) schreibt über androgyne Personen allgemein: „Sie sind offensichtlich nicht einfach die besseren Menschen, sondern besser als andere in der Lage, ihr Leben positiv zu gestalten und ihre Lebensqualität zu verbessern.“ Dies gilt offensichtlich auch für androgyn Orientierte, die alkoholabhängig sind.

### **Abstinenz und Rückfall**

Hier muss einschränkend erwähnt werden, dass die Formulierung der Frage zur Erfassung der Abstinenz sowie der Rückfallepisoden nicht ideal entworfen wurde. Viele Patienten schienen den Begriff „Abstinenz“, wohl wegen des Fremdworts, nicht verstanden zu haben. Dieses Problem wurde dadurch auffällig, dass häufig Abstinenz und Rückfallepisoden zugleich angegeben wurden, was sich per se ausschließt. Zudem verringert sich bei der Frage nach Rückfallepisoden durch die drei Antwortmöglichkeiten „ja“, „nein“ und „trifft nicht zu“ die Fallzahl erheblich (d.h. <25 Patienten die „ja“ oder „nein“ antworteten), weshalb eine Differenzierung insbesondere nach Geschlechtsrollenorientierung nicht aussagekräftig durchführbar ist.

Jedoch wiesen vor allem die nicht abstinent Gebliebenen, aber auch die rückfällig Gewordenen signifikant schlechtere Persönlichkeitsressourcen auf. Anhand der untersuchten Variablen Stressverarbeitung, Kohärenzsinn, Anomie und subjektiver Lebensqualität wurde offensichtlich, dass Abstinenz mit signifikant besseren Ausprägungen einhergeht – bei Männern wie bei Frauen.

Insgesamt blieben zwei Drittel unserer Patienten, die an der Nachbefragung teilnahmen, über das vergangene halbe Jahr hinweg abstinent, zu beinahe gleichen Teilen weibliche wie männliche (Männer 44%, Frauen 56% abstinent).

Auch nach US-amerikanischem Kenntnisstand weisen Frauen und Männer keine unterschiedlichen Rückfallraten auf (Nathan, Skinstadt 1987). Zu diesem Ergebnis kommen auch mehrere Übersichtsarbeiten (Annis, Liban 1980, Vannicelli 1984). Nach bundesdeutschen Erhebungen (Küfner et al. 1986, 1988) weisen Frauen sechs und 18 Monate sowie vier Jahre nach stationärer Therapie statistisch schlechtere Behandlungsergebnisse als Männer auf. Nicht zu übersehen sind allerdings auch die Ergebnisvariabilitäten beim Vergleich verschiedener deutscher Studien: Bei Funke und Klein (1981) blieb das Geschlecht ohne Einfluss auf den Therapieerfolg. Auch in einer weiteren deutschen Studie (Keller und Scheller 1981) blieben im Katamnesezeitraum (beginnend mit dem neunten Monat nach der Entlassung) etwa gleich viele Männer (36,0%) wie Frauen (38,1%) abstinent, aber mehr Frauen (18,2%) als Männer (12,6%) lebten nach einem nicht länger als vier Wochen andauernden Rückfall wieder abstinent. Als rückfällig wurden 51,4% der Männer

---

und 43,7% der Frauen eingestuft. Diese Ergebnisse besagen, dass Männer einen Rückfall offenbar seltener „aufzufangen“ vermögen als Frauen (Körckel 1988).

In unserer Studie wurden die Daten jedoch über das biologische Geschlecht hinaus differenziert. In Abstinenz übten sich die Geschlechtsrollentypen indessen unterschiedlich. Die signifikant meisten Abstinenten waren unter den androgynen Geschlechtsrollentypen. Undifferenziert orientierte Geschlechtsrollentypen blieben unwesentlich häufiger abstinent als feminine und vor allem maskuline. Hier kommt zwar der Femininität als unspezifischem Risikofaktor hinsichtlich der Abstinenz keine direkte Rolle zu, es kann aber indirekt herausgehoben werden, dass es auch in diesem Fall die androgyn Orientierten sind, die durch das Vermögen instrumenteller als auch expressiver Merkmale Kapazitäten besitzen, die sie widerstandsfähiger gegen einen Rückfall sein lassen. Damit vollzieht sich im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung eine Anreicherung mit sich scheinbar widersprechenden maskulinen und femininen Persönlichkeitseigenschaften, die deutlich machen, dass Androgynie auch in diesem Bereich einen Verhaltensvorteil darstellt. Nach Block (1973) liegt in der Androgynie ein erstrebenswertes Entwicklungsziel, da Verhaltens- und Erfahrungsmöglichkeiten von Männern und Frauen erweitert und bereichert werden im Sinne von Vollständigkeit und Menschlichkeit.

### **Schlussfolgerungen**

Um die Stabilität und Veränderung psychosozialer Ressourcen, insbesondere der Geschlechtsrollenorientierung alkoholkranker Männer und Frauen, untersuchen zu können, wurden unsere Patienten zu zwei Messzeitpunkten befragt. Dabei wurden die Ressourcen zum einen auf den Einfluss zwischenzeitlich durchgeführter Therapien sowie auf Abstinenzverhalten überprüft, zum anderen wurde die Ausprägung der Ressourcen im Sinne von Prädiktoren bezüglich Therapiewahl oder späterem Abstinenzverhalten untersucht.

Die Ergebnisse dieser Studie stützen die von Möller-Leimkühler (2004) im Zusammenhang mit dem überproportionalen Anstieg des Frauenalkoholismus konstatierte These vom „Risikofaktor Weiblichkeit“. Danach liegt die Ursache für Alkoholkonsum in mangelnden Konfliktlösungs- und Durchsetzungsstrategien und darin begründet, dass das traditionelle Weiblichkeitsmuster mit den erhöhten gesellschaftlichen Anforderungen kollidiert. Dadurch entstehe ein heikles Bewältigungsdefizit, so dass der Alkoholkonsum geradezu vorprogrammiert erscheine.

Aus diesem Grund erweist sich die Geschlechtsrollenorientierung in unserer Studie als sinnvollerer und komplexerer Messinstrument, als genauere Indikator und als überzeugendere Klassifizierung von alkoholabhängigen Patienten als die bloße Differenzierung nach biologischem Geschlecht.

---

Die vorliegenden Ergebnisse demonstrieren den signifikanteren Einfluss der Geschlechtsrollenorientierung auf ausgewählte Persönlichkeitsressourcen gegenüber einer Differenzierung nach Geschlecht.

Dabei stellen sich androgyne, aber auch maskuline Geschlechtsrollentypen als psychisch gesünder dar als feminine und auch undifferenzierte. Es ist denkbar, dass alkoholabhängige Patienten mit einem Mangel an positiven instrumentellen Eigenschaften dieses Defizit unbewusst bemerken und folglich versuchen, diesem durch Alkoholkonsum abzuweichen und die Diskrepanz zwischen Geschlechtsrollenrealität und Geschlechtsrollenideal zu kompensieren.

Die hier vorliegenden Untersuchungsergebnisse sprechen dafür, dass dem Geschlechtsrollenaspekt in der Alkoholismusforschung Relevanz zukommt, und er in Empirie, Theorie und Praxis stärker beachtet werden sollte. Es erscheint sinnvoll, therapeutische Techniken stärker auf geschlechtsrollenbezogene Persönlichkeitseigenschaften auszurichten und deren Einfluss auf die Prognose zu überprüfen.

Auch Anwendungsgebiete jenseits der Alkoholismusforschung sind denkbar und zum Teil schon Realität. So nutzen längst größere Verbraucherstudien in Europa und den USA die hohe Aussagekraft des Messinstruments Geschlechtsrollenorientierung (<http://medialine.focus.de>).

---

## 8. Zusammenfassung

In einer katamnestischen Untersuchung an einer Stichprobe von stationär behandelten alkoholabhängigen Patienten wurde die Hypothese von Möller-Leinkühler (2004) geprüft, wonach Femininität als unspezifischer Risikofaktor die Gefahr eines Rückfalls erhöht. Neben der Verteilung der Geschlechtsrollenorientierung in Erst- und Nachbefragung wurde ihr Zusammenhang mit bestimmten Persönlichkeitsressourcen und deren Einfluss auf Abstinenz bzw. Rückfall untersucht.

Als Ergebnis zeigt sich, dass ein Mangel an instrumentellen Eigenschaften mit einem erhöhten Rückfallrisiko sowie schlechteren Persönlichkeitsressourcen einhergeht. Die meisten Patienten sind in Erst- und Nachbefragung androgyn und feminin orientiert, wobei im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung ein prozentualer Anstieg der Androgynen und eine Reduktion der Femininen festzustellen ist.

Die Geschlechtsrollenorientierung (GRO) wurde mit dem GEPAQ von Runge, Frey et al. 1981 (in der deutschen Übersetzung des EPAQ von Spence, Helmreich 1978) als Selbstbild erfasst. Weiter wurden Positiv- und Negativstrategien mit Hilfe des Stressverarbeitungsfragebogens (SVF) von Janke und Erdmann (1997) erhoben, in dem es um die Erfassung habitueller Verarbeitungsmuster geht. Als dispositionelle Bewältigungsressource wurde das Kohärenzgefühl mit der Kurzform der Sense of Coherence Scale (SOC-29) (Antonovsky 1987) erhoben. Gefühle von Entfremdung wurden mit dem Fragebogen zur Anomie von Fischer und Kohr (1981) erfasst. Die Lebensqualität wurde mit Hilfe der deutschen Adaption des Lancashire Quality of Life Profile (LQLP) (Priebe et al. 1995 nach Oliver 1991) ermittelt. Soziodemographische und klinische Daten sowie die Zusatzdiagnosen nach ICD-10 wurden anhand der Krankenakten erhoben. Schließlich wurden Lebensereignisse, die sich im vergangenen halben Jahr nach der Entlassung aus der Suchtstation zugetragen haben könnten, abgefragt.

Die Patientenbefragung wurde zu zwei Messzeitpunkten durchgeführt. In einer Erstbefragung während einer dreiwöchigen stationären Entgiftung in der Psychiatrischen Klinik der LMU konnten 193 von 200 ausgegebenen Fragebögen ausgewertet werden. Ein halbes Jahr nach dem stationären Aufenthalt wurden die Patienten auf postalem Weg erneut befragt. Die Rücklaufquote betrug 41,45 Prozent.

Der Vergleich beider Messzeitpunkte ergab eine Verbesserung der psychosozialen Ressourcen, die zum einen mit zwischenzeitlich durchgeführten Therapiemaßnahmen, zum anderen auch mit der bloßen Abstinenz nach der Entgiftung korrelierte.

In unserer Untersuchung erwiesen sich die androgyn orientierten Geschlechtsrollentypen zu beiden Befragungszeitpunkten als die anteilmäßig am stärksten vertretene Gruppe, die

---

zugleich über die besten psychischen Ressourcen verfügt und ein geringeres Rückfallrisiko aufweist. Im Vergleich dazu hatten Feminine und Undifferenzierte schlechtere Ressourcen und ein höheres Rückfallrisiko. Während Männer und Frauen ein ähnliches Abstinenzverhalten zeigten, unterschieden sich die Geschlechtsrollentypen signifikant voneinander.

Prädiktoren für späteres Abstinenzverhalten waren die Ausprägung von Kohärenzsinn, Anomie und Lebensqualität bei Erstbefragung. Abstinentes Verhalten hat nicht nur einen signifikanten Einfluss auf die Ressourcen Stressverarbeitung, Kohärenzsinn, Anomie und Lebensqualität, auch unterscheidet sich der Grad der Veränderung dieser Ressourcen zwischen Abstinenten und Rückfälligen signifikant.

Die Rangfolge der Verteilung der Geschlechtsrollentypen änderte sich im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung nicht. Die Geschlechtsrollenorientierung erwies sich im Unterschied zu einer Differenzierung nach Geschlecht als einflussreich auf eine Veränderung des Kohärenzsinns im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung. Dabei entwickelten Androgyne eine Verbesserung, undifferenziert Orientierte eine Verschlechterung. Sowohl bei einer Differenzierung nach Geschlecht als auch nach Geschlechtsrollenorientierung zeigten sich bezüglich Stressverarbeitung und Lebensqualität signifikante Veränderungen zwischen beiden Messzeitpunkten. Anomie unterschied bzw. verbesserte sich lediglich bei einer Differenzierung nach Geschlecht signifikant, nicht jedoch nach Geschlechtsrollenorientierung.

Bezüglich zwischenzeitlich durchgeführter Therapien sei hier die ambulante Anschlusstherapie herausgehoben. Sie hat zum einen signifikanten Einfluss auf die Verbesserung von Negativstrategien der weiblichen Patienten, zum anderen verbesserte sich der Kohärenzsinn androgyn Orientierter Therapieteilnehmer signifikant, der Kohärenzsinn von undifferenzierten Therapieteilnehmern verschlechterte sich signifikant im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung unter dem Einfluss einer ambulanten Anschlusstherapie.

Die Daten zeigen, dass androgyn und maskulin orientierte Geschlechtsrollentypen über bessere psychische Ressourcen bzw. Bewältigungsstrategien verfügen als feminin und undifferenziert orientierte und bestätigen damit frühere Befunde. Auch geht ein hoher Maskulinitätsgrad konsistent mit besseren psychischen Ressourcen einher als ein hoher Femininitätsgrad. Insgesamt zeigte sich, dass die Berücksichtigung der Geschlechtsrollenorientierung im Vergleich zur bloßen geschlechtsspezifischen Analyse differenziertere Ergebnisse erbrachte. So kann konstatiert werden, dass eine Differenzierung nach Geschlecht nicht das Maß an Konsequenz und Stringenz erreicht wie eine Differenzierung nach Geschlechtsrollenorientierung, wodurch noch einmal die These vom Risikofaktor Weiblichkeit bzw. vom Zusammenhang eines Mangels an Instrumentalität und schwachen psychosozialen Ressourcen sowie hohem Rückfallrisiko bekräftigt wird.

---

Studien mit geschlechtsspezifischer Perspektive sollten also in Zukunft nicht mehr ausschließlich nach Geschlecht, sondern stets zusätzlich nach Geschlechtsrollenorientierung differenzieren – dies gilt nicht nur für die Suchtforschung.



---

## 9. Literaturverzeichnis

**Alfermann D:** Androgynie. In: Reigber D (Hrsg): Frauenwelten, Stuttgart, 1993

**Alfermann D:** Im Einklang mit sich und dem Leben. In: Meesmann H, Sill B (Hrsg.): Androgyn, 73-91. Weinheim; 1994

**Anderson MR, Stevens MJ, Pfofost KS:** Sex-role strain in alcoholic women. Department of Psychology, Illinois State University, Normal 61790-4620, USA. Subst Use Misuse.36(5):653-62, 2001 Apr

**Annis HM, Liban CB:** Alcoholism in woman: Treatment modalities and outcomes. In: Kalant OJ (ed) Alcohol and drug problems in woman: research advances in alcohol and drug problems. Volume 5. Plenum, New York, pp 385-422., 1980

**Annis HM, Skalar SM, Moser AE:** Gender in relation to relapse crisis situations, coping, and outcome among treated alcoholics. Addictive Behaviors, Vol.23, No.1 pp.127-131. Canada: Pergamon, Elsevier Science Ltd: 1998

**Antonovsky A:** Unraveling the mystery of health. How people manage stress ans stay well. San Francisco: Jossey-Bass. Dtsch.: Salutogenese. Tübingen: DGVT, 1987/1997

**Arolt V, Dilling H, Reimer Ch:** Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie.5. Aufl. Heidelberg: Springer, 2004

**Auerbach P, Oschinsky AM, Melchertsen K, Riffer M, Weitbrecht WU:** Geschlechtsspezifische Formen der Alkoholismuserwicklung, 1982. In: Berger H, Legnaro A, Reuband KH (Hrsg.). Stuttgart: Kohlhammer, 1983: 21-33

**Bandura A:** Principles of Behavior Modifikation. New York, 1996, zitiert nach: Mantek M.: Frauenalkoholismus. München: Reinhardt, 1979

**Barnes GE:** Characteristics of the clinical alcohol personalty. J. Stud. Alchohl 40 (1980) 894

**Becker P, Minsel B:** Geschlechtsdifferenzen in seelischer Gesundheit: Fakten, Hintergründe, Konsequenzen. In: Schorr A (Hrsg.) Bericht über den 13. Kongress für Angewandte Psychologie. Band 2: Klinische Psychologie, Forensische Psychologie, Pädagogische Psychologie. Bonn: Deutscher Psychologenverlag, 1986

**Becker P:** Psychologie der seelischen Gesundheit. Theorien, Modelle, Diagnostik. Band 1. Göttingen: Hogrefe, 1982

**Beckmann D, Brähler E, Richter HE:** Der Gießen-Test. 4. überarbeitete Auflage mit 2. Neustandardisierung. Bern: Huber, 1991

---

**Beckmann LJ:** Sex-role conflict in alcoholic women: Myth or reality. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 4, 408-417; 1978

**Beckmann LJ:** The self-esteem of woman alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 39, 491-498; 1978

**Bem SL:** Die Harten und Zarten. *Psychologie heute* 9: 54-59; 1976

**Bem SL:** The measurement of psychological androgyny. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 155-162; 1974

**Berger H, Legnaro A, Reuband KH (Hrsg.):** Frauenalkoholismus. Entstehung-Abhängigkeit-Therapie. Stuttgart: Kohlhammer, 1983

**Binion VJ:** A descriptive comparison of the families of origin woman heroin users and non-users. In: *Addicted Woman, Family Dynamics, Self Perception, and Support Systems*. Washington, DC: National Institute on Drug Abuse, 1979

**Binion VJ:** Sex differences in socialization and family dynamics of female and male heroin users. *Journal of Issues*, 1982, 38: 43-57

**Block J:** Conceptions of sex-role. Some cross-cultural and longitudinal perspectives. *American Psychologist*, 28:512-528, 1973

**Brähler E, Felder H (Hrsg.):** Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. Opladen, 1992

**Breeze E:** *Woman & Drinking* (an enquiry carried out on behalf of the Department of Health & Social Security). London: HMSO, 1985

**Bry BH:** Predicting drug abuse: review and reformulation. *International Journal of the Addictions* (1983), 18: 223-233

**Burt MR, Glynn TJ, Sowder BJ:** *Psychosocial Characteristics of Drug-Abusing Woman*. Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse, 1985

**Bzga (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung):** Internationales Treffen „Geschlechtsspezifischer Ansätze in der Prävention des Suchtmittelmissbrauchs“: Überlingen, Bodensee, 09.-12.06.1992, Tagungsbericht, Bonn

**Carman RS, Fitzgerald BJ, Holmgren C:** Alienation and drinking motivations among adolescent females. *J. Pers. social Psychol.* 44 : 1021-1024, 1983

**Chomak S, Collins RL:** Relationship between Sex-Role Behaviors and Alcohol Consumption in Undergraduate Men and Woman. *Journal of Studies on Alcohol*. 48, 194-201; 1987

**Conte HR, Plutchik R, Picard S, Galanter M, Jacoby J:** Sex differences in personality traits and coping styles of hospitalized alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*. 52: 26-32; 1992

---

**Curlee J:** A comparison of male and female patients at an alcoholism treatment center. In: The Journal of Psychology, 74: 239-247; 1970

**Dahlgren L:** Female alcoholics. IV. Marital situation and husbands. Acta Psychiat Scand 59: 59-69, 1979

**De Fronzo J, Pawlak R:** Being female and less deviant: The direct and indirect effects of gender on alcohol abuse and tobacco smoking. In: Journal of Psychology, 12, 6, 639-647; 1993

**De Jong CAJ, van der Brink W, Hartefeld FM, van der Wielen EGM:** Personality disorders in alcoholics and drug addicts. Comprehensive Psychiatry, 34 (1993): 87-94. In: Feuerlein W, Kufner H, Soyka M: Alkoholismus – Missbrauch u. Abhängigkeit, Stuttgart: 5. Aufl. Thieme, 1998

**De Jong-Meyer R, Heyden T, Schiereck H, Skateletz R:** Vergleich rückfälliger und nicht rückfälliger Alkoholabhängiger. Suchtgefahren, 1988; 34: 81-89 zitiert nach: Körckel J, Lauer G, Scheller R (Hrsg.): Sucht und Rückfall. Stuttgart: Enke, 1995

**Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahr (Hrsg.):** Alkohol – Konsum und Missbrauch. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 1996

**Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.):** Jahrbuch Sucht. Neuland, Hamburg, 2000

**Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg.):** Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. Göttingen: Huber, 1995

**Dunne FJ, Galatopoulos Ch, Schipperheijen JM:** Gender differences in psychiatric morbidity among alcohol misusers. Comprehensive Psychiatry, 34, 2, 95-101; 1993

**Fahrenberg J, Selg H, Hampel R:** Freiburger Persönlichkeitsinventar. Göttingen: Hogrefe, 1973

**Feselmayer S, Beiglböck W:** Der Einfluss des sozialen Umfeldes auf die Abhängigkeitsentwicklung von Männern und Frauen. In: DHS (Hrsg.), 23-37; 1990

**Festinger L:** A theory of cognitive dissonance. Evanston, Illinois: Roe, Peterson, 1957

**Feuerlein W u. Kufner H:** Alkoholismus, Alkoholmissbrauch und subjektives Befinden: Eine Repräsentativerhebung in der Bundesrepublik Deutschland. Arch. Psychiat. Nervenkr. 224, 1977, 89 – 106

**Feuerlein W, Kufner H et al:** Alkoholismus – Missbrauch u. Abhängigkeit, Stuttgart: 4. Aufl. Thieme, 1989

---

**Feuerlein W, Kűfner H, Soyka M:** Alkoholismus –Missbrauch u. Abhűngigkeit, Stuttgart: 5. Aufl. Thieme, 1998

**Fichter MM, Frick U:** Therapie und Verlauf von Alkoholabhűngigkeit. Auswirkungen auf Patient und Angehűrige. Berlin: Springer, 1992

**Fischer A, Kohr HU:** Politisches Verhalten und empirische Sozialforschung. Weinheim und Műnchen: Juventa 1981

**Funke J, Klein M:** Katamnestiche Untersuchung stationűr behandelter Alkoholiker. Suchtgefahren 27: 143-150, 1981

**Gastpar MT, Kasper S, Linden M:** Psychiatrie und Psychotherapie, 2. Aufl., Wien: Springer, 2001

**Gomberg ESL:** Gender Issues. In: Galanter M (Hrsg.) 57-107; 1993

**Goodard E, Ikin C:** Drinking in England and Wales in 1987. London: HMSO/OPCS, 1988

**Griffin-Shelly E, Sandler KR, Lees C:** Sex-role perceptions in chemically dependent subjects: Adults versus adolescents. The International Journal of the Addictions, 25, 12, 1383-1391; 1990

**Griffin-Shelly E:** Sex roles in addiction: Defense or deficit? The International Journal of the Addictions, 21, 12, 1207-1391; 1986

**Grosse G:** Die zukűnftige Eherolle im Verstűndnis műnnlicher und weiblicher Hauptschűler. Eine explorative Studie. Unverűff. Diplomarbeit, Kűln, 1977.

**Heath DB:** Woman and alcohol: crosscultural perspecives. J. Subst. Abuse 3: 175-185, 1991. In: Feuerlein W, Kűfner H, Soyka M: Alkoholismus - Missbrauch u. Abhűngigkeit, Stuttgart: 5. Aufl. Thieme, 1998

**Holzgreve W:** Frauenalkoholismus - seine Ursachen, Auswirkungen und Behandlungsműglichkeiten. Hamm, 1970

**Focus Internet:** Geschlechtsrollenorientierung

[http://medialine.focus.de/PM1D/PM1DB/PM1DBF/pm1dbf.htm?snr=6511:](http://medialine.focus.de/PM1D/PM1DB/PM1DBF/pm1dbf.htm?snr=6511)

**Huber G:** Psychiatrie. Stuttgart: Schattauer, 1994

**Janke W, Erdmann G:** Stressverarbeitungsbogen. Gűttingen – Bern – Toronto – Seattle: Hogrefe, 1997

**Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG:** Use of Licit and Illicit Drugs by America's High School Students 1975-1984. Washington, DC: US Government Printing Office, 1985

---

**Jones MC:** Personality correlates and antecedents of drinking patterns in adult males. *J. consult. clin. Psychol.* 32 (1968): 2-12. In: Feuerlein W, Kufner H, Soyka M: *Alkoholismus - Missbrauch u. Abhängigkeit*, Stuttgart: 5. Aufl. Thieme, 1998

**Junge B:** Alkohol. In: DHS (Hsrg.), *Jahrbuch Sucht*, 81-99; 1993

**Kallert TW:** Zur Soziogenese des weiblichen Alkoholismus. *Suchtgefahren* 33: 187-194, 1987

**Karl-Ludwig Täschner,** *Rauschmittel, Drogen – Medikamente - Alkohol*, 6., neu bearbeitete Auflage, Stuttgart, Thieme, 2002)

**Kasten H:** *Weiblich - männlich, Geschlechtsrollen und ihre Entwicklung*. Berlin: Springer, 1996

**Keller M, Promisel D, Spiegler D, Light L, Davies MM:** *Alkohol und Gesundheit*. Band 32 der Schriftenreihe der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit. Stuttgart: Kohlhammer, 1976

**Keller W, Scheller R:** Ergebnisse einer katamnestischen Untersuchung an Alkohol- und Medikamentenabhängigen: *Psychologie und Praxis* 25: 81-90, 1981

**Kendler KS, Heath AC, Neale MC, Kessler RC, Eaves LJ:** A population-based twin study of alcoholism in woman. *Journal of the American Medical Association* 20 (1992) 366-378

**Kendler KS, Heath AC, Neale MC, Kessler RC, Eaves LJ:** Alcoholism and major depression in woman. A twin study of the cause of comorbidity. *Arch. gen. Psychiat.* 50 (1993) 690-698

**König R:** Die Stellung der Frau in der modernen Gesellschaft. In: Käser O (Hsrg.): *Gynäkologie und Geburtshilfe*, Bd.1, Stuttgart: Thieme, 1967, S.1-50

**Körckel J (Hrsg.):** *Der Rückfall des Suchtkranken - Flucht in die Sucht?* Berlin: Springer, 1988

**Körckel J, Lauer G, Scheller R (Hrsg.):** *Sucht und Rückfall*. Stuttgart: Enke, 1995

**Krämer K:** *Suchtmittel und andere Formen abweichenden Verhaltens*. Ein Geschlechtervergleich. Freiburg, 1992

**Krampen G:** Hoffnungslosigkeit bei stationären Patienten - ihre Messung durch einen Kurzfragebogen (H-Skala). *Medizinische Psychologie*. 5:39-49; 1979

**Kroft C, Leichner P:** Sex role conflicts in alcoholic woman. *The International Journal of the Addictions*, 22, 7, 685-693; 1987

---

**Küfner H, Feuerlein W, Flohrschütz T, unter Mitarbeit von Antons K, Diehl R, Feidel D, Kaufmann F:** Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Merkmale von Patienten und Behandlungseinrichtungen, katamnestiche Ergebnisse. Suchtgefahren 32: 1-86, 1986

**Küfner H, Feuerlein W, Huber M, unter Mitarbeit von Antons K, Flohrschütz T:** Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnese, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. Suchtgefahren, 1988

**Küfner H:** Ambulante Therapie von Alkoholabhängigen. Empirische Ergebnisse und Indikationen. In: Keup W(Hrsg.): Behandlung der Sucht und des Missbrauchs chemischer Stoffe. Stuttgart: Thieme, 1981 (S.73-82)

**Lancelot C, Kaslow NJ:** Sex role orientation and disordered eating in woman: A review. Clinical Psychology Review 1994, 14:139-157

**Lara-Cantu MA, Medina-Mora ME, Gutierrez CE:** Relationship between masculinity and feminity in drinking in alcohol-related behavior in a general populationsample. Drug Alcohol Depend. 26(1), 45-54; 1990

**Lee DJ, DeFrank RS, Rose RM:** Anomie, Alcoholabuse ans Alcohol Consumption: A Prospective Analysis. Lournal of Studies on Alcohol. 51: 415-421, 1990

**Legnaro A, Zill G:** Ein Verhalten, das Männer Alkoholismus nennen: Alkoholkonsum im weiblichen Lebenszusammenhang. In: Berger, Legnaro, Reuband, 50-68; 1982

**Lindberg S, Argen G:** Mortality among male and female hospitalized alcoholics in Stockholm. Brit. J. Adict. 83 (1988) 1193-1200. In: Feuerlein W, Küfner H, Soyka M: Alkoholismus –Missbrauch u. Abhängigkeit, Stuttgart: 5. Aufl. Thieme, 1998

**Maier W, Linz M, Freyberger HJ:** Komorbidität von Substanzabhängigkeitsstörungen und anderen psychischen Störungen. In: Soyka M, Möller HJ (Hrsg.). Alkoholismus als psychische Störung. Berlin: Springer, 1997: 75-93

**Maier W:** Mechanismen der familiären Übertragung von Alkoholabhängigkeit und Alkoholabusus. In: Watzl H, Rockstroh B (Hrsg.). Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen. Göttingen: Hogrefe, 1997: 91-121

**Mann K:** Alkoholabhängigkeit. in Gastpar MT, Kasper S, Linden M (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie, 2. Aufl., Wien: Springer, 2001

**Mantek M:** Frauenalkoholismus. München: Reinhardt, 1979

**Marckwort J:** Motivationspsychologische Untersuchungen an Alkoholikerinnen. Unveröffentlichte Diss. Bonn, 1972, zitiert nach Mantek M: Frauenalkoholismus. München: Reinhardt, 1979

---

**Marlatt GA, Demming B, Reid JB:** Loss of control drinking in alcoholics: an experimental analogue. *Journal of Abnormal Psychology*, 1973; 81: 233-241

**Marlatt GA:** Rückfallprävention: Modelle, Ziele und Stadien der Verhaltensänderung. In: Watzl H, Cohen R (Hrsg.). *Rückfall und Rückfallprophylaxe*. Berlin: Springer, 1989: 16-28

**McCrary BS, Sand KS:** Age differences and patterns of sex-role conflict among alcoholics. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 2, 237-239; 1985

**Menninger:** *Me against Himself*. New York: Harcourt, 1938

**Merfert-Diete Ch, Soltau R (Hrsg.):** *Frauen und Sucht*; Reinbeck, 1984

**Miller WR, Brown JM, Simpson TL, Handmaker NS, Bien TH, Luckie LF, Montgomery HA, Hester RK, Tonigan JS:** What works? A methodical analysis of the alcohol treatment outcome literature. In: Hester RK, Miller WR (Hrsg.): *Handbook of Alcoholism Treatment approaches. Effektive Alternativen*. Allyn & Bacon, Boston 1995 (S.12-44)

**Möller HJ, Laux G, Deister A:** *Psychiatrie und Psychotherapie*. 2.Aufl., Stuttgart: Thieme, 2001

**Möller HJ:** *Psychiatrie - Ein Leitfaden für Klinik und Praxis*, 4.Aufl., Stuttgart: Kohlhammer, 2002

**Möller-Leimkühler AM, Schwarz R, Burtscheidt W, Gaebel W:** Alcohol dependence and gender-role orientation. *Eur Psychiatry*.17:1-8; 2002

**Moos RH, Brennan PL:** Der Kontext und das Ergebnis von Coping: neue Konzepte aus der Untersuchung älterer Alkoholiker. In: Muthny FA: *Krankheitsbewältigung – Hintergrundtheorien, klinische Erfassung und empirische Ergebnisse*. Berlin: Springer, 107-120; 1990

**Moos RH:** Coping: Konzepte und Messverfahren. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*; 34: 207-225; 1988

**Müller C(Hrsg.):** *Lexikon der Psychiatrie*. 2. Auflage. Berlin: Springer, 1986

**Murphy GE, Wetzel RD, Robins E, McEvoy L:** Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. *Arch. gen. Psychiat.* 1992, 49: 459-463

**Muthny FA:** *Krankheitsbewältigung – Hintergrundtheorien, klinische Erfassung und empirische Ergebnisse*. Berlin: Springer, 143-166; 1990

**Nadeau L:** Woman's issues in the therapeutic community patriarchy an male protection an counter-therapeutic. *Addiction Therapist* 1978, 2:71-73

**Nathan PE, Skinstad AH:** Outcomes of treatment for alcohol problems: Current methodes, promlems, and results. *Lournal of Consulting and Clinical Psychologie* 55: 332-340, 1987

---

**Oppenheimer E:** Alcohol and Drug Misuse Among Woman – An Overview, *British Journal of Psychiatry* (1991), 158 (suppl. 10): 36-44

**Parker DA, Harford TC:** Gender-role attitudes, job competition and alcohol consumption among woman and men. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 16, 2, 159-165; 1992

**Penick EC, Powell B, Read M:** Sex-role affiliation among male alcoholics. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 1, 359-363; 1984

**Perri MG:** Self-change strategies for the control of smoking, obesity and problem drinking. In: Shiffman S, Wills TA (Eds.): *Coping and substance use*. New York: Academic Press, 1985

**Petry J:** Ein schematischer Überblick über die Kulturgeschichte des Alkohols. *Suchtgefahren* 1983, 29:298-302

**Pleck JH:** *The myth of masculinity*, New York, 1981

**Priebe S, Gruyters T, Heinze M, Hoffmann C, Jäkel A:** Subjektive Evaluationskriterien in der psychiatrischen Versorgung – Erhebungsmethoden für Forschung und Praxis. *Psychiat Prax* 1995, 22: 140-144

**Rachel JV, Maisto SA, Guess LL et al:** Alcohol use among youth. In : *Alcohol Consumption and Related Problems*. Alcohol and Health Monograph. No.1. Washington, DC: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1982

**Reed B:** Intervention strategies for drug dependent woman: an introduction. In: *Treatment Service for Drug Dependent Woman*, Vol. 1. Rockville, Maryland: NIDA, 1981

**Reuband KH:** Erscheinungsformen des Frauenalkoholismus – alte und neue Fragen. In: Berger H, Legnaro A, Reuband KH (Hrsg.). Stuttgart: Kohlhammer, 1983: 11-20

**Riedesel D:** Der Rückfall von Alkoholabhängigen. Eine Vergleichsstudie unter besonderer Berücksichtigung kognitiver Faktoren. Unveröffentl. Diplomarbeit, Münster, Westf. Wilhelms-Univ., 1987

**Rieth E:** Soziologische und psychologische Ursachen der Sucht bei Frauen. *Z. Allgemeinmed.* 47, 1971, 852-855

**Rohsenow EJ, Corbett R, Devine D:** Molested as children; a hidden contribution to substance abuse? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1988, 5 (suppl. 1): 13-18

**Rommelspacher H:** Neurobiologische Grundlagen der Alkoholabhängigkeit. In: Soyka M, Möller HJ (Hrsg.). *Alkoholismus als psychische Störung*. Berlin: Springer, 1997: 33-56



---

**Rost WD:** Psychoanalyse der Alkoholismus: Theorie, Diagnostik, Behandlung. Stuttgart: Klett-Cotta, 1994

**Runge TE, Frey D, Gollwitzer PM et al:** Masculine (instrumental) and feminine (expressive) traits. A comparison between Students in the United States and West Germany. Journal of Cross-Cultural Psychology 1981, 12: 142-162

**Saß H, Wittchen HU, Zaudig M:** Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe, 1996

**Scheller R, Lemke P:** Stressbewältigungsstrategien, Kontroll- und Kompetenzüberzeugungen von Alkoholikern. Sucht 4 (1994), S.232-243

**Schenk H, Langenheder W:** Wie männlich ist der Mann? In: Psychologie heute, 5, 9, 52-57, 1977

**Schenk H:** Geschlechtsrollenwandel und Sexismus – Zur Sozialpsychologie geschlechtsspezifischen Verhaltens. Beltz Verlag: Weinheim und Basel, 1979.

**Schepank H:** Geschlechtsunterschiede in Manifestation und Verlauf psychogener Erkrankungen. In: Brähler E, Felder H (Hrsg.). Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. Medizinpsychologische und psychosomatische Untersuchungen. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1992. In: Weiblich – männlich, Geschlechtsrollen und ihre Entwicklung. Berlin: Springer, 1996

**Schlüter-Dupont L:** Alkoholismus -Therapie, pathogenetische, psychodynamische, klinische und therapeutische Grundlagen. Stuttgart: Schattauer, 1990

**Schmidt L, Weisner C:** The emergence of problem-drinking woman as a special population in need of treatment. Recent Development in Alcoholism, 12, 309-334; 1995

**Schmidt L:** Alkoholkrankheit und Alkoholmissbrauch : Definition-Ursachen-Folgen-Behandlung-Prävention. Stuttgart: Kohlhammer, 1986

**Schmidt L:** Alkoholkrankheit und Alkoholmissbrauch : Definition-Ursachen-Folgen-Behandlung-Prävention. 4. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, 1997

**Schmidt LG:** Diagnostik von Alkoholmissbrauch und Abhängigkeit. In: Soyka M, Möller HJ (Hrsg.). Alkoholismus als psychische Störung. Berlin: Springer, 1997

**Schmidt LG, Müller-Oerlinghausen, Schlünder M, Seidel M, Platz WE:** Benzodiazepine und Barbiturate bei chronischen Alkoholikern und Opiatabhängigen. Dtsch med Wochenschr 112 1849-1854, 1987

**Schmitz-Moormann K:** Typisch Mann? In: Feuerlein, Schmitz-Moormann u. Kufner, 23-38; 1988

- 
- Scholz H:** Syndrombezogene Alkoholismustherapie. Göttingen: Hogrefe, 1996
- Schuckit MA:** The alcoholic woman, a literature review. *Psychiatry in: Medizin* 1972, 3: 37-43, zitiert nach: Scholz H., Scholz H.: Syndrombezogenen Alkoholismustherapie. Göttingen: Hogrefe, 1996: 148-159
- Scida J, Vannicelli M:** Sex-role conflict and woman's drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 40, 28-44; 1979
- Sieber M:** Drogenkonsum: Einstieg und Konsequenzen. Bern, Huber, 1993
- Simons RL, Robertson JF:** The impact of parenting factors, deviant peers and coping style upon adolescent drug use. *Family relations*, 3: 278-281; 1989
- Sorell GT, Silvia LY, Busch-Rossnagel NA:** Sex-role orientation and self-esteem in alcoholic and nonalcoholic women. *J Stud Alcohol*;54(5):566-73. 1993 Sep
- Soyka M, Möller HJ (Hrsg.):** Alkoholismus als psychische Störung. Berlin: Springer, 1997
- Soyka M:** Störungen durch Alkohol. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP: *Psychiatrie und Psychotherapie*, Berlin: Springer, 2000
- Spence JT, Helmreich RL, Stapp J:** Ratings of self and peers of sex-role attributes and their relation to self-esteem and conceptions of masculinity and femininity. *Journal of Personality and Social Psychology* 32: 29-39, 1975
- Spence JT, Helmreich RL:** *Masculinity and Femininity-Their Psychological Dimensions, Correlates and Antecedents*. Austin: Univ. of Texas Press, 1978
- Spence JT:** Masculinity, femininity and gender related traits: A conceptual analyse and critique of current research. In: Maher BA, Mahre WB (Hrsg.): *Progress in Experimental Personality Research*, Vol.13, 1-97. New, York, 1984
- Steingerg FC, Leichner PP, Harper DW:** The interaction as a life stress moderator for early versus middle adolescents. *Journal of Personality and Social Psychology* 1989, 57:199-119
- Stone AA, Lennox S, Neale JM:** Daily coping and alcohol use in sample of community adults. In: Shiffman S, Ashby Wills T: *Coping and Substance Use*. Academic Press, Orlando 1985 (S.199-220)
- Stuckmann G:** Die zukünftige Eherolle im Verständnis von männlichen und weiblichen Gymnasiasten. Eine explorative Studie. Unveröff. Diplomarbeit, Köln, 1977
- Tamerin JS:** The Psychotherapie of Alcoholic Woman. In: Zimberg SH, Wallace J, Blume SH B(Eds.). *Practical Approaches to Alcoholic Psychotherapie*. New York: Plenum Press, 1985 zitiert nach: Scholz H.: Syndrombezogenen Alkoholismustherapie. Göttingen: Hogrefe, 1996: 149-159

---

**Turnbull JE, Gomberg ESL:** The structure of depression in alcohol woman. *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 148-155; 1990

**Vannicelli M:** Treatment outcome of alcoholic woman: The state of the art in relation to sex bias and expectancy and interventions. In: Beckmann LJ (ed): *Alcoholproblems in woman: Antecedents, consequences and interventions*. Guilford, New York London, pp 369-412, 1984

**Wandberg KW, Knapp J:** Differences in drinking symptoms and behavior of men and woman alcoholics. *Bl. J. Addict.* 1979; 64: 347-355 zit. nach: Mantek M: *Frauenalkoholismus*. München: Reinhardt, 1979

**Wanke K:** Alkoholismus bei Frauen – Analyse klinischer Erfahrungen. In: *Alkoholismus bei Frauen*. Heft 15 der Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren. Hamm: Hoheneck, 1970

**Wanke K:** Unterschiedliches Suchtverhalten bei Frauen und Männern. In: *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren*. 11-28; 1981

**Wanke K:** Zur Psychologie der Sucht. In: Kisker KP, Lauter H, Mexer IE, Müller C, Strömngren E (Hrsg.): *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd. III. Berlin: Springer, 1987

**Watzl H, Rockstroh B (Hrsg.):** *Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen*. Göttingen: Hogrefe, 1997

**Weathers C, Billingsley D:** Body image and sex-role stereotypes as features of addiction in woman. *International Journal of the Addictions*, 17, 2, 343-347; 1982

**Wetzig DL:** Sex-role conflict in female athletes: A possible marker for alcoholism. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 35, 3, 45-53; 1990

**Whiteley BE:** Sex-role orientation and self-esteem: A critical meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology* 1983; 44:765-778

**Wilsnack RW, Wilsnack SC, Klassen AD:** Drinking and Drink: problems among woman in a US national survey. *Alcohol Health and Research World*. 1984/85, 9:3-13

**Wilsnack RW, Wilsnack SC, Klassen AD:** Womans drinking and drinking problems: pattern from a 1981 national survey. *American Journal of Public Health*, 1984, 23: 1231-1238

**Wünschmann B:** Alkohol. In: DHS (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht* 1992, 5-18; 1991

**Wurzbacher G:** Suchtentwicklung und Rolle der Frau aus sozialwissenschaftlicher Sicht. In: *Dt. Hauptstelle gegen Suchtgefahren (Hrsg.): Frau und Sucht*. Band 23 der Zeitschriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren. Hoheneck: Hamm, 1981

## 10. Abkürzungsverzeichnis

AA	=	Anonyme Alkoholiker
EB	=	Erstbefragung
NB	=	Nachbefragung
GRO	=	Geschlechtsrollenorientierung
SOC4	=	Sense of Coherence = Kohärenzsinn
SVF	=	Stressverarbeitungsfragebogen

## 11. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: schematisierte Darstellung der Fragestellung.....	34
Abbildung 2: Schulbildung zum Zeitpunkt der Erstbefragung, differenziert nach Geschlecht .....	39
Abbildung 3: „Habe Kinder“ zum Zeitpunkt der Erstbefragung nach Geschlecht differenziert .....	40
Abbildung 4: „Vollzeit arbeiten“ zum Zeitpunkt der Erstbefragung nach Geschlecht differenziert.....	41
Abbildung 5: Kreisdiagramm: Teilnahme an ambulanter Anschlusstherapie, erneuter stationärer Entgiftung sowie an Selbsthilfegruppe insgesamt (Mehrfachnennungen enthalten).....	78

## 12. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Instrumentalität und Expressivität (nach Spence et al. 1975).....	22
Tabelle 2: Charakterisierung von vier Persönlichkeitstypen (in Anlehnung an Bem und Spence).....	23
Tabelle 3: Selektivität des Rücklaufs nach Geschlechtsrollenorientierung zum Zeitpunkt der Erstbefragung bezüglich Teilnehmern und Nichtteilnehmern der Nachbefragung .....	34
Tabelle 4: „Alleine leben“ zum Zeitpunkt der Erstbefragung nach Geschlecht differenziert .....	40
Tabelle 5: Zusatzdiagnosen nach biologischem Geschlecht differenziert .....	42
Tabelle 6: Geschlechtsrollenorientierung zum Zeitpunkt der Erstbefragung, differenziert nach Geschlecht .....	43
Tabelle 7: „Mit Partner lebend“, differenziert nach Geschlechtsrollenorientierung zum Zeitpunkt der Erstbefragung.....	44
Tabelle 9: Zusatzdiagnosen der Geschlechtsrollentypen zum Zeitpunkt der Erstbefragung.....	44
Tabelle 10: Täglich aufgenommene Alkoholmenge in Gramm, differenziert nach Geschlechtsrollenorientierung zum Zeitpunkt der Erstbefragung .....	44
Tabelle 12: Mittelwertvergleich Alkoholkonsum in Gramm, nach Geschlechtsrollentypen bei Erstbefragung differenziert.....	45
Tabelle 13: Mittlere Dauer der Alkoholabhängigkeit in Jahren, nach Geschlechtsrollentypen zum Zeitpunkt der Erstbefragung differenziert.....	45
Tabelle 14: Suizidversuche zum Zeitpunkt der Erstbefragung, nach Geschlechtsrollenorientierung differenziert.....	46
Tabelle 15: Stressverarbeitung zum Zeitpunkt der Erstbefragung, nach biologischem Geschlecht, Geschlechtsrollenorientierung differenziert.....	47
Tabelle 16: svf_diffEB, nach Geschlecht differenziert.....	47
Tabelle 17: Negativstrategien zum Zeitpunkt der Erstbefragung, nach Geschlecht differenziert .....	48

---

Tabelle 18: svf_diffEB, differenziert nach Geschlechtsrollenorientierung zum Zeitpunkt der Erstbefragung (einfaktorielle ANOVA) .....	48
Tabelle 19: Korrelation von Maskulinitäts- und Femininitätsgrad und Positiv- und Negativstrategien bei Erstbefragung .....	49
Tabelle 20: Kohärenzsinn: Normwerte, differenziert nach Geschlecht und Geschlechtsrollenorientierung bei Erstbefragung .....	49
Tabelle 21: Mittelwertvergleich von Kohärenzsinn, nach Geschlechtsrollenorientierung zum Zeitpunkt der Erstbefragung differenziert (einfaktorielle ANOVA) .....	50
Tabelle 22: Korrelation Kohärenzsinn und Maskulinitäts- sowie Femininitätsgrad bei Erstbefragung .	50
Tabelle 23: Mittelwerte Anomie-Gesamtscore bei Erstbefragung, nach Geschlecht und Geschlechtsrollenorientierung differenziert.....	51
Tabelle 24: Mittelwertvergleich Anomie, differenziert nach Geschlechtsrollenorientierung zum Zeitpunkt der Erstbefragung (einfaktorielle ANOVA) .....	51
Tabelle 25: Korrelation Anomie-Gesamtscore Maskulinität und Femininität zum Zeitpunkt der Erstbefragung .....	52
Tabelle 26: Mittelwerte von Patientenselbst- und Lebenszufriedenheit im letzten Monat vor Erstbefragung, nach Geschlecht und Geschlechtsrollenorientierung bei Erstbefragung differenziert.....	52
Tabelle 27: Mittelwertvergleich von Selbstzufriedenheit, nach Geschlechtsrollenorientierung zum Zeitpunkt der Erstbefragung differenziert (einfaktorielle ANOVA, Bonferroni) .....	53
Tabelle 28: Mittelwertvergleich von Lebenszufriedenheit, nach Geschlechtsrollenorientierung zum Zeitpunkt der Erstbefragung differenziert (einfaktorielle ANOVA, Tamhane).....	53
Tabelle 29: Korrelation von Selbst- und Lebenszufriedenheit im letzten Monat und Maskulinitäts- und Femininitätsscore zum Zeitpunkt der Erstbefragung.....	54
Tabelle 30: Korrelation Stressverarbeitung, Anomie, Kohärenzsinn und Lebensqualität und Maskulinitäts- sowie Femininitätsscore zum Zeitpunkt der Erstbefragung.....	55
Tabelle 31: Inanspruchnahme einer ambulanten Therapie im Anschluss an die stationäre, nach Geschlecht und Geschlechtsrollenorientierung differenziert .....	56
Tabelle 32: Erneute stationäre Entgiftung, nach Geschlecht differenziert .....	57
Tabelle 33: Teilnahme an Selbsthilfegruppe wie Anonyme Alkoholiker (AA) nach Geschlecht und Geschlechtsrollenorientierung.....	57
Tabelle 34: Lebensereignisse zum Zeitpunkt der Nachbefragung.....	58
Tabelle 35: Abstinenz, nach Geschlecht differenziert .....	59
Tabelle 36: Abstinenz, nach Geschlechtsrollenorientierung differenziert .....	59
Tabelle 37: Häufigkeiten der Geschlechtsrollentypen insgesamt bei Erst- und Nachbefragung .....	60
Tabelle 38: Häufigkeiten der Geschlechtsrollentypen der 81 Patienten, die an Erst- und Nachbefragung teilgenommen haben .....	60
Tabelle 39: Differenzwerte der Prozentpunkte von Geschlechtsrollentypen der 81 Patienten, die an Erst- und Nachbefragung teilgenommen haben .....	61
Tabelle 40: Geschlechtsrollenorientierung bei Erst- und Nachbefragung, nach Geschlecht differenziert .....	61

---

Tabelle 41: Geschlechtsrollentypen der 81 Patienten, die an Erst- und Nachbefragung teilgenommen haben, nach Geschlecht differenziert .....	62
Tabelle 42: Differenzwerte der Prozente von Geschlechtsrollentypen der 81 Patienten, die an Erst- und Nachbefragung teilgenommen haben, nach Geschlecht differenziert .....	62
Tabelle 43: Mittelwertvergleich der Positiv- und Negativstrategien aus Erst- und Nachbefragung (T-Test bei gepaarten Stichproben, der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz).....	63
Tabelle 44: Mittelwertvergleich von Positiv- und Negativstrategien bei Nachbefragung, differenziert nach Geschlecht.....	63
Tabelle 45: Mittelwertvergleich Positiv- und Negativstrategien bei Erst- und Nachbefragung, nach Männern differenziert (T-Test bei gepaarten Stichproben, der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz) .....	64
Tabelle 46: Mittelwertvergleich Positiv- und Negativstrategien bei Erst- und Nachbefragung, nach Frauen differenziert (T-Test bei gepaarten Stichproben, der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz) .....	64
Tabelle 47: Mittelwerte der Positiv- und Negativstrategien bei Nachbefragung, nach Geschlechtsrollenorientierung differenziert.....	65
Tabelle 48: Mittelwertvergleich der Positivstrategien bei Nachbefragung, nach Geschlechtsrollenorientierung differenziert (einfaktorielle ANOVA) .....	65
Tabelle 49: Mittelwertvergleich der Negativstrategien bei Nachbefragung, nach Geschlechtsrollenorientierung differenziert (einfaktorielle ANOVA) .....	66
Tabelle 50: Korrelation von Positiv- und Negativstrategien in Erst- und Nachbefragung, nach Maskulinitäts- und Femininitätsgrad der Erst- bzw. Nachbefragung differenziert .....	67
Tabelle 51: Korrelation Positiv- und Negativstrategien bei Nachbefragung, nach Maskulinitäts- und Femininitätsgrad bei Nachbefragung differenziert .....	67
Tabelle 52: Mittelwertübersicht des Kohärenzsinn bei Erst- und Nachbefragung, nach Geschlecht differenziert.....	68
Tabelle 53: Mittelwerte Gesamtscore Kohärenzsinn, nach Geschlechtsrollenorientierung bei Nachbefragung differenziert.....	69
Tabelle 54: Mittelwertvergleich Kohärenzsinn bei Nachbefragung, nach Geschlechtsrollenorientierung bei Nachbefragung differenziert (einfaktorielle ANOVA).....	69
Tabelle 55: Korrelation von Gesamtscore Kohärenzsinn bei Erst- und Nachbefragung und Maskulinitäts- und Femininitätsgrad bei Erstbefragung.....	70
Tabelle 56: Mittelwertvergleich Anomie-Index bei Nachbefragung, nach Geschlecht differenziert .....	71
Tabelle 57: Mittelwerte Anomie-Index, nach Geschlechtsrollenorientierung bei Nachbefragung.....	72
Tabelle 58: Korrelation von Anomie-Gesamtscore bei Erst- und Nachbefragung und Maskulinitäts- und Femininitätsgrad der Erstbefragung.....	72
Tabelle 59: Korrelation von Anomie-Gesamtscore bei Nachbefragung und Maskulinitäts- und Femininitätsgrad der Nachbefragung.....	73
Tabelle 60: Mittelwertvergleich Selbst- und Lebenszufriedenheit von Erst- und Nachbefragung.....	73
Tabelle 61: Mittelwertvergleich Selbst- und Lebenszufriedenheit bei Erst- und Nachbefragung insgesamt (T-Test bei gepaarten Stichproben, der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz).....	74

---

Tabelle 62: Mittelwertvergleich Selbst- und Lebenszufriedenheit bei Erst- und Nachbefragung, nach Geschlecht differenziert .....	74
Tabelle 63: Mittelwertvergleich Selbst- und Lebenszufriedenheit im Vergleich von Erst- und Nachbefragung, nach Geschlecht differenziert (T-Test bei gepaarten Stichproben, die angegebenen Mittelwerte sind die Differenzwerte der Mittelwerte).....	75
Tabelle 64: Mittelwerte von Selbst- und Lebenszufriedenheit, nach Geschlechtsrollenorientierung bei Nachbefragung differenziert.....	75
Tabelle 65: Mittelwertvergleich Selbst- und Lebenszufriedenheit im Verlauf von Erst- zu Nachbefragung, differenziert nach Geschlechtsrollentypen der Nachbefragung (T-Test bei gepaarten Stichproben, der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz).....	76
Tabelle 66: Korrelation von Maskulinitäts- und Femininitätsgrad bei Erstbefragung und Lebensqualität bei Erst- und Nachbefragung .....	77
Tabelle 67: Korrelation von Maskulinitäts- und Femininitätsgrad bei Nachbefragung und Lebensqualität bei Nachbefragung .....	77
Tabelle 68: Therapiewahl (ambulante Anschlusstherapie, erneute stationäre Entgiftung und Teilnahme an Selbsthilfegruppe), nach Geschlecht differenziert (Mehrfachnennungen möglich) .....	79
Tabelle 69: Therapiewahl (ambulante Anschlusstherapie, erneute stationäre Entgiftung und Teilnahme an Selbsthilfegruppe), nach Geschlechtsrollentypen differenziert (Mehrfachnennungen möglich).....	79
Tabelle 70: Im Anschluss an stationäre ambulante Therapie, nach Geschlechtsrollenorientierung bei Nachbefragung differenziert.....	80
Tabelle 71: Differenzwerte GEPAQ Klassifizierung Selbstbild EB zu GEPAQ Klassifizierung Selbstbild NB in Prozentpunkten differenziert nach ambulanter Anschlusstherapie.....	81
Tabelle 72: Einfluss von Positiv- und Negativstrategien bei Erstbefragung auf Entscheidung zur Teilnahme an ambulanter Anschlusstherapie.....	82
Tabelle 73: Mittelwertvergleich des SOC-Gesamtscores bei Erstbefragung, nach Teilnahme an ambulanter Anschlusstherapie differenziert.....	82
Tabelle 74: Mittelwertvergleich des Kohärenzsinn, nach Teilnahme an ambulanter Anschlusstherapie differenziert.....	83
Tabelle 75: Einfluss der ambulanten Therapie nach stationärer auf Positiv- und Negativstrategien bei Nachbefragung.....	83
Tabelle 76: Mittelwertvergleich des SOC-Gesamtscores der Nachbefragung, nach Teilnahme an ambulanter Anschlusstherapie differenziert.....	84
Tabelle 77: Mittelwertvergleich Selbst- und Lebenszufriedenheit bei Nachbefragung, nach ambulanter Anschlusstherapie differenziert.....	84
Tabelle 78: svf_pos_diff und svf_neg_diff differenziert nach ambulanter Anschlusstherapie (der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz).....	85
Tabelle 79: svf_pos_diff und svf_neg_diff nach ambulanter Anschlusstherapie, differenziert nach Frauen (der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz).....	86
Tabelle 80: Mittelwertvergleich von soc4_diff, nach Teilnahme an ambulanter Anschlusstherapie differenziert (der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz) .....	86
Tabelle 81: soc4_diff nach ambulanter Therapie, differenziert nach androgynen und undifferenzierten Geschlechtsrollentypen (der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz) .....	87

---

Tabelle 82: Differenzwerte Selbst- und Lebenszufriedenheit (EB minus NB), nach ambulanter Anschlusstherapie differenziert (der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz).....	87
Tabelle 83: Erneute stationäre Entgiftung, nach Geschlecht differenziert .....	88
Tabelle 84: Positiv- und Negativstrategien bei Erstbefragung, nach stationärer Entgiftung differenziert .....	88
Tabelle 85: Kohärenzsinn bei Erstbefragung, nach erneuter stationärer Entgiftung differenziert .....	89
Tabelle 86: Selbst- und Lebenszufriedenheit bei Erstbefragung, nach erneuter stationärer Therapie differenziert.....	89
Tabelle 87: Mittelwertvergleich von Positiv- und Negativstrategien bei Nachbefragung, nach erneuter stationärer Entgiftung differenziert .....	90
Tabelle 88: Mittelwertvergleich Lebensqualität bei Nachbefragung, nach Teilnahme an erneuter stationärer Therapie differenziert .....	91
Tabelle 89: Mittelwerte Selbst- und Lebenszufriedenheit, nach erneuter stationärer Entgiftung und nach Frauen differenziert .....	91
Tabelle 90: Mittelwerte Selbst- und Lebenszufriedenheit, nach erneuter stationärer Therapie und nach feminin Orientierten differenziert .....	92
Tabelle 91: Differenzwerte svf_pos_diff und svf_neg_diff nach erneuter stationärer Entgiftung differenziert (der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz) .....	92
Tabelle 92: Mittelwertvergleich soc4_diff (EB minus NB), nach Teilnahme an erneuter stationärer Entgiftung differenziert (der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz) .....	93
Tabelle 93: Mittelwertvergleich der Differenzwerte von Selbst- und Lebenszufriedenheit (EB minus NB), nach Teilnahme an erneuter stationärer Entgiftung differenziert (der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz) .....	93
Tabelle 94: Differenzwerte Selbst- und Lebenszufriedenheit (EB minus NB) bei erneuter stationärer Entgiftung, differenziert nach Frauen (der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz) .....	94
Tabelle 95: Differenzwerte Selbst- und Lebenszufriedenheit (EB minus NB) bei erneuter stationärer Entgiftung, differenziert nach feminin orientierten Geschlechtsrollentypen (der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz).....	94
Tabelle 96: Teilnahme an Selbsthilfegruppe wie Anonyme Alkoholiker (AA), nach Geschlechtsrollenorientierung bei Erst- und Nachbefragung differenziert .....	95
Tabelle 97: Differenzwerte der Prozentpunkte von GEPAQ Klassifizierung Selbstbild EB und GEPAQ Klassifizierung Selbstbild NB, differenziert nach Teilnahme an Selbsthilfegruppe.....	96
Tabelle 98: Positiv- und Negativstrategien der Erstbefragung, differenziert nach Teilnahme an Selbsthilfegruppe.....	96
Tabelle 99: Kohärenzsinn bei Erstbefragung, differenziert nach Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe .....	97
Tabelle 100: Selbst- und Lebenszufriedenheit bei Erstbefragung, nach Teilnahme an Selbsthilfegruppe differenziert.....	97
Tabelle 101: Positiv- und Negativstrategien bei Nachbefragung, differenziert nach Teilnahme an Selbsthilfegruppe.....	98
Tabelle 102: Kohärenzsinn bei Nachbefragung, differenziert nach Teilnahme an Selbsthilfegruppe ..	98



---

Tabelle 103: Selbst- und Lebenszufriedenheit bei Nachbefragung, nach Teilnahme an Selbsthilfegruppe differenziert.....	99
Tabelle 104: svf_pos_diff und svf_neg_diff (EB minus NB), nach Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe differenziert (der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz) .....	100
Tabelle 105: soc4 (EB minus NB), differenziert nach Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe (der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz).....	100
Tabelle 106: Differenzwerte Selbst- und Lebenszufriedenheit NB, nach Teilnahme an Selbsthilfegruppe differenziert (der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz) .....	101
Tabelle 107: Maskulinitäts- und Femininitätsgrad bei Erstbefragung, nach Abstinenz differenziert...	103
Tabelle 108: Positiv- und Negativstrategien bei Erstbefragung, nach Abstinenz differenziert .....	103
Tabelle 109: Positiv- und Negativstrategien bei Erstbefragung, nach Rückfällen differenziert .....	103
Tabelle 110: Kohärenzsinn bei Erstbefragung, nach Abstinenz differenziert .....	104
Tabelle 111: Anomie-Gesamtscore bei Erstbefragung, nach Abstinenz differenziert .....	104
Tabelle 112: Anomie-Gesamtscore bei Erstbefragung, nach Rückfallepisoden differenziert.....	105
Tabelle 113: Anomie-Gesamtscore bei Erstbefragung, nach Rückfallepisoden und Männern differenziert.....	105
Tabelle 114: Selbst- und Lebenszufriedenheit bei Erstbefragung, nach Abstinenz differenziert.....	105
Tabelle 115: Selbst- und Lebenszufriedenheit bei Erstbefragung, nach Abstinenz und Männern differenziert.....	106
Tabelle 116: Maskulinitäts- und Femininitätsscores bei Nachbefragung, nach Abstinenz differenziert .....	106
Tabelle 117: Maskulinitäts- und Femininitätsscores bei Nachbefragung, nach Rückfällen differenziert .....	107
Tabelle 118: Negativstrategien bei Nachbefragung, nach Abstinenz differenziert .....	107
Tabelle 119: Negativstrategien bei Nachbefragung, nach Abstinenz und nach Frauen differenziert.	108
Tabelle 120: Negativstrategien bei Nachbefragung, nach Rückfallepisoden differenziert.....	108
Tabelle 121: Negativstrategien bei Nachbefragung, nach Rückfallepisoden und nach Männern differenziert.....	108
Tabelle 122: Kohärenzsinn bei Nachbefragung, nach Abstinenz differenziert .....	109
Tabelle 123: Kohärenzsinn bei Nachbefragung, nach Abstinenz und Frauen differenziert.....	109
Tabelle 124: Kohärenzsinn bei Nachbefragung insgesamt, nach Rückfallepisoden differenziert .....	109
Tabelle 125: Anomie-Index bei Nachbefragung insgesamt, nach Rückfallepisoden differenziert.....	110
Tabelle 126: Selbst- und Lebenszufriedenheit bei Nachbefragung insgesamt, nach Abstinenz differenziert.....	110
Tabelle 127: Selbst- und Lebenszufriedenheit bei Nachbefragung, nach Abstinenz und Männern differenziert.....	111
Tabelle 128: Differenzwerte der Positiv- und Negativstrategien (EB minus NB), nach Abstinenz differenziert (der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz) .....	112
Tabelle 129: Differenzwerte des SOC-Gesamtscores (EB minus NB), nach Abstinenz differenziert (der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz).....	113
Tabelle 130: Differenzwerte der Anomie (EB minus NB), nach Abstinenz differenziert (der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz).....	113

---

Tabelle 131: Differenzwerte der Anomie (EB minus NB), nach Abstinenz und Frauen differenziert (der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz).....	114
Tabelle 132: Differenzwerte der Selbst- und Lebenszufriedenheit (EB minus NB), nach Abstinenz differenziert (der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz) .....	114
Tabelle 133: Differenzwerte Selbst- und Lebenszufriedenheit (EB minus NB) nach Rückfallepisoden und Geschlecht differenziert (der angegebene Mittelwert ist der Mittelwert der Differenz).....	115

---

## 13. Lebenslauf

Name Adela Cuperman  
Wohnort Georgenstr. 43, 80799 München  
Geburtsdatum 26.08.1975  
Geburtsort Zeiden in Rumänien  
Staatsangehörigkeit deutsch

### Schulbildung

1995 Abitur am Erasmus-Grasser-Gymnasium in München

### Studium

1996 Studium der Innenarchitektur an der Akademie der Bildenden Künste in München

1998-2003 Studium der Zahnmedizin an der LMU München

### Beruf

09.1995-05.1996 Ausbildung zur Bauzeichnerin

03. – 04. 1997 Praktikum in der Zahnarztpraxis Dr. Stephan Devens, München

04. - 10.1997 Moderationstätigkeit beim Hörfunk

10.1997 - 04.1998 Praktikum in der Zahnarztpraxis Dr. Josef Schmidseher, München

08.1998 – 09.1998 Praktikum in der Zahnarztpraxis Dr. Anette Klauser und Bernd Friedrich, München

1999-2001 Radiomoderation nebenberuflich bei Radio 106.4 in FFB bei München

2001-2004 Radiomoderation nebenberuflich bei Radio Gong96.3 München

**Fremdsprachen** Englisch, Französisch

**Doktorarbeit** 2001-2005

**Die ersten Fragen beziehen sich auf das vergangene halbe Jahr nach Ihrer Entlassung aus unserem Hause. Bitte beantworten Sie jede Frage.**

1. Haben Sie im Anschluß an Ihren stationären Aufenthalt an einer ambulanten Therapie teilgenommen?

ja                       nein

2. Haben Sie sich im letzten halben Jahr erneut einer stationären Entgiftungsbehandlung unterzogen?

ja                       nein

3. Nehmen Sie an einer Selbsthilfegruppe der Anonymen Alkoholiker teil?

ja                       nein

4. In der nächsten Frage geht es um Lebensereignisse und Veränderungen in Ihrem Leben, die sich möglicherweise im letzten halben Jahr zugetragen haben. Bitte kreuzen Sie an, welche von den aufgeführten Ereignisse Sie erlebt haben.

	trifft zu	trifft nicht zu
Tod eines nahen Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schwere Erkrankung eines nahen Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tod des (Ehe) Partners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schwere Erkrankung des (Ehe) Partners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eigener Unfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eigene schwere Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suizidversuch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trennung/Scheidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neue Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsausbildung abgebrochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsplatzwechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlust des Arbeitsplatzes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neue Arbeitsstelle nach Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beruflicher Aufstieg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beruflicher Abstieg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnungswechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstiges: .....		
.....		
.....		

5. Waren Sie im letzten halben Jahr abstinent?

ja                       nein

Wenn Sie nicht abstinent waren:

Hatten Sie eine oder mehrere Rückfallepisoden  
(mit körperlichen und psychischen Folgewirkungen)?

ja                       nein

Haben Sie kontrolliert getrunken (ohne körperliche  
und psychische Folgewirkungen)?

ja                       nein

# Eigenschaftsfragebogen GEPAQ

---

Patientenidentifikation Nummer: .....

Ausfülldatum: .....

---

## Anleitung:

Die folgenden Fragen sollen untersuchen, wie Sie sich selbst sehen. Jede Frage besteht aus einem Eigenschaftspaar, das durch die Buchstaben A, B, C, D, E und F getrennt ist.

Zum Beispiel:

nicht sportlich A.....B.....C.....D.....E.....F sehr sportlich

Jedes Paar beschreibt gegensätzliche Eigenschaften.

Das bedeutet, daß Sie nie beide gleichzeitig haben können, wie etwa „nicht sportlich“ und „sehr sportlich“.

Die Buchstaben stellen Abstufungen zwischen den Extremen dar. Wählen Sie den Buchstaben, der Sie auf diesen Abstufungen am besten beschreibt. Wenn Sie glauben, daß Sie nicht sportlich sind, dann wählen Sie „A“; falls Sie glauben, daß Sie „sehr sportlich“ sind, dann wählen Sie „F“. Wenn Sie nur durchschnittlich sportlich sind, wählen Sie „C“ oder „D“, usw.

Sobald Sie den Buchstaben gewählt haben, der Sie am besten beschreibt, markieren Sie Ihre Antwort, indem Sie einen Kreis um den entsprechenden Buchstaben ziehen. Falls Sie bspw. bei der ersten Frage „B“ gewählt hätten und „F“ bei der zweiten Frage, dann müßte Ihr Antwortbogen so aussehen:

1. A.....**B**.....C.....D.....E.....F

2. A.....B.....C.....D.....E.....**F**

Lassen Sie möglichst keine Frage unbeantwortet, auch wenn Sie Schwierigkeiten haben, sich zu entscheiden.

Bitte nehmen Sie jetzt Ihren Antwortbogen und beginnen Sie.

**Ich halte mich für .....**

1.	nicht aggressiv	A.....B.....C.....D.....E.....F	sehr aggressiv
2.	sehr weinerlich	A.....B.....C.....D.....E.....F	nicht weinerlich
3.	nicht unabhängig	A.....B.....C.....D.....E.....F	völlig unabhängig
4.	nicht arrogant	A.....B.....C.....D.....E.....F	sehr arrogant
5.	nicht gefühlsbetont	A.....B.....C.....D.....E.....F	sehr gefühlsbetont
6.	sehr unterordnend	A.....B.....C.....D.....E.....F	nicht unterordnend
7.	sehr prahlerisch	A.....B.....C.....D.....E.....F	nicht prahlerisch
8.	nicht erregbar in einer Krise	A.....B.....C.....D.....E.....F	sehr erregbar in einer Krise
9.	sehr passiv	A.....B.....C.....D.....E.....F	sehr aktiv
10.	nicht überheblich	A.....B.....C.....D.....E.....F	sehr überheblich
11.	fähig, auf andere einzugehen	A.....B.....C.....D.....E.....F	völlig unfähig, auf andere einzugehen
12.	nicht zu meinen Ansichten stehend	A.....B.....C.....D.....E.....F	zu meinen Ansichten stehend
13.	sehr rauh	A.....B.....C.....D.....E.....F	sehr zart
14.	nicht klagsam	A.....B.....C.....D.....E.....F	sehr klagsam
15.	nicht hilfreich gegenüber anderen	A.....B.....C.....D.....E.....F	sehr hilfreich gegenüber anderen
16.	nicht wettbewerbsorientiert	A.....B.....C.....D.....E.....F	sehr wettbewerbsorientiert
17.	anderen gegenüber unterordnend	A.....B.....C.....D.....E.....F	anderen gegenüber nie unterordnend
18.	sehr häuslich	A.....B.....C.....D.....E.....F	sehr weltzugewandt
19.	sehr gierig	A.....B.....C.....D.....E.....F	nicht gierig
20.	sehr unfreundlich	A.....B.....C.....D.....E.....F	sehr freundlich
21.	uninteressiert an der Billigung durch andere	A.....B.....C.....D.....E.....F	der Billigung durch andere sehr bedürftig

22.	sehr diktatorisch	A.....B.....C.....D.....E.....F	nicht diktatorisch
23.	in Gefühlsdingen nicht verletzlich	A.....B.....C.....D.....E.....F	in Gefühlsdingen leicht verletzlich
24.	nicht nörglerisch	A.....B.....C.....D.....E.....F	sehr nörglerisch
25.	der Gefühle anderer nicht bewußt	A.....B.....C.....D.....E.....F	der Gefühle anderer sehr bewußt
26.	sehr entscheidungsfreudig	A.....B.....C.....D.....E.....F	nicht entscheidungsfreudig
27.	sehr nervös	A.....B.....C.....D.....E.....F	nicht nervös
28.	leicht aufgebend	A.....B.....C.....D.....E.....F	nicht leicht aufgebend
29.	sehr zynisch	A.....B.....C.....D.....E.....F	nicht zynisch
30.	nicht leicht in Tränen ausbrechend	A.....B.....C.....D.....E.....F	leicht in Tränen ausbrechend
31.	nicht selbstsicher	A.....B.....C.....D.....E.....F	sehr selbstsicher
32.	nicht nur auf mich selbst bedacht; mich an Grundsätze haltend	A.....B.....C.....D.....E.....F	nur auf mich selbst bedacht; mich nicht an Grundsätze haltend
33.	unterlegen	A.....B.....C.....D.....E.....F	überlegen
34.	nicht feindselig	A.....B.....C.....D.....E.....F	sehr feindselig
35.	nicht verständnisvoll gegenüber anderen	A.....B.....C.....D.....E.....F	sehr verständnisvoll gegenüber anderen
36.	sehr kühl in Beziehungen zu anderen	A.....B.....C.....D.....E.....F	sehr herzlich in Beziehungen zu anderen
37.	sehr unterwürfig	A.....B.....C.....D.....E.....F	nicht unterwürfig
38.	wenig sicherheitsbedürftig	A.....B.....C.....D.....E.....F	stark sicherheitsbedürftig
39.	nicht leichtgläubig	A.....B.....C.....D.....E.....F	sehr leichtgläubig
40.	nicht fähig, Druck standzuhalten	A.....B.....C.....D.....E.....F	fähig, Druck gut standzuhalten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_  
Alter: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

# SVF

W. Janke, G. Erdmann und W. Boucsein

Im folgenden finden Sie eine Reihe von möglichen Reaktionen, die man zeigen kann, wenn man durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden ist.

Bitte lesen Sie diese nacheinander durch und entscheiden Sie jeweils, ob die angegebenen Reaktionen *Ihrer Art* zu reagieren entsprechen.

Dabei stehen Ihnen fünf Antwortmöglichkeiten zur Verfügung:

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

Bitte kreuzen Sie jeweils die Ihrer Reaktion entsprechende Zahl an.

*Zum Beispiel:*

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin . . .

. . . besuche ich nette Freunde oder Bekannte

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

In diesem Fall ist die 3 („wahrscheinlich“) angekreuzt. Das würde bedeuten, daß „nette Freunde oder Bekannte besuchen“ wahrscheinlich Ihrer Art zu reagieren in den oben genannten Situationen entspricht.

Bitte lassen Sie keine Reaktion aus und wählen Sie im Zweifelsfall die Antwortmöglichkeit, die noch am ehesten für sie zutrifft.

Copyright by Hogrefe-Verlag GmbH & Co. KG · Göttingen

Urheberrechtlich geschützt. Nachdruck und Vervielfältigungen jeglicher Art, auch einzelner Teile oder Items, sowie die Speicherung auf Datenträgern oder die Wiedergabe durch optische oder akustische Medien, verboten.

Best.-Nr. 0104503



Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt,  
innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin . . .

- 1) ... versuche ich, meine Gedanken auf etwas anderes zu konzentrieren  
0 gar nicht      1 kaum      2 möglicher-  
weise      3 wahrschein-  
lich      4 sehr wahr-  
scheinlich
- 2) ... sage ich mir, laß dich nicht gehen  
0 gar nicht      1 kaum      2 möglicher-  
weise      3 wahrschein-  
lich      4 sehr wahr-  
scheinlich
- 3) ... sehe ich zu, daß jemand anderes mich bei der Lösung unterstützt  
0 gar nicht      1 kaum      2 möglicher-  
weise      3 wahrschein-  
lich      4 sehr wahr-  
scheinlich
- 4) ... möchte ich am liebsten nicht an die Zukunft denken  
0 gar nicht      1 kaum      2 möglicher-  
weise      3 wahrschein-  
lich      4 sehr wahr-  
scheinlich
- 5) ... sage ich mir, ich habe mir nichts vorzuwerfen  
0 gar nicht      1 kaum      2 möglicher-  
weise      3 wahrschein-  
lich      4 sehr wahr-  
scheinlich
- 6) ... gehe ich dem Kontakt mit anderen aus dem Weg  
0 gar nicht      1 kaum      2 möglicher-  
weise      3 wahrschein-  
lich      4 sehr wahr-  
scheinlich
- 7) ... neige ich dazu, viel mehr zu rauchen oder mit dem Rauchen wieder anzufangen  
0 gar nicht      1 kaum      2 möglicher-  
weise      3 wahrschein-  
lich      4 sehr wahr-  
scheinlich
- 8) ... vermeide ich von nun an solche Situationen  
0 gar nicht      1 kaum      2 möglicher-  
weise      3 wahrschein-  
lich      4 sehr wahr-  
scheinlich
- 9) ... frage ich mich, was ich schon wieder falsch gemacht habe  
0 gar nicht      1 kaum      2 möglicher-  
weise      3 wahrschein-  
lich      4 sehr wahr-  
scheinlich
- 10) ... sage ich mir, alles ist halb so schlimm  
0 gar nicht      1 kaum      2 möglicher-  
weise      3 wahrschein-  
lich      4 sehr wahr-  
scheinlich
- 11) ... überlege ich mein weiteres Verhalten ganz genau  
0 gar nicht      1 kaum      2 möglicher-  
weise      3 wahrschein-  
lich      4 sehr wahr-  
scheinlich

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt,  
innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin . . .

12) ... tue ich mir selber ein bißchen leid

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

13) ... neige ich dazu, die Flucht zu ergreifen

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

14) ... sage ich mir, daß ich das durchstehen werde

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

15) ... kann ich lange Zeit an nichts anderes mehr denken

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

16) ... werde ich schneller damit fertig als andere

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

17) ... versuche ich, mir alle Einzelheiten der Situation klar zu machen

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

18) ... nehme ich Beruhigungsmittel

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

19) ... gehe ich irgendeiner anderen Beschäftigung nach

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

20) ... frage ich jemanden um Rat, wie ich mich verhalten soll

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

21) ... esse ich etwas Gutes

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

22) ... denke ich hinterher immer wieder darüber nach

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt,  
innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin . . .

23) ... denke ich, „möglichst von hier weg“

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

24) ... habe ich ein schlechtes Gewissen

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

25) ... sage ich mir, du mußt dich zusammenreißen

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

26) ... meide ich die Menschen

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

27) ... entziehe ich mich in Zukunft schon bei den ersten Anzeichen solchen Situationen

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

28) ... sage ich mir, Gewissensbisse brauche ich mir nicht zu machen

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

29) ... sage ich mir, das wird sich mit der Zeit schon wieder einrenken

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

30) ... neige ich dazu, schnell aufzugeben

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

31) ... neige ich dazu, mit anderen Leuten aneinanderzugeraten

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

32) ... denke ich bewußt an Gelegenheiten, bei denen ich besonders erfolgreich war

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

33) ... bin ich mit mir selbst unzufrieden

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt,  
innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin . . .

34) ... sehe ich mir etwas Nettes im Fernsehen an

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

35) ... denke ich, „nur nicht unterkriegen lassen“

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

36) ... bin ich froh, daß ich nicht so empfindlich bin wie andere

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

37) ... ergreife ich Maßnahmen zur Beseitigung der Ursache

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

38) ... überlege ich, wie ich am schnellsten aus der Situation herauskomme

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

39) ... beneide ich andere, denen so was nicht passiert

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

40) ... muß ich mich einfach mit jemandem aussprechen

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

41) ... sage ich mir, ich kann nichts dafür

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

42) ... möchte ich am liebsten irgendetwas an die Wand werfen

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

43) ... tue ich etwas, was mich davon ablenkt

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

44) ... bin ich deprimiert

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt,  
innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin . . .

- |         |   |      |                     |                     |                          |
|---------|---|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 45) ... | bemühe ich mich um anderweitige Erfolge                                 |      |                     |                     |                          |
|         | 0   | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
|         | gar nicht   | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
| 46) ... | nehme ich mir vor, solchen Situationen in Zukunft aus dem Wege zu gehen |      |                     |                     |                          |
|         | 0   | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
|         | gar nicht   | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
| 47) ... | schließe ich mich von meiner Umgebung ab                                |      |                     |                     |                          |
|         | 0   | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
|         | gar nicht   | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
| 48) ... | sage ich mir, die Zeit hat schon manche Träne getrocknet                |      |                     |                     |                          |
|         | 0   | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
|         | gar nicht   | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
| 49) ... | fühle ich mich ein wenig vom Schicksal vernachlässigt                   |      |                     |                     |                          |
|         | 0   | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
|         | gar nicht   | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
| 50) ... | sage ich mir, andere würden das nicht so leicht verdauen                |      |                     |                     |                          |
|         | 0   | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
|         | gar nicht   | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
| 51) ... | neige ich dazu, mich zu betrinken                                       |      |                     |                     |                          |
|         | 0   | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
|         | gar nicht   | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
| 52) ... | versuche ich, meine Erregung zu bekämpfen                               |      |                     |                     |                          |
|         | 0   | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
|         | gar nicht   | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
| 53) ... | beschäftigt mich die Situation hinterher noch lange                     |      |                     |                     |                          |
|         | 0   | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
|         | gar nicht   | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
| 54) ... | sage ich mir, du darfst auf keinen Fall aufgeben                        |      |                     |                     |                          |
|         | 0   | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
|         | gar nicht   | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
| 55) ... | mache ich mir Vorwürfe  |      |                     |                     |                          |
|         | 0   | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
|         | gar nicht   | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt,  
innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin . . .

- 56) ... wende ich mich Dingen zu, bei denen mir der Erfolg gewiß ist
- |           |      |                     |                     |                          |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0         | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
| gar nicht | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
- 57) ... erscheint mir alles so hoffnungslos
- |           |      |                     |                     |                          |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0         | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
| gar nicht | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
- 58) ... greife ich irgendwelche Leute ungerechtfertigt an
- |           |      |                     |                     |                          |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0         | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
| gar nicht | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
- 59) ... habe ich nur den Wunsch, dieser Situation so schnell wie möglich zu entkommen
- |           |      |                     |                     |                          |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0         | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
| gar nicht | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
- 60) ... bitte ich jemanden, mir behilflich zu sein
- |           |      |                     |                     |                          |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0         | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
| gar nicht | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
- 61) ... tue ich mir selbst etwas Gutes
- |           |      |                     |                     |                          |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0         | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
| gar nicht | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
- 62) ... denke ich, ich habe die Situation nicht zu verantworten
- |           |      |                     |                     |                          |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0         | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
| gar nicht | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
- 63) ... mache ich einen Plan, wie ich die Schwierigkeiten aus dem Weg räumen kann
- |           |      |                     |                     |                          |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0         | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
| gar nicht | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
- 64) ... sage ich mir, es geht schon alles wieder in Ordnung
- |           |      |                     |                     |                          |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0         | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
| gar nicht | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
- 65) ... versuche ich, Haltung zu bewahren
- |           |      |                     |                     |                          |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0         | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
| gar nicht | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
- 66) ... denke ich, in Zukunft will ich nicht mehr in solche Situationen geraten
- |           |      |                     |                     |                          |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0         | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
| gar nicht | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt,  
innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin . . .

- |         |   |      |                     |                     |                          |
|---------|---|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 67) ... | trinke ich erst mal ein Glas Bier, Wein oder Schnaps                        |      |                     |                     |                          |
|         | 0   | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
|         | gar nicht   | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
| 68) ... | sage ich mir, nur nicht entmutigen lassen                                   |      |                     |                     |                          |
|         | 0   | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
|         | gar nicht   | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
| 69) ... | geht mir die Situation lange Zeit nicht aus dem Kopf                        |      |                     |                     |                          |
|         | 0   | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
|         | gar nicht   | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
| 70) ... | versuche ich, mich der Situation zu entziehen                               |      |                     |                     |                          |
|         | 0   | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
|         | gar nicht   | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
| 71) ... | kaufe ich mir etwas, was ich schon lange haben wollte                       |      |                     |                     |                          |
|         | 0   | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
|         | gar nicht   | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
| 72) ... | sage ich mir, es war letzten Endes mein Fehler                              |      |                     |                     |                          |
|         | 0   | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
|         | gar nicht   | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
| 73) ... | will ich niemanden sehen  |      |                     |                     |                          |
|         | 0   | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
|         | gar nicht   | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
| 74) ... | habe ich mich viel besser unter Kontrolle als andere in derselben Situation |      |                     |                     |                          |
|         | 0   | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
|         | gar nicht   | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
| 75) ... | bringe ich meine guten Eigenschaften zur Geltung                            |      |                     |                     |                          |
|         | 0   | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
|         | gar nicht   | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
| 76) ... | kann ich gar nicht einsehen, warum ausgerechnet ich immer Pech haben muß    |      |                     |                     |                          |
|         | 0   | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
|         | gar nicht   | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
| 77) ... | suche ich nach etwas, das mir Freude machen könnte                          |      |                     |                     |                          |
|         | 0   | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
|         | gar nicht   | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt,  
innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin . . .

78) ... werde ich wütend

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

79) ... mache ich mir klar, daß ich Möglichkeiten habe, die Situation zu bewältigen

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

80) ... habe ich das Bedürfnis, die Meinung von jemand anderem dazu zu hören

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

81) ... versuche ich, mein Verhalten unter Kontrolle zu halten

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

82) ... stürze ich mich in die Arbeit

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

83) ... suche ich bei mir selbst die Schuld

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

84) ... denke ich, morgen ist sicher alles vergessen

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

85) ... neige ich dazu, alles sinnlos zu finden

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

86) ... nehme ich Schlafmittel ein

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

87) ... wende ich mich aktiv der Veränderung der Situation zu

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

88) ... möchte ich am liebsten ganz allein sein

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich



Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt,  
innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin . . .

- 89) ... reagiere ich gereizt
- |           |      |                     |                     |                          |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0         | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
| gar nicht | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
- 90) ... denke ich, mir bleibt auch nichts erspart
- |           |      |                     |                     |                          |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0         | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
| gar nicht | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
- 91) ... versuche ich, in anderen Bereichen Bestätigung zu finden
- |           |      |                     |                     |                          |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0         | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
| gar nicht | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
- 92) ... sage ich mir, du kannst damit fertig werden
- |           |      |                     |                     |                          |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0         | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
| gar nicht | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
- 93) ... finde ich meine Ruhe immer noch schneller wieder als andere
- |           |      |                     |                     |                          |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0         | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
| gar nicht | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
- 94) ... passe ich auf, daß es in Zukunft gar nicht erst zu solchen Situationen kommt
- |           |      |                     |                     |                          |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0         | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
| gar nicht | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
- 95) ... spiele ich die Situation nachher in Gedanken immer wieder durch
- |           |      |                     |                     |                          |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0         | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
| gar nicht | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
- 96) ... versuche ich, meine Aufmerksamkeit davon abzuwenden
- |           |      |                     |                     |                          |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0         | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
| gar nicht | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
- 97) ... versuche ich, mit irgendjemandem über das Problem zu sprechen
- |           |      |                     |                     |                          |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0         | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
| gar nicht | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
- 98) ... erfülle ich mir einen langersehnten Wunsch
- |           |      |                     |                     |                          |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0         | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
| gar nicht | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
- 99) ... denke ich, mich trifft keine Schuld
- |           |      |                     |                     |                          |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0         | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
| gar nicht | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt,  
innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin . . .

- 100) ... neige ich dazu, zu resignieren
- |           |      |                     |                     |                          |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0         | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
| gar nicht | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
- 101) ... versuche ich mir einzureden, daß es nicht so wichtig ist
- |           |      |                     |                     |                          |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0         | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
| gar nicht | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
- 102) ... sind mir andere lästig
- |           |      |                     |                     |                          |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0         | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
| gar nicht | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
- 103) ... neige ich dazu, irgendwelche Medikamente zu nehmen
- |           |      |                     |                     |                          |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0         | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
| gar nicht | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
- 104) ... sage ich mir, du darfst die Fassung nicht verlieren
- |           |      |                     |                     |                          |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0         | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
| gar nicht | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
- 105) ... werde ich hinterher die Gedanken an die Situation einfach nicht mehr los
- |           |      |                     |                     |                          |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0         | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
| gar nicht | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
- 106) ... lenke ich mich irgendwie ab
- |           |      |                     |                     |                          |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0         | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
| gar nicht | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
- 107) ... werde ich ungehalten
- |           |      |                     |                     |                          |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0         | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
| gar nicht | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
- 108) ... nehme ich das leichter als andere in der gleichen Situation
- |           |      |                     |                     |                          |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0         | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
| gar nicht | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
- 109) ... verschaffe ich mir Anerkennung auf anderen Gebieten
- |           |      |                     |                     |                          |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0         | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
| gar nicht | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |
- 110) ... versuche ich, die Gründe, die zur Situation geführt haben, genau zu klären
- |           |      |                     |                     |                          |
|-----------|------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 0         | 1    | 2                   | 3                   | 4                        |
| gar nicht | kaum | möglicher-<br>weise | wahrschein-<br>lich | sehr wahr-<br>scheinlich |

Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt,  
innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin . . .

111) ... frage ich mich, warum das gerade mir passieren mußte

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

112) ... überlege ich, wie ich von nun an solchen Situationen ausweichen kann

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

113) ... denke ich, an mir liegt es nicht, daß es dazu gekommen ist

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

114) ... möchte ich am liebsten einfach weglaufen

0	1	2	3	4
gar nicht	kaum	möglicher- weise	wahrschein- lich	sehr wahr- scheinlich

Vielen Dank, der Test ist zu Ende.

Tragen Sie bitte hier noch die augenblickliche Uhrzeit ein  
und kontrollieren Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.

Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Uhr

### Fragebogen zur Lebensorientierung

Die folgenden Fragen beziehen sich auf verschiedene Aspekte Ihres Lebens. Auf jede Frage gibt es 7 mögliche Antworten. Bitte kreuzen Sie jeweils die Zahl an, die Ihre Antwort ausdrückt. Geben Sie auf jede Frage nur eine Antwort.

1. Wenn Sie mit anderen Leuten sprechen, haben Sie das Gefühl, daß diese Sie nicht verstehen?

habe nie dieses Gefühl  1  2  3  4  5  6  7 habe immer dieses Gefühl

2. Wenn Sie in der Vergangenheit etwas machen mußten, das von der Zusammenarbeit mit anderen abhing, hatten Sie das Gefühl, daß die Sache

keinesfalls erledigt werden würde  1  2  3  4  5  6  7 sicher erledigt werden würde

3. Abgesehen von denjenigen, denen Sie sich am nächsten fühlen – wie gut kennen Sie die meisten Menschen, mit denen Sie täglich zu tun haben?

sie sind Ihnen völlig fremd  1  2  3  4  5  6  7 Sie kennen sie sehr gut

4. Haben Sie das Gefühl, daß es Ihnen ziemlich gleichgültig ist, was um Sie herum passiert?

äußerst selten oder nie  1  2  3  4  5  6  7 sehr oft

5. Waren Sie schon überrascht vom Verhalten von Menschen, die Sie gut zu kennen glaubten?

das ist nie passiert  1  2  3  4  5  6  7 das kommt immer wieder vor

6. Haben Menschen, auf die Sie gezählt haben, Sie enttäuscht?

das ist nie passiert  1  2  3  4  5  6  7 das kommt immer wieder vor

**7. Das Leben ist**

ausgesprochen  
interessant

1  2  3  4  5  6  7

reine Routine

**8. Bis jetzt hatte Ihr Leben**

überhaupt keine klaren  
Ziele oder einen Zweck

1  2  3  4  5  6  7

sehr klare Ziele und einen  
Zweck

**9. Haben Sie das Gefühl, ungerecht behandelt zu werden?**

sehr oft

1  2  3  4  5  6  7

sehr selten oder nie

**10. In den letzten zehn Jahren war Ihr Leben**

voller Veränderungen,  
ohne daß Sie wußten,  
was als nächstes pas-  
siert

1  2  3  4  5  6  7

ganz beständig  
und klar

**11. Das meiste, was Sie in Zukunft tun werden, wird wahrscheinlich**

völlig faszinierend sein

1  2  3  4  5  6  7

totlangweilig sein

**12. Haben Sie das Gefühl, in einer ungewohnten Situation zu sein und nicht zu wissen, was Sie tun sollen?**

sehr oft

1  2  3  4  5  6  7

sehr selten oder nie

**13. Was beschreibt am besten, wie Sie das Leben sehen?**

man kann für schmerzli-  
che Dinge im Leben immer  
eine Lösung finden

1  2  3  4  5  6  7

es gibt keine Lösung für  
schmerzliche Dinge im  
Leben

**14. Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken, passiert es sehr häufig, daß Sie**

fühlen, wie schön es ist  
zu leben

1  2  3  4  5  6  7

sich fragen, warum Sie  
überhaupt da sind

**15. Wenn Sie vor einem schwierigen Problem stehen, ist die Wahl einer Lösung**

immer verwirrend und  
schwierig

1  2  3  4  5  6  7

immer völlig klar

**16. Das, was Sie täglich tun, ist für Sie eine Quelle**

tiefer Freude und  
Zufriedenheit

1  2  3  4  5  6  7

von Schmerz und  
Langeweile

**17. Ihr Leben wird in Zukunft wahrscheinlich**

voller Veränderungen  
sein, ohne daß Sie wis-  
sen, was als nächstes  
passiert

1  2  3  4  5  6  7

ganz beständig und klar  
sein

**18. Wenn in der Vergangenheit etwas Unangenehmes geschah, neigten Sie dazu,**

sich daran zu verzehren

1  2  3  4  5  6  7

zu sagen: „Nun gut, sei's  
drum, ich muß damit  
leben“ und weiterzu-  
machen

**19. Wie oft sind Ihre Gefühle und Ideen ganz durcheinander?**

sehr oft

1  2  3  4  5  6  7

selten oder nie

**20. Wenn Sie etwas machen, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt,**

werden Sie sich  
sicher auch weiterhin  
gut fühlen

1  2  3  4  5  6  7

wird sicher etwas gesche-  
hen, das das Gefühl ver-  
dirbt

**21. Kommt es vor, daß Sie Gefühle haben, die Sie lieber nicht hätten?**

sehr oft

1  2  3  4  5  6  7

sehr selten oder nie

**22. Sie nehmen an, daß Ihr zukünftiges Leben**

ohne jeden Sinn und  
Zweck sein wird

1  2  3  4  5  6  7

voller Sinn und Zweck  
sein wird

**23. Glauben Sie, daß es in Zukunft immer Personen geben wird, auf die Sie zählen können?**

Sie sind sich dessen  
ganz sicher

1  2  3  4  5  6  7

Sie zweifeln daran

24. Kommt es vor, daß Sie das Gefühl haben, nicht genau zu wissen, was gerade passiert?

sehr oft

1  2  3  4  5  6  7

sehr selten oder nie

25. Viele Menschen – auch solche mit einem starken Charakter – fühlen sich in bestimmten Situationen wie ein Pechvogel oder Unglücksrabe. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?

nie

1  2  3  4  5  6  7

sehr oft

26. Wenn etwas passiert, fanden Sie im allgemeinen, daß Sie dessen Bedeutung

über- oder unterschätzten

1  2  3  4  5  6  7

richtig einschätzten

27. Wenn Sie an Schwierigkeiten denken, mit denen Sie in wichtigen Lebensbereichen wahrscheinlich konfrontiert werden, haben Sie das Gefühl, daß

es Ihnen immer gelingen wird, die Schwierigkeiten zu meistern

1  2  3  4  5  6  7

Sie die Schwierigkeiten nicht werden meistern können

28. Wie oft haben Sie das Gefühl, daß die Dinge, die Sie täglich tun, wenig Sinn haben?

sehr oft

1  2  3  4  5  6  7

sehr selten oder nie

29. Wie oft haben Sie Gefühle, bei denen Sie nicht sicher sind, ob Sie sie kontrollieren können?

sehr oft

1  2  3  4  5  6  7

sehr selten oder nie

**Bitte geben Sie an, ob die folgenden Aussagen mit Ihrer eigenen Meinung übereinstimmen oder nicht.**

1. Wenn man an die Zukunft denkt, kann man eigentlich sehr zuversichtlich sein.

stimmt  stimmt nicht

2. Früher waren die Leute besser dran, weil jeder wußte, was er zu tun hatte.

stimmt  stimmt nicht

3. Heute ist jeder so mit sich selbst beschäftigt, daß er nicht an morgen denken kann.

stimmt  stimmt nicht

4. In der heutigen Zeit schaut man nicht mehr durch, was eigentlich passiert.

stimmt  stimmt nicht

5. In diesen Tagen ist alles so unsicher geworden, daß man auf alles gefaßt sein muß.

stimmt  stimmt nicht

6. Den meisten Menschen fehlt ein richtiger Halt.

stimmt  stimmt nicht

7. Das Leben der Menschen ist auch in der heutigen Zeit klar und geordnet.

stimmt  stimmt nicht

8. Wenn man die Ereignisse der letzten Jahre betrachtet, wird man richtig unsicher.

stimmt  stimmt nicht

9. Es ist heute alles so in Unordnung geraten, daß niemand mehr weiß, woran man sich halten soll.

stimmt  stimmt nicht



10. Moralische Grundsätze gelten heute nicht mehr.

stimmt  stimmt nicht

11. Die Dinge sind heute so schwierig geworden, daß man nicht mehr weiß, was los ist.

stimmt  stimmt nicht

12. Heute ändert sich alles so schnell, daß man oft nicht weiß, woran man sich halten soll.

stimmt  stimmt nicht

# LANCASTER QUALITY OF LIFE PROFILE (LQLP)

Code (bitte nicht ausfüllen) .....

Name: .....

Datum: .....

Alter: .....

Geschlecht: männlich

weiblich

## ANLEITUNG

In diesem Fragebogen geht es darum, wie Ihr Leben im letzten Monat verlaufen ist und wie zufrieden Sie mit den einzelnen Aspekten Ihres Lebens sind.

Bitte beantworten Sie jede Frage. Herzlichen Dank!

## WIE ZUFRIEDEN WAREN SIE IM LETZTEN MONAT

11.10 insgesamt mit sich selbst?

1	2	3	4	5	6	7
völlig unzu- frieden	unzufrieden	eher unzu- frieden	weder noch	eher zufrieden	zufrieden	völlig zufrieden

## 12. Allgemeines Lebensgefühl

WIE ZUFRIEDEN WAREN SIE IM VERGANGENEN MONAT MIT

12.1 Ihrem Leben insgesamt?

1	2	3	4	5	6	7
völlig unzu- frieden	unzufrieden	eher unzu- frieden	weder noch	eher zufrieden	zufrieden	völlig zufrieden

*Haben Sie herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!*

## Bitte beantworten Sie noch folgende ergänzende Fragen:

### Zur Wohnsituation:

Bitte geben Sie an, wo Sie leben:

- in einem Dorf
- in einer Kleinstadt
- in einer Großstadt

### Zur Schulbildung und Berufstätigkeit:

Bitte beantworten Sie folgende Fragen auch für Ihren (Ehe-)Partner.

	(selbst)	(Partner)
Grund-/Hauptschule ohne Abschluß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grund-/Hauptschule mit Abschluß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mittlere Reife/Fachschulabschluß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abitur/Fachabitur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fach-/Hochschulstudium abgeschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

anderer Schulabschluß, und zwar: .....

### Derzeitige Tätigkeit

	(selbst)	(Partner)
vollzeit berufstätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
teilzeit berufstätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im eigenen Betrieb mithelfend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
arbeitslos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausfrau/Hausmann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wehrdienst/Zivildienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schüler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auszubildender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Student	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rentner, Ruhestand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seit wieviel Jahren arbeiten Sie beide in Ihrem derzeitigen Beruf?

(selbst )            Jahre

(Partner)            Jahre

## Berufsgruppe

	(selbst)		(Partner)	
	Ausbildung	Tätigkeit	Ausbildung	Tätigkeit
ungelernte(r) Arbeiter(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
angelernte(r) Arbeiter(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharbeiter(in), Handwerker(in), einfache(r) Angestellte(r)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Landwirt(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beamte(r) im einfachen Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beamte(r) im gehobenen Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meister, mittlere(r) Angestellte(r)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
selbständig (kleiner Betrieb)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beamte(r) im höheren Dienst, leitende(r) Angestellte(r)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
selbständig (mittlerer, großer Betrieb), Geschäftsführer(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

genaue Berufsbezeichnung: .....

## Zu Lebensbereichen:

Sie haben bereits an anderer Stelle für einige Lebensbereiche Ihre Zufriedenheit bzw. Ihre Unzufriedenheit angegeben. Hier geht es um eine genauere Einschätzung von Problemen, Schwierigkeiten und Unzufriedenheiten. Bitte geben Sie für jeden Bereich zunächst an, ob dieser für Sie zutreffend ist oder nicht. Dann geben Sie bitte für jeden der für Sie zutreffenden Bereiche an, ob Sie in diesen Bereichen Probleme oder Schwierigkeiten haben. Das Ausmaß der bestehenden Probleme können Sie auf der Skala von **gar nicht (0)** über **mittelmäßig (5)** bis **sehr stark (10)** einstufen

Ein Beispiel: Wenn Sie arbeitslos sind und allein leben, könnten Ihre Antworten so aussehen.

	trifft zu	trifft nicht zu											
I. Alleinleben	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	<input checked="" type="checkbox"/>	7	8	9	10
II. Vorgesetzte	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

( Da Sie keine Vorgesetzten haben, können Sie auch keine Probleme mit diesen haben )

**Zu Lebensbereichen:**

Sie haben bereits an anderer Stelle für einige Lebensbereiche Ihre Zufriedenheit bzw. Ihre Unzufriedenheit angegeben. Hier geht es um eine genauere Einschätzung von Problemen, Schwierigkeiten und Unzufriedenheiten. Bitte geben Sie für jeden Bereich zunächst an, ob dieser für Sie zutrifft oder nicht. Wenn ein Bereich für Sie zutrifft, dann geben Sie bitte für jeden Bereich an, ob Sie in diesem Bereich Probleme oder Schwierigkeiten haben. Das Ausmaß der bestehenden Probleme können Sie auf einer Skala von 0 (=gar keine Probleme) über 5 (=mittelstarke Probleme) bis zu 10 (=sehr starke Probleme) einschätzen.

**Bitte gehen Sie jede Frage durch:**

**1. Ich lebe allein.**      ja       nein

Wenn Sie allein leben, schätzen Sie bitte Ihre Schwierigkeiten und Probleme mit dem Alleinleben ein.

Gar keine Probleme      mittelstarke Probleme      sehr starke Probleme  
0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**2. Ich lebe mit einem Partner/einer Partnerin zusammen.**      ja       nein

Wenn Sie mit einem Partner/einer Partnerin zusammenleben, schätzen Sie bitte Ihre Schwierigkeiten und Probleme mit Ihrer Partnerschaft ein.

Gar keine Probleme      mittelstarke Probleme      sehr starke Probleme  
0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**3. Ich habe Kinder.**      ja       nein

Wenn Sie Kinder haben, schätzen Sie bitte Ihre Schwierigkeiten und Probleme mit Ihrem Kind/Ihren Kindern ein.

Gar keine Probleme      mittelstarke Probleme      sehr starke Probleme  
0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**4. Mein Vater und/oder meine Mutter leben noch.**      ja       nein

Wenn Ihre Eltern bzw. ein Elternteil noch leben, schätzen Sie bitte Ihre Schwierigkeiten und Probleme mit Ihren Eltern bzw. Elternteil ein.

Gar keine Probleme      mittelstarke Probleme      sehr starke Probleme  
0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**5. Ich habe Schwiegereltern. ja  nein**

Wenn Sie Schwiegereltern (-elternteil) haben, schätzen Sie bitte Ihre Schwierigkeiten und Probleme mit diesen ein.

Gar keine Probleme                      mittelstarke Probleme                      sehr starke Probleme  
0        1        2        3        4        5        6        7        8        9        10

**6. Ich habe Verwandte. ja  nein**

Wenn Sie Verwandte haben, schätzen Sie bitte Ihre Schwierigkeiten und Probleme mit Ihren Verwandten ein.

Gar keine Probleme                      mittelstarke Probleme                      sehr starke Probleme  
0        1        2        3        4        5        6        7        8        9        10

**7. Ich habe Freunde. ja  nein**

Wenn Sie Freunde haben, schätzen Sie bitte Ihre Schwierigkeiten und Probleme mit Ihren Freunden ein.

Gar keine Probleme                      mittelstarke Probleme                      sehr starke Probleme  
0        1        2        3        4        5        6        7        8        9        10

**8. Ich habe Kontakt zu Nachbarn. ja  nein**

Wenn Sie Kontakt zu Nachbarn haben, schätzen Sie bitte Ihre Schwierigkeiten und Probleme mit Ihren Nachbarn ein.

Gar keine Probleme                      mittelstarke Probleme                      sehr starke Probleme  
0        1        2        3        4        5        6        7        8        9        10

**9. Ich bin Mutter bzw. Vater. ja  nein**

Wenn Sie Mutter bzw. Vater sind, schätzen Sie bitte Ihre Schwierigkeiten und Probleme mit Ihrer Rolle als Mutter bzw. Vater ein.

Gar keine Probleme                      mittelstarke Probleme                      sehr starke Probleme  
0        1        2        3        4        5        6        7        8        9        10

**10. Ich bin Ehefrau/Ehemann (Lebenspartnerin/-partner).** ja  nein

Wenn Sie (Ehe-)Partner/in sind, schätzen Sie bitte Ihre Schwierigkeiten und Probleme mit Ihrer Rolle als (Ehe-)Partner/-in ein.

Gar keine Probleme                      mittelstarke Probleme                      sehr starke Probleme  
0        1        2        3        4        5        6        7        8        9        10

**11. Ich bin Hausfrau/Hausmann.** ja  nein

Wenn Sie Hausfrau/Hausmann sind, schätzen Sie bitte Ihre Schwierigkeiten mit Ihrer Rolle als Hausfrau/Hausmann ein.

Gar keine Probleme                      mittelstarke Probleme                      sehr starke Probleme  
0        1        2        3        4        5        6        7        8        9        10

**12. Ich bin Hausfrau/Hausmann und habe eine Familie.** ja  nein

Wenn Sie Hausfrau/-mann sind und eine Familie haben, schätzen Sie bitte Ihre Schwierigkeiten und Probleme damit ein, wie Ihre Leistungen in der Familie anerkannt werden.

Gar keine Probleme                      mittelstarke Probleme                      sehr starke Probleme  
0        1        2        3        4        5        6        7        8        9        10

**13. Ich bin arbeitslos/berentet.** ja  nein

Wenn Sie arbeitslos oder berentet sind, schätzen Sie bitte Ihre Schwierigkeiten und Probleme mit der Arbeitslosigkeit bzw. der Berentung ein.

Gar keine Probleme                      mittelstarke Probleme                      sehr starke Probleme  
0        1        2        3        4        5        6        7        8        9        10

**14. Ich bin Tochter/Sohn.** ja  nein

Wenn Sie Tochter/Sohn sind und Ihre Eltern noch leben, schätzen Sie bitte Ihre Schwierigkeiten und Probleme mit Ihrer Rolle als Tochter/Sohn ein.

Gar keine Probleme                      mittelstarke Probleme                      sehr starke Probleme  
0        1        2        3        4        5        6        7        8        9        10



**15. Ich bin Schwiegertochter/Schwiegersonn.**

ja

nein

Wenn Sie Schwiegertochter/Schwiegersonn sind und Ihre Schwiegereltern noch leben, schätzen Sie bitte Ihre Schwierigkeiten und Probleme als Schwiegertochter/Schwiegersonn ein.

Gar keine Probleme                      mittelstarke Probleme                      sehr starke Probleme  
0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**16. Sexualität**

Schätzen Sie bitte die Schwierigkeiten und Probleme ein, die Sie mit Ihrer **Sexualität** haben.

Gar keine Probleme                      mittelstarke Probleme                      sehr starke Probleme  
0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**17. Rolle als Frau/Mann**

Schätzen Sie bitte die Schwierigkeiten und Probleme ein, die Sie mit Ihrer **Rolle als Frau oder Mann** haben.

Gar keine Probleme                      mittelstarke Probleme                      sehr starke Probleme  
0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**18. Selbstbewußtsein**

Schätzen Sie bitte die Schwierigkeiten und Probleme ein, die Sie mit Ihrem **Selbstbewußtsein** haben.

Gar keine Probleme                      mittelstarke Probleme                      sehr starke Probleme  
0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**19. Aussehen**

Schätzen Sie bitte die Schwierigkeiten und Probleme ein, die Sie mit Ihrem **Aussehen** haben.

Gar keine Probleme                      mittelstarke Probleme                      sehr starke Probleme  
0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Falls Sie arbeitslos oder berentet sind, ist der Fragebogen hier für Sie zu Ende.  
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

*Die folgenden Fragen sind nur von Erwerbstätigen zu beantworten.*

**20. Nur für Erwerbstätige:**

Wenn Sie erwerbstätig sind und **Kollegen** haben, schätzen Sie bitte Ihre Schwierigkeiten und Probleme mit Ihren Kollegen ein.

Gar keine Probleme	mittelstarke Probleme						sehr starke Probleme			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**21. Nur für Erwerbstätige:**

Wenn Sie erwerbstätig sind und **Vorgesetzte** haben, schätzen Sie bitte Ihre Schwierigkeiten und Probleme mit Ihren Vorgesetzten ein.

Gar keine Probleme	mittelstarke Probleme						sehr starke Probleme			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**23. Nur für Erwerbstätige:**

Schätzen Sie bitte Ihre Schwierigkeiten und Probleme mit Ihren **Arbeitsbedingungen** ein.

Gar keine Probleme	mittelstarke Probleme						sehr starke Probleme			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**24. Nur für Erwerbstätige:**

Schätzen Sie bitte Ihre Schwierigkeiten und Probleme mit Ihren **Arbeitsinhalten** ein.

Gar keine Probleme	mittelstarke Probleme						sehr starke Probleme			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**25. Nur für Erwerbstätige:**

Schätzen Sie bitte Ihre Schwierigkeiten und Probleme damit ein, wie Ihre **Arbeitsleistungen** anerkannt werden.

Gar keine Probleme	mittelstarke Probleme						sehr starke Probleme			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**26. Nur für Erwerbstätige:**

Wenn Sie erwerbstätig sind und eine Familie haben, schätzen Sie bitte Ihre Schwierigkeiten und Probleme damit ein, wie Sie **Haushalt und Beruf** miteinander vereinbaren können.

Gar keine Probleme	mittelstarke Probleme						sehr starke Probleme			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**