atf alkoholismus therapieforschung schweiz

Gender Role Orientation and Masculinity
Therapeutic Relevance for Inpatient Alcohol Treatment

Geschlechtsrollenorientierung und maskuline Identität
Dimensionalität und Therapierelevanz bei Patienten in der stationären Suchttherapie

Schlussbericht zuhanden der Schweizerischen Stiftung für Alkoholforschung (SSA)
Gesuchsnummer: 186
Projektstart: Oktober 2006
Projektdauer: 24 Monate

Harald Klingemann, Veronica Gomez, Peter Eggli und Monika Schlüsselberger
atf schweiz
Dezember 2008

Dr. rer.pol. Dr. h.c. Harald Klingemann
Leiter Forschung und Entwicklung
Südhang – Kompetenzzentrum für Mensch und Sucht
Südhang 1
3038 Kirchlindach
031 / 828 14 14
harald.klingemann@suedhang.ch

Veronica Gomez, M.Sc.
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Südhang – Kompetenzzentrum für Mensch und Sucht
Südhang 1
3038 Kirchlindach
031 / 828 14 51
veronica.gomez@suedhang.ch

Dr. phil. Peter Eggli
Leiter Forschung und Psychodiagnostik
Forel Klinik
Islikonerstrasse 5
8548 Ellikon
052 / 369 12 28
peter.eggli@forel-klinik.ch

Monika Schlüsselberger, M.Sc.
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Forel Klinik
Islikonerstrasse 5
8548 Ellikon
052 / 369 12 24
monika.schluesselberger@forel-klinik.ch

Marcel Edel (ehemaliger Mitarbeiter Südhang)

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung / Überblick 4

1.1. Maskulinität – Gesundheit – Sucht: zentrale Konzepte 5
1.1.1. Geschlechtsrollenbezogenes Selbstkonzept 5
1.1.2. Geschlechtsrollenorientierung 6
1.1.3. Männlicher Geschlechtsrollenstress 6

1.2. Männliche Rollenerwartungen – Lebensbereiche – Sucht 6
1.2.1. Gewalt 6
1.2.2. Partnerschaft – Sexualität 7
1.2.3. Vaterrolle 7
1.2.4. Arbeit 8

1.3. Männerspezifische Aspekte im therapeutischen Setting 8

1.4. Ziele, Relevanz der vorliegenden Untersuchung 10

2. Anlage der Untersuchung – Methodik 11

2.1. Entwicklung des Messinstruments 11
2.1.1. Bem Sex Role Inventory – geschlechtsrollenbezogenes Selbstkonzept 12
2.1.2. Male Role Norm Scale – Geschlechtsrollenorientierung 12
2.1.3. Masculine Gender Role Stress Scale – männlicher Geschlechtsrollenstress 13
2.1.4. Männerspezifische Themen in der Suchttherapie 13
2.1.5. Therapieinteraktion, Therapiezufriedenheit 14
2.1.6. Outcome Variablen 14
2.1.7. CAGE-Fragebogen 14

2.2. Stichprobenbeschreibung 14
2.2.1. Klinische Stichprobe (Klinikpopulation) 14
2.2.1.1. Repräsentativität der klinischen Stichprobe 16
2.2.1.2. Stichprobenkriterien 16
2.2.1.3. Vertraulichkeit des Fragebogens / Anonymität der Befragung 16
2.2.1.4. Einsatz von Befragungsincentives 16
2.2.1.5. Beschreibung der Feldarbeit (02.2007 bis 03.2008) 17
2.2.1.6. Dateneingabe, Datenmanagement klinische Stichprobe 18
2.2.1.7. Ergänzende Variablen: act-info 18
2.2.1.8. Klinikvergleich hinsichtlich act-info Variablen 19
2.2.2. Bevölkerungsstichprobe (Kontrollpopulation) 20

3. Ergebnisse 22

3.1. Sind „Alkoholiker“-männer anders als „normale“ Männer? – Allgemeine Dimensionen der Maskulinität im Gruppenvergleich 22
3.1.1. Reliabilitäten und Skaleninterkorrelationen 22
3.1.2. Vergleich Patienten- und Bevölkerungsstichprobe 23

3.2. Erhöhen Suchtkarrieren männlichen Rollenstress? 26

3.3. Wie erleben und bewerten Männer Therapie in der Fachklinik? ... 28
3.3.1. Therapieinteraktion ... 28
3.3.2. Therapiezufriedenheit (Client Satisfaction Questionnaire – CSQ-8) ... 30

3.4. „Männliche Lebenswelten“ und deren Rolle in der Suchttherapie ... 32
3.4.1. Emotionsmanagement - Gefühle ... 32
3.4.1.1. Subjektive Belastung, Therapiefokus, (Therapie)Setting und Gruppenkonstellation ... 32
3.4.1.2. Relevanz in der Therapie ... 36
3.4.2. Gewalt ... 37
3.4.2.1. Körperliche und sexuelle Gewalterlebnisse in der Biographie ... 37
3.4.2.2. Subjektive Belastung, Therapiefokus, (Therapie)Setting und Gruppenkonstellation ... 37
3.4.3. Sexualität ... 39
3.4.3.1. Selbstbild und wahrgenommene Funktionalität des Alkohols im Umgang mit Frauen ... 39
3.4.3.2. Subjektive Belastung, Therapiefokus, (Therapie) Setting und Gruppenkonstellation ... 40
3.4.4. Vaterschaft, Vaterrolle, Familie ... 41
3.4.5. Arbeit ... 45

3.5. Relevanz männerspezifischer Themen in der Suchttherapie ... 47
3.5.1. Unterschiedliche Patientencharakteristika in Bezug auf die Akzeptanz der Relevanz männerspezifischer Themen in der Suchttherapie ... 48
3.5.2. Thematisierung, Therapiesetting und Therapiegruppenzusammensetzung bei vordefinierten Therapiethemen ... 49

3.6. Therapiezufriedenheit und Behandlungserfolg in Abhängigkeit der Geschlechtsrollenorientierung (MRNS), des geschlechtsrollenbezogenen Selbstkonzepts (BSRI) und des Geschlechtsrollenstress’ (MGRS) ... 51

4. Diskussion ... 54

Literaturverzeichnis ... 57

Anhangsverzeichnis ... 60

1. Einführung / Überblick

Männergesundheit ganz allgemein und männerspezifische Aspekte selbstschädigenden Verhaltens im Besonderen, sind lange vernachlässigte Themen und haben erst im übergeordneten Rahmen des Gendermainstreaming potentiell an Bedeutung gewonnen. Im Suchtbereich ist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) seit geraumer Zeit aktiv, wobei als Einschnitt das 1997 erteilte Mandat ‚Frauengerechte Suchtarbeit' gelten kann, das 2001 um die Förderung männergerechter Suchtarbeit erweitert worden ist (Bundesamt für Gesundheit, 2003; Ernst, 2002). Darüber hinaus wird im Rahmen der WHO Strategie *'Integrating Gender Perspectives in the Work of WHO'* die Bedeutung sozial konstruierter Geschlechtsrollen (gender) – im Unterschied zur biologischen Geschlechtszugehörigkeit – für eine gerechte und bedürfnisangepasste Gesundheitsversorgung als zentral anerkannt (WHO, 2002).

Es wird vermutet, dass männliche Sucht mit der männlichen Rolle verknüpft ist (Hollstein, 1993) und Trinken in einem besonders engen Bezug zu Merkmalen eines traditionellen Verständnisses der Männerrolle steht. Aus der spezifischen Perspektive der Suchtforschung wird auf die Rolle des Suchtmittelkonsums bei der sozialen Konstruktion von Männlichkeit und als Teil männerspezifischer Bewältigungsstrategien hingewiesen (Thom, 2004). In der Suchtliteratur stösst man in diesem Zusammenhang auf den Ausdruck „*doing gender with drugs*": Der trinkende Mann setzt den Alkohol als funktionales Instrument zur Herstellung von Männlichkeit ein. Nach Stöver (2004) gibt der intensive Konsum von Drogen den Männern die Möglichkeit zum Erleben von Unverletzlichkeitsphantasien und Grössenwahn, Zusammengehörigkeit in Männergruppen, Abgrenzungsmöglichkeit zu Frauen und Demonstration von Stärke und Macht, was zur Herstellung und öffentlichen Äußerung von Männlichkeit genutzt werden kann. Weiter ist männliches Rauscherleben auf dem Koordinatensystem von Macht und Empfinden von Kollektivität einzuordnen. Viele Funktionalitäten des Rausches konzentrieren sich darauf Macht auszuüben sowohl über Frauen, wie auch über Geschlechtsgenossen. In diesem Kontext beinhaltet der Rausch häufig Regelverletzungen, Tabubruch, Abbau von Blockaden und Erhöhung von Risikobereitschaft (Stöver, 2004).

Aus der Perspektive des Versorgungsangebotes im Suchtbereich kann festgestellt werden, dass trotz des offensichtlichen Zusammenhangs zwischen Männlichkeit und Sucht und der Tatsache, dass Männer in der stationären Alkoholbehandlung die grösste Patientengruppe bilden, männerspezifische Therapiemodalitäten und –angebote kaum ein Thema sind und empirische Grundlagen weitgehend fehlen (vgl. Klingemann, 2007). Gleichzeitig weisen erste Befunde auf die Vernachlässigung wichtiger Therapiebedürfnisse im aktuellen Therapieangebot hin (vgl. Edel, Klingemann, Sieber & Meyer, 2007)

Im Folgenden werden zunächst zentrale Aspekte der Konzeptualisierung von ‚Gender' als Voraussetzung für eine empirische Vorgehensweise näher eingegrenzt (Kapitel 1.1) und männliche Rollenerwartungen in ausgewählten Lebensbereichen diskutiert (Kapitel 1.2). Der theoretische Einleitungsteil, welcher zur Formulierung der Untersuchungshypothesen herangezogen wird, schliesst mit der Ableitung spezifischer Annahmen zu Männerbedürfnisse im Therapiesetting (Kapitel 1.3) und der Begründung und Darlegung der Ziele der vorliegenden Untersuchung (Kapitel 1.4). Im Methodenteil (Kapitel 2.) werden entsprechende Messinstrumente vorgestellt und eine Beschreibung der Patienten- und Bevölkerungsstichproben geleistet. Der Ergebnisteil (Kapitel 3.) ist über weite Strecken beschreibend angelegt - handelt es sich doch um die erste Studie dieser Art in der Schweiz überhaupt - und greift folgende zentrale Fragen auf:

- Sind männliche Alkoholpatienten anders als ‚normale Männer'? (Gruppenvergleich Klinik vs. Gesamtbevölkerung)
- Wie erleben und bewerten Männer Suchttherapie in der Fachklinik?
- Wie relevant sind angenommene männerspezifische Aspekte für die Patienten?

- Inwieweit wird der vorgängigen Problembelastung, aus verschiedenen Lebensbereichen etwa im Bereich ‚Missbraucherfahrungen', in der Therapie Rechnung getragen?

Ansatzweise wird auch die Frage angegangen, welche Bedeutung genderspezifischen Aspekten wie etwa dem Geschlechtsrollenstress, hinsichtlich des Therapieerfolges zukommt. Letztlich kann diese Frage jedoch nur mit Folgekatamnesestudien weiter geklärt werden.

Der hier präsentierte Schlussbericht dokumentiert nicht zuletzt detailliert methodische Aspekte und die Vorgehensweise bei der Feldarbeit und Felderschliessung. Aufbauend auf dieser Basisdokumentation sind Anschlusspublikationen in peer reviewed journals u.a. zu den Schwerpunkten ‚Familie und Angehörige' und ‚Sexualität' vorgesehen; eine systematische Auswertung der qualitativen Daten aus den offenen Angaben ist ebenfalls geplant. Selbstverständlich gehen der Stiftung zu gegebener Zeit entsprechende Belegexemplare zu.

1.1. Maskulinität – Gesundheit – Sucht: zentrale Konzepte

1.1.1. Geschlechtsrollenbezogenes Selbstkonzept

Das **geschlechtsrollenbezogene Selbstkonzept** (Hannover, 1997) meint die allgemeine Selbsteinschätzung maskuliner oder femininer Eigenschaften. Aus bisherigen Forschungsbefunden ergeben sich als charakteristisch männliche Persönlichkeitseigenschaft „*Instrumentalität*" und als weiblicher Aspekt die „*Expressivität*" (Sieverding & Alfermann, 1992). Spence und Helmreich (1980) zeigten, dass Selbsteinschätzungen bezüglich dem geschlechtsrollenbezogenen Selbstkonzept in der Regel nicht mit *Geschlechtsrollenorientierung (Einstellungen zur Geschlechtsrolle)* korrelieren. Jedoch stellte Archer (1989) in einer Überblicksarbeit signifikante Korrelationen zwischen dem Selbstkonzept und Skalen des *geschlechtstypischen Verhaltens* fest, wobei die Vorhersage solcher Verhaltensweisen besonders gut in Situationen war, in denen instrumentelle oder expressive Qualitäten gefordert sind. Sieverding und Alfermann (1992) glauben, dass maskuline Eigenschaften für psychische Anpassung und Gesundheit eine hohe Bedeutung haben, dass aber feminine Eigenschaften zusätzlichen Nutzen bringen, insbesondere für die Qualität von sozialen Beziehungen und sozialem Handeln. Neuere Forschung über das Bewältigungsverhalten in Stresssituationen bei heranwachsenden Jugendlichen zeigt, dass feminin ausgerichtete Mädchen und Jungen (feminine typed gender role) überdurchschnittlich häufig emotional gefärbte Bewältigungsstrategien bei Problemen mit Gleichaltrigen zeigen (Wahsburn-Ormachea, Hillmann, & Sawilowsky, 2004). Es ist empirisch vorläufig ungeklärt, inwieweit der differentielle Umgang mit Gruppendruck die Vulnerabilität gegenüber Alkohol- und Drogenkonsum in solchen Situationen tangiert. Thomas macht allerdings aufgrund einer Literaturanalyse durchaus plausibel, dass affektive Zustände und das Erlernen ungeeigneter Strategien des ‚emotion management' im Zuge der männlichen Sozialisation Ausweichverhalten wie Suchtmittelkonsum und Esssucht begünstigen, um so in der Folge negative Gefühlszustände möglichst vermeiden zu können (Thomas, 2004, S. 259). Amerikanische Studien aus den 60er und frühen 90er Jahren weisen auf die Pufferwirkungen von positiven maskulinen und femininen Persönlichkeitseigenschaften gegenüber **Alkoholmissbrauch** hin: „In Untersuchungen an grösseren Bevölkerungsgruppen zeigte sich, dass eine hohe Ausprägung femininer und maskuliner Persönlichkeitseigenschaften und deren androgyne Kombination in negativer Beziehung zu Alkoholkonsum und Alkoholproblemen standen, und zwar insbesondere bei Männern" (Fett, 1996, S. 93). Ausserdem deuten klinische Daten darauf hin, dass männliche Alkoholpatienten sowohl bei instrumentellen als auch bei expressiven Persönlichkeitseigenschaften unterdurchschnittliche Ausprägungen aufweisen, hingegen die Anreicherung rigider Geschlechtsrollenvorstellungen sich positiv auf die Krankheitsbewältigung und Abstinenzverhalten auswirkt (Fett, 1996, S. 93, 94).

1.1.2. Geschlechtsrollenorientierung

Während sich die geschlechtsrollenbezogenen Einstellungen auf das Selbstbild einer Person bezieht, umfasst die **Geschlechtsrollenorientierung** Werthaltungen (beliefs) hinsichtlich der Angemessenheit von Geschlechtsrollenerwartungen bzw. geschlechtsbezogener Normen, das heisst, wie sich Männer und Frauen zu verhalten haben (Spence, Deaux & Helmreich, 1985). Dieses Einstellungskonstrukt wird in der Literatur unter den Begriffen Geschlechtsrolleneinstellungen (Spence & Helmreich, 1972), Geschlechtsrollen-Ideologie (Williams & Best, 1990) oder Geschlechtsrollenorientierung (Krampen, 1979) abgehandelt. Die verschiedenen Ausprägungsformen reichen von „Traditionalität“, also der klassischen Rollenaufteilung zwischen Mann und Frau (Dominanz des Mannes) bis zu „Progressivität“, also einer gleichberechtigten Rollenaufteilung zwischen den Geschlechtern. Untersuchungen zeigen, dass Geschlechtsrollenorientierung mit dem biologischen Geschlecht sowie dem Alter und der Bildung zusammenhängt (Brogan & Kutner, 1976; Deaux, 1985; Krampen, 1979), wobei Männer, ältere Personen und weniger gebildete Personen traditionellere Erwartungen äussern als Frauen, jüngere Personen und Personen mit höherer Bildung. In Bezug auf den **Suchtbereich** zeigt sich, dass ein traditionell geprägtes Verständnis von Männlichkeit mit vermehrtem Alkoholkonsum und vermehrten Alkoholproblemen einhergehen. So konnte Krampen die von Parker (1972) und Mulford (1977) abgeleitete Hypothese, dass Alkoholiker traditionellere Geschlechtsrollenorientierungen haben als andere Personen, vorläufig stützen (Krampen, 1979); leider liegen keine neueren einschlägigen Untersuchungen hierzu vor.

1.1.3. Männlicher Geschlechtsrollenstress

Die Ausrichtung an einem rigiden maskulinen Geschlechtsrollenideal kann Stress auslösen. Diese Art von Stress wird in der Literatur als **Männlicher Geschlechtsrollenstress** (Masculine Gender Role Stress, MGRS) bezeichnet (Eisler & Skidmore, 1987) und basiert auf dem Gefühl körperlicher Unzulänglichkeit, der Furcht vor gefühlsbesetzten Situationen, Stress durch Unterlegenheit gegenüber Frauen, intellektuelle Unterlegenheit und Leistungsversagen. Gemäss Eisler (1995) tritt dieser Stress dann auf, wenn ein Mann sich an der traditionellen Männerrolle orientiert, aber an seinen Fähigkeiten zweifelt, diesen Anforderungen nachkommen zu können. Die negativen Auswirkungen der männliche Geschlechtsrolle wurden im „Gender Role Strain“-Paradigma theoretisch ausformuliert (Pleck, 1995) und sowohl in Bezug auf psychische und interpersonelle Probleme (O’Neil, 1982; Solomon, 1982) als auch bezüglich gesundheitlichen Belastungen (Goldberg, 1977; Hollstein, 1992; Sabo & Gordon, 1995) untersucht. Für den **Suchtbereich** konnte nachgewiesen werden, dass Männer mit hohem Geschlechtsrollenstress ein erheblich ungünstigeres Trinkverhalten aufweisen (Isenhardt, 1993).

1.2. Männliche Rollenerwartungen – Lebensbereiche – Sucht

1.2.1. Gewalt

Mit der Macht- und Kontrollthematik sind auch die Ausübung und das Erleiden von **Gewalt** verbunden. So werden in den Vereinigten Staaten 90 % aller Gewaltverbrechen von Männern ausgeübt (Kilmartin, 1994, S. 212). Teilweise ist dieser hohe Männeranteil damit zu begründen, dass Gewalt ein typisch männliches Bewältigungsverhalten (‚aggressives Coping’) darstellt (Böhnisch & Winter, 1993). *Männer als Opfer* sind ein bisher vernachlässigtes Themengebiet. Die Vorstellung, dass Frauen stärker von physischer Gewalt betroffen sind, hält sich hartnäckig. Dazu beigetragen hat die geringe Sichtbarkeit und Anerkennung männlicher Erfahrung als Gewaltopfer, welche ihrerseits einem kulturellen Paradox entsprechen, d.h. dem Bild einer hegemonial organisierten Männergesellschaft mit einer „Siegerkultur“, bei der Unterlegene stigmatisiert werden; das heisst „entweder ist jemand ein Opfer, oder er ist ein Mann“ (Hagemann-White & Lenz, 2002, S. 462). Entsprechend werden männliche Opfer im Behandlungs- und Beratungssystem oft nicht ernst genommen und können sogar Ängste bei den Therapeuten auslösen (Hagemann-White & Lenz, 2002, S. 475). Missbrauchserfahrungen bei alkoholabhängigen Männern in der Suchttherapie sind bislang im Gegensatz zu frauenspezifischen Untersuchungen praktisch gar nicht thematisiert worden.

1.2.2. Partnerschaft – Sexualität

Die **Partnerbeziehung** des suchtkranken Mannes ist häufig davon geprägt, dass die Partnerin zunehmend die familiäre Verantwortung übernommen hat. Falls sie noch bei ihm ist, tut sie häufig mehr für ihn, als gemeinhin Männer für eine alkoholkranke Partnerin tun. Es ist zu einer Machtverschiebung gekommen, die oft nur sehr mühsam wahrgenommen und akzeptiert wird. In gut verlaufenden Entwicklungen kommt es nach einem längeren Entwicklungsprozess zu erneutem Aufbau von Vertrauen und zu einer gleichberechtigten Beziehungsform. Das setzt jedoch beim suchtkranken Mann Selbstkonfrontation, Empathie, Konfliktfähigkeit und Verantwortungsbereitschaft voraus: Eigenschaften, die in der Therapie des Männeralkoholismus besonders zu fördern sind. Zunehmend kommen Patienten zur Behandlung, wenn ihre Partnerin sie schon verlassen hat. Dabei fällt es Männern gemeinhin besonders schwer, mit Trennungen fertig zu werden. Suchtkranke Männer leben zudem häufig in einer besonders abhängigen Beziehungsform, was Trennungsverarbeitung umso schwerer macht (Klingemann, 2004). Auch die Beziehung zwischen Männern ist schwierig und von Konkurrenz und Homophobie, einer Angst vor Nähe zu anderen Männern, geprägt. Männer nennen zahlenmässig ähnlich viele Personen ihre Freunde, wie Frauen. Die Männerfreundschaften sind jedoch, hauptsächlich durch gemeinsame Aktivitäten geprägt und im Vergleich zu Frauenfreundschaften kaum auf den Austausch von persönlichen Gefühlen und Problemen ausgerichtet. Dies trifft auf suchtkranke Männer verstärkt zu (Jüttemann, Lembke & Kern 1987). Wenig Evidenz liegt bezüglich des Reproduktionsverhaltens süchtiger Männer vor und die Debatte wird vom Stereotyp des unverantwortlich agierenden männlichen Drogenkonsumenten bestimmt, der mit verschiedenen Partnerinnen frühe Schwangerschaften unter sozial ungünstigen Bedingungen verursacht. Ungeschützter Geschlechtsverkehr ist vor allem bei jungen risikobereiten Männern zwischen 19 und 24 Jahren zu beobachten. Klienten von Prostituierten aber auch Männer, die als „escorts“ arbeiten sind verstärkten Risiken ausgesetzt (Jaiyesimi & Harry, 2004, S. 213). Die Interaktion zwischen dem generell problematischeren Alkoholkonsum bei Männern und risikoreichem **Sexualverhalten** ist aufgrund bisheriger Untersuchungen allerdings umstritten. Thom kommt zum Schluss, dass bisherige quantitative Untersuchungen den Einfluss von Trunkenheitszuständen unterschätzt haben könnten: „Research needs to examine, whether people are more likely to have unsafe sex when they have had a drink but are not yet drunk, when they have drunk to intoxication, or in both circumstances“ (Thom, 2003, S. 16). Der Wunsch, durch Alkohol sexuelle Hemmungen abzubauen und dadurch potent zu sein, steht im Kontrast dazu, dass Alkohol auch zu Erektionsstörungen führen kann. Der Einfluss des Drogenkonsums auf die Qualität des Spermas und die fötale Entwicklung ist ebenfalls nicht erforscht.

1.2.3. Vaterrolle

Das Thema „**Vaterschaft** und Sucht“ ist erst in jüngster Vergangenheit als Forschungsthema entdeckt worden (McMahon & Rounsaville, 2002). Der Einfluss des Erziehungsverhaltens von Väter mit Suchtproblemen auf die Entwicklung ihrer Söhne ist bislang von einer Defizitperspektive bestimmt – etwa nach dem Motto „Böses generiert Böses“ – insbesondere was die spätere Übernahme des Suchtverhaltens durch die Kinder anbetrifft. Es liegen kaum Forschungsbefunde vor, die erlauben würden, die negativen oder positiven direkten Auswirkungen der Präsenz eines suchtmittelmissbrauchenden Vaters im Familienverband einzuschätzen. Gleichzeit erscheint es plausibel, dass ein fehlendes positives Vatervorbild und ein Vater, der als intolerant und als wenig zuneigungsfähig erlebt wurde (Hell & Ryffel 1986), die Identitätssuche des Sohnes nicht nur erschweren kann, sondern womöglich auch zu einer Abgrenzung von der Mutter und zur Erlangung maskuliner Identität durch die Ablehnung weiblicher Attribute führen kann (Chodorow, 1985). Aus einer systemischen Perspektive wird die Rolle des Vaters in Verbindung gesetzt mit weiteren Prozessen, so zum Beispiel die Rolle weiterer Familienmitglieder (insbesondere der Grosseltern) im Sozialisationsprozess und die Auswirkung schwierigen Verhaltens der Kinder auf den Suchtmittelkonsum der Eltern (Phares, 2002).
Die Frage, auf welche Weise Substanzgebrauch die Art und Weise der Ausübung der Vaterrolle beeinflusst oder beeinträchtigt, ist bisher ungeklärt. Neuere Untersuchungen liefern Hinweise darauf, dass abhängige Väter oft mehr besorgt sind um ihre Kinder, vor allem wenn sie mit diesen nicht zusammen wohnen – als eigentlich zu erwarten gewesen wäre. Klassische männliche Geschlechtsrollenorientierun-

gen bremsen jedoch ein weitergehendes Engagement. Erneut spiegeln sich hier offenbar gesamtgesellschaftlichen Veränderungen, weisen doch vereinzelte Untersuchungen in Deutschland in den 1980er Jahren bei männlichen Alkoholpatienten in stationärer Therapie noch auf ein starkes Desinteresse der Männer an ihren Kindern hin und die Diagnose lautete, dass „bei männlichen Suchtkranken grosse Defizite in der Fähigkeit, elterliche Sorge zu übernehmen und emphatische Väterlichkeit auszudrücken bestehen“ (Fett, 1996, S. 47). Während umfangreiche Forschungsarbeiten über den affektiven Stress bei Frauen vorliegen, welche sich durch den Drogenkonsum in der Ausübung ihrer Mutterrolle beeinträchtigt fühlen, ist die Auswirkung derselben Situation auf süchtige Männer bislang nicht thematisiert worden. Die Autoren folgern: „by not acknowledging that substance-abusing men may experience psychological distress concerning their inability to function as a parent, researchers may be ignoring an opportunity to better understand how shame, associated with perceived failings might contribute to active avoidance of family problems“ (McMahon & Rounsaville, 2002, S. 1112). Es kann also gefolgert werden, dass biologischer oder sozialer Vaterschaft bei der Aufnahme von süchtigen Männern in Behandlungsprogramme kaum Aufmerksamkeit geschenkt wird.

1.2.4. Arbeit

Bei Männern wird das Selbstbewusstsein oft stark über den Beruf definiert. Dies liegt daran, dass **Arbeit** mit Werten wie Erfolg und Leistungsstreben, also typischen männlichen Attributen, verknüpft ist. Ausserdem hat der Mann durch die Arbeit die Möglichkeit, seine Rolle als „Familienernährer“ zu beweisen. Die Arbeit kann jedoch selber zu einem Suchtverhalten werden. Gemäss Wyssling sind Arbeitssüchtige konkurrenzorientiert, setzen sich selbst unter Druck, brauchen ein hohes Erregungsniveau, lieben ihre Arbeit und ziehen keine Grenzen zwischen Arbeit und Freizeit (Wyssling, 2002, S. 25-27). Arbeitssucht ist einerseits eine eigene Suchterscheinung, kann aber andererseits auch mit Alkoholismus verbunden sein (Alkohol trinken, um die Arbeitslast noch durchstehen zu können). Aber auch ein Gegenstück von Arbeitssucht, nämlich die Arbeitslosigkeit, ist eng mit dem Thema Sucht verknüpft. Arbeitslose Menschen sind in ihrem Selbstwert bedroht und laufen Gefahr, aufgrund depressiver Erscheinungen zum Alkohol zu greifen. Möglicherweise sind Männer stärker durch eine solche Selbstwertreduktion bedroht als Frauen, da sich (a) Männer stärker über den Beruf identifizieren und (b) Frauen die Möglichkeit besitzen, sich in die Mutterrolle und Kinderbetreuung zurückzuziehen. Da ein erheblicher Teil von Suchtpatienten arbeitslos ist (und trotz grosser Anstrengungen auch bei Entlassung aus der Therapie bleibt), muss die Arbeitslosigkeit auch als aufrechterhaltender Risikofaktor betrachtet werden.

1.3. Männerspezifische Aspekte im therapeutischen Setting

Behandlungsangebote im Suchtbereich sind in der Regel nicht auf Männerbedürfnisse ausgerichtet, sondern vielmehr wird „gender“ als wichtige Leitlinie therapeutischen Handelns völlig ignoriert, wenn es sich nicht gerade um eine der äusserst seltenen explizit frauen- oder männerspezifischen Angebote handelt (z.B. Casa Fidelio – Rehabilitationszentrum für suchtmittelabhängige Männer). Therapeutische Interaktionen sind tendenziell ‚weiblich’ (bzw. an traditionellen Männerbildern) orientiert (Klingemann, 2004). In der Literatur finden sich bezüglich spezifischer männlicher Therapiebedürfnisse und deren Wahrnehmung durch die Behandler bislang eher anekdotische Hinweise und Erfahrungen aus dem klinischen Bereich. Empirische Grundlagen fehlen, welche eine auf Evidenz gestützte Männertherapie anleiten könnten.

Männerspezifische Ansätze sollen *männliche Stärken* wie etwa ‚Grosszügigkeit’, ‚Ausdauer’, ‚für andere einstehen’ anerkennen und nutzen (McCarthy & Holliday, 2004, S. 28). Braun umschreibt dies aus der Praxis eines Männerbüros wie folgt: „Männer sollen in Kontakt zu ihren eigenen Ressourcen und Möglichkeiten kommen und sich dadurch zusätzliche Handlungsalternativen und eigenständige Lösungen öffnen – Männer sollen ihr Mannsein eigenständig und in der Gemeinschaft mit anderen Männern definieren“ (Braun, 2004). In diesem Zusammenhang ist auch das sogenannte Variablen- oder Balancemodell zu nennen, das darauf abzielt traditionellerweise den Männern zugeschriebene Aspekte wie etwa Leistung, Stärke und Aktivität positiv anzuerkennen und diese mit entsprechenden, ebenfalls männlichen

Aspekten, die in traditionellen Männerbildern eher verdeckt bleiben, wie Entspannung, Begrenztheit und Reflexivität auszutarieren oder ins Gleichgewicht zu bringen (Neubauer & Winter, 2001; Winter, 2001, 2002). Dieser Orientierungsrahmen diente auch als Grundlage für das eingangs erwähnte „MaGs – Männergesundheit' (vgl. Setz, 2002) und wurde 2008 bei der Einführung eines Männerkurses ‚Man*n*agement mit Kopf, Herz und Leidenschaft – Ein Kurs für Männer mit Suchtproblemen' durch das Blaue Kreuz und die Suchtfachstelle St.Gallen als Referenz herangezogen. Wenngleich keine empirischen Überprüfungen dieses Modells bekannt sind, so entspricht doch die Grundannahme den diskutierten Schlussfolgerungen zum Männerstresserleben. Männerspezifische Ansätze sind jedoch nicht nur eine Frage des Konzeptes und der Zielsetzung sondern machen auch unterschiedliche Zugänge und Interaktionsstile notwendig. Es ist daher auch zu prüfen, inwieweit bestimmte Techniken möglicherweise bei Männern besser ankommen als bei weiblichen Patienten.
So könnte die Technik des „*motivationsfördernden Interviews*", deren Effizienz bei therapieresistenten und auch zwangszugewiesenen Patienten nachgewiesen ist, möglicherweise insbesondere geeignet sein, um so „den Mann zur Sprache zu bringen" (Neumann & Süfke, 2004). Die emotionale Besetzung von Handlungen und Handlungszielen wird graduell Bestandteil des Dialogs und überfordert das männliche Expressivitätsvermögen nicht von Anfang an. Nun verbietet die rigide klassische Männerrolle das Eingeständnis von Schwäche, hier Abhängigkeit; gleichzeitig wird gerade das Leugnen von Problemen als Diagnosemerkmal von fortgeschrittener Abhängigkeit betrachtet – ein klarer Männerbias könnte man spekulieren: „Not surprisingly, adherence to stereotypical masculinity ideology is associated with reluctance to admit dependency on alcohol and enter treatment" (Thomas, 2004, S. 265). Bei der Wahl der ‚*Behandlungssprache'* ist der ‚male dialect' zu berücksichtigen, der mit dem ‚emotion speak' von TherapeutInnen nichts zu tun hat. Wenn eine Unfähigkeit vorliegt, Gefühle in Worten auszudrücken, so muss auf andere Mittel zurückgegriffen werden, wie beispielsweise Biblio-, Audio- und Videotherapie, das Erzählen von Geschichten, oder das Verwenden von Metaphern. Wichtig ist auch ‚männliches Schweigen' als Vorbereitungshandlung für den Ausdruck von Gefühlen zu erkennen und zu respektieren (Teuwsen, 2004, S. 29). Neumann und Süffke sind aufgrund ihrer therapeutischen Erfahrung der Meinung, dass es in der Interaktion mit Männern um eine „graduelle Verunsicherung und Verwirrung der eingebrachten jahrelang eingeübten Konzepte gehen muss" (Neumann & Süfke, 2004, S. 9).

Die Frage nach einem männergerechten *Therapiesetting* schliesslich betrifft primär die Fragen nach dem Geschlecht des Therapeuten und der Gruppenkonstellationen. Die Frage ob Männer tendenziell besser mit *männlichen oder weiblichen Therapeuten* einen geeigneten Rapport aufbauen können, muss differenziert angegangen werden: Forschungsbefunde zur Auswirkung unterschiedlicher Geschlechterkonstellationen in der Psychotherapie weisen darauf hin, dass gleichgeschlechtliche Dyaden oft günstigere Behandlungserfolge aufweisen als gemischte Settings. Gleichzeitig kommt es jedoch vor, dass Therapeuten durch misstrauische männliche und weibliche Patienten verunsichert werden und konfrontativ reagieren. Weiter wurde deutlich: „Mit hilflosen, abhängigen Männern konnten Therapeuten schlecht umgehen, während sie mit hilflosen abhängigen Frauen gut zurecht kamen" (Strauss, Hartung & Kächele, 2002, S. 539). McCarthy und Holliday weisen zusätzlich auf die Rolle des Alters hin: Jüngere Männer fühlen sich tendenziell wohler mit eher ‚maskulinen' helfenden Berufen wie Psychiatern und Geistlichen (McCarthy & Holliday, 2004, S. 27).
Bezüglich der *Gruppenkonstellationen* betont Müller, dass sich männerspezifische Suchtarbeit nicht einfach ergibt, wenn keine Frauen unter den Patienten sind, sondern dass auch das Team gleichgeschlechtlich zusammengestellt sein sollte (Müller, 2002). In gemischten Settings sind Projektionen auf die Frauen und Ausweichmanöver der Männer eher zu erwarten, wenngleich diese Meinung durchaus von Behandlungspraktikern kontrovers diskutiert wird: „...getrennt geschlechtliche Einrichtungen laufen eher Gefahr, bei Frauen gängiges Rollenverhalten zu zementieren als es aufzulösen ... gemischte stationäre Einrichtungen bieten doch auch eine grosse Chance dafür, an der Auflösung dieser Rollenstereotype zu arbeiten" (Klingemann, 1993, S. 94, 95).

1.4. Ziele, Relevanz der vorliegenden Untersuchung

Die hier vorgestellte Studie leistet erstmals eine umfassende **Erhebung der Bedürfnisse** von männlichen Patienten im stationären Suchtbereich. Die aktuelle therapeutische Praxis wird in Hinblick auf männerspezifische Bedürfnisse bewertet und perzipierter Veränderungsbedarf ausgelotet. Gewissermassen aus Konsumentenperspektive soll also eruiert werden, inwieweit die gegenwärtige Praxis als gendergerecht (oder männergerecht) eingeschätzt und was konkret vermisst wird. Basierend auf den Ergebnissen dieser Untersuchung können Hilfestellungen, Anregungen und Ideen im Sinne evidenzbasierter Therapie zur konzeptuellen Planung und Umsetzung männerspezifischer Therapieprogramme abgeleitet werden. Die Erfassung gender relevanter Aspekte, wie Rollenorientierung und Rollenstress sowohl in einer Klinikpopulation als auch in einer vergleichbaren Bevölkerungsstichprobe ermöglicht erstmals einen Gruppenvergleich und die Überprüfung der Annahme, dass alkoholabhängige Männer Alkohol insbesondere auch zur Bewältigung männerspezifischer Problemlagen einsetzen.
Da es – von einer Einrichtung im Drogenbereich abgesehen (Casa Fidelio) – keine stationären männerspezifischen Angebote gibt, kann eine vergleichende Wirksamkeitseinschätzung nicht vorgenommen werden. Erst wenn Konzepte für solche Männergruppen entwickelt sind, vorliegen und in Pilotprojekten bereits erprobt sind, kann deren Effizienz und Wirksamkeit in kontrollierten Vergleichsstudien untersucht werden.

2. Anlage der Untersuchung – Methodik

In die Untersuchungsstichproben wurden 2007/2008 je 100 männliche Patienten der beiden grössten Schweizer Alkoholfachkliniken (Südhang, Forel-Klinik) und 200 Männer aus der Allgemeinbevölkerung einbezogen und zu folgenden Themenfeldern befragt, welche sich aus der vorgängigen Literaturanalyse ergaben:
(*Patientenstichprobe*) Bei den Patienten wurde neben der Erfassung **demographischer Hintergrundvariablen**, (welche dem routinemässigen Patientenmonitoring act-info entnommen wurden damit Vergleichsmöglichkeiten erhalten bleiben), auch geeignete Skalen zur Erfassung des **geschlechtsrollenbezogenen Selbstkonzepts**, der **Geschlechtsrollenorientierung** und des **männlichen Geschlechtsrollenstresses** eingesetzt. Ferner wurden Erfahrungen in ausgewählten Lebensbereichen, welche für die Stiftung männlicher Identität relevant sind (**Gewalt, Sexualität, Vaterschaft / Familie, Arbeit, Gefühle**) und die Wahrnehmung, Gewichtung und Bewertung der **Behandlungsmodalitäten** mit Blick auf angenommene männerspezifische Therapiebedürfnisse erhoben. Als Outcome Variablen dienten die angegebene **Therapiezufriedenheit** sowie die **Therapeutenprognose** und die **Anzahl Rückfälle** während der stationären Therapie (letztere zwei wiederum aus dem nationalen Patientenmonitoring act-info).
(*Bevölkerungs-/Kontrollstichprobe*) Die Daten aus der Allgemeinbevölkerung basieren – analog zur Patientenstichprobe – auf den Skalen zum **geschlechtsrollenbezogenen Selbstkonzept**, zur **Geschlechtsrollenorientierung** und zum **männlichen Geschlechtsrollenstress**. Auf diese Weise kann die klinische Untersuchungsgruppe mit dieser klinikexternen Gruppe verglichen werden. Ein Matching nach Alter, Familienstand, Anzahl Kinder und Erwerbsstatus sollte dabei die Vergleichbarkeit zwischen den beiden Populationen gewährleisten (Details vgl. 2.2.2). Als Proxy für einen etwaigen problematischen Alkoholkonsum in der Bevölkerung wurde zusätzlich die deutsche Version des **CAGE** eingesetzt, ein kurzes und weit verbreitetes Screeninginstrument (Rumpf, Hapke & John, 2000). Diese repräsentative Umfrage wurde durch ein Meinungsforschungsinstitut (gfs Zürich) durchgeführt.

2.1. Entwicklung des Messinstruments

(November 2006 bis Januar 2007)
Bei der Konstruktion des Fragebogens wurde darauf geachtet, wenn immer möglich bereits validierte Skalen zu verwenden, um die oben aufgeführten Konzepte und Dimensionen der Studie abzudecken. Dabei wurde jeweils auch versucht, möglichst kurze Skalen oder Kurzversionen zu berücksichtigen, um den zeitlichen Aufwand beim Ausfüllen des Fragebogens so gering wie möglich zu halten. Insofern keine geeigneten Instrumente vorlagen, mussten Einzelitems plausibel abgeleitet und formuliert werden, ohne auf entsprechende Referenzdaten zurückgreifen zu können. So entstand ein Fragebogen mit einem angemessenen Mix aus bestehenden und selbstkonstruierten Skalen. Die verschiedenen Themenblöcke wurden in eine sinnvolle Reihenfolge gebracht (etwa leichtere Fragen zu Beginn) und zur formalen Gestaltung Layouts bereits bewährter Instrumente herangezogen. Mit einer vorläufigen ersten Version des Fragebogens folgten anschliessend in beiden Kliniken **Pretests** bei je fünf Patienten um den Fragebogen auf etwaige Unklarheiten und Fehler hin zu überprüfen. Dabei wurde auf die Technik des ‚lauten Denkens' zurückgegriffen, d.h. die Patienten wurden aufgefordert, während des Ausfüllens des Fragebogens alles laut auszusprechen, was ihnen in den Sinn kommt. Der Interviewer hat sowohl die verbalen als auch die nonverbalen Reaktionen auf die jeweiligen Fragen protokolliert. Für die Pretests wurden solche Männer befragt, die kurz vor dem Austritt standen, so dass die Stichprobe für die folgende Hauptuntersuchung nicht reduziert wurde. Bei der Erstellung der Fragebogenendversion wurden einige Items anhand der Hinweise aus den Pretests umformuliert. Dies betraf etwa die Verwendung von Alltagsbegriffen anstelle von Fachbegriffen (z.B. Gefühle statt ‚Emotionen'). Ausserdem wurde beim Themenblock ‚Vaterschaft' ein Filter eingebaut, so dass nur diejenigen diesen Bereich ausfüllen mussten, welche auch tatsächlich Kinder haben. Schliesslich wurde der Fragebogen noch durch den Einbezug einiger ansprechender Hintergrundsbilder attraktiver gemacht.

Es folgt eine Beschreibung der eingesetzten Skalen (siehe Anhang A für die definitive Version des Fragebogens).

2.1.1. Bem Sex Role Inventory – geschlechtsrollenbezogenes Selbstkonzept

Für die Messung des geschlechtsrollenbezogenen Selbstkonzepts wird die deutsche Version des Bem Sex Role Inventory (BSRI; Bem, 1974) von Schneider-Düker und Kohler (1988) eingesetzt. Dieser Fragebogen enthält Aussagen zur Selbstzuschreibung von geschlechtstypisch maskulinen und femininen Eigenschaften. Sowohl die Maskulinitätsskala ‚M' (Eigenschaften wie furchtlos, sachlich, sicher und intelligent) als auch die Feminitätsskala ‚F' (Eigenschaften wie abhängig, fröhlich, romantisch und weichherzig) beinhalten jeweils 20 Persönlichkeitseigenschaften und werden auf einer siebenstufigen Skala eingeordnet (1=nie oder fast nie; 7=immer). Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) beträgt für die M-Skala α=.85 und für die F-Skala α=.74. Aus diesen Skalen kann der Grad der Androgynität abgeleitet werden, indem die Differenz der Summenwerte der geschlechtsspezifischen Eigenschaften gebildet wird. Je größer diese Differenz ist, desto mehr ist die untersuchte Person auf eine bestimmte Geschlechtsrolle festgelegt. Die *Typologien* der Männer lassen sich von den Dimensionen des geschlechtsrollenbezogenen Selbstkonzeptes herleiten. Je nach Ausprägung auf der Dimension Instrumentalität (M-Skala) bzw. Expressivität (F-Skala) ergeben sich vier Männertypen (siehe Abbildung 1 und auch Schneider-Düker & Kohler, 1988, Seite 260): der **maskuline Typ** (hohe M-Werte, tiefe F-Werte), der **feminine Typ** (tiefe M-Werte, hohe F-Werte), der **androgyne Typ** (hohe M-Werte, hohe F-Werte) und der **undifferenzierte Typ** (tiefe M-Werte, tiefe F-Werte). Der **maskuline Typ** (auch **„Macho"** genannt) hat überwiegend männliche Seiten und sieht sich selbst als rational denkenden und handelnden Menschen. Der **feminine Typ** (auch **„Softie"** genannt) attestiert sich selbst weniger männlichen Eigenschaften, sondern beschreibt sich als feinfühlig, empfindsam und weichherzig. „Softies" sind keine Avantgardisten. Der **androgyne Mann** vereint Werte der männlichen mit denen der weiblichen Dimension. Er ist „Macho" und „Softie" zugleich, wird also je nach Situation, die eine oder die andere Komponente zum Ausdruck bringen. Der **undifferenzierte Typ** ist weder „Macho" noch „Softie". So gesehen hat dieser Typ Mann seine Rolle als Mann entweder noch nicht gefunden oder sucht gar nicht nach ihr (bzw. definiert seine Rolle als Mann über andere Dimensionen). Dieses Instrument wird sowohl in der Patienten- als auch in der Kontrollstichprobe eingesetzt (siehe Anhang A, Themenblock 8).

+ / + (hoch M-Skala / hoch F-Skala) **Androgyner Mann** (sowohl Macho als auch Softie)	+ / - (hoch M-Skala / tief F-Skala) **Maskuliner Mann** „Macho"
- / + (tief M-Skala / hoch F-Skala) **Femininer Mann** „Softie"	- / - (tief M-Skala / tief F-Skala) **Undifferenzierter Mann** (weder Macho noch Softie)

Abbildung 1. Männertypologie gemäss Androgyniekonzept je nach Ausprägung in den zwei Dimensionen Instrumentalität (M-Skala) und Expressivität (F-Skala).

2.1.2. Male Role Norm Scale – Geschlechtsrollenorientierung

Die Geschlechtsrollenorientierung wird mit der von Thiele, Otterman und Degerhardt (2001) übersetzten deutschen Version der Male Role Norm Scale (MRNS; Thompson & Pleck, 1986) erfasst. Gemäss Hauptkomponenten-Faktorenanalyse konnten drei Faktoren extrahiert werden, deren Interpretation im Folgenden dargestellt wird: Der erste Faktor kann als die Notwendigkeit eines Mannes beschrieben werden, stets Status anzuvisieren und den Respekt Anderer zu erlangen. Er wird **‚Status Norm'** genannt (11 Items, α=.81). Der zweite Faktor deckt die Erwartungen ab, dass Männer stets mental, emotional und auch körperlich stark und selbstbewusst sein sollen und wird daher **‚Toughness Norm'** genannt (8 Items, α=.74). Der dritte Faktor beinhaltet die Vorstellung, dass Männer typisch feminine Aktivitäten, Berufe und sonstige Tätigkeiten meiden sollten und wird dementsprechend **‚Antifemininity Norm'** (7

Items, α=.76) genannt (siehe auch Thompson & Pleck, 1986). Auf einer siebenstufigen Skala (1=Trifft gar nicht zu; 7=Trifft sehr zu) werden die insgesamt 26 Aussagen eingestuft. Höhere Werte auf der Skala bedeuten eine traditionellere Einstellung über die männliche Rolle. Nachfolgend sind für jede der drei Subskalen zwei Beispielitems aufgeführt:

Status Norm: „Ein Mann sollte auf seinen eigenen Beinen stehen und nie auf die Hilfe anderer angewiesen sein."
„Ein Mann schuldet es seiner Familie den am besten bezahlten Job anzuneh men, den er finden kann."

Toughness Norm: „Manchmal kann man eine unangenehme Situation nur mit den Fäusten klären."
„Wenn ein Mann sich nicht gut fühlt, sollte er sich das nicht anmerken lassen."

Antifemininity Norm: „Bei einem Mann der Friseur und Hobbykoch ist, würde ich mich fragen, wie männlich er ist."
„Es stört mich wenn ein Mann etwas tut, das ich für weiblich halte."

Dieses Instrument wird sowohl in der Patienten- als auch in der Kontrollstichprobe eingesetzt (siehe Anhang A, Themenblock 1).

2.1.3. Masculine Gender Role Stress Scale – männlicher Geschlechtsrollenstress

Männlicher Geschlechtsrollenstress wird mit dem Instrument GRS (Gender Role Stress Scale) von Eisler und Skidmore (1987) erfasst. Dieses Instrument umfasst die fünf Dimensionen körperliche Unzulänglichkeit, Furcht vor gefühlsbesetzten Situationen, Unterlegenheit gegenüber Frauen, intellektuelle Unterlegenheit und Leistungsversagen. Insgesamt 48 Aussagen werden dazu auf einer 5-stufigen Skala hinsichtlich ihrer Belastung eingeschätzt (1=keine Belastung; 5=starke Belastung). Eine Studie von Isenhardt (1993) an stationär behandelten Alkoholkranken zeigt, dass die Faktorenstruktur der GRS stark abhängig ist von der untersuchten Stichprobe und der situativen Umstände, in welchen sich Personen der Analysestichprobe befinden. Eine deutsche Übersetzung wurde von Fleckenstein (1999) vorgenommen und erste Ergebnisse zu den Gütekriterien liegen von Thiele (2000) vor, wobei die interne Konsistenz (je nach Stichprobe) im Bereich α=.86-.88 liegt. Obwohl in der deutschen Version nur einzelne Teildimensionen der MGRS mittels Faktorenanalyse repliziert werden konnten (Thiele, 2000), ist es doch das beste verfügbare Instrument um Geschlechtsrollenstress zu erfassen. Für vorliegende Untersuchung an einer rein männlichen Population sind lediglich die 24 Maskulinitäts-Items von Bedeutung, wobei ein Item aufgrund seiner alkoholspezifischen Relevanz gestrichen wurde („Sie vertragen keinen Alkohol"), so dass schlussendlich diese Skala 23 Items beinhaltet. Dieses Instrument wird sowohl in der Patienten- als auch in der Kontrollstichprobe eingesetzt (siehe Anhang A, Themenblock 12)

2.1.4. Männerspezifische Themen in der Suchttherapie

Die Erfahrung mit lebensbereichsspezifischen Männersuchtthemen bezieht sich auf die vorgängig dargestellten Bereiche **Gewalt**, **Arbeit**, **Sexualität**, **Vaterschaft** und **Gefühle**. Diese Bereiche werden nicht nur über die Erfassung persönlicher Gewichtungen durch die befragten Patienten berücksichtigt, sondern auch durch die Messung der wahrgenommenen Thematisierung und Berücksichtigung dieser Themen im therapeutischen Setting (z.B. Interaktionsstil, Gruppenzusammensetzung, Geschlecht des Therapeuten), gefolgt von Fragen zu den Vorstellungen bezüglich des Idealprofils therapeutischer Hilfen für männerspezifische Anliegen (ideales therapeutisches Setting und Gruppenzusammensetzung). Dieser suchtspezifische Abschnitt wird nur in der Patientenstichprobe erhoben (siehe Anhang A, Themenblöcke 6, 7, 9, 10, 11). Für den Themenbereich ‚Gewalt' wurden ausserdem zehn Items aus der deutschen Übersetzung des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) übernommen und hinsichtlich der Antwortalternativen leicht adaptiert (siehe Anhang A, Fragen 6.1 bis 6.10). Im englischen Original (Bernstein & Fink, 1998), sowie in der deutschen Übersetzung (Gast, Rodewald, Benecke, & Driessen, 2001) werden die Items auf einer fünfstufigen Likert-Skala von „nie" bis „sehr oft" eingeschätzt, wohingegen wir uns für ein dichotomes „Ja / Nein" Antwortformat entschieden haben. Basierend darauf kann anschliessend sozusagen ein ‚Gewaltindex' über die Summe der bejahten Antworten als objektives Gewaltmass ermittelt werden. Die

Auswahl der zehn Items beruht auf inhaltliche Gründe und führte zur Selektion der zwei Subskalen „Körperliche Misshandlung“ (5 Items) und „sexuelle Gewalt/sexueller Missbrauch“ (5 Items).

2.1.5. Therapieinteraktion, Therapiezufriedenheit

Für die Erfassung der **Therapiezufriedenheit** wurde die 8-Item Kurzversion des Client Satisfaction Questionnaire (Nguyen, Attkinson, Stegner, 1983) ins Deutsche übersetzt (siehe Anhang A, Themenblock 3, Fragen 3.1 bis 3.8). Die 8 Fragen werden auf einer vierstufigen Likert-Skala eingeschätzt, wobei drei der Items (Fragen 3.1, 3.3 und 3.6) umkodiert werden müssen, um anschliessend ein stimmiges mittleres Gesamtzufriedenheitsmass bilden zu können (je höher der Wert, desto grösser die Zufriedenheit). Die Skala hat gemäss den Originalautoren eine sehr gute interne Konsistenz (Cronbach’s alpha = .92), in unserer Patientenstichprobe ist die interne Reliabilität auch sehr gut (Cronbach’s alpha = .81).

2.1.6. Outcome Variablen

Neben der Therapiezufriedenheit (siehe 2.1.5.) als näherungsweise Outcome-Variable kommen als weitere abhängige Variablen die Rückfallhäufigkeit während des stationären Aufenthalts, psychische und Verhaltensstörungen (ICD-10 Diagnosen), sowie die Therapeutenprognose hinzu (extrahiert aus act-info Patientenmonitoring). Dieser suchtspezifische Abschnitt wird nur in der Patientenstichprobe erhoben.

2.1.7. CAGE-Fragebogen

Um auch für die Kontrollstichprobe einen Näherungswert für problematischen Alkoholkonsum zu bekommen, wird das eine alkoholspezifische Item aus der Skala zum männlichen Geschlechtsrollenstress (MGRS – siehe Abschnitt 2.1.3.) als Übergang für die deutsche Version des CAGE Tests verwendet (Rumpf et al. 2000). Der CAGE ist ein weitläufig etablierter Fragebogen um problematischen Alkoholkonsum zu screenen und besteht aus vier Fragen, die mit Ja oder Nein beantwortet werden (jede Ja-Antwort wird mit einem Punkt bewertet). Ab einem Summenscore von zwei Punkten weist der Fragebogen auf ein alkoholbezogenes Problem hin.

2.2. Stichprobenbeschreibung

2.2.1. Klinische Stichprobe (Klinikpopulation)

Insgesamt wurden in einem Zeitraum von etwas über einem Jahr (siehe Abbildung 2) 200 männliche Patienten der beiden grössten Schweizer Fachkliniken für Alkoholabhängigkeit Forel und Südhang befragt.

In beiden Kliniken sind bereits Vorarbeiten und Anstrengungen zu gendergerechter Suchtarbeit geleistet worden. So gibt es in der Forel Klinik seit langer Zeit Abteilungen für Männer (flexible Station der Forel) und Frauen (Klinik Turbenthal). Während es in der Frauenabteilung bereits frauenspezifische Angebote gibt, ist der Bedarf nach männerspezifischen Angeboten in der Männerabteilung erkannt worden. Dies zeigt auf, dass eine reine Männerstation nicht mit männerspezifischer Therapie gleichzusetzen ist. In aktuellen internen Weiterbildungen wird das Therapiepersonal der Forel Klinik bezüglich männerspezifischen Genderaspekten sensibilisiert. In der Klinik Südhang, der zweitgrössten stationären Suchtklinik in der Schweiz, gibt es keine reinen Geschlechterabteilungen. Es existiert jedoch seit mehreren Jahren eine Frauengruppe und der Aufbau einer Männergruppe wird zurzeit geplant. Ausserdem wurde im Vorfeld dieser Untersuchung im Rahmen eines Pilotprojekts das Personal beider Kliniken zu genderspezifischen Aspekten und Therapiezielen befragt (Edel et al., 2007). Während der Feldarbeit zur vorliegenden Untersuchung wurde die Arbeit der Männerplanungsgruppe vorläufig sistiert, um die Befragung nicht zu beeinflussen.

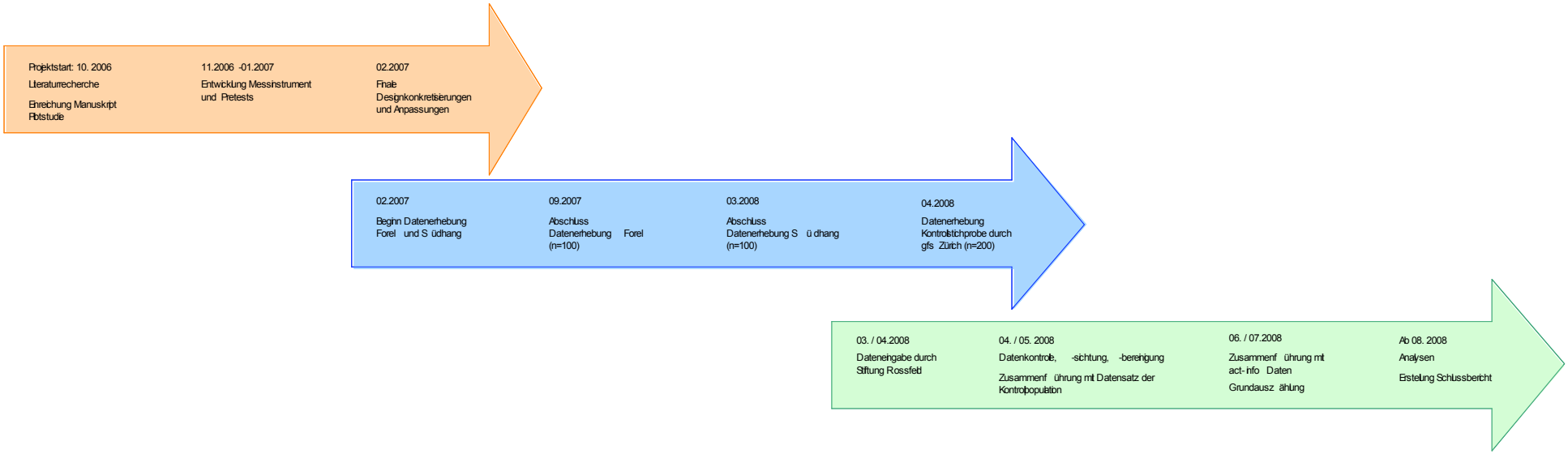


Abbildung 2. Studiendesign und zeitlicher Ablauf der Projektarbeit.

2.2.1.1. Repräsentativität der klinischen Stichprobe

Gemäss dem nationalen Patientenmonitoring act-info, nehmen die beiden Kliniken Forel und Südhang zusammen über 60% aller stationären Suchtpatienten auf (im Jahr 2007 waren dies 605 Eintritte von insgesamt 1002), wobei die Forel Klinik (332 Eintritte) etwas mehr Patienten aufnahm als der Südhang (273 Eintritte). Bei beiden Kliniken beträgt der Männeranteil dieser Gesamteintritte jeweils zwei Drittel. Ein Vergleich der soziodemographischen Patientenvariablen der beiden Kliniken mit den allgemeinen Kennzahlen der SAKRAM-Häuser (Schweizerische Arbeitsgemeinschaft der Kliniken und Rehabilitationszentren für Alkohol- und Medikamentenabhängige) zeigt, dass die gewählte Stichprobe repräsentativ für den stationären Suchtbereich ist. Das Durchschnittsalter der Männer beträgt 46 Jahre (Forel: 47 Jahre; Südhang: 48 Jahre), rund 28% sind verheiratet (Forel: 30%; Südhang: 32%), knapp die Hälfte (48%) hat keine Kinder (Forel: 43%; Südhang: 47%) und auch etwa die Hälfte der Patienten (49%) ist arbeitstätig (Forel: 54%; Südhang: 51%). Demnach können die aus dieser Untersuchung gewonnenen Ergebnisse durchaus als repräsentativ angesehen werden, wodurch auch eine Generalisierung auf den soeben beschriebenen Behandlungssektor vorgenommen werden kann.

2.2.1.2. Stichprobenkriterien

Um die Therapiezeit konstant zu halten wurden alle männlichen Patienten in der vierten Therapiewoche für die Befragung eingeladen und in der fünften Therapiewoche in Kleingruppen befragt. Im Verhinderungsfalle wurde innerhalb einer Woche vor, bzw. nach dem 5-Wochen Termin ein Alternativtermin vereinbart. Bei Nichterscheinen wurden die Männer gesucht oder dann eine Woche später noch einmal aufgeboten. Durch dieses Vorgehen waren alle Patienten zum Zeitpunkt der Befragung mindestens fünf Wochen in der Klinik (wobei die Zeit auf der Entzugsstation im Südhang aus Gründen der Vergleichbarkeit nicht als Therapiezeit gilt). Die Begründung für diese Auswahlkriterien liegt darin, dass (a) keine Hypothesen bezügliche des Einflusses unterschiedlicher Therapieverweildauer aufgestellt wurden und (b) nach vier Wochen plausibel angenommen werden kann dass einerseits bereits Erfahrungen mit dem Therapieprogramm gesammelt wurden, andererseits jedoch noch keine „Anpassung“ oder „Übernahme der Therapeutensprache“ durch den Patienten vorliegen dürfte. Weiter wird davon ausgegangen, dass die gemessenen Einstellungen und Konzepte relativ stabil und auch zu unterschiedlichen Befragungszeitpunkten zuverlässig vergleichbar sind.

2.2.1.3. Vertraulichkeit des Fragebogens / Anonymität der Befragung

Ein vertraulicher Umgang mit den erhobenen Daten ist dadurch gewährleistet worden, dass die Daten weder der jeweiligen Klinikdirektion noch dem therapeutischen Personal zugänglich waren. Um den Aufwand für die Patienten und die Ausfülldauer zu reduzieren, wurde explizit darauf geachtet nur diejenigen Daten zu erheben, die nicht bereits durch die act-info Statistik in den Patientendossiers erfasst werden (z.B. soziodemographische Angaben). Dies erforderte aber die Notwendigkeit der Zuordnung der erhobenen Daten mit den entsprechenden act-info Daten. Anhand der Krankengeschichtsnummer wurde diesem Umstand Rechnung getragen. Die Zusammenführung der erhobenen Fragebogendaten mit den act-info Angaben erfolgte nach Abschluss der Datenerhebung – für die Auswertung wurden die Daten schlussendlich so aggregiert, dass ein Rückschluss auf die einzelne Person ausgeschlossen werden kann.

2.2.1.4. Einsatz von Befragungsincentives

Für die Teilnahme an der Studie wurden die Männer mit einem Migrosgutschein im Wert von 10 CHF entschädigt. Der Betrag erscheint insofern angemessen, als er nicht zu hoch ist, so dass die Frauen in der Klinik sich benachteiligt fühlen, aber dennoch (in Gutscheinform) wertschätzend genug. Die Reaktionen auf die Gutscheine waren seitens der Patienten durchwegs positiv. Da Bemühungen, Migros Bern als Sponsor für die Gutscheine zu gewinnen, scheiterten, musste das Projektbudget belastet werden.

2.2.1.5. Beschreibung der Feldarbeit (02.2007 bis 03.2008)

(**Männerbefragungen in Kleingruppen**)

Die Befragungen fanden jeweils während einem Therapieblock in einem Gruppenraum statt. Nach einer kurzen einleitenden Instruktion zum Zweck und Ablauf der Untersuchung füllten die Patienten den Fragebogen aus. Der Interviewer war während der gesamten Zeit anwesend und stand für etwaige Fragen oder Unklarheiten zur Verfügung. Die wöchentlichen Befragungen wurden so lange durchgeführt, bis die Stichprobe von je 100 Patienten pro Klinik erreicht wurde. Aufgrund des etwas höheren Patientenaufkommens in der Forel Klinik und der Tatsache, dass im Südhang die Möglichkeit des qualifizierten Entzugs besteht ohne anschliessenden obligatorischen Übertritt in eine Entwöhnungstherapie, konnte die Datenerhebung bereits im September 2007 abgeschlossen werden. Im Südhang erstreckte sich die Datenerhebung bis Mitte März 2008 (siehe Abbildung 2).

(**Probleme während Interviewarbeit**)

Bereits nach Durchführung der ersten Interviews wurden grosse Unterschiede zwischen den Patienten bezüglich kognitiver Leistungsfähigkeit vor allem bei Patienten der Langzeitabteilung deutlich. Dies hat sich unter anderem auch in einer grossen Bandbreite der Zeit zur Ausfüllung des Fragebogens geäussert. Deshalb wurde für Langzeitpatienten beschlossen, die Einschätzung des jeweiligen Fallführenden Therapeuten über die kognitiven Fähigkeiten des Patienten für eine einstündige Befragung einzuholen. Bei einer kritischen Einschätzung seitens des Therapeuten wurde der betreffende Patient zu einem persönlichen Interviewtermin eingeladen. Zwei Patienten war es vom sprachlichen Verständnis (fremde Muttersprache) nicht möglich, den Fragebogen selbstständig auszufüllen. Auch hier wurde versucht, die Befragung in einem persönlichen Interview durchzuführen, wobei aufgrund der zeitlichen Überbeanspruchung auf das Ausfüllen der drei validierten genderspezifischen Skalen (geschlechtsrollenbezogenes Selbstkonzept – BSRI, Geschlechtsrollenorientierung – MRNS und männlicher Geschlechtsrollenstress – MGRS) verzichtet wurde.

(**Einschätzung der Befragung durch die Patienten**)

Am Schluss des Fragebogens hatten die Patienten nicht nur die Möglichkeit, die Befragung hinsichtlich Spannung (1=sehr langweilig bis 5= sehr spannend), Schwierigkeitsgrad (1=sehr einfach bis 5=sehr schwierig) und Anstrengungsgrad (1=sehr anstrengend bis 5= gar nicht anstrengend) einzuschätzen, sondern konnten auch im offenen Antwortformat wiedergeben, welche Fragen ihnen am meisten Mühe bereitet haben. Die Verteilung der Patienteneinschätzungen betreffend Spannung (*M*=3.5, *SD*=.76), Schwierigkeit (*M*=2.3, *SD*=.83) und Anstrengung (*M*=3.9, *SD*=.84) können Tabelle 1 entnommen werden. Der Grossteil der Patienten gab an, dass der Fragebogen mittelmässig spannend (43.3%) oder spannend (42.8%) war, 47.2% fanden ihn einfach auszufüllen und 45.2% ‚nicht anstrengend' (Tabelle 1). Eine vorläufige Analyse der offenen Antwortalternativen hat gezeigt, dass in erster Linie die Beantwortung der Fragen zum Thema Sexualität, ferner auch Fragen zu Gewalt oder Vaterschaft, den Patienten Mühe bereitet haben.

	Patienten (*N* = 200) **% (*n*)**
Interesse am Fragebogen	
Sehr langweilig	1% (2)
Langweilig	6% (11)
Mittel	43% (84)
Spannend	43% (83)
Sehr spannend	7% (14)
Schwierigkeit	
Sehr einfach	14% (25)
Einfach	47% (84)
Mittel	31% (55)
Schwierig	7% (13)
Sehr schwierig	1% (1)
Anstrengung	
Sehr anstrengend	1% (1)
Anstrengend	4% (7)
Mittel	24% (42)
Nicht anstrengend	45% (80)
Gar nicht anstrengend	27% (47)

Tabelle 1. Einschätzung der Befragung durch die Patienten. Da nicht alle Patienten alle Fragen beantwortet haben, variiert die Stichprobengrösse von Frage zu Frage. Summen > 100% entstehen durch Rundung der Nachkommastellen.

2.2.1.6. Dateneingabe, Datenmanagement klinische Stichprobe

Die Dateneingabe der 200 Fragebogen wurde durch die Stiftung ‚Rossfeld' in Bern durchgeführt. Diese Institution führt ein Beschäftigungszentrum für körperlich behinderte Erwachsene und hat sich als zuverlässiger Partner bei der Dateneingabe früherer Untersuchungen bewährt. Anhand des Fragebogens wurde vom Rossfeld eine Datenmaske (Excel) erstellt, in welche die Daten eingegeben wurden. Zur Überprüfung dieser Maske wurde ein Testlauf absolviert, der darin bestand, einen Probefragebogen einzugeben und dem anschliessenden Import der Daten aus Excel in SPSS. Unmittelbar nach dem letzten Befragungstermin in der Klinik Südhang (12.03.2008) wurden die 200 Fragebogen von der Stiftung ‚Rossfeld' abgeholt und innerhalb eines Monats (bis am 15.04.2008) ordnungsgemäss eingegeben. Anschliessend folgte die Datensichtung und Datenbereinigung, bevor dann nach erfolgter Datenerhebung der Kontrollstichprobe beide Datensätze zusammengeführt werden konnten (siehe Abbildung 2).

2.2.1.7. Ergänzende Variablen: act-info

Um den zeitlichen Aufwand für das Ausfüllen des Fragebogens möglichst gering zu halten und um gleichzeitig vorhandene Synergien mit der routinemässig stattfindenden act-info Befragung zu nutzen, wurden soziodemographische Patientenangaben nicht doppelt erfragt, sondern nach Abschluss der Feldphase aus bestehender Datenbasis extrahiert und zusammengeführt. Zusätzlich werden noch die im act-info Austrittsfragebogen abgebildete Behandlungsdauer, Behandlungsprogramm, Behandlungsabschluss, Nachsorge, Anzahl und Dauer der Rückfälle während des stationären Aufenthalts, Konsumziel bei Austritt, psychische- und Verhaltensstörungen (ICD-10 Diagnosen) und Therapeutenprognose als Outcome-Variablen hinzugezogen. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die aus act-info extrahierten Variablen (siehe Anhang B für eine wortwörtliche Abbildung der entsprechenden act-info Fragen inklusive Antwortkategorien). Von den 100 Patienten der Klinik Südhang waren 34% in der Kurzzeit-, 49% in der

Mittelzeit- und 17% in der Langzeitabteilung. In der Forel Klinik waren 58% der Patienten in der Kurzzeitabteilung und 42% in der flexiblen Abteilung.

	Variablenbezeichnung	**Quelle**
1	Behandlungserfahrung	Eintrittsfragebogen
2	Häufigkeit Entzüge vor Eintritt	
3	Zuweisende Instanz	
4	Alter	
5	Zivilstand	
6	Staatsangehörigkeit	
7 / 8	Wohnsituation 30 Tage / 6 Monate vor Eintritt	
9	Partnerbeziehung	
10	Zufriedenheit Partnerbeziehung	
11	Anzahl Kinder	
12	Soziale Unterstützung	
13	Zufriedenheit Soziale Unterstützung	
14	Zufriedenheit Freizeit	
15 / 16	Lebensunterhalt 30 Tage / 6 Monate vor Eintritt	
17 / 18	Erwerbsstatus 30 Tage / 6 Monate vor Eintritt	
19	Ausbildung	
20	Berufliche Stellung bei Eintritt	
21	Monatliches Einkommen	
22	Schulden	
23	Problemsubstanz	
24	Konsumziel bei Eintritt	
25	AUDIT Gesamtscore	
26	Häufigkeit Rauchen	
27	FAGERSTRÖM Gesamtscore	
28	Körperliche Probleme	
29	Psychische Probleme	
30	Behandlungsdauer	Austrittsfragebogen
31	Abteilung / Behandlungsprogramm	
32	Behandlungsabschluss	
33	Nachsorge	
34	Rückfälle während der Behandlung	
35	Dauer Rückfall in Tagen	
36	Konsumziel bei Austritt	
37	Hauptdiagnose (ICD-10)	
38	1. Nebendiagnose (ICD-10)	
39	2. Nebendiagnose (ICD-10)	
40	Therapeutenprognose	

Tabelle 2. act-info Variablenbezeichnungen.

2.2.1.8. Klinikvergleich hinsichtlich act-info Variablen

Ein Vergleich der beiden Kliniken hinsichtlich der Daten aus dem nationalen Patientenmonitoring act-info zeigt auf, dass sich Patienten der beiden Kliniken Forel und Südhang in den meisten Punkten nicht unterscheiden, dass aber dennoch einige Unterschiede vorhanden sind (vgl. Tabellen 3 und 4; Tabelle 4 im Anhang D). So zeigen sich zum Beispiel signifikante Unterschiede (fett markierte Variablen in Tabelle 4, siehe Anhang D) nicht nur in der Behandlungserfahrung (Südhang: 5% ohne Behandlungserfahrung; Forel: 17% ohne Behandlungserfahrung), in der zuweisenden Instanz (Südhang: knapp 87% Eigeninitative; Forel: 63% Eigeninitiative), in der Wohnsituation 30 Tage vor Klinikeintritt (Südhang: über 50% allein

wohnend; Forel: 36% allein), sondern auch hinsichtlich körperlicher Probleme (Südhang: über 50% mit körperlichen Problemen; Forel: nur knapp 14% mit körperlichen Problemen), Nachsorge (Südhang; in knapp 90% der Fälle ist die Nachsorge geregelt; Forel: in knapp 75% der Fälle ist die Nachsorge geregelt), Rückfälle während der Behandlung (Südhang: 80% keine Rückfälle; Forel: 56% keine Rückfälle) und Dauer der Rückfälle (Südhang: knapp 95% 1-2 Tage; Forel: knapp 38% 1-2 Tage).

	Südhang ***M (SD)***	**Forel** ***M (SD)***	**ANOVA**
Alter	47.37 (10.28)	46.92 (9.90)	*F*(1,198) = .10 (*p* = .75; *n.s.*)
Zufriedenheit Partnerbeziehung [a]	2.63 (1.47)	2.77 (1.51)	*F*(1,185) = .44 (*p* = .51; *n.s.*)
Zufriedenheit Soziale Unterstützung [a]	2.51 (1.40)	2.40 (1.16)	*F*(1,195) = .34 (*p* = .56; *n.s.*)
Zufriedenheit Freizeit [a]	3.82 (1.39)	4.04 (1.47)	*F*(1,195) = 1.20 (*p* = .27; *n.s.*)
AUDIT Score [b]	25.59 (7.81)	26.38 (7.54)	*F*(1,141) =.36 (*p* = .55; *n.s.*)
FAGERSTRÖM Score [c]	5.00 (2.18)	5.42 (2.40)	*F*(1,118) = 1.01 (*p* = .32; *n.s.*)
Behandlungsdauer in Wochen	17.07 (6.38)	15.98 (7.48)	*F*(1,197) = 1.22 (*p* = .27; *n.s.*)

Tabelle 3. Gruppenvergleich Klinik Südhang (*N* = 100) vs. Forel Klinik (*N* = 100) hinsichtlich parametrischer act-info Variablen mittels einfaktorieller Varianzanalyse (ANOVA). Unterschiedliche Stichprobengrösse weil nicht alle Patienten alle Fragen beantwortet haben oder einige Fragen nicht zutreffend waren (z.B. Fagerström). *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *n.s.* = nicht signifikant.

[a] Zufriedenheitsskala: 1=sehr zufrieden; 6=sehr unzufrieden.

[b] Maximale Punktzahl AUDIT = 40; ab 8 besteht ein Gesundheitsrisiko.

[c] Maximale Punktzahl FAGERSTRÖM = 10 (0-5 = geringe bis mittlere Abhängigkeit; 6-10=starke bis sehr starke Abhängigkeit).

2.2.2. Bevölkerungsstichprobe (Kontrollpopulation)

Nach Abschluss der Datenerhebung in den beiden Kliniken Forel und Südhang wurde die Bevölkerungsumfrage durch das Markt- und Sozialforschungsinstitut gfs Zürich durchgeführt. Aufgrund der vorgegeben Quotenvorgaben wurden 200 männliche Personen aus der Allgemeinbevölkerung, gematcht nach Alter, Zivilstand, Kinder und Erwerbstätigkeit, mittels Computer Assisted Telephone Interview (CATI – Anhang C) im Zeitraum vom 10.-19.04.2008 befragt (siehe Abbildung 2). Eine Gegenüberstellung mit der klinischen Stichprobe bezüglich der vier Matchingkriterien (Alter, Zivilstand, Kinder und Erwerbstätigkeit) belegt die Vergleichbarkeit der beiden Untersuchungsgruppen (Tabelle 5).

	Klinische Stichprobe % (*n*)	**Bevölkerungsstichprobe % (*n*)**
Alter		
25-39	25% (50)	25% (51)
40-54	54% (108)	53% (106)
55-74	21% (42)	22% (43)
Zivilstand		
Geschieden	38% (76)	37% (75)
Nicht geschieden	62% (124)	63% (125)
Kinder		
Ja	57% (114)	57% (114)
Nein	43% (86)	43% (86)
Erwerbstätig		
Ja	57% (114)	58% (117)
Nein	43% (86)	42% (83)

Tabelle 5. Verteilung der Matchingvariablen in der Klinischen- und in der Bevölkerungsstichprobe.

Die ausgewählten Matchingvariablen berücksichtigen einerseits die Überrepräsentation älterer, geschiedener, erwerbsloser, kinderloser Männer in den untersuchten Klinikpopulationen. Andererseits stellen Scheidung und Arbeitslosigkeit männerspezifische Stressoren dar und es kann angenommen werden, dass geschlechtsspezifische Rollenorientierungen und Selbstkonzepte altersabhängig sind und gleichzeitig mit der Haushaltszusammensetzung kovariieren.

Als möglicher Korrekturfaktor im Gruppenvergleich wurde problematischer Alkoholkonsum in der Bevölkerungsstichprobe mithilfe der CAGE-Fragen annähernd erfasst. Gemäss Auswertungshinweisen des CAGE kann man von problematischem Alkoholkonsum ausgehen, wenn mindestens zwei der vier Fragen positiv beantwortet werden (Rumpf et al. 2000). Tabelle 6 fasst Prozentangaben und Häufigkeiten zu den vier CAGE-Fragen zusammen. Von den 200 Befragten gaben zwar knapp 10% an, dass sie gar keinen Alkohol trinken (die restlichen CAGE Fragen wurden in diesem Fall nicht mehr gestellt), im Gegensatz dazu hat aber ca. ein Viertel der Befragten jeweils eine der drei ersten Fragen mit ‚Ja' beantwortet. Betrachtet man die Summe der Ja-Antworten pro Teilnehmer, beantworten 18% (*n*=36) mindestens zwei Fragen mit ‚Ja', was auf ein alkoholbezogenes Problem hindeutet.

	Ja **% (*n*)**	**Nein** **% (*n*)**	**Kein Alkohol**
Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, dass Sie Ihren Alkoholkonsum verringern sollten?	28% (55)	63% (126)	10% (19)
Hat Sie schon einmal jemand durch Kritisieren Ihres Alkoholtrinkens verärgert?	21% (41)	69% (138)	10% (19)
Haben Sie schon einmal wegen Ihres Alkoholtrinkens ein schlechtes Gewissen gehabt, oder sich schuldig gefühlt?	25% (49)	65% (129)	10% (19)
Haben Sie schon einmal am Morgen als erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich wieder ins Gleichgewicht zu bringen oder einen Kater loszuwerden?	5% (10)	86% (171)	10% (19)

Tabelle 6. Prozentangaben und Häufigkeiten zum CAGE in der Allgemeinbevölkerung (*N*=200). Da nicht alle Teilnehmer alle Fragen beantwortet haben, variiert die Stichprobengrösse von Frage zu Frage. Summen < / > 100% entstehen durch Rundung der Nachkommastellen.

3. Ergebnisse

3.1. Sind „Alkoholiker“-männer anders als „normale“ Männer? – Allgemeine Dimensionen der Maskulinität im Gruppenvergleich

3.1.1. Reliabilitäten und Skaleninterkorrelationen

Eine Reliabilitätsanalyse über die drei Skalen Geschlechtsrollenorientierung – MRNS (mit den Unterskalen ‚Status Norm – SN', ‚Toughness Norm – TN' und ‚Antifemininity Norm – AF'), geschlechtsrollenbezogenes Selbstkonzept – BSRI (mit den zwei Unterskalen ‚Maskulinität' und Femininität) und männlicher Geschlechtsrollenstress (MGRS) ergibt befriedigende interne Konsistenzen (siehe Diagonale in Tabelle 7), die in etwa mit denjenigen aus der Originalquelle vergleichbar sind (vgl. Abschnitte 2.1.1. bis 2.1.3.). Weiter wurde gemäss **Hypothese a.1.** *(Nummerierung gemäss Projektantrag)* angenommen, dass geschlechtsrollenbezogenes Selbstkonzept (BSRI) und Geschlechtsrollenorientierung (MRNS) korrelieren und zwar insofern, als dass hohe Maskulinitätswerte (BSRI m) mit traditionelleren maskulinen Rollenorientierungen einhergehen (MRNS), wohingegen feminine Charaktereigenschaften keinen Zusammenhang aufweisen. Wie Tabelle 7 verdeutlicht, weisen die Korrelationen BSRI m und f mit MRNS Ges, SN, TN und AF durchaus in die angenommene Richtung. Die angenommene stichprobenunabhängige Robustheit dieser Zusammenhänge ist allerdings nicht durchgängig gegeben (vgl. Tabelle 8, fett markierte Korrelationen).

	MRNS Ges	MRNS SN	MRNS TN	MRNS AF	BSRI m	BSRI f	MGRS
MRNS Ges	*.87*						
MRNS SN	.89**	*.83*					
MRNS TN	.83**	.61**	*.60*				
MRNS AF	.75**	.45**	.53**	*.70*			
BSRI m	.16**	.18**	.16**	.01	*.88*		
BSRI f	-.05	.01	-.05	-.12*	.50**	*.81*	
MGRS	.32**	.20**	.23**	.41**	-.07	-.16**	*.88*

Tabelle 7. Skaleninterkorrelationen für die Gesamtstichprobe (N=398) sind unterhalb der Diagonalen abgebildet. Skalenreliabilitäten (Cronbach's Alpha) sind kursiv der Diagonalen entlang abgebildet. MRNS Ges = Male Role Norm Scale Gesamt; MRNS SN = Male Role Norm Scale Status Norm; MRNS TN = Male Role Norm Scale Toughness Norm; MRNS AF = Male Role Norm Scale Antifemininity Norm; BSRI m = Bem Sex Role Inventory Masculinity; BSRI f = BSRI Femininity; MGRS = Masculine Gender Role Stress Scale. * $p < .05$; ** $p < .01$, zweiseitig.

	MRNS Ges	MRNS SN	MRNS TN	MRNS AF	BSRI m	BSRI f	MGRS
MRNS Ges		.87**	.81**	.75**	**.13**$^{\#}$	**-.13**$^{\#}$	.26**
MRNS SN	.91**		.54**	.43**	.21**	-.02	**.12**$^{\#}$
MRNS TN	.86**	.69**		.54**	.15*	-.10	.22**
MRNS AF	.75**	.49**	.55**		-.11	**-.27****	.36**
BSRI m	**.22****	.20**	.21**	.13$^{\#}$		.51**	-.10
BSRI f	**.06**	.07	.02	**.04**	.48**		**-.13**$^{\#}$
MGRS	.37**	**.28****	.24**	.45**	-.06	**-.20****	

Tabelle 8. Skaleninterkorrelationen für die klinische Stichprobe (N=198) sind oberhalb der Diagonalen abgebildet, Interkorrelationen für die Bevölkerungsstichprobe (n=200) sind unterhalb der Diagonalen abgebildet. MRNS Ges = Male Role Norm Scale Gesamt; MRNS SN = Male Role Norm Scale Status Norm; MRNS TN = Male Role Norm Scale Toughness Norm; MRNS AF = Male Role Norm Scale Antifemininity Norm; BSRI m = Bem Sex Role Inventory Masculinity; BSRI f = BSRI Femininity; MGRS = Masculine Gender Role Stress Scale. $^{\#}$ p < .10; * $p < .05$; ** $p < .01$, zweiseitig.

3.1.2. Vergleich Patienten- und Bevölkerungsstichprobe

Gemäss ***Hypothese a.2.*** wurde angenommen, dass sich die Patientenstichprobe hinsichtlich des geschlechtsrollenbezogenen Selbstkonzepts (BSRI), der Geschlechtsrollenorientierung (MRNS) und des männlichen Geschlechtsrollenstress' (MGRS) signifikant von der Bevölkerungsstichprobe unterscheidet. Im Einzelnen wurde angenommen, dass die Patientenstichprobe im Vergleich zur Bevölkerungsstichprobe…

- …eine traditionellere Geschlechtsrollenorientierung (höhere MRNS-Werte) aufweist (vgl. Krampen, 1979; McCreary, Newcomb, & Sadava, 1999),
- …über mehr männlichen Geschlechtsrollenstress berichten (höhere MGRS-Werte), und
- …tiefere Maskulinitäts- (Instrumentalitäts-) und Femininitätswerte (Expressivitätswerte) im geschlechtsrollenbezogenen Selbstkonzept aufweist (Fett, 1996).

Die vorliegenden Daten stützen diese Annahmen zumindest teilweise, wie die Ergebnisse von zweifaktoriellen Varianzanalysen mit den Genderskalen (MRNS. MGRS und BSRI) als abhängige Variablen und Stichprobenzugehörigkeit (zweistufig: Patienten vs. Bevölkerung) und Altersgruppe (3-stufig: bis 39 Jahre, 40 bis 54 Jahre und 55.74 Jahre) zeigen (siehe Tabellen 9 und 10): Zwar zeigt die Patientenstichprobe tendenziell traditionellere Rollenorientierungen (MRNS) ohne jedoch statistisch signifikant zu sein. Beim geschlechtsbezogenen Selbstkonzept BSRI hingegen liegen annahmegemäss tatsächlich geringere Maskulinitäts- und Feminitätswerte vor, wobei erstere Signifikanzniveau erreichen (vgl. Tabelle 10). Dies deckt sich mit älteren Studien welche darauf hindeuten, dass männliche Alkoholpatienten sowohl bei maskulinen (zum Beispiel instrumentellen) als auch bei femininen (zum Beispiel expressiven) Persönlichkeitseigenschaften unterdurchschnittliche Ausprägungen aufweisen. Entsprechend ist auch der ‚undifferenzierte Männertyp' mit sowohl tiefen Maskulinitäts – und Feminitätswerten mit 41 Prozent in der Patientenstichprobe zumindest tendenziell häufiger vertreten als in der Bevölkerungsvergleichsgruppe (35%, vgl. untere Hälfte Tabelle 9 und Abbildung 8 weiter unten), während der ausgeglichene androgyne Männertyp, aber auch der Macho relativ häufiger in der Gesamtbevölkerung auftritt (35% in der Bevölkerung vs. 28% in der Patientenstichprobe bzw. 19% vs. 13%). Man könnte annehmen, dass im Verlauf der Suchtkarriere die Kategorie ‚Geschlecht' im Selbstbild zunehmend in den Hintergrund getreten ist; möglicherweise angesichts untauglicher Versuche in früheren Karrierephasen, Alkohol zur Stärkung der Männlichkeit in Dienst zu nehmen (daneben spielen sexuelle Traumatisierung in der Kindheit vermutlich eine Rolle, wie später noch aufgezeigt wird, vgl. 3.4.2 & 3.4.3). Für die Klinikpopulation ist somit gewissermassen ‚der Mann ohne geschlechtsbezogene Eigenschaften' charakteristisch, der jedoch bezüglich des Erlebens maskulinen Rollenstresses und seiner Geschlechtsrollenorientierung ein ähnliches Profil wie vergleichbare Männer in der Gesamtbevölkerung aufweist.
Die im männerspezifischen therapeutischen *Balancemodell* angestrebte Würdigung und Austarierung sowohl weiblicher als auch männlicher Eigenschaften (vgl. 1.3) würde in diesem Falle somit auf eine gleichmässigen Wiedererlangung des ‚abhanden gekommenen geschlechtsrollenbezogenen Selbstbildes' hinaus laufen. Denn: „In Untersuchungen an grösseren Bevölkerungsgruppen zeigte sich, dass eine hohe Ausprägung femininer und maskuliner Persönlichkeitseigenschaften und deren androgyne Kombination in negativer Beziehung zu Alkoholkonsum und Alkoholproblemen standen, und zwar insbesondere bei Männern" (Fett, 1996, S. 93).

	Patienten *M* (SD)	Bevölkerung *M* (SD)
MRNS – Geschlechtsrollenorientierung	3.32 (.83)	3.22 (.84)
MRNS SN: Status Norm	3.86 (1.08)	3.65 (1.07)
MRNS TN: Toughness Norm	3.30 (.91)	3.18 (.84)
MRNS AF: Antifemininity Norm	2.51 (1.02)	2.61 (1.01)
MGRS – männlicher Geschlechtsrollenstress	2.21 (.60)	2.26 (.65)
BSRI m – geschlechtsrollenbezogenes Selbstkonzept Maskulinität / Instrumentalität	4.77 (.77)	4.98 (.60)
BSRI f – geschlechtsrollenbezogenes Selbstkonzept Femininität / Expressivität	4.76 (.63)	4.87 (.58)
	% (*n*)	% (*n*)
BSRI Androgynitätsskala		
Androgyn (hoch m, hoch f)	28% (56)	35% (69)
Maskulin (hoch m, tief f)	13% (26)	19% (37)
Feminin (tief m, hoch f)	18% (35)	13% (25)
Undifferenziert (tief m, tief f)	41% (81)	35% (69)

Tabelle 9. Gruppenspezifische Mittelwerte und Standardabweichungen (für intervallskalierte Variablen) und Häufigkeiten und Prozentangaben (für kategoriale Variable). Summen < / > 100% entstehen durch Rundung der Nachkommastellen. *N* Patienten = 198, *N* Bevölkerungsstichprobe = 200. MRNS = Male Role Norm Scale (Skala von 1=‚Trifft gar nicht zu' bis 7=‚Trifft sehr zu'); MGRS = Masculine Gender Role Stress Scale (Skala von 1=‚keine Belastung' bis 5=‚starke Belastung'); BSRI = Bem Sex Role Inventory (Skala von 1=‚nie oder fast nie' bis 7=‚immer').

Eine Analyse nach *Altersuntergruppen* unter Einbezug des Geschlechtsrollenorientierung MRNS weist zusätzlich darauf hin, dass Gruppen unabhängig jüngere Männer auch unter höherem Geschlechtsrollenstress leiden und weniger ausgeprägte traditionelle Rollenorientierungen aufweisen als ältere Untersuchungsteilnehmer (vgl. Tabelle 10 und Abbildungen 3, 4 und 6). Hieraus ergeben sich therapierelevante Hinweise bei dieser Untergruppe, die bislang in der Klientel der Suchtberatungseinrichtungen allerdings insgesamt noch untervertreten sind.

Ein interessanter *Interaktionseffekt* ist bei den Untersuchungsgruppen zwischen der Antifeminity Norm und Alter festzustellen. Bei der mittleren Altersgruppe (40 – 54 Jahre) unterscheiden sich das Patientenkollektiv und die Bevölkerungsvergleichsgruppe hoch signifikant (vgl. Abbildung 5); Patienten mittleren Alters vertreten deutlich schwächere Antifeminity Normen als ihre Altersgenossen in der Gesamtbevölkerung (Beispielitem: *Es stört mich, wenn ein Mann etwas tut, das ich für weiblich halte*). Erneut scheint sich hier der Umstand zu spiegeln, dass die Identifizierung mit geschlechtsrollenspezifischen Merkmalen bei den Suchtpatienten allgemein nur schwach ausgeprägt ist und demzufolge auch *Anti*feminity Normen, die bei der Bevölkerungsgruppe mittleren Alters mit Statuskrisen und abnehmender sexueller Leistungsfähigkeit eine wichtige Stützungsfunktion erfüllen könnten, ebenfalls kaum eine Rolle spielen.

	HE Gruppe (G)	HE Alter (A)		Interaktion GxA
	F(1,392)	F(2,392)	Post hoc	F(2,392)
MRNS: Geschlechtsrollenorientierung	1.25	5.68**	bis 39<55-74 40-54<55-74	.43
MRNS: Status Norm	2.63	15.36***	bis 39<55-74 40-54<55-74	.33
MRNS: Toughness Norm	.93	1.26		1.23
MRNS: Antifemininity Norm	.01	.03		3.06*
MGRS: Männlicher Geschlechtsrollenstress	.30	2.78#	bis 39>40-54 bis 39>55-74	.52
BSRI m: Maskulinität / Instrumentalität	6.04*	1.10		1.84
BSRI f: Femininität / Expressivität	2.04	1.73		.24

Tabelle 10. Haupteffekte und Interaktion der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit den Faktoren Gruppenzugehörigkeit (Patientenstichprobe vs. Bevölkerungsstichprobe) und Alter (bis 39jährig, 40-54jährig, 55-74jährig). MRNS = Male Role Norm Scale; MGRS = Masculine Gender Role Stress Scale; BSRI = Bem Sex Role Inventory; HE = Haupteffekt. # p < .10; * *p* < .05; ** *p* < .01; *** *p* < .001.

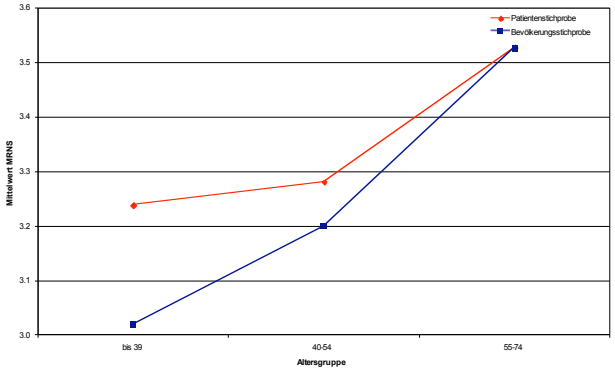


Abbildung 3. Männlicher Geschlechtsrollenorientierung (Gesamtwert) in Abhängigkeit von der Stichprobenzugehörigkeit und Alter (Haupteffekt Alter: $F(2,392)=5.68$, $p < .01$).

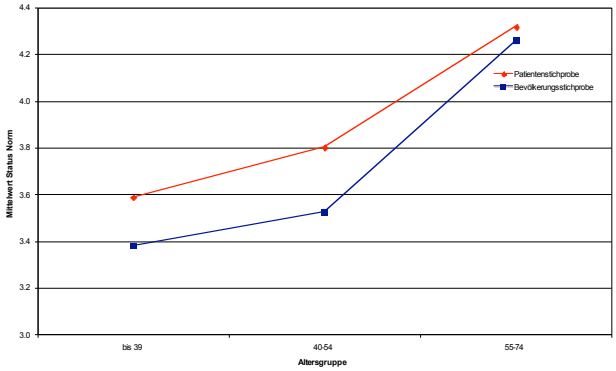


Abbildung 4. Männliche Geschlechtsrollenorientierung – Status Norm in Abhängigkeit von der Stichprobenzugehörigkeit und Alter (Haupteffekt Alter: $F(2,392)=15.36$, $p < .001$).

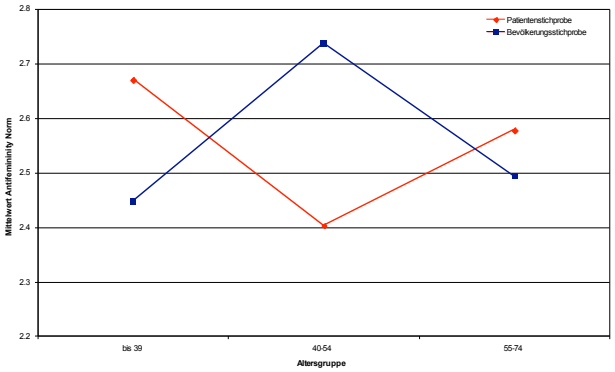


Abbildung 5. Männliche Geschlechtsrollenorientierung – Antifemininity Norm in Abhängigkeit von der Stichprobenzugehörigkeit und Alter (Gruppe X Alter Interaktion $F(2,392)=3.06$, $p < .05$).

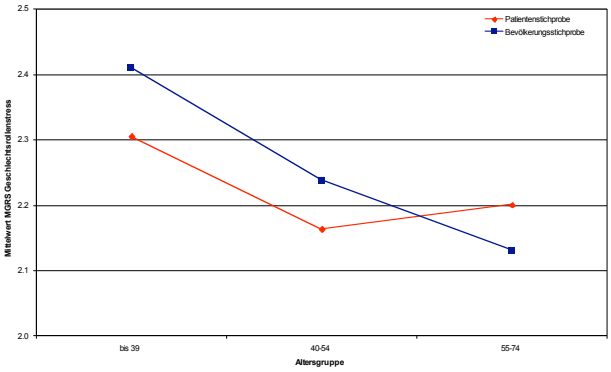


Abbildung 6. Männlicher Geschlechtsrollenstress in Abhängigkeit von der Stichprobenzugehörigkeit und Alter (Trend für Haupteffekt Alter: $F(2,392)=2.78$, $p < .10$).

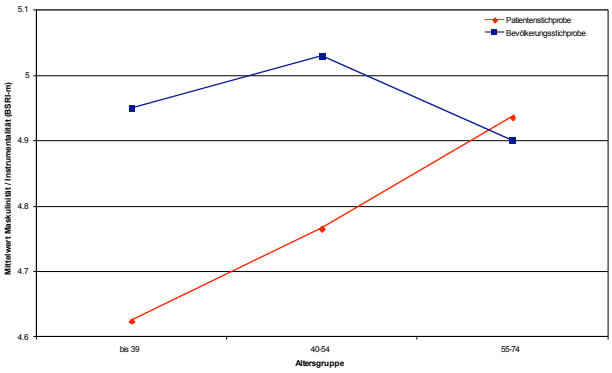


Abbildung 7. Maskulines Selbstkonzept in Abhängigkeit von der Stichprobenzugehörigkeit und Alter (Haupteffekt Stichprobenzugehörigkeit: $F(1,392)=6.04$, $p < .05$).

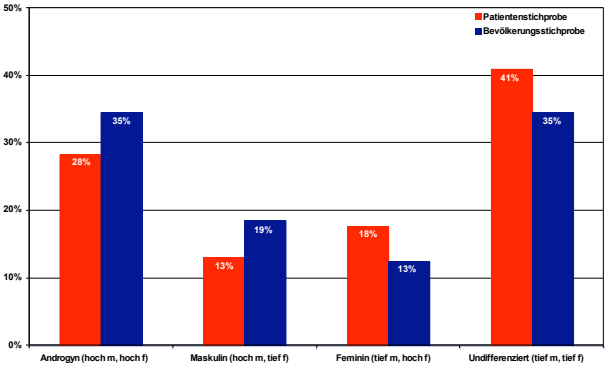


Abbildung 8. Männertypologie getrennt für die Patienten- und Bevölkerungsstichprobe (androgyner Mann, maskuliner Mann, femininer Mann, undifferenzierter Mann). Signifikanztestung mittels Chi-quadrat-Test, $X^2(3)=5.89$, $p = .12$, n.s.

Um zu überprüfen inwieweit diese Ergebnisse des Gruppenvergleiches möglicherweise durch eine partielle alkoholbezogene *Problembelastung in der Kontroll- Bevölkerungsgruppe* beeinflusst sind, wurde die komparative Analyse unter Ausschluss der Männer aus der Kontrollstichprobe wiederholt, bei denen Alkoholprobleme gemäss den Kriterien des CAGE Tests vermutet werden können (Summe der bejahten CAGE-Antworten ≥ 2). Die Bevölkerungsstichprobe reduzierte sich entsprechend auf 164 Männer; an den oben berichteten Gruppenunterschieden ändert sich dadurch hingegen nichts Wesentliches. Einzig bei der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit der Geschlechtsrollenorientierung ‚Status Norm' als abhängige Variable und mit der Stichprobenzugehörigkeit und Alter als Faktoren, ist jetzt neben dem wiederum signifikanten Altershaupteffekt, $F(2,356)=16.78$, $p < .001$ (vgl. Tabelle 10 und Abbildung 4), neu auch der Stichprobenzugehörigkeitshaupteffekt tendenziell signifikant, $F(1,356)=3.60$, $p = .06$, und stützt die Annahme, dass Patienten eine traditionellere Geschlechtsrollenorientierung in Bezug auf Statuswerte aufweisen im Vergleich zur Bevölkerung.

3.2. Erhöhen Suchtkarrieren männlichen Rollenstress?

Abhängigkeitskarrieren gehen mit zahlreichen alkoholbezogenen Folgeproblemen einher, welche sich nicht zuletzt in der konfliktreichen Interaktion im sozialen Nahbereich mit Partnerin und Familie äussern können. Weiter kann davon ausgegangen werden, dass die Inanspruchnahme von Behandlung in der

Folge Stigmatisierungseffekte auslösen. Damit stellt sich die Frage, inwieweit Suchtschwere und Behandlungserfahrung sich möglicherweise auch auf Genderrollenorientierung, Stresserfahrung und Selbstbild auswirken. Gemäss den vorliegenden Daten wirkt sich die Suchtschwere (ansatzweise über CAGE im Bevölkerungssample und über AUDIT im Patientensample erfasst) weder auf die Geschlechtsrollenorientierung noch auf den erfahrenen maskulinen Rollenstress aus. Lediglich hinsichtlich der traditionellen Statusnormorientierung besteht im Bevölkerungssample ein positiver Zusammenhang mit der Alkoholbelastung. Allfällige Stigmatisierungseffekte durch die Inanspruchnahme von Behandlung haben offenbar ebenfalls keine indirekte Auswirkung auf maskulinen Rollenstress.

Hoch interessant mit Blick auf das Versorgungssystem sind jedoch folgende Gender relevanten Teilbefunde (Tabelle 11):

- BSRI-Maskulinitätswert steht zumindest tendenziell mit Behandlungserfahrung in Beziehung: Je maskuliner, desto seltener liegt Behandlungserfahrung vor.
- Geschlechtsrollenorientierung kovariiert mit der Anzahl der Entzüge vor Eintritt: je traditionellere Geschlechtsrollenorientierung (Gesamtwert, Antifeminitätsnorm und tendenziell Statusnorm), desto weniger Entzüge.

Hier zeigt sich, dass die Orientierung an traditionellen Männerrollen und ein maskulines Selbstbild offenbar nicht damit vereinbar sind, Hilfe zu suchen und anzunehmen – zumindest im Rahmen der bestehenden, wenig männerspezifischen Angebote.

	Behandlungserfahrung	Anzahl Entzug vor Eintritt	AUDIT	CAGE
MRNS Ges	.03	-.16*	.04	.04
MRNS SN	.02	-.12#	-.05	.13#
MRNS TN	.04	-.11	.11	-.02
MRNS AF	-.01	-.16*	.09	-.08
BSRI m	.12#	-.09	-.06	.12
BSRI f	-.02	-.03	.07	.11
MGRS	-.01	.05	.04	.04

Tabelle 11. Korrelationen zwischen Geschlechtsrollenorientierung, geschlechtsbezogenes Selbstkonzept, Geschlechtsrollenstress und der Suchtschwere anhand der Behandlungserfahrung, der Anzahl Entzug vor Eintritt und dem AUDIT-Gesamtwert (Patientenstichprobe, *n*=198), resp. der Schwere der Alkoholproblematik anhand des CAGE (Bevölkerungsstichprobe, *n*=200). Nonparametrische Korrelationen (Spearman-Rho) für Behandlungserfahrung (ja / nein) und Anzahl Entzug vor Eintritt (nie / 1 Mal / 2-3 Mal / > 3 Mal); Parametrische Korrelationen (Pearson) für AUDIT und CAGE.

MRNS Ges = Male Role Norm Scale Gesamt; MRNS SN = Male Role Norm Scale Status Norm; MRNS TN = Male Role Norm Scale Toughness Norm; MRNS AF = Male Role Norm Scale Antifemininity Norm; BSRI m = Bem Sex Role Inventory Masculinity; BSRI f = BSRI Femininity; MGRS = Masculine Gender Role Stress Scale.

# $p < .10$; * $p < .05$; zweiseitig.

3.3. Wie erleben und bewerten Männer Therapie in der Fachklinik?

Die nachfolgenden Ergebnisse dienen der Exploration der Therapieinteraktion, therapeutischen Beziehung und Therapiezufriedenheit von Männern in einer spezialisierten Alkohol-Fachklinik. Jeweils die Hälfte der befragten Männer sind in der Einzeltherapie bei einem Therapeuten (49.2%, *n*=98), die andere Hälfte ist bei einer Therapeutin (50.8%, *n*=101) (1 Patient hat diese Frage nicht beantwortet). Insgesamt sind 80% der Patienten zufrieden oder sehr zufrieden mit ihrem/r TherapeutIn, nur 8% geben an sehr unzufrieden oder unzufrieden zu sein und 11% sind mittelmässig zufrieden mit ihrem Therapeuten/in.

3.3.1. Therapieinteraktion

Tabelle 12 gibt einen Überblick darüber, wie die Patienten eine typische Therapiesitzung in der Klinik erleben. Der Grossteil der Patienten fühlt sich vom Therapeuten / von der Therapeutin verstanden (82%: sehr häufig und häufig) und respektiert (89% sehr häufig und häufig) und schätzt das Verhältnis zum Therapeuten / zur Therapeutin als freundschaftlich ein (70% sehr häufig und häufig).

		%	*n*
Während der Einzeltherapie…			
…rede ich meistens			
	Sehr häufig	7%	13
	Häufig	35%	69
	Kommt durchaus vor	44%	86
	Selten	13%	25
	Sehr selten	1%	2
…redet TherapeutIn meistens			
	Sehr häufig	3%	6
	Häufig	29%	56
	Kommt durchaus vor	49%	94
	Selten	16%	31
	Sehr selten	4%	7
…werden unangenehme Fragen angesprochen			
	Sehr häufig	6%	11
	Häufig	36%	70
	Kommt durchaus vor	38%	74
	Selten	14%	27
	Sehr selten	7%	14
…gibt es Überraschungen			
	Sehr häufig	2%	3
	Häufig	13%	26
	Kommt durchaus vor	35%	70
	Selten	36%	71
	Sehr selten	14%	28
…versteht mich TherapeutIn			
	Sehr häufig	35%	68
	Häufig	47%	92
	Kommt durchaus vor	15%	30
	Selten	3%	6
	Sehr selten	1%	1
…verhält sich TherapeutIn freundschaftlich			
	Sehr häufig	37%	73
	Häufig	33%	66
	Kommt durchaus vor	20%	39
	Selten	8%	16
	Sehr selten	2%	4

		%	*n*
…bringt mich TherapeutIn auf neue Ideen			
	Sehr häufig	18%	36
	Häufig	39%	77
	Kommt durchaus vor	35%	69
	Selten	7%	14
	Sehr selten	1%	2
…respektiert mich TherapeutIn			
	Sehr häufig	56%	112
	Häufig	33%	65
	Kommt durchaus vor	10%	19
	Selten	2%	3
	Sehr selten	0%	0

Tabelle 12. Relative und absolute Häufigkeit bei Einschätzungen zur Therapieinteraktion (klinische Stichprobe, *n*=200). Da nicht alle Patienten alle Fragen beantwortet haben, variiert die Stichprobengrösse von Frage zu Frage. Dargestellt sind gültige Prozente. Summen < / > 100% entstehen durch Rundung der Nachkommastellen.

Des Weiteren wurde danach gefragt, ob Personen aus dem sozialen Umfeld der Patienten in die Therapie miteinbezogen werden und zu welchem Anlass das geschieht. Falls keine Teilnahme stattfindet, wird nach dem Grund des Nichteinbeziehens gefragt. Wie aus Tabelle 13 ersichtlich wird, werden Bezugspersonen (falls vorhanden) nicht unbedingt häufig in die Therapie miteinbezogen, am ehesten wird noch die Partnerin (40%) oder der Arbeitgeber (28%) für eine Therapiesitzung eingeladen, wohingegen Kinder (10%) oder andere Verwandte (6%), weitaus seltener in die Therapie miteinbezogen werden. Durchgängiger Hauptgrund für den Nichteinbezug oder die Nichtteilnahme ist die fehlende Bereitschaft des Patienten, aber auch zeitliche- und Distanzgründe werden aufgeführt.

		%	*n*	**Anlass Einbezug / Gründe Nichtteilnahme**
Einbezug Partnerin in Therapie				
Keine Partnerin			90	
	Ja	40%	44	<u>Anlass:</u>
				• Paar- / Familiengespräche
				• Paar- / Ehe- / Beziehungsprobleme
				• Vor / Bei Eintritt, vor Austritt
				• Vernetzungsgespräche und Nachsorge
				• Besprechung der Situation
				• Problemschilderung einer Vertrauensperson
	Nein	60%	65	<u>Grund für Nichtteilnahme:</u>
				• Fehlende Bereitschaft des Patienten
				• Fehlende Bereitschaft der Partnerin
				• Zu grosse Distanz
				• Zeitgründe
				• Zu früh in der Therapie
Einbezug Kinder in Therapie				
Keine Kinder			91	
	Ja	10%	11	<u>Anlass:</u>
				• Informationsgespräch
				• Eintritt / vor Austritt
	Nein	90%	96	<u>Grund für Nichtteilnahme:</u>
				• Fehlende Bereitschaft des Patienten
				• Zu jung / bereits erwachsen

	%	*n*	Anlass Einbezug / Gründe Nichtteilnahme
			• Zu grosse Distanz
			• Zeitgründe
			• Kein Bedarf / kein Grund für Einbezug
			• Kein Kontakt
			• kein Interesse
Einbezug Verwandte in Therapie			
Keine Verwandte		21	
Ja	6%	11	Anlass:
			• Informationsgespräch / Fragen / Austausch
			• Abklärungsgespräch
			• Info-Mittag / Einführungstag
			• Familientherapie
Nein	94%	167	Grund für Nichtteilnahme:
			• Fehlende Bereitschaft des Patienten
			• Kein Interesse
			• Kein Bedarf / kein Grund für Einbezug
			• Kein / wenig Kontakt
			• Distanz zu gross
			• Eigenes Problem, eigene Therapie
			• Klinikaufenthalt ist nicht bekannt
Einbezug Arbeitgeber in Therapie			
Kein Arbeitgeber		88	
Ja	28%	31	Anlass:
			• Informationsgespräch
			• Arbeitgebertag
			• Arbeitgebergespräch
			• Berufliche Zukunft / Arbeitssituation
			• Vernetzungsgespräch und Nachsorge
Nein	72%	79	Grund für Nichtteilnahme:
			• Fehlende Bereitschaft des Patienten
			• Zeit- und Interessemangel
			• Kein Bedarf / kein Grund für Einbezug

Tabelle 13. Teilnahme und Einbezug von Personen aus dem sozialen Umfeld in die Therapie inklusive Gründe für Teilnahme bzw. Nichtteilnahme (klinische Stichprobe, *N*=200). Da nicht alle Patienten alle Fragen beantwortet haben, variiert die Stichprobengrösse von Frage zu Frage. Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtzahl derjenigen, die mit Ja / Nein antworten

3.3.2. Therapiezufriedenheit (Client Satisfaction Questionnaire – CSQ-8)

Die Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung ist durchwegs als hoch einzuschätzen. Ein eindrückliches Bild vermittelt der Blick auf die Verteilung der einzelnen Zufriedenheitsratings der Patienten (Tabelle 14). Jeweils mindestens 80% der Patienten beantworten die Fragen mit einer der beiden positiven Antwortkategorien. Die Gesamtzufriedenheit (gemittelt über alle 8 Fragen) liegt dementsprechend auch sehr hoch (Skala von 1-4, wobei höhere Werte grössere Zufriedenheit bedeuten), bei niedriger Standardabweichung (*m*=3.37, *sd*=.40). Gleichzeitig fällt auf, dass die *relativ* grösste Unzufriedenheit bei der Frage ‚Ging die Behandlung auf Ihre Bedürfnisse ein?' zu beobachten ist, bei der lediglich 22% sehr zufrieden sind, hingegen 19% konstatieren, dass lediglich einige Bedürfnisse erfüllt wurden. Um welche männerspezifischen Bedürfnisse es hier gehen könnte, wird im weiteren Verlauf der Analyse deutlich werden.

	%	n
Wie würden Sie die Qualität der Behandlung beurteilen, die Sie hier erhalten?		
Sehr gut	32%	64
Gut	52%	104
In Ordnung	16%	32
Unzureichend	0%	0
Erhalten Sie hier die Hilfe, die sie erwartet haben?		
Ja, auf jeden Fall	38%	76
Im allgemeinen ja	57%	114
Eigentlich nicht	5%	9
Nein, auf gar keinen Fall	0%	0
Inwieweit ging die Behandlung auf Ihre Bedürfnisse ein?		
Fast alle meine Bedürfnisse wurden hier erfüllt	22%	44
Die meisten meiner Bedürfnisse wurden hier erfüllt	59%	118
Lediglich einige meiner Bedürfnisse wurden hier erfüllt	19%	38
Meine Bedürfnisse sind überhaupt nicht erfüllt worden	0%	0
Falls ein Freund auch Hilfe braucht, würden Sie die Klinik weiterempfehlen?		
Ja, auf jeden Fall	67%	135
Im allgemeinen ja	30%	61
Eigentlich nicht	2%	3
Nein, auf gar keinen Fall	1%	1
Sind Sie zufrieden damit, wie viel Hilfe Sie hier erhalten?		
Sehr zufrieden	43%	86
Ziemlich zufrieden	52%	104
Ziemlich unzufrieden	3%	6
Sehr unzufrieden	2%	4
Meinen Sie, dass die Behandlung Ihnen hilft, Ihre Probleme wirksamer in den Griff zu bekommen?		
Ja, hilft sehr viel	52%	103
Ja, hilft in gewissem Masse	48%	96
Hilft nicht wirklich	1%	1
Nein, macht alles nur schlimmer	0%	0
Alles in allem gesehen, wie zufrieden sind Sie mit der Therapie, die Sie hier erhalten?		
Sehr zufrieden	50%	100
Ziemlich zufrieden	44%	87
Ziemlich unzufrieden	2%	5
Sehr unzufrieden	4%	8
Wenn Sie später wieder Hilfe brauchen sollten, würden Sie hier zurück kommen?		
Ja, auf jeden Fall	61%	121
Im allgemeinen ja	34%	69
Eigentlich nicht	5%	10
Nein, auf keinen Fall	0%	0

Tabelle 14. Therapiezufriedenheit (klinische Stichprobe, *n*=200). Da nicht alle Patienten alle Fragen beantwortet haben, variiert die Stichprobengrösse von Frage zu Frage. In diesen Fällen sind gültige Prozente abgebildet. Summen < / > 100% entstehen durch Rundung der Nachkommastellen.

3.4. „Männliche Lebenswelten“ und deren Rolle in der Suchttherapie

Nach der Pauschaleinschätzung der Behandlungsbedingungen liefert die folgende ausführliche deskriptive Analyse einen Überblick über die relative Bedeutung potentiell männerspezifischer Problembelastungen in verschiedenen Lebensbereichen vor Behandlungsantritt und deren Einbezug in die Therapie. Was den ersten Punkt anbetrifft, so wird jeweils im Einzelnen zwischen perzipierter subjektiver Problembelastung insgesamt und spezifischen selbst berichteten Problemerfahrungen unterschieden. ‚Einbezug in die Therapie’ wird differenziert nach tatsächlicher Berücksichtigung des Themas in Einzel- oder Gruppentherapie gemäss Patientenangaben und der Beschreibung des optimalen Rahmens bzw. der Referenzgruppen, -personen, welche die Thematisierung der jeweiligen Problematik nach Meinung der befragten Männer in der Klinik begünstigen würden. Einleitend und am ausführlichsten wird das Thema ‚Gefühlsmanagement’ behandelt, welches gewissermassen eine Querschnittsfunktion erfüllt und mit den vorgängig analysierten Genderkonzepten (etwa genderbezogenes Selbstbild) verknüpft ist. Daran anschliessend wird auf die Erfahrungsbereiche Gewalt, Sexualität, Vaterschaft und Arbeit eingegangen. Eine differenzierte Behandlung sowie multivariate Analysen dieser Einzelbereiche würden den Rahmen dieses Arbeitsberichtes sprengen und sind im Rahmen der geplanten Anschlusspublikationen vorgesehen.

3.4.1. Emotionsmanagement - Gefühle

3.4.1.1. Subjektive Belastung, Therapiefokus, (Therapie)Setting und Gruppenkonstellation
Die Selbstwahrnehmung der Ausdruckskompetenz umfasst im Rahmen der vorliegenden Untersuchung Angaben zum Ausmass der **Belastung**, welche generell mit Gefühlsäusserungen verbunden ist und von selbst- oder fremdinduzierten **Gefühlsäusserungen in der Einzel- und Gruppentherapie**. Darüber hinaus wird thematisiert, welche individuellen **Hilfestellungen zur Erleichterung von Gefühlsäusserungen** von Seiten der Patienten gewünscht sind, bzw. **welche Personen(gruppen) am ehesten als Ansprechpartner in Gefühlsangelegenheiten** agieren. Hinsichtlich der Überlegungen zur Optimierung von bestehenden Therapieangeboten für Männer, stellt sich auch die Frage der **idealen Zusammensetzungen von Therapiegruppen** im Klinikalltag (Tabelle 15).

		%	*n*
Belastung von Gefühlsäusserung vor Eintritt („Im Jahr bevor Sie in die Klinik kamen, wie sehr war es ein Problem, Ihre Gefühle zu zeigen?“)			
	Sehr stark	8%	16
	Stark	27%	53
	Mittel	33%	66
	Wenig	18%	36
	Gar nicht	15%	29
Wird in Ihrer **Einzeltherapie** über Gefühle gesprochen?			
	Sehr oft	12%	24
	Oft	43%	85
	Manchmal	30%	60
	Selten	11%	21
	Überhaupt nicht	5%	10
Wird in Ihrer **Gruppentherapie** über Gefühle gesprochen?			
	Sehr oft	8%	16
	Oft	32%	64
	Manchmal	41%	81
	Selten	13%	25
	Überhaupt nicht	7%	14
Mit wem können Sie Ihre Gefühle **am Besten** besprechen?			
	Mit Therapeut in Einzeltherapie	17%	34
	Mit Therapeutin in Einzeltherapie	17%	34

	%	*n*
In der Einzeltherapie, egal ob Therapeut oder Therapeutin	24%	47
Ausserhalb der Therapiesitzungen mit anderen männlichen Patienten	1%	1
Ausserhalb der Therapiesitzungen mit anderen weiblichen Patienten	3%	5
In der Gruppentherapie	3%	6
Ausserhalb der Klinik mit einem anderen Mann	9%	18
Ausserhalb der Klinik mit einer anderen Frau	26%	51
Wie sollte eine Therapiegruppe **idealerweise** aussehen, damit sie über Ihre Gefühle sprechen können?		
Nur Männer in der Gruppe	12%	24
Männer und Frauen in der Gruppe	79%	158
Hier in der Therapie gar nicht möglich	9%	17

Tabelle 15. Subjektive Belastung, Therapiefokus, Therapiesetting und Gruppenkonstellation für das Thema ‚Gefühle' (klinische Stichprobe, N = 200). Da nicht alle Patienten alle Fragen beantwortet haben, variiert die Stichprobengrösse von Frage zu Frage. In diesen Fällen sind gültige Prozente abgebildet. Summen > 100% ergeben sich durch Rundung der Nachkommastellen.

Je ein Drittel der befragten Männer gaben an, dass sie sich vor Eintritt in die Therapie stark oder sehr stark, mittel und wenig oder sehr wenig durch die Unfähigkeit, über Gefühle sprechen zu können belastet fühlten. In der Therapiepraxis wird viel über Gefühle gesprochen; lediglich 20 Prozent geben an, dass in der Gruppentherapie selten oder überhaupt nicht über Gefühle gesprochen wird; in der Einzeltherapie sind es nur noch 16 Prozent. Die Teilgruppe der Patienten denen es keine Mühe bereitet, über ihre Gefühle zu **sprechen** scheint hier ‚auf ihre Rechnung zu kommen', wohingegen die ‚talking cure' bei den Männern, denen das **Sprechen** über Gefühle Mühe bereitet wenig adäquat erscheint. Nähere Angaben zum idealen Setting für ein Sprechen über Gefühle zeigt jedoch, dass trotz grossem ‚Gefühlssprechangebot' lediglich drei Prozent der Männer Gruppentherapie (und wenn überhaupt in gemischten Männer-Frauen Gruppen) als idealen Rahmen für Gefühlsäusserungen ansehen und sich allenfalls in Einzeltherapiesitzungen in der Lage sehen, Gefühle anzusprechen (unterschiedliche Präferenzen bzgl. Geschlecht des Therapeuten, die bei der Therapieorganisation berücksichtigt werden müssten). Die Begrenztheit der therapeutischen Demarche bei Männerpatienten wird jedoch dadurch verdeutlicht, dass 39 Prozent der Patienten ein Setting unabhängig vom Therapeuten bevorzugen; vergleichsweise nimmt die Angabe ‚könnte Gefühle am besten mit eine Frau ausserhalb der Klinik besprechen' mit 26 Prozent einen Spitzenplatz ein; für 9 Prozent wäre ein Mann ausserhalb der Klinik der beste Weg, um Gefühle zur Sprache zu bringen und bei weiteren vier Prozent sind MitpatientInnen Ansprechpartner.

Neben den vorgegebenen Listenfragen eröffnet die offene Frage *„Was würde helfen, Gefühle in der Therapie anzusprechen?"* die Möglichkeit weitere Spezifikationen zum Therapiemodus aus Patientensicht abzuklären. Die folgende **qualitative Analyse der offenen Antworten** basiert auf einer detaillierte Auflistung der individuellen Antworten und Kommentare (vgl. Anhang E) und einer inhaltsanalytischen Kategorisierung, welche eine Häufigkeitsauswertung in Tabellenform ermöglicht.
27% der Patienten äussern spontan die Meinung, dass sowohl in der Einzel- als auch Gruppentherapie eine direkte Aufforderung zur Gefühlsäusserung von Seiten des Therapeuten erfolgen muss (Tabelle 16). Dies ist verbunden mit dem Wunsch nach vermehrter Anleitung im Rahmen der Verbalisierung von emotionalen Zuständen, z.B. das gezielte Aufzeigen von verschiedenen Möglichkeiten zur Formulierung von Gefühlsäusserung. Als hilfreich werden beispielsweise Befindlichkeitsrunden genannt, sowie explizites Nachfragen und gezieltes Thematisieren von Seiten des Therapeuten.
Auch die vorherrschende Gesprächsatmosphäre wird von den Befragten (19%) als wesentliche Grundvoraussetzung für einen offenen Austausch von Gefühlen genannt. Diese soll charakterisiert sein durch Offenheit, Ehrlichkeit, Sicherheit, Vertrauen, Sympathie, Respekt und Akzeptanz.
10% der Antworten betreffen individuelle Fähigkeiten („Ressourcen"), die ein Patient mitbringen sollte, damit ein differenzierter Gefühlsaustausch ermöglicht wird. Demnach ist ein bestimmtes Mass an emo-

tionaler Intelligenz und Selbstvertrauen von Nöten, um emotionale Zustände anzusprechen – vor allem wenn sie aktuell sind. So ist für einzelne Männer das Sprechen über Befindlichkeiten nicht unwesentlich eine Mutfrage. Aber auch die momentane Verfassung spielt eine Rolle und muss mitberücksichtigt werden.
Neben den individuellen Ressourcen treffen im Rahmen von Hilfestellungen zum Emotionsausdruck auch 7% der Patienten Überlegungen zu Änderungen im therapeutischen Setting. Hier werden unter anderem räumliche bzw. zeitliche Aspekte angesprochen, aber auch Faktoren der Gruppenzusammensetzung (mehr Ähnlichkeit der Teilnehmer gewünscht, z.B. hinsichtlich intellektueller Fähigkeiten) und eine themenzentrierte Stundengestaltung.
Während 2% der Patienten explizit den Wunsch nach ausschliesslichen Einzeltherapiestunden hegen, erleben 6% der Patienten hingegen gruppentherapeutische Settings als unterstützend in emotionalen Fragen.
Zu guter Letzt scheint die freie Wahl von geschlechtsspezifischen Therapeuten und Gruppenzusammensetzungen ein durchaus erwägenswertes Hilfsmittel zu sein, um eine Gesprächsatmosphäre zu schaffen, in welcher Gefühle geäussert werden können. 3% der Befragten geben klare Präferenzen hinsichtlich weiblicher/ männlicher Therapeuten sowie gemischter Therapiegruppen/ reiner Männergruppen an. 9 Prozent lehnen die Konzentration auf Gefühlsaspekte ab und wollen in ihrem Recht, nicht über Gefühle zu sprechen respektiert werden. 10% der Patienten sind mit ihren derzeitigen Möglichkeiten zur Gefühlsäusserung zufrieden zu sein und erachten Setting Veränderungen nicht als notwendig.

	N	Prozent	Gültige Prozent
Gesprächsatmosphäre	17	4.3%	19.3%
Einzelgespräche	2	0.5%	2.3%
Gruppengespräche	5	1.3%	5.7%
Direkte Aufforderung	24	6.0%	27.3%
Setting	6	1.5%	6.8%
Freie Wahl geschlechtsspezifischer Therapeuten und Gruppen	3	0.8%	3.4%
Ressourcenorientierung	9	2.3%	10.2%
Vermeidung	8	2.0%	9.1%
Keine Veränderung bezüglich der Hilfsmittel	9	2.3%	10.2%
Missings neu	5	1.3%	5.7%
Gesamt neue Kategorien	**88**	**22%**	**100%**
Missings original	112	78%	
Gesamt	200	100%	

Tabelle 16.

Präferenzen bezüglich Ansprechgruppen („Mit wem können Sie Ihre Gefühle am Besten besprechen?“) 21% der Befragten stellen die Wahl der Ansprechpartner nicht primär in Abhängigkeit von bestimmten Personen, sondern eher von spezifischen Bedingungen der zwischenmenschlichen Interaktion. Dazu zählen vor allem Vertrauen, Objektivität der Gesprächspartner und Respekt. Manchen Patienten fällt es leichter, über persönliche Angelegenheiten zu sprechen, wenn die Ansprechpartner in ihrer Vergangenheit Ähnliches erlebt haben. An erster Stelle (23%) stehen Partnerinnen als bevorzugte Ansprechpartner in Gefühlsfragen. Auch Freunde und Familienmitglieder, also vertraute Personen (16%) sind stark vertreten. Generell werden Frauen (8%) den Männern (5%) als Gesprächspartner vorgezogen. Ebenfalls 8% der Patienten machen die Wahl ihrer Ansprechpartner sowohl vom Geschlecht als auch dem Beziehungsgrad unabhängig. 7% sind sich über ihre Präferenzen hinsichtlich potentieller Gesprächspartner im Unklaren. Gleichermassen (7%) viele Patienten sind nicht bereit, ihre Gefühle anderen Personen mitzuteilen. 3% der Patienten wenden sich bevorzugt an den Therapeuten.

	N	Prozent	Gültige Prozent
Vertrautes Umfeld	10	2.5%	16.1%
Partnerin	14	3.5%	22.6%
Frauen generell	5	1.3%	8.1%
Männer generell	3	0.8%	4.8%
Therapeut	2	0.5%	3.2%
Geschlechts- und personenunspezifische Ansprechpartner	5	1.3%	8.1%
Unklar	4	1.0%	6.5%
Niemandem	4	1.0%	6.5%
Unter bestimmten Bedingungen	13	3.3%	21.0%
Missings neu	2	0.5%	3.2%
Gesamt neue Kategorien	**62**	**15.5%**	**100%**
Missings original	138	84.5%	
Gesamt	200	100%	

Tabelle 17.

Mögliche Anpassungen gruppentherapeutischer Angebote („Wie sollte eine Therapiegruppe idealerweise aussehen, damit Sie über Ihre Gefühle sprechen können?“) Gemäss den bereits dargestellten Befunden (siehe Tabelle 15) ist ein klare Tendenz zu gemischten Gruppen zu verzeichnen (79%). Reine Männergruppen sind bei 12% der Patienten angesagt. 9% der Patienten meinen, dass das Ansprechen von Gefühlen in den vorherrschenden Therapiegruppen gar nicht möglich sei.
Ein Blick auf die qualitativen Auswertungen der Kommentare zu dieser Frage macht deutlich, dass der Vorteil gemischter Gruppen unter anderem darin gesehen wird, dass diese eine Vielzahl unterschiedlicher Sichtweisen ermöglichen (Tabelle 18). Des Weiteren werden gemischte Gruppen als offener und toleranter erlebt. Wiederholt wird die Fähigkeit von Frauen zum Gefühlsausdruck thematisiert, woraus geschlossen werden kann, dass hierin auch Möglichkeiten zum Modelllernen enthalten sind. Auch hier spiegelt sich wieder die erleichterte Verbalisierung von Gefühlen in Gegenwart von Frauen. Insofern beschreibt eine Vielzahl von Patienten, dass sie von gemischten Gruppen vermehrt profitieren könnten. Von der grundsätzlichen Idee gruppentherapeutischer Angebote sind 9% der Patienten überzeugt, welche sich nicht näher dazu äussern, ob sie gemischte oder geschlechtsspezifische Gruppen bevorzugen. Ausschlaggebend ist für sie die Möglichkeit, mit verschiedenen Perspektiven konfrontiert zu werden und zu sehen, wie andere betroffene Patienten ihre Situation bewältigen. Ebenso viele Patienten (9%) erkennen die Chancen der Gruppentherapie, möchten diese aber spezifische Rahmenbedingungen zugrunde legen. Dazu zählt, dass ein vertrauensvolles Klima herrschen muss und die Gruppe nicht zu gross sein darf. Zu guter Letzt lehnen 16% der Befragten Gruppentherapie jeglicher Form ab, mit dem Hinweis vor Mitpatienten nicht über Gefühle sprechen zu wollen bzw. nicht an den Gefühlen anderer Personen interessiert zu sein (auch wird angenommen, dass die Mitpatienten ebenso wenig an der eigenen Situation interessiert sind).

	N	Prozent	Gültige Prozent
Gemischte Gruppen	15	7.5%	34.9%
Reine Männergruppen	3	1.5%	7.0%
Gruppentherapie generell (unabhängig ob gemischt oder geschlechtsspezifisch)	4	2.0%	9.3%
Gruppentherapie mit spezifischen Rahmenbedingungen	4	2.0%	9.3%
Keine Gruppentherapie	7	3.5%	16.3%

Kommentar nicht eindeutig/sonstiger Kommentar	10	5.0%	23.3%
Gesamt neue Kategorien	**43**	**21.5%**	**100%**
Missings original	157	78.5%	
Gesamt	200	100%	

Tabelle 18.

3.4.1.2. Relevanz in der Therapie

Aufgrund der Tatsache, dass das Sprechen über Gefühle für Männer mit erheblichen Belastungsempfindungen einhergeht (68% der Patienten fühlen sich im Rahmen von Gefühlsäusserungen moderat bis sehr stark belastet), stellt sich die Frage, ob reine gesprächstherapeutische Ansätze adäquate Herangehensweisen in der Alkoholismusbehandlung von Männern sind. Daraus folgen zwei mögliche Interventionen: Einerseits liesse sich mit dem Gedanken spielen, die vorwiegend gesprächstherapeutische Behandlung um weitere Techniken, wie körper- oder gestalttherapeutische Aspekte, zu erweitern. Andererseits besteht die Möglichkeit, am bisherigen Vorgehen grundsätzlich festzuhalten und vor Augen zu führen, mit Hilfe welcher unterstützenden Massnahmen die Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen im therapeutischen Kontext erleichtert werden könnte.

Ausgehend davon, dass Gefühle durchaus häufig (manchmal bis oft) in der Therapie thematisiert werden, und die Mehrheit der Patienten durchaus gewillt zu sein scheint sich der Herausforderung zu stellen (9% vermeiden lieber Gefühlsäusserungen), wird in der weiteren Diskussion zur zweiten Interventionsart Stellung bezogen.

Als potentielle Hilfsmittel führen die Befragten mehrere Ansätze an. Diese können grob in drei Bereiche geteilt werden. (1) Settingfaktoren, (2) interaktionelle Aspekte sowie (3) Ressourcenorientierung.

Zum Einen werden im Rahmen gruppentherapeutischer Angebote (a) gemischte Gruppen (79%) gegenüber der Geschlechtertrennung (12%) bevorzugt, wobei nach Analyse der Datenlage die Frage auftaucht, inwieweit den Patienten ermöglicht werden sollte, frei nach Präferenzen zwischen gemischten und geschlechtsspezifischen Gruppen wählen zu können. Auch die (mangelnde) Ähnlichkeit in Fähigkeiten und Erfahrungshintergründen der Teilnehmer wurde thematisiert – so besteht vereinzelt der Wunsch nach mehr (b) Homogenität in der Gruppenzusammensetzung. Wiederholt sind Äusserungen festgehalten, welche die Vorzüge (c) themenzentrierter Stundengestaltung hervorheben. So berichten die Befragten, leichter über Gefühle sprechen zu können, wenn sie im Rahmen spezifischer Themen Relevanz gewinnen. Als letzter settingspezifischer Aspekt ist anzuführen, dass 34% der Patienten klare Präferenzen bezüglich der Geschlechtszugehörigkeit ihrer Einzeltherapeuten wahrnehmen. Auch hier sind entsprechende Überlegungen indiziert, inwiefern die Institution diesen Wünschen gerecht werden kann.

Zum Anderen scheinen im Rahmen interaktioneller Faktoren (e) direkte Aufforderungen von Seiten der Therapeuten Patienten dazu zu veranlassen, über ihren Schatten zu springen und Gefühlsäusserungen zu tätigen. Dabei sind Anleitungen zu möglichen Formulierungen gewünscht. Des Weiteren ist (f) eine offene und vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre Grundvoraussetzung für die Bereitschaft, sich dem Therapeuten bzw. anderen Gruppenteilnehmern zu öffnen.

Interessant sind diverse Überlegungen, die sich Patienten bezüglich (g) individueller Fertigkeiten für eine differenzierte Auseinandersetzung mit Gefühlszuständen stellen, welche sie selbst ihrer Meinung nach in die Therapie einbringen müssen. Hier werden im Rahmen der Therapie unter dem Stichwort Ressourcenorientierung eine Vielzahl von Ansatzpunkten eröffnet, wie individuelle Fähigkeiten zum Emotionsausdruck gestärkt werden können. So ist für männliche Patienten das Sprechen über Gefühle beispielsweise stark vom Selbstvertrauen, vorhandenen Mut und dem Ausmass des Zugangs zum inneren Erleben abhängig.

Da ein wesentlicher Anteil der Patienten (39%) Gefühle vorwiegend mit Partnerinnen, Familienmitgliedern und Freunden bespricht, bleibt abschliessend noch zu überlegen, welche Implikationen diese Information für die Therapie haben könnte. In Verbindung mit Stärkung individueller Ressourcen eröffnet sich hier einerseits ein Arbeitsfeld, Patienten darin zu unterstützen, sich ihrem sozialen Umfeld vermehrt/

erleichtert zu öffnen. Im Hinblick auf potentielle Adaptionen des Therapieangebotes ist andererseits auch eine Öffnung des therapeutischen Settings unter verstärkter Einbindung der Angehörigen denkbar.

3.4.2. Gewalt

In der folgenden Sektion liegt der Fokus auf früheren **Opfererfahrungen** im Rahmen gewaltträchtiger und sexuell übergriffiger Situationen sowie auf die subjektive **Gewaltbelastung** und die **Aufarbeitung von Gewalterfahrungen** im therapeutischen Rahmen**.**

3.4.2.1. Körperliche und sexuelle Gewalterlebnisse in der Biographie

Trotz fehlender Vergleichszahlen aus der Gesamtbevölkerung, erscheint die Lebenszeitprävalenz potentiell traumatischer Gewalterfahrungen bei den befragten Männern überaus hoch, wenn man ein Underreporting aus Scham zusätzlich plausibel annehmen kann: 36 Prozent der männlichen Patienten wurden geschlagen (Gürtel, Stock, Riemen, harter Gegenstand); 10 Prozent erlitten dabei sichtbare körperliche Folgen, bei weiteren 10 Prozent nahmen Drittpersonen Notiz von der Gewaltanwendung (Schampotential) und 8 Prozent wurden derart misshandelt, dass sie einen Arzt oder ein Krankenhaus aufsuchen mussten (vgl. Abbildung 9). Auch im stark tabuisierten Bereich sexueller Gewalterfahrung gaben 17 Prozent der Männer an, dass sie gegen ihren Willen sexuellen Berührungen ausgesetzt waren und sexuelle Handlungen mit ansehen oder ausführen mussten bzw. sexuell belästigt wurden (je 14%), Sexuelle Nötigungen unter Gewaltandrohung berichteten 6 Prozent (n=12) der befragten Männer und schliesslich gaben 9 Prozent der Männer (n=18) an, in ihrer Kindheit oder Jugendzeit sexuell missbraucht worden zu sein.

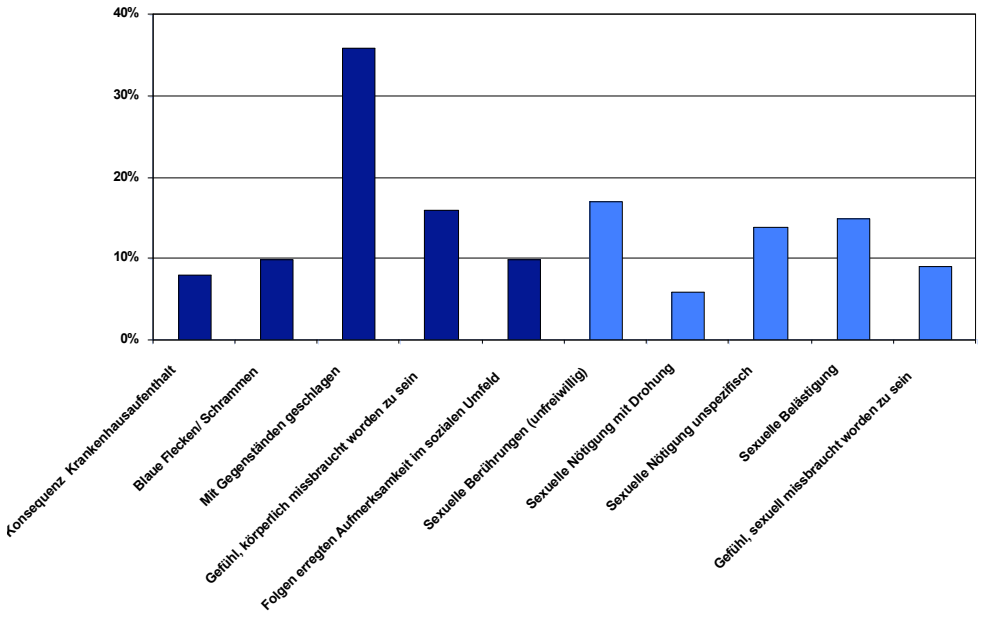


Abbildung 9. Körperliche und sexuelle Gewalterfahrungen.

3.4.2.2. Subjektive Belastung, Therapiefokus, (Therapie)Setting und Gruppenkonstellation

Relevant für die psychische Stabilität der Patienten ist die Frage, inwiefern nun die persönlichen Gewalterlebnisse (mit Fokus auf die Zeit vor dem Klinikeintritt) als **belastend** empfunden werden. Ein Fünftel der Männer fühlt sich im Jahr vor Eintritt in die Klinik mittel bis sehr stark durch ihre persönliche Gewalterfahrung belastet. Dies entspricht in etwa dem Anteil der oben angesprochenen Lebenszeitprävalenz. Die Mehrheit (63%) der Patienten berichtet, gar nicht belastet zu sein (Tabelle 19).

		%	*n*
Belastung durch Gewaltprobleme vor Eintritt („Im Jahr bevor Sie in die Klinik kamen, wie stark haben Sie persönliche Gewaltprobleme belastet?“)			
	Sehr stark	4%	7
	Stark	6%	12
	Mittel	10%	20
	Wenig	18%	35
	Gar nicht	63%	125
Kommen Gewalterlebnisse in Ihrer **Einzeltherapie** zur Sprache?			
	Sehr oft	1%	2
	Oft	3%	5
	Manchmal	13%	26
	Selten	19%	37
	Überhaupt nicht	65%	129
Kommen Gewalterlebnisse in Ihrer **Gruppentherapie** zur Sprache?			
	Sehr oft	0%	0
	Oft	1%	1
	Manchmal	8%	15
	Selten	25%	49
	Überhaupt nicht	67%	134
Mit wem können Sie Gewalterlebnisse **am Besten** besprechen?			
	Mit Therapeut in Einzeltherapie	19%	31
	Mit Therapeutin in Einzeltherapie	16%	27
	In der Einzeltherapie, egal ob Therapeut oder Therapeutin	33%	55
	Ausserhalb der Therapiesitzungen mit anderen männlichen Patienten	6%	10
	Ausserhalb der Therapiesitzungen mit anderen weiblichen Patienten	1%	1
	In der Gruppentherapie	4%	7
	Ausserhalb der Klinik mit einem anderen Mann	8%	13
	Ausserhalb der Klinik mit einer anderen Frau	13%	21
Wie sollte eine Therapiegruppe **idealerweise** aussehen, damit sie offen über Gewalterlebnisse sprechen können?			
	Nur Männer in der Gruppe	18%	33
	Männer und Frauen in der Gruppe	67%	121
	Hier in der Therapie gar nicht möglich	14%	26

Tabelle 19. Subjektive Belastung, Therapiefokus, Therapiesetting und Gruppenkonstellation für das Thema ‚Gewalt’ (klinische Stichprobe, N = 200). Da nicht alle Patienten alle Fragen beantwortet haben, variiert die Stichprobengrösse von Frage zu Frage. In diesen Fällen sind gültige Prozente abgebildet. Summen > 100% ergeben sich durch Rundung der Nachkommastellen.

In der Therapie wird Gewalt sowohl in der Gruppen- als auch in der Einzeltherapie äussert selten thematisiert und in zwei Drittel der Fälle überhaupt nicht angesprochen. Einzeltherapie begünstigt aus Sicht etwa der Hälfte der Befragten potentiell die Thematisierung von Gewalterlebnissen; dieser Erwartungshaltung der Patienten wird aber offenbar nicht ausreichend Rechnung getragen, da lediglich 17% der Patienten berichten, dass in der Einzeltherapie das Thema Gewalt manchmal oder häufiger zur Sprache gebracht wird. Etwa ein Drittel der Befragten sucht extern (21%) aber auch intern (5%) Gesprächspartner zu dieser Problematik. Der Anteil der Befürworter reiner Männergruppen steigt im Vergleich zur Problematik des Gefühlsmanagements von 12% auf nunmehr 18%. Hier ist noch näher zu prüfen, inwieweit Patienten mit einer hohen Gewaltbelastung andere Präferenzen äussern, als Patienten, welche diese Frage von einer allgemeinen Warte aus beurteilen.

3.4.3. Sexualität

Wurde im vorangehenden Abschnitt bereits das Thema sexuelle Gewalt angesprochen, so geht es im Folgenden um Belastung der Patienten durch allgemeine sexuelle Probleme , welche als Begleiterscheinung langjähriger Alkoholkarrieren zu erwarten sind, jedoch diagnostisch bei Eintritt in die Alkoholfachklinik in der Regel nicht abgeklärt werden. Diese sind auf dem Hintergrund der wahrgenommenen Funktionalität von Alkoholkonsum und dem Selbstbild im Umgang mit Frauen zu sehen.

3.4.3.1. Selbstbild und wahrgenommene Funktionalität des Alkohols im Umgang mit Frauen
Die Selbsteinschätzung der befragten Männer bezüglich ihrer körperlichen Attraktivität und Fitness fällt überwiegend positiv (Tabelle 20). Die Überschätzung des eigenen Gesundheitszustandes beziehungsweise die Verdrängung von Krankheitssymptomen ist für viele Männer typisch (vgl. Klingemann 2007, S. 98) und kann daher auch bei dieser Untergruppe kaum überraschen. Klinische Daten der Eingangsuntersuchung wären hier noch flankierend heranzuziehen. Ausserdem vermitteln die Befragten den Eindruck, dass ihre Chancen beim anderen Geschlecht durchaus intakt sind. Die Hälfte bzw. zwei Drittel der Patienten halten sich für zumindest ziemlich gut aussehend und attraktiv. Gleichzeitig wird jedoch die ambivalente Rolle des Alkoholkonsums beim ‚Dating' klar erkannt, da dieser einerseits zwar die Kontakthemmschwelle senkt, andererseits aber die sexuelle Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

	%	***n***
Aussehen („Für mein Alter sehe ich noch gut aus.") *m*=3,75; *sd*=.74		
Trifft sehr zu	13%	26
Trifft ziemlich zu	54%	107
Trifft etwas zu	29%	58
Trifft eher nicht zu	5%	9
Trifft gar nicht zu	0%	0
Gesundheit („Für mein Alter bin ich noch ganz gesund.") *m*=3.69; *sd*=.93		
Trifft sehr zu	16%	32
Trifft ziemlich zu	52%	103
Trifft etwas zu	20%	40
Trifft eher nicht zu	11%	21
Trifft gar nicht zu	2%	4
Attraktivität („Für mein Alter bin ich noch attraktiv für Frauen.") *m*=3.57; *sd*=.83		
Trifft sehr zu	11%	21
Trifft ziemlich zu	46%	92
Trifft etwas zu	35%	69
Trifft eher nicht zu	7%	14
Trifft gar nicht zu	2%	3
Enthemmung nach Alkohol („Nach ein paar Gläsern Alkohol habe ich weniger Hemmungen, eine Frau anzusprechen.") *m*=3.16; *sd*=1,17		
Trifft sehr zu	13%	26
Trifft ziemlich zu	29%	57
Trifft etwas zu	30%	60
Trifft eher nicht zu	19%	37
Trifft gar nicht zu	10%	20
Sexualität nach Alkohol („Nach ein paar Gläsern Alkohol läuft es besser beim Sex.") *m*=2.39; *sd*=.96		
Trifft sehr zu	2%	3
Trifft ziemlich zu	12%	24
Trifft etwas zu	28%	56
Trifft eher nicht zu	41%	81
Trifft gar nicht zu	18%	35

Tabelle 20. Selbstbild und wahrgenommene Funktionalität des Alkohols im Umgang mit Frauen. (klinische Stichprobe, N = 200). Einschätzungen von 1 = ‚Trifft gar nicht zu' bis 5 = ‚Trifft sehr zu'.

Diese Ausgangskonstellation einer kritischen Einschätzung der Rolle von Alkohol und einer eher positiven Einschätzung der persönlichen Chancen und Entwicklungsmöglichkeiten bieten grundsätzlich eine viel versprechende Ausgangslage für den therapeutischen Dialog. Konkreter Problemhintergrund sind die konkreten sexuellen Probleme und Dysfunktionen unter denen die Männer gemäss eigenen Angaben leiden. Abbildung 10 verdeutlicht, dass 37 Prozent der Befragten unter mangelndem Lustgefühl leiden (23% übersteigertes Lustgefühl) und 26 Prozent bzw. 20% Erektions- oder Orgasmusschwierigkeiten berichten. Diese Zahlen stellen vermutlich eine Unterschätzung der wahren Vorkommenshäufigkeit dar, wenn man davon ausgeht, dass bei einem solchen heiklen Thema Widerstände und eine eingeschränkte Antwortbereitschaft zu erwarten sind. Im Rahmen einer weitergehenden Analyse wäre zu prüfen, inwieweit die Problembelastung bei den Alkoholpatienten tatsächlich höher ausfällt als bei einer Vergleichsgruppe in der Gesamtbevölkerung.

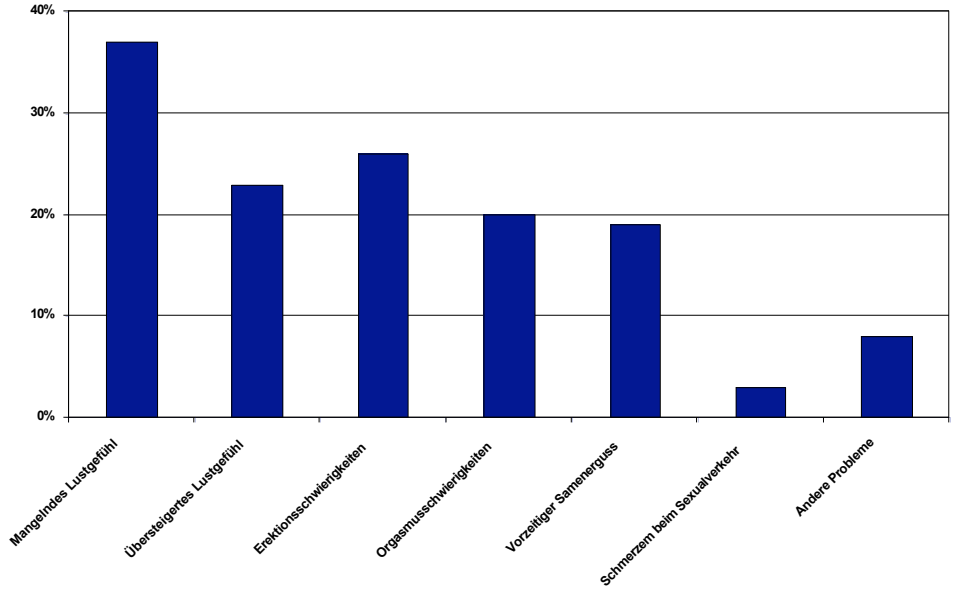


Abbildung 10. Aktuelle sexuelle Probleme

3.4.3.2. Subjektive Belastung, Therapiefokus, (Therapie) Setting und Gruppenkonstellation
Tabelle 21 zeigt, dass das Thema ‚Sexualität und Alkohol' im therapeutischen Rahmen völlig vernachlässigt wird; 79% der Männer geben an, dass dieses Thema in der Gruppentherapie überhaupt nicht angesprochen wird, aber auch in der Einzeltherapie gemäss 66% der Befragten kein Thema ist. Dieses Ergebnis deckt sich mit Voruntersuchungen, welche gerade in diesem Bereich eine hohe Diskrepanz bei der Therapiezielbewertung, bzw. ein Vermeidungsverhalten der Therapeuten feststellen (Edel et al., 2007).

		%	*N*
Belastung durch sexuelle Probleme vor Eintritt („Im Jahr bevor Sie in die Klinik kamen, wie stark haben Sie sexuelle Probleme belastet?")			
	Sehr stark	3%	6
	Stark	12%	23
	Mittel	24%	47
	Wenig	35%	68
	Gar nicht	27%	53
Kommen sexuelle Probleme in Ihrer **Einzeltherapie** zur Sprache?			
	Sehr oft	0%	0

	%	*N*
Oft	3%	5
Manchmal	11%	21
Selten	21%	42
Überhaupt nicht	66%	129
Kommen sexuelle Probleme in Ihrer **Gruppentherapie** zur Sprache?		
Sehr oft	0%	0
Oft	0%	0
Manchmal	4%	7
Selten	17%	34
Überhaupt nicht	79%	156
Mit wem können Sie sexuelle Probleme **am Besten** besprechen?		
Mit Therapeut in Einzeltherapie	16%	29
Mit Therapeutin in Einzeltherapie	7%	12
In der Einzeltherapie, egal ob Therapeut oder Therapeutin	17%	31
Ausserhalb der Therapiesitzungen mit anderen männlichen Patienten	4%	8
Ausserhalb der Therapiesitzungen mit anderen weiblichen Patienten	2%	3
In der Gruppentherapie	2%	3
Ausserhalb der Klinik mit einem anderen Mann	22%	39
Ausserhalb der Klinik mit einer anderen Frau	31%	56
Wie sollte eine Therapiegruppe **idealerweise** aussehen, damit sie offen über sexuelle Probleme sprechen können?		
Nur Männer in der Gruppe	24%	45
Männer und Frauen in der Gruppe	55 %	104
Hier in der Therapie gar nicht möglich	21%	39

Tabelle 21. Subjektive Belastung, Therapiefokus, Therapiesetting und Gruppenkonstellation für das Thema ‚Sexualität' (klinische Stichprobe, N = 200). Da nicht alle Patienten alle Fragen beantwortet haben, variiert die Stichprobengrösse von Frage zu Frage. In diesen Fällen sind gültige Prozente abgebildet. Summen > 100% ergeben sich durch Rundung der Nachkommastellen.

Im aktuellen Therapieangebot sehen die männlichen Patienten offenbar wenig Möglichkeiten, ihre sexuellen Probleme zur Sprache zu bringen. Es erstaunt daher kaum, dass bei der Frage nach einem idealen Rahmen für die Erörterung solcher Probleme vor allem klinik**externe** Vertrauenspersonen genannt werden. Fast ein Drittel der Männer würde das Gespräch extern mit einer Frau suchen (31%), ein Fünftel mit einem Mann ausserhalb der Klinik (21%). Klinikintern ist ein einschlägiger Austausch mit MitpatientInnen mit 7% bedeutsamer als in der Gruppentherapie mit 2%. Die Tendenz, dass bei zunehmendem Tabuisierungsgrad der Wunsch nach gleichgeschlechtlichen Gesprächspartnern zunimmt drückt sich einerseits darin aus, dass immerhin 24% der befragten Männer bei solchen Themen reine Männergruppen bevorzugen würden und sich auch in der Einzeltherapie 16% einen männlichen Gegenpart bevorzugen würden.
Insgesamt gesehen, besteht somit in diesem Bereich ein erheblicher Nachholbedarf bei der Diagnostik und der Zurverfügungstellung angemessener Therapiebedingungen.

3.4.4. Vaterschaft, Vaterrolle, Familie

Die oft angenommene Negativrolle des alkoholabhängigen Vaters im Familienverband zusammen mit der allgemeinen Mutterdominanz im Erziehungsprozess, spiegelt sich denn auch in der Ausblendung stressträchtiger Vater-Kind Beziehungen im Therapieprozess bzw. im Fehlen spezieller Vater-Kind Angebote im Suchtversorgungssystem.
Gleichzeitig ist ein beträchtlicher Anteil der befragten Männer Ansprüchen hinsichtlich ihrer Vaterrolle ausgesetzt. 58% (n=115) haben Kinder, wobei 27% im gleichen Haushalt wohnen (vgl. Abbildung 11).

Der relativ hohe Anteil geschiedener Männer von 38% kommt als potentielles Konfliktpotential hinzu. Von den Männern mit Kindern waren schliesslich etwa ein Drittel mit der Alkoholabhängigkeit des eigenen Vaters (35%) und/oder der Mutter (9%) konfrontiert (vgl. Abbildung 12). Abgesehen von der Auseinandersetzung mit der eigenen Abhängigkeitsproblematik sehen sich die Männer bei ihrem Bemühen, ihre Vaterrolle gut auszuüben, somit zusätzlichen Vorbelastungen ausgesetzt.

Abbildung 11. Kinder- und Wohnsituation

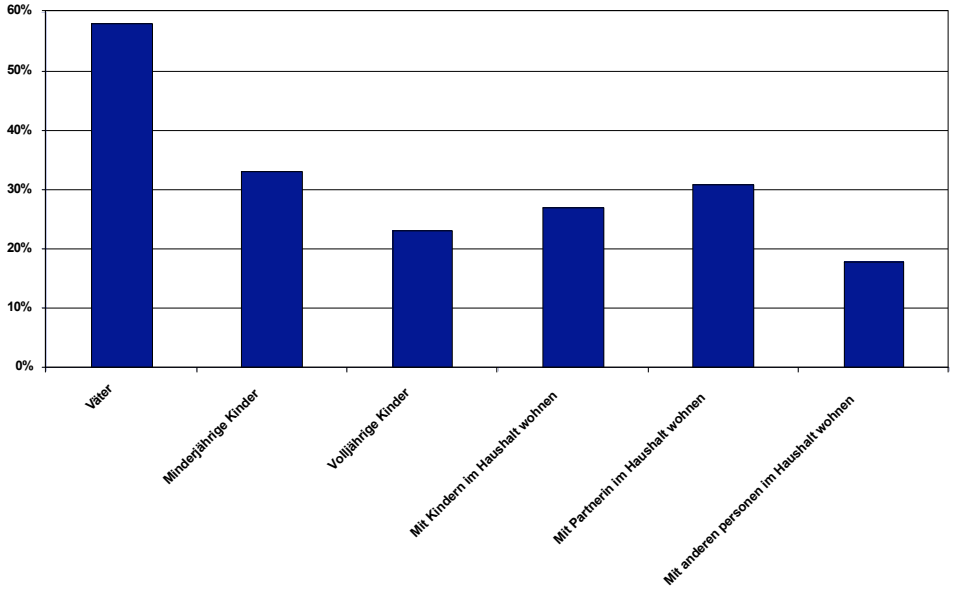
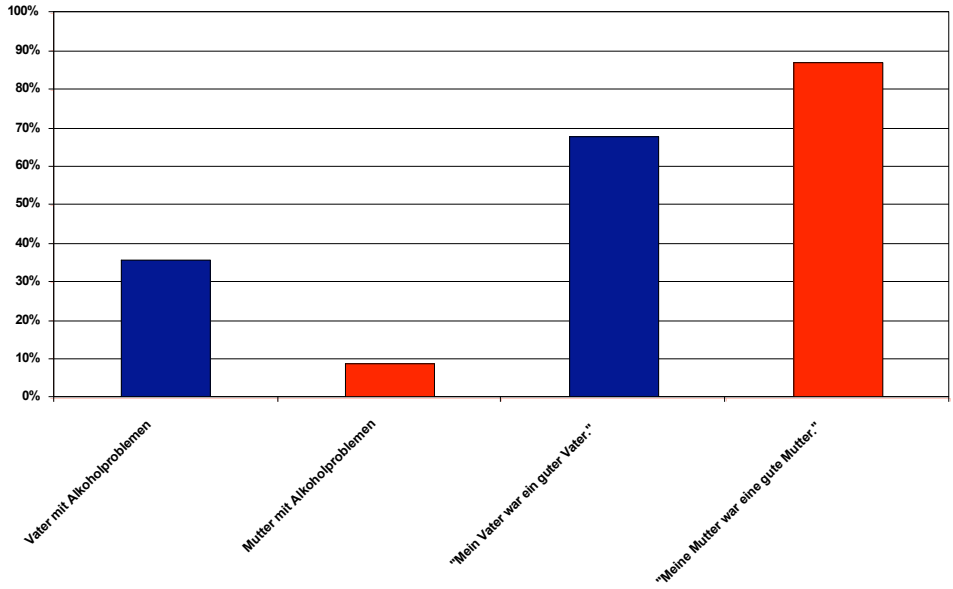


Abbildung 12. Herkunftsfamilie



Die Kinder sind, kontrastierend mit dem Bild des verantwortungslosen chronischen Alkoholikers, für fast alle Männer sehr wichtig (76%) oder wichtig (16%); sie fragen sich sehr häufig (51%) oder häufig (36%) wie es den Kindern geht und haben den Wunsch, die Beziehung zu ihren Kindern zu verbessern (41%) (Tabelle 22). Die hohe Bedeutung der Vaterrolle, wie sie hier deutlich wird, spiegelt sich auch in der Rangfolge der ‚Dinge, die im Leben am wichtigsten' sind. Am wichtigsten ist die Gesundheit, aber bereits an zweiter Stelle folgen Familie, Partnerschaft und Kinder. Schlusslicht bildet der Aspekt ‚Spiritualität, Religiosität' (Abbildung 13).

		%	*n*
Kontakt mit Kindern			
	Während des Aufenthaltes	83%	94
	Vor dem Aufenthalt:	92%	104
	Täglich	35%	40
	1x/ Woche	32%	36
	1x/ Monat	16%	18
	< 1x/ Monat	9%	10
	Kontakt abgebrochen	8%	9
Wie wichtig sind Ihnen Ihre Kinder?			
	Sehr wichtig	76%	86
	Wichtig	16%	18
	Mittel	2%	2
	Unwichtig	2%	2
	Sehr unwichtig	4%	5
Wie oft fragen Sie sich, wie es Ihren Kindern geht?			
	Sehr häufig	52%	58
	Häufig	37%	41
	Manchmal	8%	9
	Selten	2%	2
	Sehr Selten	3%	3
Zu wem gehen Ihre Kinder am ehestem mit ihren Sorgen?			
	Vater	22%	24
	Mutter	64%	69
	Grosseltern	3%	3
	Freunden	6%	6
	Anderen Personen	6%	7
Wie ist Ihre Beziehung zu Ihren Kindern?			
	Wie gewünscht	59%	66
	Nicht wie gewünscht	41%	46
Ich bin ein… Vater.			
	Sehr guter	16%	18
	Guter	54%	60
	Mittelmässiger	27%	30
	Schlechter	3%	3
	Sehr schlechter	1%	1
Ich vermisse meine Kinder…			
	Sehr häufig	35%	39
	Häufig	31%	35
	Manchmal	27%	30
	Selten	7%	8
	Sehr selten	1%	1

Tabelle 22. Darstellung der Wichtigkeit der Kinder für die Väter der Patientenstichprobe (n=115 Väter; 58% der Patienten)

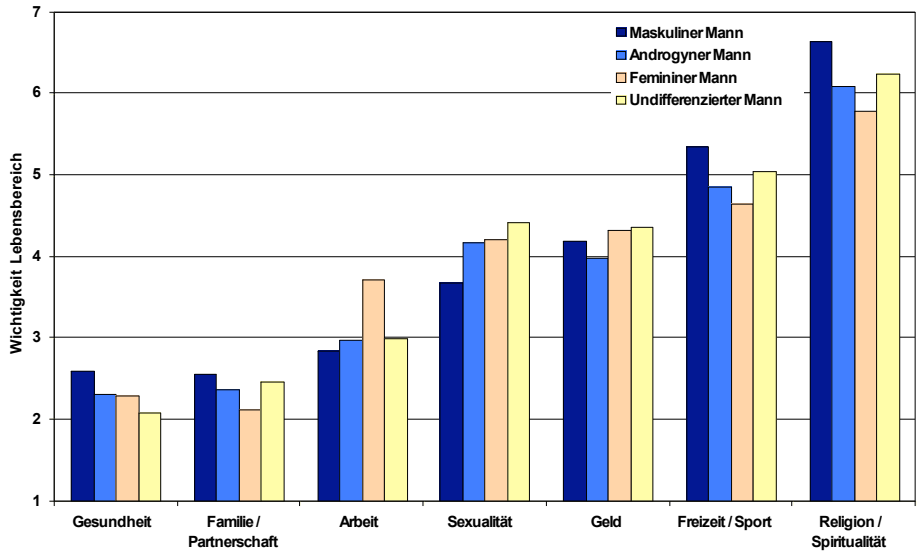


Abbildung 13. Wichtigkeit verschiedener Lebensbereiche in Abhängigkeit der Männertypologie (1=am wichtigsten, 7=am unwichtigsten)

Ein knappes Drittel der befragten Männer fühlte sich bei Eintritt mittel bis sehr stark durch Probleme mit der Vaterschaftsrolle belastet (Tabelle 23). Erfreulicherweise besteht weiter Kontakt mit den Kindern sowohl vor als auch während der Therapie (93% und 82%; vgl. Tabelle 22). Inwieweit erhalten Männer nun Unterstützung in der Therapie bei ihrem Bestreben, ‚ein guter Vater zu sein'? Sowohl in der Gruppentherapie als auch in der Einzeltherapie kommt das Thema ‚Vatersein' selten oder gar nicht gemäss 82% bzw. 72% der befragten Männer mit Kindern zur Sprache. Am ehesten noch in der Einzeltherapie (25%) oder ausserhalb der Klinik mit einer Frau bzw. einem Mann (17% bzw. 9%) meint man Vaterschaftsprobleme am ehesten besprechen zu können (Tabelle 23). Leider liegen keine Angaben dazu vor, inwieweit Fragen der Mutterschaft und Mutterrolle in den gemischten Gruppen und in der Einzeltherapie mit Frauen zur Sprache kommen. Ein vermehrtes proaktives Aufgreifen dieses Themas vor allem durch die TherapeutInnen im Rahmen der Einzeltherapie erscheint möglicherweise angezeigt. Einigermassen überraschend ist der Befund, dass auch für ein relativ unverfängliches Thema Gruppentherapie lediglich von 5% als geeigneter Rahmen für einen Problemaustausch gesehen wird.

	%	***N***
Belastung durch Problem ‚Vaterschaft' vor Eintritt („Im Jahr bevor Sie in die Klinik kamen, wie stark haben Sie Probleme mit dem ‚Vater sein' belastet?")		
Sehr stark	6%	7
Stark	10%	11
Mittel	15%	16
Wenig	25%	27
Gar nicht	45%	49
Kommen Probleme mit dem ‚Vater sein' in Ihrer **Einzeltherapie** zur Sprache?		
Sehr oft	3%	3
Oft	8%	9
Manchmal	18%	20
Selten	29%	33
Überhaupt nicht	43%	48
Kommen Probleme mit dem ‚Vater sein' in Ihrer **Gruppentherapie** zur Sprache?		
Sehr oft	0%	0
Oft	0%	0
Manchmal	18%	20
Selten	31%	35
Überhaupt nicht	51%	57

	%	*N*
Mit wem können Sie Probleme mit dem ‚Vater sein' **am Besten** besprechen?		
Mit Therapeut in Einzeltherapie	13%	14
Mit Therapeutin in Einzeltherapie	14%	15
In der Einzeltherapie, egal ob Therapeut oder Therapeutin	25%	26
Ausserhalb der Therapiesitzungen mit anderen männlichen Patienten	9%	9
Ausserhalb der Therapiesitzungen mit anderen weiblichen Patienten	9%	9
In der Gruppentherapie	5%	5
Ausserhalb der Klinik mit einem anderen Mann	9%	9
Ausserhalb der Klinik mit einer anderen Frau	17%	18
Wie sollte eine Therapiegruppe **idealerweise** aussehen, damit sie offen über Probleme mit dem ‚Vater sein' sprechen können?		
Nur Männer in der Gruppe	12%	13
Männer und Frauen in der Gruppe	80%	88
Hier in der Therapie gar nicht möglich	8%	9

Tabelle 23. Subjektive Belastung, Therapiefokus, Therapiesetting und Gruppenkonstellation für das Thema ‚Vaterschaft' (Väter in der klinische Stichprobe, *n*=115). Da nicht alle Patienten alle Fragen beantwortet haben, variiert die Stichprobengrösse von Frage zu Frage. In diesen Fällen sind gültige Prozente abgebildet. Summen > 100% ergeben sich durch Rundung der Nachkommastellen.

3.4.5. Arbeit

‚Arbeit' und Leistung sind nach wie vor klassische Männerdomänen und relevant für das männliche Ego und Selbstbild. Ähnlich wie beim Thema ‚Sexualität' erkennen die männlichen Patienten durchaus die problematische Funktionalität des Alkoholkonsums in diesem Bereich: 45% vermuten einen sehr grossen oder ziemlichen Einfluss des Alkoholkonsums auf ihre Arbeitsplatzprobleme vor Eintritt in die Klinik und 60% der befragten Männer (von denen 43% vor Eintritt erwerbslos waren) bringen die Alkoholproblematik mit Arbeitslosigkeit in Verbindung. Leistungsstress wird in knapp der Hälfte der Fälle ebenfalls durch Alkoholkonsum ‚bewältigt' (Tabelle 24). Entsprechend fühlen sich 49% der Männer bei Eintritt insgesamt mittel bis sehr stark durch Arbeitsprobleme belastet (vgl. Tabelle 25). Dieser Bereich ist im Vergleich zu den anderen Problemfeldern, derjenige, der im Jahr vor Eintritt in die Klinik als am meisten belastend erlebt wurde; in der Rangfolge der subjektiven aktuellen Problembelastung (sehr stark oder stark Prozentanteile) folgt an zweiter Stelle die Unfähigkeit, Gefühle zum Ausdruck zu bringen (35%) während die übrigen Problemfelder weniger als ein Fünftel der befragten Männer aktuell stark oder sehr stark belasteten.

	%	*n*
Konsum als Ursache für Probleme am Arbeitsplatz *m*=3.12; *sd*=1.39		
Trifft sehr zu	20%	40
Trifft ziemlich zu	25%	49
Trifft etwas zu	20%	40
Trifft eher nicht zu	18%	35
Trifft gar nicht zu	18%	35
Konsum bei Arbeitslosigkeit *m*= 3.49; *sd*=1.34		
Trifft sehr zu	26%	51
Trifft ziemlich zu	34%	67
Trifft etwas zu	17%	34
Trifft eher nicht zu	9%	17
Trifft gar nicht zu	14%	28

	%	*n*
Konsum zur Stressbewältigung *m*= 3.16; *sd*=1.293		
Trifft sehr zu	15%	29
Trifft ziemlich zu	33%	66
Trifft etwas zu	24%	48
Trifft eher nicht zu	12%	23
Trifft gar nicht zu	17%	33

Tabelle 24. Darstellung der Patienteneinschätzung zum Thema ‚Alkohol und Arbeit'.

Relativ gesehen zum hohen Belastungsgrad dieses Themas (69% berichten mittel bis sehr stark belastet zu sein), kommen Arbeitsprobleme in der Einzeltherapie (42% selten oder gar nicht) und noch weniger in der Gruppentherapie (52%) zur Sprache. 19% der Männer würden diese Probleme idealerweise mit einem Mann ausserhalb der Klinik besprechen; im Gegensatz zu den anderen Problemfeldern wird beim Thema ‚Arbeit' klinikextern ein Mann und nicht eine Frau als Gesprächspartner akzeptiert. Dass Arbeit und Leistung durchaus auch als heikles Thema gesehen wird, bei dem man sich Blösse geben kann, lässt der Umstand vermuten, dass auch hier eher ein einzeltherapeutisches Setting bevorzugt wird (Tabelle 25). Diese Befunde deuten auf die Notwendigkeit hin, arbeitstherapeutische Bemühungen und sonstige Aktivierungsangebote stärker mit der psychotherapeutischen Behandlung zu verknüpfen. Ein Outsourcing von Arbeitsangeboten und abgestufte klinikexterne Programme würden möglicherweise einen Austausch (‚klinikexterner Mann als Vertrauensperson') zwischen den Betroffenen fördern, der dann seinerseits eventuell therapeutische Demarchen begünstigt.

	%	*n*
Belastung von Arbeitsproblemen vor Eintritt („Im Jahr bevor Sie in die Klinik kamen, wie stark haben Sie Arbeitsprobleme belastet?")		
Sehr stark	20%	39
Stark	29%	58
Mittel	20%	39
Wenig	18%	36
Gar nicht	13%	25
Kommen Arbeitsprobleme in Ihrer **Einzeltherapie** zur Sprache?		
Sehr oft	5%	9
Oft	19%	38
Manchmal	34%	67
Selten	21%	42
Überhaupt nicht	21%	42
Kommen Arbeitsprobleme in Ihrer **Gruppentherapie** zur Sprache?		
Sehr oft	1%	2
Oft	10%	19
Manchmal	38%	76
Selten	31%	61
Überhaupt nicht	21%	41
Mit wem können Sie Arbeitsprobleme **am Besten** besprechen?		
Mit Therapeut in Einzeltherapie	16%	28
Mit Therapeutin in Einzeltherapie	16%	28
In der Einzeltherapie, egal ob Therapeut oder Therapeutin	28%	50
Ausserhalb der Therapiesitzungen mit anderen männlichen Patienten	6%	10
Ausserhalb der Therapiesitzungen mit anderen weiblichen Patienten	1%	2
In der Gruppentherapie	8%	14
Ausserhalb der Klinik mit einem anderen Mann	19%	34
Ausserhalb der Klinik mit einer anderen Frau	8%	15

	%	*n*
Wie sollte eine Therapiegruppe **idealerweise** aussehen, damit sie offen über Arbeitsprobleme sprechen können?		
Nur Männer in der Gruppe	10%	19
Männer und Frauen in der Gruppe	**84%**	157
Hier in der Therapie gar nicht möglich	6%	11

Tabelle 25. Subjektive Belastung, Therapiefokus, Therapiesetting und Gruppenkonstellation für das Thema ‚Arbeit' (klinische Stichprobe, N = 200). Da nicht alle Patienten alle Fragen beantwortet haben, variiert die Stichprobengrösse von Frage zu Frage. In diesen Fällen sind gültige Prozente abgebildet. Summen > 100% ergeben sich durch Rundung der Nachkommastellen.

3.5. Relevanz männerspezifischer Themen in der Suchttherapie

Wenn es um die Frage geht, wie die Therapie gestaltet werden könnte, damit die Patienten *als Männer* optimal davon profitieren können und ob es männerspezifische Themen in der Suchttherapie gibt, verneinen 58% (*n* = 116) die Existenz ebensolcher, wohingegen 40% (*n* = 82) der befragten Patienten der Ansicht ist, dass es durchaus Themen in der Suchttherapie gibt, die speziell für Männer wichtig sind (2 Patienten haben die Frage nicht beantwortet). Diejenigen, welche die Relevanz männerspezifischer Themen in der Suchttherapie erkennen, beantworten die offene Frage nach der Art solcher Themen folgendermassen (aufgelistet nach Häufigkeit der Nennung):

- Sexualität (16 Nennungen)
- Partnerschaft / Beziehungen (16x)
- Beruf / Arbeit (9x)
- Genderaspekte (z.B.: gesellschaftliches Frauenbild/Männerbild, Umgang mit den „neuen Frauen" (Emanzipation), Rolle des heutigen Mannes, weibliche Seiten im Mann, Männlichkeit, männliches Rollenverhalten, …) (9x)
- Familie / Kinder (7x)
- Gefühle (7x)
- Gewalt / Konfliktlösungen (5x)
- Trinkrituale, männliches Suchtverhalten, Alkohol in der Gruppe (4x)
- Scheidung (3x)
- Reden unter Männern (3x)
- Frauen verstehen / Umgang mit Frauen (2x)
- Gesellschaftsstatus als Alkoholiker (2x)
- Sport (2x)
- Leistungsdruck (2x)

- Einmalige Nennungen: Unterdrückung von Frauen / Gewalt von Frauen / Finanzen / Männergesundheit / Homosexualität / Integration / Selbstsicherheit / Computer / Rivalität / Rückfall

Darüber hinaus stimmen 32.5% der Aussage zu, dass Themen, die Männer beschäftigen, in der Therapie zu kurz kommen, 27.5% lehnen diese Aussage ab und 39% sind unentschieden (2 Patienten haben die Frage nicht beantwortet). Einige Patienten haben zusätzlich noch die Möglichkeit wahrgenommen, Kommentare dazu in offener Form anzubringen. Aufgrund der Diversität der Antworten ist hierzu eine Auswertung im Sinne eines Zusammenfassens gleicher Aussagen nicht sehr vielsagend, deshalb werden im Folgenden lediglich einige ausgewählte Kommentare dargestellt, aufgeteilt nach eher ‚pro Männergruppen' vs. ‚Beibehalten des Status Quo':

Pro Männergruppen:

„Frauen bekommen im Leben von allen Seiten Unterstützung und Männer mit Problemen werden an die Wand gedrückt."

„Ohne Frauen können gewisse Themen besser besprochen werden.“
„Frau wird als Individuum zu stark respektiert. Männer sollten sich immer solidarisch zeigen. Wo ist die Gleichberechtigung?“
„Ich fühle mich als Mann nicht ganz ernst genommen: es werden frauenspezifische Gruppen angeboten, aber keine männerspezifischen.“
*„Es wäre gut, eine Therapiestunde anzubieten, wo es um Männerthemen geht: einen **Männertalk**.“*

Status Quo beibehalten:
„Ich finde die ‚gemischte' Therapieform sehr wichtig. Damit sind die Resultate ausgewogener und der Profit für beide Geschlechter höher.“
„Die Probleme eines Alkoholikers sind geschlechtsneutral.“
„Therapie ist ungeachtet des Geschlechts auf das Individuum zugeschnitten. Also kommen geschlechtsspezifische Aspekte zum Zug.“

3.5.1. Unterschiedliche Patientencharakteristika in Bezug auf die Akzeptanz der Relevanz männerspezifischer Themen in der Suchttherapie

Die im vorangehenden Abschnitt berichteten Ergebnisse belegen demnach eindeutig, dass die Patienten unterschiedlicher Meinung sind, wenn es um die Relevanz männerspezifischer Themen in der Suchttherapie geht: Einige bejahen die Existenz solcher Themen und erkennen somit auch den Handlungsbedarf, wohingegen andere denken, dass es keine Themen oder Bereiche gibt, die speziell für Männer wichtig wären. Wovon hängt die wahrgenommene Relevanz männerspezifischer Themen nun ab? Zur Beantwortung dieser Frage wurden einfaktorielle Varianzanalysen mit dem zweistufigen Faktor „Relevanz männerspezifischer Themen“ (ja / nein) und den jeweiligen interessierenden Patientenmerkmalen als abhängige Variablen durchgeführt (siehe Tabelle 26). Insbesondere wurden die drei Gender-Skalen zur Erfassung der Geschlechtsrollenorientierung (inklusive Subskalen zu ‚Status Norm', ‚Toughness Norm' und ‚Antifemininity Norm), des Geschlechtsrollenstress' und des maskulinen und femininen Selbstkonzepts, die subjektiv erlebte Belastung in den Bereichen Gewalt / Arbeit / Gefühle / Sexualität / Vaterschaft, selbst berichtete Probleme in den Bereichen Gewalt / Arbeit / Sexualität, das Alter der Patienten und die Schwere der Alkoholabhängigkeit (anhand des AUDIT's) als abhängige Variablen für die Varianzanalysen verwendet.
Es zeigt sich, dass Männer, die die Existenz männerspezifischer Themen in der Suchttherapie verneinen, eine traditionellere Geschlechtsrollenorientierung (sowohl Gesamtwert, als auch Subskalen ‚Status Norm' und ‚Toughness Norm') aufweisen als Patienten, welche die Relevanz ebensolcher Themen anerkennen. Gleichsam berichten Patienten, die männerspezifische Themen in der Suchttherapie bejahen, über höheren Geschlechtsrollenstress (tendenziell signifikant) und geben auch eine höhere subjektive Belastung in den Bereichen Sexualität und Vaterschaft an, verglichen mit Patienten, die männerspezifischen Themen keine Relevanz zumessen (vgl. Tabelle 26),

	Contra Männerthemen *M* (SD)	Pro Männerthemen *M* (SD)	*F* (1,196)
MRNS – Geschlechtsrollenorientierung	3.48 (.80)	3.10 (.82)	**10.40****
MRNS SN: Status Norm	4.11 (1.08)	3.52 (.99)	**15.19*****
MRNS TN: Toughness Norm	3.42 (.92)	3.13 (.85)	**5.14***
MRNS AF: Antifemininity Norm	2.58 (1.02)	2.42 (1.04)	1.08
MGRS – männlicher Geschlechtsrollenstress	2.14 (.58)	2.30 (.62)	**3.31**#**
BSRI m – geschlechtsrollenbezogenes Selbstkonzept Maskulinität / Instrumentalität	4.77 (.77)	4.75 (.78)	.04
BSRI f – geschlechtsrollenbezogenes Selbstkonzept Femininität / Expressivität	4.74 (.65)	4.80 (.61)	.38
Subjektive Belastung: Gewalt	4.39 (1.02)	4.24 (1.12)	.92
Subjektive Belastung: Arbeit	2.85 (1.35)	2.63 (1.26)	1.35
Subjektive Belastung: Gefühle	3.13 (1.11)	2.94 (1.22)	1.30
Subjektive Belastung: Sexualität	3.86 (.96)	3.53 (1.18)	**4.64***
Subjektive Belastung: Vaterschaft	4.07 (1.17)	3.63 (1.35)	**3.30**#**
Gewaltprobleme	1.17 (1.83)	1.63 (2.08)	2.73
Arbeitsprobleme	3.17 (1.00)	3.37 (.89)	2.22
Sexualitätsprobleme	1.33 (1.03)	1.32 (1.10)	.01
Alter	47.57 (10.51)	46.55 (9.44)	.50
AUDIT Gesamtscore	25.91 (7.16)	26.23 (8.27)	.06

Tabelle 26. Mittelwerte und Standardabweichungen getrennt für Patienten, die die Existenz männerspezifischer Themen in der Suchttherapie verneinen und solche, die sie bejahen (*n*=198). Signifikanztestung mittels einfaktorieller Varianzanalyse (ANOVA).
MRNS = Male Role Norm Scale (Skala von 1=‚Trifft gar nicht zu' bis 7=‚Trifft sehr zu').
MGRS = Masculine Gender Role Stress Scale (Skala von 1=‚keine Belastung' bis 5=‚starke Belastung').
BSRI = Bem Sex Role Inventory (Skala von 1=‚nie oder fast nie' bis 7=‚immer').
Subjektive Belastungseinschätzung Gewalt, Arbeit, Gefühle, Sexualität und Vaterschaft: Skala von 1=‚sehr starke Belastung' bis 5=‚keine Belastung'.
Gewaltprobleme: Summenindex von 1 bis 10, je höher, desto mehr Gewalterlebnisse. Arbeitsprobleme: Mittelwert über 3 Items zu Arbeitsproblemen, Skala von 1=‚trifft gar nicht zu' bis 5=‚trifft sehr zu'.
Sexualitätsprobleme: Summenindex von 1 bis 7, je höher, desto mehr sexuelle Probleme.
# p < .10; * *p* < .05; ** *p* < .01.

3.5.2. Thematisierung, Therapiesetting und Therapiegruppenzusammensetzung bei vordefinierten Therapiethemen

Auf dem Hintergrund der relativen Relevanz und Anerkennung spezifischer Männerthemen soll ergänzend zu der thematischen Aufschlüsselung getrennt nach Problembereichen wie sie bereits im Abschnitt 3.4 erfolgt ist, nun ein Quervergleich der Problemberücksichtigung innerhalb der verschiedenen Therapiemodalitäten präsentiert werden. Für die bereits berichteten fünf Bereiche (Gewalt, Arbeit, Gefühle, Sexualität und Vaterschaft) wurden die Patienten gebeten einzuschätzen, wie oft die jeweiligen Bereiche in der Einzel- und in der Gruppentherapie thematisiert werden und wie das optimale therapeutische Setting und die optimale Gruppenzusammensetzung aussehen müsste, um solche Themen anzusprechen. Tabellen 27a und 27b machen nochmals deutlich, dass sowohl in Einzel- als auch Gruppentherapie vor allem über Gefühle gesprochen wird. Dies geschieht gemäss 73% der Männer manchmal oder oft. Am stärksten tabuisiert und ausgeklammert hingegen werden die Themen Sexualität und Gewalt, aber auch über Vaterschaft wird in der Therapie selten gesprochen, obwohl 43% der befragten Patienten Kinder hat. Lediglich die Ansprache von Arbeitsproblemen erfolgt in der Einzeltherapie gemäss Wahrnehmung

von 53% der befragten Männer und in der Gruppentherapie gemäss 48% und nimmt somit nach dem Gefühlsmanagement Thema den zweiten Platz ein.

	Thematisierung in Einzeltherapie				
	Überhaupt nicht	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
	% (*n*)	% (*n*)	% (*n*)	% (*n*)	% (*n*)
Gewalt	65% (129)	18.6% (37)	13% (26)	3% (5)	1% (2)
Arbeit	21% (42)	21% (42)	34% (67)	19% (38)	5% (9)
Gefühle	5% (10)	11% (21)	30% (60)	43% (85)	12% (24)
Sexualität	66% (129)	21% (42)	11% (21)	3% (5)	0 % (0)
Vaterschaft	43% (48)	29% (33)	18% (20)	8% (9)	3% (3)

Tabelle 27a. Thematisierung der einzelnen Bereiche in der **Einzeltherapie**. Stichprobengrösse für die Bereiche ‚Gewalt', ‚Arbeit', ‚Gefühle' und ‚Sexualität': *n*=200, für den Bereich ‚Vaterschaft: *n*=115 (Väter in der klinischen Stichprobe); da nicht alle Patienten alle Fragen beantwortet haben, variiert die Stichprobengrösse von Frage zu Frage. In diesen Fällen sind gültige Prozente abgebildet. Summen < / > 100% entstehen durch Rundung der Nachkommastellen.

	Thematisierung in Gruppentherapie				
	Überhaupt nicht	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
	% (*n*)	% (*n*)	% (*n*)	% (*n*)	% (*n*)
Gewalt	67% (134)	25% (49)	8% (15)	1% (1)	0% (0)
Arbeit	21% (41)	31% (61)	38% (76)	10% (19)	1% (2)
Gefühle	7% (14)	13% (25)	41% (81)	32% (64)	8% (16)
Sexualität	79% (156)	17% (34)	4% (7)	0% (0)	0% (0)
Vaterschaft	51% (57)	31% (35)	18% (20)	0% (0)	0% (0)

Tabelle 27b. Thematisierung der einzelnen Bereiche in der **Gruppentherapie**. Stichprobengrösse für die Bereiche ‚Gewalt', ‚Arbeit', ‚Gefühle' und ‚Sexualität': *n*=200, für den Bereich ‚Vaterschaft: *n*=115 (Väter in der klinischen Stichprobe); da nicht alle Patienten alle Fragen beantwortet haben, variiert die Stichprobengrösse von Frage zu Frage. In diesen Fällen sind gültige Prozente abgebildet. Summen < / > 100% entstehen durch Rundung der Nachkommastellen.

Die Vernachlässigung bestimmter Themen im aktuellen Therapieangebot drückt sich teilweise im Wunsch nach reinen Männergruppen oder einem therapieunabhängigen Diskursrahmen aus: Wenngleich insgesamt gemischt geschlechtliche Gruppen eher bevorzugt werden, präferiert bei den Tabuthemen Gewalt und Sexualität doch eine nicht zu vernachlässigende Untergruppe von 18% (Gewalt) bzw. 24% (Sexualität) ausschliesslich aus Männern zusammengesetzte Gruppen (Tabelle 27c). Es ist hier weiter zu prüfen, ob es sich hierbei gerade um besonders belastete Patienten handelt. Beim Thema Sexualität äussert eine fast gleich besetzte Gruppe von 21% der Männer die Meinung, dass das Thema im Rahmen der Therapie gar nicht behandelt werden kann.

	Optimale Gruppenzusammensetzung		
	Männer und Frauen	Nur Männer	Hier in Therapie nicht möglich
	% (*n*)	% (*n*)	% (*n*)
Gewalt	67% (121)	18% (33)	14% (26)
Arbeit	84% (157)	10% (19)	6% (11)
Gefühle	80% (158)	12% (24)	9% (17)
Sexualität	55% (104)	24% (45)	21% (39)
Vaterschaft	80% (88)	12% (13)	8% (9)

Tabelle 27c. Ideale **Gruppenzusammensetzung** für die einzelnen Bereiche. Stichprobengrösse für die Bereiche ‚Gewalt', ‚Arbeit', ‚Gefühle' und ‚Sexualität': *n*=200, für den Bereich ‚Vaterschaft: *n*=115 (Väter in der klinischen Stichprobe); da nicht alle Patienten alle Fragen beantwortet haben, variiert die Stichpro-

bengrösse von Frage zu Frage. In diesen Fällen sind gültige Prozente abgebildet. Summen < / > 100% entstehen durch Rundung der Nachkommastellen.

Ungeachtet der Frage nach der optimalen Gruppenzusammensetzung nach Geschlecht - falls man ausschliesslich von einem *Gruppen*angebot ausgehen würde -, ergeben sich deutliche Unterschiede bei der Qualifizierung therapeutischer und klinikexterner Settings als' ideal' für die Behandlung der verschiedenen Problembereiche. Die folgende Übersicht vermittelt ein klares Bild: Bei heiklen Themen wie Sexualität und Gefühle, ansatzweise aber auch Gewalt werden klinikexterne Vertrauenspersonen gesucht; bei den übrigen Themen wird durchweg Einzeltherapie bevorzug unabhängig vom Geschlecht des Therapeuten. Weniger als 10% der Männer sehen hingegen bezüglich aller angesprochenen Problembereiche Gruppentherapie als ideal für den Problemaustausch an. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass selbst beim Thema, welches in der Gruppentherapie am meisten und fast ausschliesslich zur Sprache kommt, nämlich dem Gefühlsmanagement, lediglich 3% der befragten Männer den Eindruck haben, dass es sich hier um einen idealen Rahmen handelt und sich eher auf klinikexterne Möglichkeiten verlassen (Tabelle 27d).

	(Therapeutisches) Setting									
	1	2	3	4	5	6	7	8	k.A.	Gesamt
	% (*n*)	% (*n*)	% (*n*)	% (*n*)	% (*n*)	% (*n*)	% (*n*)	% (*n*)	% (*n*)	(*n*)
Gewalt	28%	16%	14%	4%	5%	1%	7%	11%	(18%)	
	(55)	(31)	(27)	(7)	(10)	(1)	(13)	(21)	(35)	(200)
Arbeit	25%	14%	14%	7%	5%	1%	17%	8%	10%	
	(50)	(28)	(28)	(14)	(10)	(2)	(34)	(15)	(19)	(200)
Gefühle	24%	17%	17%	3%	1%	3%	9%	26%	2%	
	(47)	(34)	(34)	(6)	(1)	(5)	(18)	(51)	(4)	(200)
Sexualität	16%	15%	6%	2%	4%	2%	20%	28%	10%	
	(31)	(29)	(12)	(3)	(8)	(3)	(39)	(56)	(19)	(200)
Vaterschaft	25%	13%	14%	5%	9%	9%	9%	17%	9%	
	(26)	(14)	(15)	(5)	(9)	(9)	(9)	(18)	(10)	(115)

Tabelle 27d. Optimales **(Therapie)setting** für die einzelnen Bereiche.
Antwortalternativen:
1: Einzeltherapie, egal ob Therapeut oder Therapeutin
2: Therapeut in Einzeltherapie
3: Therapeutin in Einzeltherapie
4: Gruppentherapie
5: ausserhalb der Therapiesitzungen mit anderen männlichen Patienten
6: ausserhalb der Therapiesitzungen mit anderen weiblichen Patienten
7: ausserhalb der Klinik mit einem anderen Mann
8: ausserhalb der Klinik mit einer anderen Frau
Stichprobengrösse für die Bereiche ‚Gewalt', ‚Arbeit', ‚Gefühle' und ‚Sexualität': *n*=200, für den Bereich ‚Vaterschaft: *n*=115 (Väter in der klinischen Stichprobe), für diesen Bereich sind gültige Prozente dargestellt; Prozentangaben summieren sich zeilenweise auf 100%; Summen < / > 100% entstehen durch Rundung der Nachkommastellen.

3.6. Therapiezufriedenheit und Behandlungserfolg in Abhängigkeit der Geschlechtsrollenorientierung (MRNS), des geschlechtsrollenbezogenen Selbstkonzepts (BSRI) und des Geschlechtsrollenstress' (MGRS)

In Ermangelung geeigneter Katamnesestudien und Vergleichsmöglichkeiten mit männerspezifischen Angeboten konnten lediglich eher ‚weiche' therapieinterne Erfolgsindikatoren ansatzweise auf ihre Be-

ziehung zu hier interessierenden Genderaspekten und dem Therapieerleben der befragten männlichen Patienten überprüft werden. In Frage kommen die allgemeine Therapiezufriedenheit, Rückfälle während der Behandlung, Behandlungsabschluss und therapeutische Erfolgsprognose. Therapiezufriedenheit wurde anhand des CSQ-8 (Client Satisfaction Questionnaire) erhoben (siehe 2.1.5. und 3.3.2.).

a) Therapiezufriedenheit

- Die **BSRI Maskulinitätsskala** und der **Gesamtzufriedenheitsmittelwert korrelieren positiv mit *rp* = .22, *p* < .01**. Auf Einzelitemebene ergeben sich folgende Zusammenhänge:
  - Item 4 („Würden Sie die Klinik an einen Freund weiterempfehlen?“): *rp*= .24, *p* < .01
  - Item 6 („Hilft Ihnen die Behandlung, Ihre Probleme wirksamer in den Griff zu bekommen?“): *rp*= .23, *p* < .01
  - Item 8 (“Wenn Sie später wieder Hilfe brauchen sollten, würden Sie dann hierher zurück kommen?”): *rp* = .21, *p* < .01.

  Es zeigt sich somit, dass je maskuliner das Selbstbild ausfällt, desto zufriedener sind die Männer mit dem aktuellen Therapieangebot; die Femininitätsskala korreliert hingegen nicht mit der Therapiezufriedenheit (mit Ausnahme einer knapp signifikanten Korrelation zwischen BSRI Femininitätsskala und Item 6: *rp* = .14, *p* < .05). Dem ‚Aufbau’ der Männlichkeit sollte daher, angesichts des insgesamt schwachen Ausprägung sowohl männlicher als auch weiblicher Selbstbildattributionen eine wichtige Bedeutung zukommen.
- **MGRS Geschlechtsrollenstress** und Item 7 des CSQ („Alles in allem, wie zufrieden sind Sie mit der Therapie, die Sie hier erhalten?“) stehen in einem negativen Zusammenhang (*rp* = -.16, *p* < .05). Das heisst, je mehr Geschlechtsrollenstress empfunden wird, desto unzufriedener sind die männlichen Patienten mit dem aktuellen Therapieangebot. Dieser Zusammenhang erscheint plausibel, bejahen doch Patienten mit höherem Geschlechtsrollenstress eher die Relevanz männerspezifischer Therapieziele (siehe 3.5.1. und Tabelle 26) und vermissen daher männerspezifische Therapieangebote.

b) Prognose nach Abschluss der Therapie

- Zieht man die bereits eingeführte Männertypologie (androgyner, maskuliner, femininer und undifferenzierter Männertyp) heran und setzt dieser zur Austrittsprognose in Beziehung so zeigt sich (siehe Abbildung 14), dass dem therapiezufriedenen maskulinen Mann mit ausgeprägtem maskulinen Selbstbild bei gleichzeitig niedrigen Feminitätswerten tendenziell zumindest eine bessere Prognose ausgestellt wird (der Chi^2 Test ist jedoch nicht signifikant: $X^2(9)=5.37$, $p = .80$).

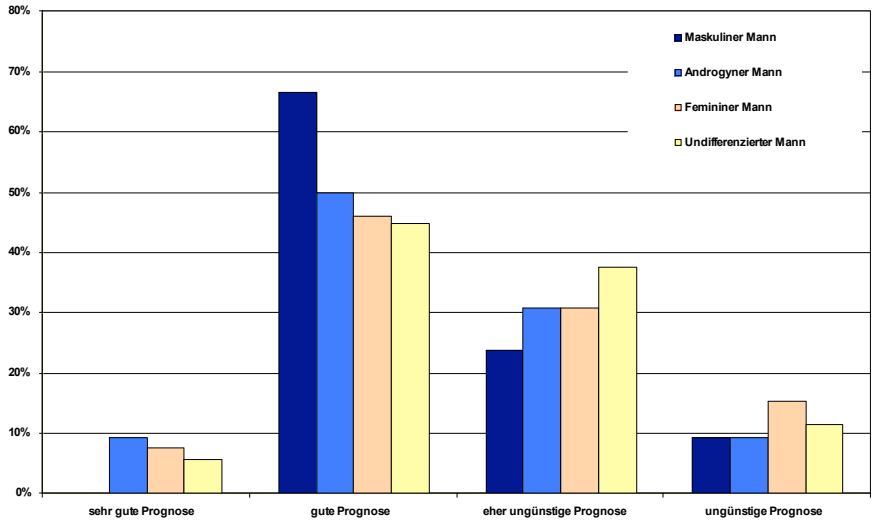


Abbildung 14. Therapeutische Prognose in Abhängigkeit der Männertypologie.

c) Rückfälle, Behandlungsabschluss und Prognose:
Geschlechtsrollenstress (MGRS) korreliert positiv sowohl mit der Anzahl Rückfälle (r = .15, p < .05), als auch mit der therapeutischen Prognose (r =.16, p < .05) (nonparametrische Spearman-Korrelationen). Je mehr Geschlechtsrollenstress die Patienten erleben, desto mehr Konsumvorfälle während des Klinikaufenthalts und desto schlechter die therapeutische Prognose.

Fazit: Insbesondere Geschlechtsrollenstress erweist sich als relevant für verschiedene Indikatoren für Therapieerfolg und bietet sich möglicherweise im Rahmen der Eintrittsdiagnostik als Auswahlinstrument für männerspezifische Angebote an. Inwiefern jedoch nachhaltige Therapieeffekte als Ergebnis der Interaktion zwischen Therapiemodalitäten und Genderorientierungen auftreten, kann nur im Rahmen von Katamnesestudien weiter geklärt werden.

4. Diskussion

Die vorgelegte Untersuchung ist die erste ihrer Art zur Frage männerspezifischer Therapiebedürfnisse in der Schweiz. Sie leistet erstmals eine umfassende **Erhebung der Bedürfnisse** von männlichen Patienten im stationären Suchtbereich. Die aktuelle therapeutische Praxis wird in Hinblick auf männerspezifische Bedürfnisse bewertet und perzipierter Veränderungsbedarf ausgelotet. Basierend auf den Ergebnissen dieser Untersuchung können Hilfestellungen, Anregungen und Ideen im Sinne evidenzbasierter Therapie zur konzeptuellen Planung und Umsetzung männerspezifischer Therapieprogramme abgeleitet werden. Die Erfassung genderrelevanter Aspekte, wie Geschlechtsrollenorientierung und Geschlechtsrollenstress sowohl in einer Klinikpopulation als auch in einer vergleichbaren Bevölkerungsstichprobe ermöglicht erstmals einen Gruppenvergleich bezüglich der Annahme, dass langjährige Alkoholkarrieren mit Genderaspekten kovariieren und zu Abweichungen vom Bevölkerungsdurchschnitt führen.
Aufgrund einer schriftlichen Befragung bei einer Stichprobe von 200 männlichen Patienten der Alkoholfachkliniken Südhang und Forel über die Jahre 2007 und 2008 und einer Bevölkerungsstichprobe liefert die Studie konkret erste Antworten auf folgende Forschungsfragen:

- Sind männliche Alkoholpatienten anders als ‚normale Männer'? (Gruppenvergleich Klinik vs. Gesamtbevölkerung)
- Wie erleben und bewerten Männer Suchttherapie in der Fachklinik?
- Wie relevant sind angenommene männerspezifische Aspekte für die Patienten?
- Inwieweit wird der vorgängigen Problembelastung, aus verschiedenen Lebensbereichen etwa im Bereich ‚Missbraucherfahrungen', in der Therapie Rechnung getragen?
- Welche Bedeutung kommt genderspezifischen Aspekte wie Geschlechtsrollenstress, hinsichtlich des Therapieerfolges zu?

(‚Klinikmänner – Bevölkerungsmänner') Die vorliegenden Daten stützen zumindest tendenziell die Annahme, dass die Patientenstichprobe traditionellere Rollenorientierungen aufweist im Vergleich zur Bevölkerungspopulation. Zentraler Befund des Bevölkerungsvergleiches ist jedoch die signifikant geringere Ausprägung des maskulinen Selbstbildes, das tendenziell auch mit niedrigeren Werten bei femininen Eigenschaften einhergeht. Dies deckt sich mit Befunden aus älteren Studien, welche darauf hindeuten, dass männliche Alkoholpatienten sowohl bei maskulinen (zum Beispiel instrumentellen) als auch bei femininen (zum Beispiel expressiven) Persönlichkeitseigenschaften unterdurchschnittliche Ausprägungen aufweisen. Entsprechend ist auch der ‚undifferenzierte Männertyp' mit sowohl tiefen Maskulinitäts- und Feminitätswerten mit 48 Prozent in der Patientenstichprobe zumindest ansatzweise häufiger vertreten als in der Bevölkerungsvergleichsgruppe. Für die Klinikpopulation ist somit gewissermassen ‚der Mann ohne geschlechtsbezogene Eigenschaften' charakteristisch, der jedoch bezüglich des Erlebens maskulinen Rollenstresses und seiner Geschlechtsrollenorientierung ein ähnliches Profil wie vergleichbare Männer in der Gesamtbevölkerung aufweist. Die im männerspezifischen therapeutischen *Balancemodell* angestrebte Würdigung und Austarierung sowohl weiblicher als auch männlicher Eigenschaften würde in diesem Falle somit auf eine gleichmässige Wiedererlangung des ‚abhanden gekommenen geschlechtsrollenbezogenen Selbstbildes' hinaus laufen. Der allgemeine Befund aus der Gesundheitssoziologie, dass Männer oft erst spät oder gar keine Hilfe suchen, weil dies mit dem ‚harten Mann' nicht vereinbar ist, zeigt sich ansatzweise darin, dass der BSRI-Maskulinitätswert zumindest tendenziell mit Behandlungserfahrung in Beziehung steht: Je maskuliner, desto seltener liegt Behandlungserfahrung vor. Weiter kovariiert die Geschlechtsrollenorientierung negativ mit der Anzahl der Entzüge vor Eintritt: je traditioneller die Geschlechtsrollenorientierung, desto weniger Entzüge.

(Perzipierte Relevanz von Männerthemen) 40% der befragten Patienten (n=82) sind der Ansicht, dass es durchaus Themen in der Suchttherapie gibt, die speziell für Männer wichtig sind. Ein Drittel konstatiert, dass ihrer Meinung nach Männerthemen in der aktuellen Therapiepraxis zu kurz kommen.

Im Einzelnen zeigt sich, dass Männer, welche keine männerspezifischen Themen in der Suchttherapie sehen, eine traditionellere Geschlechtsrollenorientierung aufweisen als Patienten, welche von der Relevanz solcher Themen ausgehen. Umgekehrt zeichnen sich Männer, welche männerspezifische Themen erkennen, durch höheren Geschlechtsrollenstress aus und geben auch eine höhere subjektive Belastung in den Bereichen Sexualität und Vaterschaft an, im Vergleich zu Mitpatienten, die männerspezifischen Themen keine Relevanz zumessen.
Hier wird bereits deutlich, dass eine Differenzierung einschlägiger Therapieangebote für bestimmte Männeruntergruppen je nach Problembelastung und –orientierung angezeigt sein könnte, welche in geeigneter Form vorgängig diagnostisch abzuklären wären. Das Thema Männergruppen ja oder nein, erscheint somit in einem differenzierteren Licht.

(‚Männerthemen in der Therapie') Zur Frage des Therapieerlebens beschreibt der Bericht inwieweit die Themen Sexualität, Gewalt, Vaterschaft, Arbeit und Gefühlsmanagement für die Männer tatsächlich relevant und belastend sind, wie diese in der Therapiepraxis allenfalls aufgenommen werden und welchen idealen Thematisierungsrahmen die Männer jeweils sehen. Insgesamt gesehen wird ein Kontrast zwischen der subjektiven und objektiven Problembelastung und –relevanz einerseits und der therapeutischen Praxis andererseits deutlich. Problembereiche wie Sexualität und Gewalt aber auch die Problematik der Vaterrolle und Arbeitsprobleme werden aus Patientensicht relativ selten aufgegriffen. Diese würden sich, wie die Auswertung der offenen Kommentare zeigt, öfter ein proaktives Verhalten und ein Ansprechen durch den Therapeuten wünschen. Bei heiklen Themen wie Sexualität und Gefühle, ansatzweise aber auch Gewalt, werden klinikexterne Vertrauenspersonen gesucht; bei den übrigen Themen wird durchweg Einzeltherapie unabhängig vom Geschlecht des Therapeuten bevorzugt. Weniger als zehn Prozent der Männer sehen hingegen bezüglich aller angesprochenen Problembereiche Gruppentherapie als ideal für den Problemaustausch an, auch was das Thema ‚Gefühle anbetrifft.

Diese Befunde werfen einige Fragen auf:
- Wie können *externe Vertrauenspersonen* möglicherweise für die Therapie gewonnen / genutzt werden? Sind hierfür ein ambulanter und / oder tagesklinischer Rahmen eher geeignet?
- Verhindert die relativ *kurze Therapiedauer* die Entwicklung eines Vertrauensverhältnisses, um auch Tabuthemen wie Missbrauch bei Männern anzusprechen oder liegt es nur am *Vermeidungsverhalten* der Therapeuten?
- Liegt eine einseitige *Psychotherapeutisierung* in der Therapiepraxis vor, welche die Behandlung ‚währschafter' Themen wie Arbeit und Vaterschaft eher ausklammert?
- Beschränkt sich das therapeutische Handeln zu Recht auf das Thema Sucht und vermeidet damit eine *unzulässige Ausweitung des therapeutischen Zugriffes*?
- In welchen Bereichen hat der Therapieanbieter überhaupt *Problemlösungskompetenzen* und wie sollten diese vermittelt werden?
- Ignoriert die Therapiepraxis die patientenseitig durchaus erkannte *Funktionalität* des Suchtverhaltens in konkreten Lebensbereichen und versäumt es diese Schnittstellen zu thematisieren und zu nutzen?
- Welche Schlüsse sind aus dem Befund zu ziehen, dass die männlichen Patienten eindeutig Einzeltherapie und teilweise externen Rat klar vor *Gruppentherapie* bevorzugen?

(Therapieerfolgsindikatoren und Genderaspekte) Welchen Einfluss Gendersaspekte und deren Interaktion mit mehr oder minder bedürfnisgerechten Männerangeboten hat, kann nur im Rahmen von Katamnesestudien weiter geklärt werden. Zieht man als vorläufige Outcome Kriterien Therapiezufriedenheit und Rückfallprognose heran, so ergibt sich folgendes Bild: Die BSRI-Maskulinitätsskala und der Gesamtzufriedenheitsmittelwert korrelieren positiv mit $rp = .22$, $p < .01$. Es zeigt sich somit, dass je maskuliner das Selbstbild ausfällt, desto zufriedener sind die Männer mit dem aktuellen Therapieangebot. ‚Dem Aufbau' der Männlichkeit sollte daher, insbesondere angesichts der insgesamt schwachen Ausprägung sowohl männlicher als auch weiblicher Selbstbildattributionen, eine wichtige Bedeutung zukommen. Weiter zei-

gen die Befunde, dass je mehr Geschlechtsrollenstress empfunden wird, desto unzufriedener sind die männlichen Patienten mit dem aktuellen Therapieangebot. Dieser Zusammenhang erscheint insofern plausibel, als doch Patienten mit höherem Geschlechtsrollenstress eher die Relevanz männerspezifischer Therapieziele bejahen (und vermissen daher männerspezifische Therapieangebote).
Zieht man schliesslich die Männertypologie (androgyner, maskuliner, femininer und undifferenzierter Männertyp) heran und setzt diese zur Austrittsprognose in Beziehung so zeigt sich interessanterweise, dass dem therapiezufriedenen maskulinen Mann mit ausgeprägtem maskulinen Selbstbild bei gleichzeitig niedrigen Feminitätswerten tendenziell zumindest eine bessere Prognose ausgestellt wird. Hier wird offenbar zumindest intuitiv die männliche Selbstbildstärkung als Schutzfaktor angenommen, ohne dass dieser Umstand vorgängig im Therapieprogramm ein Thema gewesen wäre.

Bei der Würdigung der Ergebnisse dieser Untersuchung muss jedoch auch auf deren *Einschränkungen und Grenzen* aufmerksam gemacht werden:
Die vorliegende Studie beruht hauptsächlich auf der Patientenperspektive und self-report Daten. Diese wären selbstverständlich mit der Therapeutensicht zu vergleichen, wenn es etwa um die wahrgenommene Therapiepraxis geht. In diesem Zusammenhang ist einerseits geplant, den vorliegenden Bericht über eine Fokusgruppe mit fallführenden TherapeutInnen zu validieren, andererseits wo möglich, klinische Befunde und harte Daten flankierend heranzuziehen (etwa act info zum Arbeitsbereich und medizinische Befunde zu körperlichen Störungen). Weiter musste der Kontrollgruppenvergleich aus Kostengründen auf wenige genderrelevante Skalen eingeengt werden; so besteht keine Möglichkeit – es sei denn über Sekundärdaten – etwa die spezifischen Befunde zu den diversen Männerthemen zu relativieren. Dasselbe gilt für einen möglichen Geschlechtervergleich. Ferner wurde die Therapiedauer konstant gehalten (Interviews in der fünften Therapiewoche) sodass der Frage, inwiefern sich möglicherweise im fortgeschrittenen Therapieverlauf andere Zusammenhänge zeigen im Rahmen dieser Studie nicht nachgegangen werden kann. Schliesslich wird die Frage nach den Auswirkungen der Nichtberücksichtigung männerspezifischer Therapiebedürfnisse bei ausgewählten Untergruppen auf den Therapieerfolg nicht beantwortet. Hier bieten sich Katamneseuntersuchungen an, welche auf den vorliegenden Baseline Daten dieser Untersuchung aufbauen.

Literaturverzeichnis

Archer, J. (1989). The relationship between gender-role measures: A review. *British Journal of Social Psychology, 28*, 173-184.

Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*, 155-162.

Bernstein, D.P., & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report questionnaire and manual.* San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Böhnisch, L. & Winter, R. (1993). *Männliche Sozialisation. Bewältigungsprobleme männlicher Identität im Lebenslauf*. München: Weinheim.

Braun, Bruno (2004). Ein Mann ein Wort – Erfahrungen aus der Männerarbeit. Dr.med.Mabuse 125 www.mabuse-verlag.de

Brogan, D., & Kutner, N. (1976). Measuring sex-role orientations: A normative approach. *Journal of Marriage and The Family, 38,* 31-40.

Bundesamt für Gesundheit. (2003). *Gender in der Suchtarbeit*. Retrieved 20.09.04, from http://www.suchtundaids.bag.admin.ch/themen/sucht/drogen/unterebenen/00939/index.html

Chodorow, N. (1985). *Das Erbe der Mütter. Psychoanalyse und Soziologie der Geschlechter*. Frauenoffensive: München.

Deaux, K. (1985). Sex and gender. *Annual Review of Psychology, 36*, 49-81.

Edel, M., Klingemann, H., Sieber, M., & Meyer, T. (2007). Männergerechte Ziele und Angebote in der Suchttherapie – Tabu und Nachholbedarf. *Sucht, 53*, 52-56.

Eisler, R. M. (1995). The relationship between masculine gender role stress and men's health risk: the validation of a construct. In R. F. Levant & W. S. Pollack (Eds.), *A new Psychology of men (pp. 207-225)*. New York: Basic Books.

Eisler, R. M. & Skidmore, J. R. (1987). Masculine Gender Role Stress Scale: development and component factors in the appraisal of stressful situations. *Behavior Modification,11*, 123-136.

Ernst, M.-L. (2002). Die Förderung geschlechtergerechter Angebote im Suchtbereich. *Abhängigkeiten, 2*, 31-35.

Fett, A. (Ed.). (1996). *Männer - Frauen - Süchte*. Freiburg: Lambertus.

Fleckenstein, A. (1999). *Der maskuline Geschlechtsrollenstress. Übertragung der Masculine Gender Role Stress Scale auf deutsche Verhältnisse*. Unveröffentlichte Diplomarbeit am Institut für Psychologie der Universität Frankfurt

Gast, U., Rodewald, F., Benecke, H.-H., & Driessen, M. (2001). *Deutsche Bearbeitung des Childhood Trauma Questionnaire.* Unveröffentlichtes Manuskript, Medizinische Hochschule Hannover.

Goldberg, H. (1977). *The hazards of being male*. New York: New American Library.

Hagemann-White, C., & Lenz, H.-J. (2002). Gewalterfahrungen von Männern und Frauen. In K. Hurrelmann & P. Kolip (Eds.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich* (pp. 460-487). Bern: Hans Huber.

Hannover, B. (1997). Zur Entwicklung des geschlechtsrollenbezogenen Selbstkonzepts. Der Einfluss "maskuliner" und "femininer" Tätigkeiten" auf die Selbstbeschreibung mit instrumentellen und expressiven Personeigenschaften. *Zeitschrift für Sozialpsychologie, 28*, 60-75.

Hell,D. & Ryffel, E. (1986). Vatermangel - ein Aspekt bei chronischen Alkoholikern. *Drogalkohol, 10*, 101-120.

Hollstein, W. (1992). Männlichkeit und Gesundheit. In E. *Brähler E & H. Felder(Hrsg), Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit (S.64-75). Opladen: Westdeutscher Verlag.*

Hollstein, W. (1993). Die Problematik der Männlichkeit, Gesundheit und Krankheit. In N. Mariolini, A.-C. Menétrey & H. Fahrenkrug (Hrsg.), *Frauen, Männer, Abhängigkeit (S. 57-68)*. Lausanne: ISPA-Press.

Isenhardt, C. E. (1993). Masculine gender role stress in an inpatient sample of alcohol abusers. *Psychology of Addictive Behaviors, 7*, 177-184.

Jaiyesimi, R. A., & Harry, T. (2004). Men's sexual health: behaviour, infections and consequences. *The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health, 124,* 212-213.

Jüttemann-Lembke, A. und Kern, J. (1987). *Abhängigkeitskarrieren – Biographische Studien zu verschiedenen Alkoholikergruppen*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.

Kilmartin, C. T. (1994). *The masculine self*. New York: Macmillan.

Klingemann, H. (1993). Podiumsgespräch. Pro und Kontra: Behandlung in geschlechtlich gemischten oder getrennten Einrichtungen. In N. Mariolini, A.-C. Menétrey & H. Fahrenkrug (Eds.), *Frauen, Männer, Abhängigkeit* (pp. 91-100). Lausanne: ISPA Press.

Klingemann, H, (2004): *Sucht, Männergesundheit und Männlichkeit – ein neu entdecktes Thema*. Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheitswesen; unveröffentlicht.

Klingemann, H. (2007): Männer in kritischen Lebenslagen: Analysen und Ansätze für Behandlung und Prävention. Suchttherapie, 8, 95 – 102.

Krampen, G. (1979). Eine Skala zur Messung der normativen Geschlechtsrollen-Orientierungen (GRO-Skala). *Zeitschrift für Soziologie, 8*, 254-266.

McCarthy, J., & Holliday, E. L. (2004). Help-seeking and counseling within a traditional male gender role: an examination from a multicultural perspective. *Journal of Counseling and Development, 82*(5), 25-30.

McCreary, D. R., Newcomb, M. D., & Sadava, S. W. (1999). The male role, alcohol use, and alcohol problems: A structural modeling examination in adult women and men. *Journal of Counseling Psychology, 46*, 109-124.

McMahon, T. J., & Rounsaville, B. J. (2002). Substance abuse and fathering: adding poppa to the research agenda. *Addiction, 97*(9), 1109-1115.

Meier, C. (2004). Die Arbeit der Fachstelle Gender Health. *Spectra, 43*, 3.

Mulford, H. A. (1977). Women and men problem drinkers. *Journal of Studies on Alcohol, 38*, 1624-1639.

Müller, H. (2002). Einblicke in die männerspezifische Welt der Casa Fidelio. *Abhängigkeiten*, *2*, 70-74.

Neubauer, G. & R. Winter (2001). *'dies und das'. Das Variablenmodell 'Balanciertes Junge- und Mannsein' als Grundlage für die pädagogische Arbeit mit Jungen und Männern.* Neuling Verlag, Tübingen.

Neumann, W., & Süfke, B. (2004). Den Mann zur Sprache bringen - Psychotherapie mit Männern. *Switchboard*(164), 8-12.

Nguyen, T.D., Attkisson, C.C., & Stegner, B.L. (1983). Assessment of patient satisfaction: Development and refinement of a service evaluation questionnaire. *Eval Program Plann, 6*(3-4), 299-313.

O'Neil, J. M. (1982). Gender role conflict and strain. In K. Salomon & N.B. Levy (Hrsg.), *Man in transition. Theory and therapy (pp. 5-40)*. New York: Plenum Press.

Parker, F. B. (1972). Sex-role adjustment in women alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol, 33*, 647-657.

Phares, V. (2002). Finding Poppa in substance abuse research. *Addiction, 97*, 1119-1120.Pleck, J. H. (1981). *The myth of masculinity*. Cambridge, MA: MIT Press.

Pleck, J. H. (1995). The gender role strain paradigm: An update. In R. F. Levant & W. S. Pollack (Eds.), *A new Psychology of men (pp. 11-32)*. New York: Basic Books.

Rumpf, J.-H., Hapke, U., & John, U. (2003). Deutsche Version des CAGE Fragebogens (CAGE-G). In A. Glöckner-Rist, F. Rist, & H. Küfner (Hrsg)., *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES)*. Version 3.00. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.

Sabo, D. & Gordon, D. F. (1995). Rethinking men's health and illness. In D. Sabo & D. F. Gordon (eds.), *Men's health and Illness. Gender, Power and the Body (pp. 1-21)*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Schneider-Düker, M., & Kohler, A. (1988). Die Erfassung von Geschlechtsrollen. Ergebnisse zur deutschen Neukonstruktion des Bem Sex-Role Inventory. *Diagnostica, 34*, 256-270.

Setz, R. (2002). Auf der Suche nach dem Gleichgewicht. *Abhängigkeiten 2,* 25-30.

Sieverding, M. & Alfermann, D. (1992). Instrumentelles (maskulines) und expressives (feminines) Selbstkonzept: Ihre Bedeutung für die Geschlechtsrollenforschung. *Zeitschrift für Sozialpsychologie, 23*, 6-15.

Solomon, K. (1982). The masculine gender role: Description. In K. Salomon & N.B. Levy (Hrsg.), *Man in transition. Theory and therapy (pp. 45-76)*. New York: Plenum Press.

Spence, J.T., Deaux, K. & Helmreich, R.L. (1985). Sex roles in contemporary American society. In G. Lindzey & E. Aronson (Hrsg.), *Handbook of social psychology (3rd ed., Vol. II, S. 149-178)*. New York: Random House.

Spence, J. T. & Helmreich, R.L. (1972). The Attitudes toward Women Scale: An objective instrument to measure attitudes toward the rights and roles of women in contemporary society. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology, 2*, 66.

Spence, J.T. & Helmreich, R.L. (1980). Masculine Instrumentality and Feminine Expressiveness: Their Relationships with Sex Role Attitudes and Behaviors. *Psychology of Women Quarterly, 5*, 147 - 163.

Stöver, H. (2004). Mann, Rausch, Sucht: Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten. *SuchtMagazin, 5,* 3-12.Thom, B. (2004). Smoking, drinking and drug use: a privilege and a burden. *The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health,* 207-209.

Strauss, B., Hartung, J., & Kächele, H. (2002). Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Psychotherapie und Sozialer Arbeit. In K. Hurrelmann & P. Kolip (Eds.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich* (pp. 533-547). Bern: Hans Huber.

Teuwsen, P. (2004). Das schwache Geschlecht. *Das Magazin, 43,* 24-30.

Thiele, A. (2000). Männlicher Geschlechtsrollenstress. Erste Ergebnisse mit einer deutschen Version der „Masculine Gender Role Stress Scale“ an jungen und älteren Männern. *Zeitschrift für politische Psychologie, 8*, 139-159.

Thiele, A., Ottermann, C., Degenhardt, A. (2001). Maskuline Normorientierung, Sensation Seeking und Aggressivität bei postadoleszenten Männern. Validierung der "Male Role Norme Scale (MRNS)". Poster auf der Tagung der Fachgruppe Entwicklungspsychologie in Potsdam, September 2001.

Thom, B. (2003). *Risk-taking behaviour in men. Substance use and gender*. London: Health Development Agency.

Thom, B. (2004). Smoking, drinking and drug use: A privilege and a burden. *The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health,* 207-209.

Thomas, S. P. (2004). Men's health and psychosocial issues affecting men. *Nursing Clinics of North America, 39*, 259-270.

Thompson, E. H. & Pleck, J. H. (1986). The structure of male role norms. *American Behavioral Scientist, 29*, 531-543.

Wahsburn-Ormachea, J. M., Hillmann, S. B., & Sawilowsky, S. S. (2004). Gender and gender-role orientation differences on adolescents' coping with peer stressors. *Journal of Youth & Adolescence, 33*(1), 31-40.

WHO. (2002). *Integrating Gender Perspectives in the work of WHO*. Retrieved 03.12.04, from http://www.afro.who.int/drh/gender_women/gender_policy_cabinet_final.pdf

Winter, R. (2001). Gelingt so das Mannsein in der Moderne? *Suchtmagazin, 6,*

Winter, R. (2002). Das ‚Balancemodell’ in der Suchtarbeit. *Suchtmagazin, 6,* 22-24.

Williams, J. E. & Best, D. L. (1990). *Sex and psyche*. London: Sage.

Wyssling, H. (2002). *Wenn die Arbeit zur Droge wird*. Zürich: Kaufmännischer Verband.

Anhangsverzeichnis

Anhang A Fragebogen Männergesundheit (Klinische Stichprobe)

Anhang B act-info Fragen und Antwortkategorien (Klinische Stichprobe)

Anhang C CATI-Fragebogen gfs-Zürich (Bevölkerungsstichprobe)

Anhang D Tabelle 4: Gruppenvergleich Klinik Südhang vs. Forel Klinik hinsichtlich ausgewählter act-info Variablen

Anhang E Tabellen und Auswertungen der qualitativen Daten zu den „männlichen Lebenswelten“ und deren Rolle in der Suchttherapie (siehe 3.4.)
Individuelle Antworten und Kommentare zum Thema „Gefühle“

Name: _____

atf alkoholismus therapieforschung schweiz

Fragebogen zum Projekt „Männergesundheit“

Lieber Studienteilnehmer

Die beiden Kliniken Südhang und Forel möchten neben den allgemeinen Therapieangeboten auch geschlechtsspezifische Aspekte in der Behandlung berücksichtigen. Wie Sie sicher wissen, gibt es für Frauen bereits solche Angebote in der Klinik (z.B. Frauengruppe im Südhang, Frauenspezifische Abteilung in der Forel Klinik). Es ist uns aber auch wichtig, dass Sie als Mann von solchen massgeschneiderten Therapieangeboten profitieren können. Um dies zu erreichen, ist uns Ihre Meinung sehr wichtig und wir möchten Sie bitten, den vorliegenden Fragebogen zu diesem Thema auszufüllen. Ihre Antworten werden streng vertraulich behandelt und weder die Direktion noch die Therapeuten bekommen Ihren Fragebogen zu sehen. Es ist sehr wichtig, dass Sie den Fragebogen ehrlich und vollständig ausfüllen. Die Bearbeitungszeit beträgt ungefähr eine Stunde. Wir bedanken uns bei Ihnen herzlich, dass Sie an der Befragung teilnehmen und einen wichtigen Beitrag für die Verbesserung von Therapieprogrammen leisten.

Mit freundlichen Grüssen

Ihr atf-Team

Marcel Edel
Peter Eggli
Harald Klingemann

Krankengeschichte: ____ ____ ____ ____

Identifikationscode: ____ ____ ____ ____

Im Folgenden finden Sie verschiedene Aussagen zum Thema „Mann“. Bitte kreuzen Sie in dem entsprechenden Feld an, inwieweit Sie der jeweiligen Aussage zustimmen können. Stimmen Sie der Aussage beispielsweise voll und ganz zu, so ist das Feld in der Spalte „Trifft sehr zu“ anzukreuzen. Entsprechend sollten Sie bei einer Aussage, der Sie überhaupt nicht zustimmen, ein Kreuz in der Spalte „Trifft gar nicht zu“ machen. Sie können den Grad Ihrer Zustimmung zwischen den beschriebenen Polen feiner abstufen.

		Trifft sehr zu (1)	(2)	(3)	Weder noch (4)	(5)	(6)	Trifft gar nicht zu (7)
1.1	Ein Mann, der oft über seine Sorgen, Ängste und Probleme redet, wird von niemandem besonders akzeptiert.							
1.2	Bei einem Mann, der Friseur und Hobbykoch ist, würde ich mich fragen, wie männlich er ist.							
1.3	Ein Mann sollte auf seinen eigenen Beinen stehen und nie auf die Hilfe anderer angewiesen sein.							
1.4	Ein Mann schuldet es seiner Familie den am besten bezahlten Job anzunehmen, den er finden kann.							
1.5	Es ist etwas peinlich für einen Mann, einen Beruf zu haben, in dem normalerweise Frauen arbeiten.							
1.6	Es ist sehr wichtig für einen Mann, daß ihm alle die ihn kennen, Respekt und Bewunderung entgegenbringen.							
1.7	Ein Mann sollte einem handgreiflichen Streit immer ausweichen, auch wenn er unvermeidbar scheint.							
1.8	Ein Mann sollte angesichts von Problemen nie zurückstecken.							
1.9	Ich finde eine starke Selbstsicherheit bei Männern gut.							
1.10	Ein gutes Motto für einen Mann wäre: „Wenn es hart auf hart kommt, trennt sich die Spreu vom Weizen.“							
1.11	Es stört mich, wenn ein Mann etwas tut, das ich für weiblich halte.							
1.12	Manchmal kann man eine unangenehme Situation nur mit den Fäusten klären.							
1.13	Erfolg im Beruf muß für einen Mann das zentrale Ziel im Leben sein.							
1.14	Wenn ein Mann sich nicht gut fühlt, sollte er sich das nicht anmerken lassen.							

		Trifft sehr zu (1)	(2)	(3)	Weder noch (4)	(5)	(6)	Trifft gar nicht zu (7)
1.15	Ein Mann sollte stets versuchen Zuversicht auszustrahlen, auch wenn er sich eigentlich nicht zuversichtlich fühlt.							
1.16	Der beste Weg für einen jungen Mann, Respekt von anderen zu erhalten, ist es, eine Arbeit zu bekommen, diese ernst zu nehmen und sie gut zu machen.							
1.17	Ich finde, ein Mann sollte versuchen, körperlich stark zu werden, auch wenn er schmächtig gebaut ist.							
1.18	Ich würde es etwas albern oder peinlich finden, wenn ein Freund im Kino wegen einer traurigen Liebesszene weinen würde.							
1.19	In manchen Situationen sollte ein Mann vorbereitet sein, seine Fäuste zu benutzen, auch wenn seine Frau oder Freundin dagegen wäre.							
1.20	Wann immer ein Mann die Gelegenheit dazu hat, sollte er Überstunden machen, um mehr Geld zu verdienen.							
1.21	Einen Mann, dessen Hobbys Kochen, Nähen und ins Ballett gehen sind, würde ich vermutlich nicht mögen.							
1.22	Ein Mann verdient immer den Respekt von Frau und Kindern.							
1.23	Ich glaube, es ist extrem gut für einen Jungen, wenn ihm beigebracht wird zu kochen, zu nähen, zu putzen und jüngere Kinder zu beaufsichtigen.							
1.24	Ein richtiger Mann genießt von Zeit zu Zeit ein bißchen Gefahr.							
1.25	Ein Mann sollte immer klar und logisch über alles nachdenken und alles was er tut rational begründen können.							
1.26	Wenn er nicht wirklich verzweifelt wäre, würde ich einem arbeitslosen Mann wahrscheinlich eher raten, weiter zu suchen, als eine Arbeit als Bürogehilfe anzunehmen.							

Bei den nächsten Fragen geht es um Ihre Therapie. Es interessiert uns, wie Sie die *Beziehung zu Ihrem Therapeuten bzw. Ihrer Therapeutin* erleben und wie Ihre *Therapie im Allgemeinen abläuft*. Bitte kreuzen Sie jeweils das Kästchen an, das für Sie am ehesten zutrifft.

2.1 Sind Sie in der Einzeltherapie gegenwärtig bei einem Therapeuten oder einer Therapeutin?

$_1$ Therapeut $_2$ Therapeutin

2.2 Sind Sie insgesamt zufrieden mit Ihrem Therapeuten bzw. Ihrer Therapeutin, mit der/dem Sie in der Einzeltherapie am meisten zu tun haben?

$_1$sehr unzufrieden $_2$ unzufrieden $_3$ mittel $_4$ zufrieden $_5$ sehr zufrieden

Kommentar in Stichworten:

…….....

2.3 Wie erleben Sie eine typische Therapiesitzung hier in der Klinik?

Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, das für Ihre Therapiesituation am ehesten zutrifft.

Während meiner Einzeltherapiesitzungen…	sehr häufig$_1$	häufig$_2$	kommt durchaus vor$_3$	selten$_4$	sehr selten$_5$
…rede ich die meiste Zeit.					
…redet der/die Therapeut/in meistens.					
…werden unangenehme Fragen angesprochen.					
…gibt es Überraschungen.					
…versteht mich der Therapeut/in.					
…verhält sich der Therapeut/in freundschaftlich.					
…bringt mich der Therapeut/in auf neue Ideen.					
…respektiert mich der Therapeut/in.					

2.4 Die Einzeltherapiesitzungen dauern für mich…

$_1$zu kurz $_2$ gerade richtig $_3$ zu lang

2.5 Kommt es vor, dass Ihre *Partnerin* an Therapiesitzungen teilnimmt?

$_1$Trifft nicht zu, habe keine Partnerin	$_2$ja, und zwar zu folgendem Anlass:	$_3$nein, wurde nicht einbezogen, weil:
	_____	_____

2.6 Kommt es vor, dass Ihre *Kinder* an Therapiesitzungen teilnehmen?

$_1$Trifft nicht zu, habe keine Kinder	$_2$ja, und zwar zu folgendem Anlass:	$_3$nein, wurden nicht einbezogen, weil:
	_____	_____

2.7 Kommt es vor, dass andere *Verwandte* (z.B. Eltern, Geschwister) an Therapiesitzungen teilnehmen?

1 Trifft nicht zu, habe keine Verwandten	2 ja, und zwar zu folgendem Anlass: _____	3 nein, wurden nicht einbezogen, weil: _____

2.8 Kommt es vor, dass der *Arbeitgeber* an Therapiesitzungen teilnimmt?

1 Trifft nicht zu, habe keinen Arbeitgeber	2 ja, und zwar zu folgendem Anlass: _____	3 nein, wurde nicht einbezogen, weil: _____

Um das Klinikangebot weiter zu verbessern, wüssten wir gerne, wie *zufrieden Sie mit dem Therapieangebot in der Klinik bisher* sind. Bitte kreuzen Sie jeweils das Kästchen an, das für Sie am ehesten zutrifft!

3.1 Wie würden Sie die Qualität der Behandlung beurteilen, die Sie hier erhalten?

1 sehr gut	2 gut	3 in Ordnung	4 Unzureichend

3.2. Erhalten Sie hier die Hilfe, die Sie erwartet haben?

1 nein, auf gar keinen Fall	2 eigentlich nicht	3 im allgemeinen ja	4 Ja, auf jeden Fall

3.3 Inwieweit ging die Behandlung hier auf Ihre Bedürfnisse ein?

1 Fast alle meine Bedürfnisse wurden hier erfüllt	2 Die meisten meiner Bedürfnisse wurden hier erfüllt	3 Lediglich einige meiner Bedürfnisse wurden hier erfüllt	4 Meine Bedürfnisse sind überhaupt nicht erfüllt worden

3.4 Falls ein Freund auch Hilfe braucht, würden Sie die Klinik hier weiter empfehlen?

1 nein, auf gar keinen Fall	2 eigentlich nicht	3 im allgemeinen ja	4 Ja, auf jeden Fall

3.5 Sind Sie zufrieden damit, wie viel Hilfe Sie hier erhalten?

1 sehr unzufrieden	2 ziemlich unzufrieden	3 ziemlich zufrieden	4 Sehr zufrieden

3.6 Meinen Sie, dass die Behandlung hier Ihnen hilft, ihre Probleme wirksamer in den Griff zu bekommen?

1 ja hilft sehr viel	2 ja, hilft in gewissem Masse	3 hilft nicht wirklich	4 Nein, macht alles nur schlimmer

3.7 Alles in allem gesehen, wie zufrieden sind Sie mit der Therapie, die Sie hier erhalten?

1 sehr unzufrieden | 2 ziemlich unzufrieden | 3 ziemlich zufrieden | 4 Sehr zufrieden

3.8 Wenn Sie später mal wieder Hilfe brauchen sollten, würden Sie dann hier zurück kommen?

1 nein, auf keinen Fall | 2 eigentlich nicht | 3 im allgemeinen ja | 4 Ja, auf jeden Fall

Nun möchten wir gerne wissen, wie die Therapie gestaltet werden könnte, damit Sie *als Mann* optimal profitieren können. Bitte kreuzen Sie jeweils das Kästchen an, das für Sie am ehesten zutrifft!

4.1 Denken Sie, dass es Themen in der Therapie gibt, die speziell für Männer wichtig sind?

☐1 nein

☐2 ja, und zwar folgende: …….

4.2 Bitte beurteilen Sie folgende Aussage:

„Themen, die Männer beschäftigen, kommen in der Therapie zu kurz!“

☐1stimme voll zu ☐2stimme etwas zu ☐3weiss nicht ☐4lehne etwas ab ☐5lehne voll ab

Kommentar in Stichworten:

……..

……..

Wenn Sie an die Zeit vor Ihrem Eintritt in die Klinik denken, haben Sie in Ihrem Leben (ausserhalb Klinik- und Militärzeit) schon einmal…

In meinem Leben habe ich schon mal…(ausserhalb Klinik- und Militärzeit)

5.1	…ein Baby gewickelt.	☐$_1$ ja	☐$_2$ nein
5.2	…einen Knopf angenäht.	☐$_1$ ja	☐$_2$ nein
5.3	…Hände oder Füsse pflegen lassen (Maniküre/Pediküre).	☐$_1$ ja	☐$_2$ nein
5.4	…ein Essen gekocht.	☐$_1$ ja	☐$_2$ nein
5.5	…einen Staubsauger benutzt.	☐$_1$ ja	☐$_2$ nein
5.6	…einen Stadtplan benutzt.	☐$_1$ ja	☐$_2$ nein
5.7	…Blumen gepflanzt.	☐$_1$ ja	☐$_2$ nein
5.8	…eine Gebrauchsanweisung gelesen.	☐$_1$ ja	☐$_2$ nein
5.9	…selber ein Hemd gebügelt.	☐$_1$ ja	☐$_2$ nein
5.10	…ein krankes Familienmitglied gepflegt.	☐$_1$ ja	☐$_2$ nein
5.11	…selber Wäsche gemacht.	☐$_1$ ja	☐$_2$ nein
5.12	…mit einem Kollegen eine Reise zu Zweit unternommen.	☐$_1$ ja	☐$_2$ nein
5.13	…mich von einer Frau im Restaurant einladen lassen.	☐$_1$ ja	☐$_2$ nein
5.14	…mit einem Kind alleine eine Reise unternommen.	☐$_1$ ja	☐$_2$ nein
5.15	…eine spezielle Gesichtscreme benutzt.	☐$_1$ ja	☐$_2$ nein
5.16	…alleine für mich Kleidung gekauft.	☐$_1$ ja	☐$_2$ nein

Die folgenden Fragen beziehen sich auf das Thema „Gewalterlebnisse“ in Bezug auf Ihre Person. Kreuzen Sie das Kästchen an, das für Sie am ehesten zutrifft.

6.1 Wurden Sie von jemandem aus Ihrer Familie so stark geschlagen, dass Sie zum Arzt oder ins Krankenhaus mussten?

$_1$ ja $_2$ nein

6.2 Schlugen Sie Personen aus Ihrer Familie so stark, dass Sie blaue Flecken oder Schrammen davontrugen?

$_1$ ja $_2$ nein

6.3 Wurden Sie mit einem Gürtel, einem Stock, einem Riemen oder mit einem harten Gegenstand bestraft?

$_1$ ja $_2$ nein

6.4 Glauben Sie, dass Sie körperlich misshandelt wurden, als Sie aufwuchsen?

$_1$ ja $_2$ nein

6.5 Wurden Sie so stark geschlagen oder verprügelt, dass es jemandem (z.B. Lehrer, Nachbar oder Arzt) auffiel?

1 ja 2 nein

6.6 Versuchte jemand, Sie gegen Ihren Willen sexuell zu berühren oder Sie dazu zu bringen, jemanden sexuell zu berühren?

1 ja 2 nein

6.7 Drohte Ihnen jemand, weh zu tun oder Lügen über Sie zu erzählen, wenn Sie keine sexuellen Handlungen mit ihm oder ihr ausführen würden?

1 ja 2 nein

6.8 Versuchte jemand, Sie dazu zu bringen, sexuelle Dinge zu tun oder bei sexuellen Dingen zuzusehen?

1 ja 2 nein

6.9 Belästigte Sie jemand sexuell?

1 ja 2 nein

6.10 Glauben Sie, dass Sie während Ihrer Kindheit oder Jugendzeit sexuell missbraucht worden sind?

1 ja 2 nein

6.11 Im Jahr bevor Sie hier in die Klinik kamen, wie stark haben Sie persönliche Gewalterlebnisse belastet?

1 sehr stark 2 stark 3 mittel 4 wenig 5 gar nicht

6.12 Kommen persönliche Gewalterlebnisse in Ihrer Einzeltherapie zur Sprache?

1 sehr oft 2 oft 3 manchmal 4 selten 5 überhaupt nicht

6.13 Kommen persönliche Gewalterlebnisse in Ihrer Gruppentherapie zur Sprache?

1 sehr oft 2 oft 3 manchmal 4 selten 5 überhaupt nicht

6.14 Was würde helfen, persönliche Gewalterlebnisse in der Therapie anzusprechen?

…….....

…….....

…….....

6.15 Mit wem können Sie persönliche Gewalterlebnisse *am Besten* besprechen? (Bitte nur *eine* Möglichkeit ankreuzen!)

1 mit Therapeut in Einzeltherapie	2 mit Therapeutin in Einzeltherapie	3 in der Einzeltherapie, egal ob Therapeut oder Therapeutin
4 ausserhalb der Therapiesitzungen mit anderen männlichen Patienten	5 ausserhalb der Therapiesitzungen mit anderen weiblichen Patienten	6 in der Gruppentherapie
7 ausserhalb der Klinik mit einem anderen Mann	8 ausserhalb der Klinik mit einer anderen Frau	

Kommentar in Stichworten:

…….....

…….....

6.16 Wie sollte eine Therapiegruppe *idealerweise* aussehen, damit Sie offen über persönliche Gewalterlebnisse sprechen können? (Bitte nur *eine* Möglichkeit ankreuzen!)

1 Nur Männer in der Gruppe	2 Männer und Frauen in der Gruppe	3 hier in der Therapie gar nicht möglich

Kommentar in Stichworten:

…….....

…….....

Die folgenden Fragen beziehen sich auf „Arbeitsprobleme“. Kreuzen Sie das Kästchen an, das für Sie am ehesten zutrifft.

7.1 Wegen dem Alkohol hatte ich Probleme am Arbeitsplatz.

1 trifft gar nicht zu	2 Trifft eher nicht zu	3 Trifft etwas zu	4 Trifft ziemlich zu	5 Trifft sehr zu

7.2 Wenn ich keine Arbeit habe, trinke ich mehr.

1 trifft gar nicht zu	2 Trifft eher nicht zu	3 Trifft etwas zu	4 Trifft ziemlich zu	5 Trifft sehr zu

7.3 Bei Stress am Arbeitsplatz trinke ich mehr.

1 trifft gar nicht zu	2 Trifft eher nicht zu	3 Trifft etwas zu	4 Trifft ziemlich zu	5 Trifft sehr zu

7.4 Im Jahr bevor Sie hier in die Klinik kamen, wie stark haben Sie Arbeitsprobleme belastet?

1 sehr stark	2 stark	3 mittel	4 wenig	5 gar nicht

7.5 Kommen Arbeitsprobleme in Ihrer Einzeltherapie zur Sprache?

1 sehr oft	2 oft	3 manchmal	4 selten	5 überhaupt nicht

7.6 Kommen Arbeitsprobleme in Ihrer Gruppentherapie zur Sprache?

1 sehr oft	2 oft	3 manchmal	4 selten	5 überhaupt nicht

***7.7* Was würde helfen, Arbeitsprobleme in der Therapie anzusprechen?**

……

……

7.8 Mit wem können Sie Arbeitsprobleme *<u>am Besten</u>* besprechen?
(Bitte nur *<u>eine</u>* Möglichkeit ankreuzen!)

1 mit Therapeut in Einzeltherapie	2 mit Therapeutin in Einzeltherapie	3 in der Einzeltherapie, egal ob Therapeut oder Therapeutin
4 ausserhalb der Therapiesitzungen mit anderen männlichen Patienten	5 ausserhalb der Therapiesitzungen mit anderen weiblichen Patienten	6 in der Gruppentherapie
7 ausserhalb der Klinik mit einem anderen Mann	8 ausserhalb der Klinik mit einer anderen Frau	

Kommentar in Stichworten:

……

……

7.9 Wie sollte eine Therapiegruppe *<u>idealerweise</u>* aussehen, damit Sie offen über Arbeitsprobleme sprechen können? (Bitte nur *<u>eine</u>* Möglichkeit ankreuzen!)

1 Nur Männer in der Gruppe	2 Männer und Frauen in der Gruppe	3 hier in der Therapie gar nicht möglich

Kommentar in Stichworten:

……

……

Auf dieser Seite sind eine Reihe Eigenschaften aufgeführt. Sie sollen sich mit Hilfe dieser Eigenschaften selbst beschreiben. Geben Sie bei jeder Eigenschaft anhand der folgenden 7-Punkte-Skala an, wie sehr die jeweilige Eigenschaft auf Sie zutrifft. Bitte ankreuzen!

Beschreiben Sie sich selbst:

		1 nie oder fast nie	2 gewöhnlich nicht	3 manchmal, aber selten	4 gelegentlich	5 oft	6 meistens	7 immer
8.1	habe Führungseigenschaften							
8.2	romantisch							
8.3	trete bestimmt auf							
8.4	abhängig von anderen Personen							
8.5	ehrgeizig							
8.6	weichherzig							
8.7	respekteinflössend							
8.8	bemühe mich, verletzte Gefühle zu besänftigen							
8.9	kann andere kritisieren, ohne mich dabei unbehaglich zu fühlen							
8.10	glücklich							
8.11	verteidige die eigene Meinung							
8.12	feinfühlig							
8.13	entschlossen							
8.14	sinnlich							
8.15	sachlich							
8.16	fröhlich							
8.17	nicht leicht beeinflussbar							
8.18	nachgiebig							
8.19	unerschrocken							
8.20	bescheiden							

		1 nie oder fast nie	2 gewöhn-lich nicht	3 manch-mal, aber selten	4 gele-gentlich	5 oft	6 meistens	7 immer
8.21	Intelligent							
8.22	empfänglich für Schmeicheleien							
8.23	hartnäckig							
8.24	empfindsam							
8.25	bin bereit, etwas zu riskieren							
8.26	selbstaufopfernd							
8.27	kraftvoll							
8.28	benutze keine barschen Worte							
8.29	furchtlos							
8.30	verspielt							
8.31	scharfsinnig							
8.32	verführerisch							
8.33	wetteifernd							
8.34	achtet auf die eigene äussere Erscheinung							
8.35	sicher							
8.36	leidenschaftlich							
8.37	zeige geschäfts-mässiges Verhal-ten							
8.38	herzlich							
8.39	konsequent							
8.40	liebe Sicherheit							

Bei den folgenden Fragen geht es darum, wie sie mit Ihren Gefühlen umgehen. Kreuzen Sie das Kästchen an, das für Sie am ehesten zutrifft.

9.1 Im Jahr bevor Sie hier in die Klinik kamen, wie sehr war es ein Problem, Ihre Gefühle zu zeigen?

$_1$ sehr stark $_2$ stark $_3$ mittel $_4$ wenig $_5$ gar nicht

9.2 Wird in Ihrer Einzeltherapie über Gefühle gesprochen?

$_1$ sehr oft $_2$ oft $_3$ manchmal $_4$ selten $_5$ überhaupt nicht

9.3 Wird in Ihrer Gruppentherapie über Gefühle gesprochen?

$_1$ sehr oft $_2$ oft $_3$ manchmal $_4$ selten $_5$ überhaupt nicht

9.4 Was würde helfen, Gefühle in der Therapie anzusprechen?

…….....

…….....

9.5 Mit wem können Sie Ihre Gefühle *<u>am Besten</u>* besprechen?
(Bitte nur *<u>eine</u>* Möglichkeit ankreuzen!)

$_1$ mit Therapeut in Einzeltherapie	$_2$ mit Therapeutin in Einzeltherapie	$_3$ in der Einzeltherapie, egal ob Therapeut oder Therapeutin
$_4$ ausserhalb der Therapiesitzungen mit anderen männlichen Patienten	$_5$ ausserhalb der Therapiesitzungen mit anderen weiblichen Patienten	$_6$ in der Gruppentherapie
$_7$ ausserhalb der Klinik mit einem anderen Mann	$_8$ ausserhalb der Klinik mit einer anderen Frau	

Kommentar in Stichworten:

…….....

…….....

9.6 Wie sollte eine Therapiegruppe *<u>idealerweise</u>* aussehen, damit Sie über Ihre Gefühle sprechen können? (Bitte nur *<u>eine</u>* Möglichkeit ankreuzen!)

$_1$ Nur Männer in der Gruppe	$_2$ Männer und Frauen in der Gruppe	$_3$ hier in der Therapie gar nicht möglich

Kommentar in Stichworten:

…….....

…….....

Im Folgenden geht es um das Thema „Sexualität“. Kreuzen Sie das Kästchen an, das für Sie am ehesten zutrifft.

Bitte schätzen Sie folgende Aussagen in Bezug auf Ihre Person ein!

10.1 Für mein Alter sehe ich noch ganz gut aus.

1 trifft gar nicht zu | 2 Trifft eher nicht zu | 3 Trifft etwas zu | 4 Trifft ziemlich zu | 5 Trifft sehr zu

10.2 Für mein Alter bin ich noch ganz gesund.

1 trifft gar nicht zu | 2 Trifft eher nicht zu | 3 Trifft etwas zu | 4 Trifft ziemlich zu | 5 Trifft sehr zu

10.3 Für mein Alter bin ich noch attraktiv für Frauen.

1 trifft gar nicht zu | 2 Trifft eher nicht zu | 3 Trifft etwas zu | 4 Trifft ziemlich zu | 5 Trifft sehr zu

10.4 Nach ein paar Gläsern Alkohol habe ich weniger Hemmungen, eine Frau anzusprechen.

1 trifft gar nicht zu | 2 Trifft eher nicht zu | 3 Trifft etwas zu | 4 Trifft ziemlich zu | 5 Trifft sehr zu

10.5 Nach ein paar Gläsern Alkohol läuft besser beim Sex.

1 trifft gar nicht zu | 2 Trifft eher nicht zu | 3 Trifft etwas zu | 4 Trifft ziemlich zu | 5 Trifft sehr zu

10.6 Leiden Sie unter einem oder mehreren der folgenden Probleme, welche bei Männern häufig vorkommen? (es können mehrere Kästchen angekreuzt werden)

1 mangelndes Lustgefühl
2 übersteigertes Lustgefühl
3 Mühe, eine Erektion zu kriegen
4 Mühe, zum Orgasmus zu kommen
5 Vorzeitiger Samenerguss
6 Schmerzen beim Sexualverkehr
7 Andere Probleme, nämlich:

.....

10.7 Im Jahr bevor Sie hier in die Klinik kamen, wie stark haben Sie sexuelle Probleme belastet?

1 sehr stark 2 stark 3 mittel 4 wenig 5 gar nicht

10.8 Kommen sexuelle Probleme in Ihrer Einzeltherapie zur Sprache?

1 sehr oft 2 oft 3 manchmal 4 selten 5 überhaupt nicht

10.9 Kommen sexuelle Probleme in Ihrer Gruppentherapie zur Sprache?

1 sehr oft 2 oft 3 manchmal 4 selten 5 überhaupt nicht

10.10 Was würde helfen, sexuelle Probleme in der Therapie anzusprechen?

……

……

10.11 Mit wem können Sie sexuelle Probleme *<u>am Besten</u>* besprechen?
(Bitte nur *<u>eine</u>* Möglichkeit ankreuzen!)

1 mit Therapeut in Einzeltherapie	2 mit Therapeutin in Einzeltherapie	3 in der Einzeltherapie, egal ob Therapeut oder Therapeutin
4 ausserhalb der Therapiesitzungen mit anderen männlichen Patienten	5 ausserhalb der Therapiesitzungen mit anderen weiblichen Patienten	6 in der Gruppentherapie
7 ausserhalb der Klinik mit einem anderen Mann	8 ausserhalb der Klinik mit einer anderen Frau	

Kommentar in Stichworten:

……

……

10.12 Wie sollte eine Therapiegruppe *<u>idealerweise</u>* aussehen, damit Sie offen über sexuelle Probleme sprechen können? (Bitte nur *<u>eine</u>* Möglichkeit ankreuzen!)

1 Nur Männer in der Gruppe	2 Männer und Frauen in der Gruppe	3 hier in der Therapie gar nicht möglich

Kommentar in Stichworten:

……

……

„Vater werden ist nicht schwer - Vater sein dagegen sehr“. Bei den folgenden Fragen geht es um Thema „Vater sein“.

11.1 Haben Sie Kinder? Sind Sie Vater?
(Mit Kindern meinen wir leibliche Kinder, Stiefkinder und Adoptivkinder)

Wenn **nein**, dann weiter mit Frage 12.1 (Seite 19).
Wenn **ja**, gleich mit der nächsten Frage weiter. Kreuzen Sie das Kästchen an, das für Sie am ehesten zutrifft.

11.2 Angaben zu Ihren Kindern:

	Alter
Jungen	
Mädchen	

11.3 Mit wem wohnen Sie in Ihrem Haushalt zusammen?

$_1$ Partnerin/Frau $_2$ Kinder $_3$ andere: _____

11.4 Wie häufig hatten Sie Kontakt mit Ihren Kindern vor dem Klinikaufenthalt?

$_1$ täglich $_2$ 1x pro Woche $_3$ 1x pro Monat $_4$ weniger als 1x pro Monat $_5$ Kontakt ist abgebrochen

11.5 Haben Sie Kontakt mit Ihren Kindern während Ihrem Aufenthalt in der Klinik?

$_1$ nein $_2$ ja

11.6 Wie wichtig sind Ihnen Ihre Kinder?

$_1$ sehr unwichtig $_2$ unwichtig $_3$ mittel $_4$ wichtig $_5$ sehr wichtig

11.7 Wie oft fragen Sie sich, wie es den Kindern geht?

$_1$ sehr häufig $_2$ häufig $_3$ manchmal $_4$ selten $_5$ sehr selten

11.8 Zu wem gehen Ihre Kinder *am ehesten* mit Ihren Sorgen?
(Bitte nur *eine* Antwort ankreuzen!)

$_1$ Vater $_2$ Mutter $_3$ Grosseltern $_4$ Freunden $_5$ andere Personen

11.9 Wie ist Ihre Beziehung zu den Kindern?

$_1$ wie ich mir wünsche $_2$ nicht wie ich mir wünsche

11.10 Ich denke, ich bin ein……Vater.

$_1$ sehr guter $_2$ guter $_3$ mittelmässiger $_4$ schlechter $_5$ sehr schlechter

11.11 Ich vermisse meine Kinder…

$_1$ sehr häufig $_2$ häufig $_3$ manchmal $_4$ selten $_5$ sehr selten

11.12 Mein Vater hatte auch Alkoholprobleme.

$_1$ ja, stimmt $_2$ nein, stimmt nicht

11.13 Meine Mutter hatte auch Alkoholprobleme.

$_1$ ja, stimmt $_2$ nein, stimmt nicht

11.14 Mein Vater war ein guter Vater für mich.

$_1$ stimme voll zu $_2$ stimme etwas zu $_3$ bin unentschlossen $_4$ lehne etwas ab $_5$ lehne voll ab

11.15 Meine Mutter war eine gute Mutter für mich.

$_1$ stimme voll zu $_2$ stimme etwas zu $_3$ bin unentschlossen $_4$ lehne etwas ab $_5$ lehne voll ab

11.16 Im Jahr bevor Sie hier in die Klinik kamen, haben Sie Probleme mit dem „Vater sein“ belastet?

$_1$ sehr stark $_2$ stark $_3$ mittel $_4$ wenig $_5$ sehr wenig

11.17 Kommen Probleme mit dem „Vater sein“ in Ihrer Einzeltherapie zur Sprache?

$_1$ sehr oft $_2$ oft $_3$ manchmal $_4$ selten $_5$ überhaupt nicht

11.18 Kommen Probleme mit dem „Vater sein“ in Ihrer Gruppentherapie zur Sprache?

$_1$ sehr oft $_2$ oft $_3$ manchmal $_4$ selten $_5$ überhaupt nicht

11.19 Was würde helfen, Probleme mit dem „Vater sein“ in der Therapie anzusprechen?

…….....

…….....

11.20 Mit wem können Sie Probleme mit dem „Vater sein“ *<u>am Besten</u>* besprechen? (Bitte nur *<u>eine</u>* Möglichkeit ankreuzen!)

$_1$ mit Therapeut in Einzeltherapie	$_2$ mit Therapeutin in Einzeltherapie	$_3$ in der Einzeltherapie, egal ob Therapeut oder Therapeutin
$_4$ ausserhalb der Therapiesitzungen mit anderen männlichen Patienten	$_5$ ausserhalb der Therapiesitzungen mit anderen weiblichen Patienten	$_6$ in der Gruppentherapie

7 ausserhalb der Klinik mit einem anderen Mann

8 ausserhalb der Klinik mit einer anderen Frau

Kommentar in Stichworten:

…….....

…….....

11.21 Wie sollte eine Therapiegruppe *idealerweise* aussehen, damit Sie offen über Probleme mit dem „Vater sein“ sprechen können?
(Bitte nur *eine* Möglichkeit ankreuzen!)

1 Nur Männer in der Gruppe

2 Männer und Frauen in der Gruppe

3 hier in der Therapie gar nicht möglich

Kommentar in Stichworten:

…….....

…….....

Im Folgenden werden Ihnen zunächst *verschiedene Lebenssituationen* vorgegeben, mit denen Sie im Laufe Ihres Lebens konfrontiert sein könnten. Bitte stellen Sie sich für die jeweilige Situation vor, dass Sie sich selbst gerade in dieser Situation befinden. Falls Sie diese Situation nicht aus eigener Erfahrung kennen, stellen Sie sich bitte hypothetisch vor. Schätzen Sie dann ein, wie *belastend oder unangenehm* diese Situation für Sie selbst ist. Zu jeder Aussage sind Ihnen bestimmte Antwortmöglichkeiten vorgegeben, die von „keine Belastung" bis „starke Belastung" abgestuft sind.

Wenn Sie eine Situation *stark* belasten würde, dann kreuzen Sie bitte „(5)starke Belastung" an. Wenn Sie eine Situation *nicht* belasten würde, dann kreuzen Sie bitte „(1)keine Belastung" an.

Bitte kreuzen Sie bei jeder Aussage diejenige Antwortmöglichkeit an, die Ihrem Empfinden am ehesten entspricht.

		(1) keine Belastung	(2) →	(3) mittlere Belastung	(4) →	(5) starke Belastung
12.1	Ihr unmittelbarer Vorgesetzter ist eine Frau.					
12.2	Es wird vermutet, Sie seien homosexuell.					
12.3	Sie werden in einem Spiel von einem Mann besiegt.					
12.4	Sie müssen gegenüber Kollegen zugeben, vor etwas Angst zu haben.					
12.5	Sie müssen einer Frau die Kontrolle über eine Situation überlassen.					
12.6	Sie müssen vor Ihren eigenen Kindern weinen.					
12.7	Ihre Partnerin verdient mehr Geld als Sie.					
12.8	Sie verlieren einen sportlichen Wettkampf.					
12.9	Ihre Partnerin ist erfolgreicher als Sie.					
12.10	Ihre männlichen Kollegen sind intelligenter als Sie.					
12.11	Man sagt Ihnen eher feminine Eigenschaften nach.					
12.12	Sie werden von einem Mann in den Arm genommen.					
12.13	Sie können keine sexuellen Leistungen erbringen.					
12.14	Sie werden bei einer Beförderung übergangen.					

		(1) keine Belas-tung	(2) →	(3) mittlere Belas-tung	(4) →	(5) starke Belas-tung
12.15	Ihre Partnerin ist wesentlich größer als Sie.					
12.16	Bei der Arbeit werden Sie von einem Mann übertroffen.					
12.17	Die Frau, mit der Sie sich gerade unterhalten, ist Ihnen intellektuell überlegen.					
12.18	Sie sind ungewöhnlich klein.					
12.19	Sie reden mit einem Mann, der weint.					
12.20	Sie sind nicht sexuell erregt, obwohl Sie es sein möchten.					
12.21	Um Ihre Familie versorgen zu können, muss auch Ihre Partnerin arbeiten.					
12.22	Sie gehen nicht zur Arbeit, weil Ihr Kind krank ist.					
12.23	Man sagt von Ihnen, Sie seien zu emotional.					

Bereits sind Sie am Schluss des Fragebogens angekommen. Zum Schluss möchten wir von Ihnen noch ein paar kurze Angaben darüber, was Ihnen *im Leben wichtig* ist und wie Sie diesen *Fragebogen erlebt* haben!

13.1 Wie wichtig sind für Sie die folgenden Dinge im Leben?

Bitte betrachten Sie die aufgeführten Lebensbereiche und erstellen Sie eine Prioritätenliste. Geben Sie denjenigen Bereich eine „1“, der für Sie am wichtigsten ist, eine „2“ für den zweitwichtigsten Bereich usw. bis „7“ für den Bereich, der für Sie am unwichtigsten ist. Jede Zahl von 1 bis 7 soll also nur einmal vergeben werden!

_____ Arbeit

_____ Sexualität

_____ Religion / Spiritualität

_____ Familie / Partnerschaft

_____ Gesundheit

_____ Freizeit / Sport

_____ Geld

13.2 Ich fand diesen Fragebogen…

1 sehr langweilig	2 langweilig	3 mittel	4 spannend	5 sehr spannend
1 sehr einfach	2 einfach	3 mittel	4 schwierig	5 sehr schwierig
1 sehr anstrengend	2 anstrengend	3 mittel	4 nicht anstrengend	5 gar nicht anstrengend

13.3 Am meisten Mühe haben mir folgende Fragen gemacht:

……..

……..

……..

Besten Dank für Ihre Teilnahme!

Auflistung der verwendeten Variablen aus dem nationalen Patientenmonitoring act-info

Eintrittsfragebogen

1.) Behandlungserfahrung
Haben Sie bisher Behandlungen, Beratungen oder Betreuungen wegen Substanzproblemen bzw. suchtähnlichen Verhaltensweisen beansprucht?

1☐ nein
2☐ ja

2.) Häufigkeit Entzug vor Eintritt
Wie häufig haben Sie bisher professionell begleitete Entzugsbehandlungen in Anspruch genommen?

1☐ nie
2☐ einmal
3☐ zwei- oder dreimal
4☐ mehr als dreimal

3.) Zuweisende Instanz
Welche Person oder Institution war am stärksten an der Vermittlung bzw. Zuweisung an die gegenwärtige Stelle / Institution beteiligt?

1☐ Eigeninitiative
2☐ PartnerIn
3☐ Familie
4☐ FreundInnen / KollegInnen / Bekannte
5☐ auf Sucht spezialisierte ambulante Institution
6☐ auf Sucht spezialisierte stationäre Institution
7☐ Arztpraxis
8☐ Spital / Klinik
9☐ Sozialdienste
10☐ Verurteilung / Massnahme / Verwaltung / Justizbehörden
11☐ ArbeitgeberIn
12☐ LehrerIn
13☐ anderes

4.) Alter
Welches ist Ihr Geburtsdatum?

5.) Zivilstand
Was ist Ihr Zivilstand?

1☐ ledig
2☐ verheiratet
3☐ getrennt (gerichtlich)
4☐ geschieden
5☐ verwitwet

6.) Staatsangehörigkeit
Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?

7.) / 8.) Wohnsituation 30 Tage / 6 Monate vor Eintritt
Mit wem haben Sie in den letzten 30 Tagen / 6 Monaten vor dem Eintritt vorwiegend gewohnt?

1☐ allein
2☐ mit Eltern / Elternteil
3☐ ohne PartnerIn, mit Kind(ern)
4☐ mit PartnerIn (ohne Kinder)
5☐ mit PartnerIn und Kind(ern)
6☐ mit anderen Verwandten / Angehörigen

7☐ mit FreundInnen (WG)
8☐ anderes

9.) Partnerbeziehung
In welcher Art von Partnerbeziehung haben sie in den letzten 6 Monaten vor dem Eintritt gelebt?
1☐ keine Partnerbeziehung, alleinstehend
2☐ zeitweilige Beziehungen
3☐ feste Beziehung, getrennt lebend
4☐ feste Beziehung, zusammen lebend

10.) Zufriedenheit Partnerbeziehung
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer / Ihren Beziehung(en) bzw. mit dem Umstand, dass Sie gegenwärtig keine/n PartnerIn haben?
1☐ sehr zufrieden
2☐ zufrieden
3☐ eher zufrieden
4☐ eher unzufrieden
5☐ unzufrieden
6☐ sehr unzufrieden

11.) Anzahl Kinder
Wie viele eigene Kinder haben Sie?
☐ Anzahl Kinder:
1☐ keine

12.) Soziale Unterstützung
Haben Sie Angehörige, Freunde oder Bekannte, auf die Sie zählen können und von denen Sie im Notfall auch Hilfe und Unterstützung erhalten würden?
1☐ nein, keine
2☐ ja

13.) Zufriedenheit Soziale Unterstützung
Wie zufrieden waren Sie mit Ihrem Freundes- bzw. Bekanntenkreis in den letzten 6 Monaten vor dem Eintritt?
1☐ sehr zufrieden
2☐ zufrieden
3☐ eher zufrieden
4☐ eher unzufrieden
5☐ unzufrieden
6☐ sehr unzufrieden

14.) Zufriedenheit Freizeit
Wie zufrieden waren Sie damit, wie Sie Ihre Freizeit in den letzten 6 Monaten vor dem Eintritt verbracht haben?
1☐ sehr zufrieden
2☐ zufrieden
3☐ eher zufrieden
4☐ eher unzufrieden
5☐ unzufrieden
6☐ sehr unzufrieden

15.) / 16.) Lebensunterhalt 30 Tage / 6 Monate vor Eintritt
Wie haben Sie in den letzten 30 Tagen / 6 Monaten vor dem Eintritt Ihren Lebensunterhalt vorwiegend bestritten?
1☐ Erwerbseinkommen
2☐ Ersparnisse
3☐ Rente (AHV / IV u.a.)
4☐ Sozialhilfe / Fürsorge
5☐ Arbeitslosenversicherung
6☐ durch PartnerIn
7☐ durch Eltern / Familienmitglieder / FreundInnen
8☐ dealen / mischeln

9☐ andere illegale Einkünfte
10☐ Prostitution
11☐ anderes

17.) / 18.) Erwerbsstatus 30 Tage / 6 Monate vor Eintritt
Welchen hauptsächlichen Erwerbsstatus hatten Sie in den letzten 30 Tagen / 6 Monaten vor dem Eintritt?

1☐ Vollzeitarbeit (ab 70%)
2☐ Teilzeitarbeit
3☐ mehrere Erwerbstätigkeiten (Teilzeit, Gelegenheitsjobs)
4☐ in Ausbildung (Schule, Studium, Lehre)
5☐ nicht auf dem Arbeitsmarkt aktiv (RentnerIn, Hausfrau/-mann, AHV/IV-BezügerIn)
6☐ nicht erwerbstätig, aber auf Stellensuche
7☐ nicht erwerbstätig, aber künftige Stelle zugesichert
8☐ anderes

19.) Ausbildung
Welche Ausbildung(en) haben Sie abgeschlossen?

1☐ keine Ausbildung abgeschlossen
2☐ obligatorische Schule
3☐ weiterführende Schule (1 oder 2 Jahre)
4☐ Berufslehre, Vollzeitberufsschule
5☐ Maturitätsschule, Berufsmatura, Diplommittelschule
6☐ Lehrerseminar
7☐ höhere Fach- und Berufsausbildung
8☐ höhere Fachschule
9☐ Fachhochschule
10☐ Universität, Hochschule

20.) Berufliche Stellung bei Eintritt
Was ist Ihre berufliche Stellung bei Eintritt?

1☐ nicht erwerbstätig
2☐ Lehrling / Lehrtochter, PraktikantIn
3☐ HilfsarbeiterIn, Aushilfe
4☐ angelernte(r) ArbeiterIn
5☐ gelernte(r) ArbeiterIn
6☐ VorarbeiterIn
7☐ einfache(r) Angestellte(r)
8☐ mittlere(r) Angestellte(r), mittleres Kader
9☐ leitende(r) Angestellte (r), höheres Kader
10☐ selbständig
11☐ SchülerIn / StudentIn
12☐ andere Stellung

21.) Monatliches Einkommen
Wie hoch war Ihr durchschnittliches monatliches Nettoeinkommen in den letzten 6 Monaten vor dem Eintritt?

1☐ kein Einkommen
2☐ weniger als 1000 sFr.
3☐ 1001 bis 2000 sFr.
4☐ 2001 bis 3000 sFr.
5☐ 3001 bis 4000 sFr.
6☐ 4001 bis 5000 sFr.
7☐ 5001 bis 6000 sFr.
8☐ 6001 bis 8000 sFr.
9☐ 8001 bis 10 000 sFr.
10☐ 10 001 bis 15 000 sFr.
11☐ über 15 000 sFr.

22.) Schulden
Hatten Sie Schulden bei Eintritt?

1☐ keine Schulden

2☐ bis 5000 sFr.
3☐ 5001 bis 10 000 sFr.
4☐ 10 001 bis 25 000 sFr.
5☐ 25 001 bis 50 000 sFr.
6☐ 50 001 bis 100 000 sFr.
7☐ über 100 000 sFr.

23.) Problemsubstanz
Welche Substanz stellt Ihr Hauptproblem dar?
1☐ Alkohol
2☐ Cocktail (Heroin und Kokain)
3☐ Heroin
4☐ Methadon
5☐ andere Opiate (z.B. Morphin, Codein)
6☐ Kokain
7☐ Crack, Freebase
8☐ Amphetamine
9☐ MDMA und verwandte Stoffe (Ecstasy)
10☐ andere Stimulantien (z.B. Khat)
11☐ Barbiturate
12☐ Benzodiazepine
13☐ andere Schlaf- und Beruhigungsmittel
14☐ LSD
15☐ andere Halluzinogene
16☐ flüchtige Stoffe (z.B. Lösungsmittel)
17☐ Cannabis
18☐ Tabak
19☐ andere Substanz

24.) Konsumziel bei Eintritt
Welches Konsumziel streben Sie hinsichtlich der Hauptproblemsubstanz beim Eintritt an?
1☐ definitive Abstinenz
2☐ zeitlich begrenzte Abstinenz
3☐ kontrollierter Konsum
4☐ keine Beschränkung beabsichtigt
5☐ bis jetzt nicht festgelegt
6☐ anderes

25.) AUDIT Gesamtscore
Summescore aus AUDIT

26.) Häufigkeit Rauchen
Wie häufig haben Sie in den letzten 30 Tagen vor dem Eintritt Tabak geraucht?
1☐ nie
2☐ 1 Tag pro Woche oder weniger
3☐ 2-3 Tage pro Woche
4☐ 4-6 Tage pro Woche
5☐ einmal täglich
6☐ mehrmals täglich

27.) FAGERSTRÖM Gesamtscore
Summenscore aus FAGERSTRÖM

28.) Körperliche Probleme
Liegen in den letzten 30 Tagen vor dem Eintritt andere chronische körperliche Erkrankungen vor, die wahrscheinlich nicht in Zusammenhang mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen stehen?
1☐ nein
2☐ ja – welche?:

29.) Psychische Probleme
Gab es in Ihrem Leben eine bedeutsame Zeitspanne, in der Sie unter folgenden psychischen Problemen litten? (Nicht als direktes Resultat eines Drogen- oder Alkoholmissbrauchs)

1☐ keine
2☐ schwere Depressionen
3☐ schwere Angst- und Spannungszustände
4☐ Schwierigkeiten mit Verständnis, Gedächtnis oder Konzentration
5☐ Halluzinationen
6☐ Schwierigkeiten, gewalttätiges Verhalten zu kontrollieren
7☐ psychische / emotionale Probleme, für welche Medikamente verschrieben worden sind
8☐ ernsthafte Selbstmordgedanken
9☐ Selbstmordversuche
10☐ andere(s) psychische(s) Problem(e)

Austrittsfragebogen

30.) Dauer der Behandlung

31.) Abteilung / Behandlungsprogramm

32.) Behandlungsabschluss
Was ist der Hauptgrund für die Beendigung der Behandlung, Beratung oder Betreuung?
1☐ planmässige Beendigung der Behandlung, Beratung oder Betreuung ohne Übertritt in eine suchtspezifische Stelle / Institution
2☐ planmässige Beendigung der Behandlung, Beratung oder Betreuung mit Übertritt in eine suchtspezifische Stelle / Institution
3☐ Wohnortwechsel
4☐ Hospitalisierung
5☐ Inhaftierung
6☐ Kontaktverlust
7☐ expliziter Abbruch durch KlientIn oder Stelle / Institution
8☐ Tod
9☐ anderer Grund für die Beendigung der Behandlung, Beratung oder Betreuung

33.) Nachsorge
Ist eine Nachsorge vorgesehen und vorbereitet?
1☐ nein
2☐ ja

34.) Rückfälle während der Behandlung
Wie häufig haben Sie während der Behandlung, Beratung oder Betreuung Rückfälle hinsichtlich der Therapieziele erlebt? (Zwei Rückfälle sind durch mindestens einen Tag ohne Konsum oder suchtähnliches Verhalten voneinander getrennt.)
1☐ keine
2☐ einmal
3☐ zweimal
4☐ drei- oder viermal
5☐ fünfmal oder mehr

35.) Dauer Rückfall in Tagen
Wie viele Tage dauerte(n) der Rückfall bzw. die Rückfälle insgesamt?
Anzahl Tage: …

36.) Konsumziel bei Austritt
Welches Konsumziel streben Sie hinsichtlich der Hauptproblemsubstanz beim Austritt an?
1☐ definitive Abstinenz
2☐ zeitlich begrenzte Abstinenz
3☐ kontrollierter Konsum
4☐ keine Beschränkung beabsichtigt
5☐ bis jetzt nicht festgelegt
6☐ anderes

37.) Welches ist die Hauptdiagnose des Klienten im Bereich „psychisches und Verhaltensstörungen“? (ICD-10 Diagnose, Kapitel F)

38.) Welches ist die erste Nebendiagnose des Klienten im Bereich „psychische und Verhaltensstörungen“? (ICD-10 Diagnose, Kapitel F)

39.) Welches ist die zweite Nebendiagnose des Klienten im Bereiche „psychische und Verhaltensstörungen“? (ICD-10 Diagnose, Kapitel F)

40.) Prognose
Welches ist die Prognose bezüglich künftiger Probleme mit der Hauptproblemsubstanz bzw. suchtähnlichem Verhalten aus der Sicht der behandelnden Person?

1☐ sehr gute Prognose
2☐ gute Prognose
3☐ eher ungünstige Prognose
4☐ ungünstige Prognose

Geschlechterrollen

Versions
Show first question
Index

Versions

Intro

Type CATI introductiontext

Text **Guten Tag. Mein Name ist ... Ich bin vom Forschungsinstitut gfs-zürich. Wir machen eine Umfrage zum Thema "Rollenverständnis von Männern". Darf ich mit Ihnen dazu ein Interview führen? Es dauert rund 15 Minuten.**

Start

Geschlecht

Questiontype Single response

Text **INTERVIEWER: Bitte nicht abfragen, nur eintragen.**

Items

Code	Description
1	Männlich
2	Weiblich

Routing alternum

alternum

Questiontype Numerical

Text **Darf ich Sie fragen, wie alt Sie sind?**
(INT: Bitte Alter in Jahren eintragen)

Properties

Property	Value
Minimum	15
Maximum	75
Whole numbers only	Yes
None/don't know	Yes
None title	verweigert

Routing zivilstand

zivilstand

Questiontype Single response

Text **Sind Sie ledig, verheiratet, verwitwet oder geschieden?**

Items

Code	Description
1	ledig
2	verheiratet/ eingetragene Partnerschaft (gesetzlich geregelt)
3	verwitwet
4	geschieden inkl. aufgelöste Partnerschaften

Routing Kinder

Kinder

Questiontype Single response

Text **Haben Sie Kinder?**

Items

Code	Description
1	ja
2	nein

Routing Erwerb

Erwerb

Questiontype Single response

Text **Waren Sie in den letzten sechs Monaten erwerbstätig?**

Items

Code	Description
1	Ja
2	Nein

Routing F1

F1

Questiontype Items popup

Text **Ich lese Ihnen verschiedene Aussagen vor. Bitte sagen Sie, inwieweit Sie der jeweiligen Aussage zustimmen können. Sie können Ihre Antwort auf der Skala von 1 "trifft gar nicht zu", bis 7 "trifft sehr zu" geben. Den Grad Ihrer Zustimmung können Sie zwischen den beschriebenen Polen feiner abstufen.**

Items

Code	Description
1	Ein Mann, der oft über seine Sorgen, Ängste und Probleme redet, wird von niemandem besonders akzeptiert.
2	Bei einem Mann, der Friseur und Hobbykoch ist, würde ich mich fragen, wie männlich er ist.
3	Ein Mann sollte auf seinen eigenen Beinen stehen und nie auf die Hilfe anderer angewiesen sein.
4	Ein Mann schuldet es seiner Familie, den am besten bezahlten Job anzunehmen, den er finden kann.
5	Es ist etwas peinlich für einen Mann, einen Beruf zu haben, in dem normalerweise Frauen arbeiten.
6	Es ist sehr wichtig für einen Mann, dass ihm alle die ihn kennen, Respekt und Bewunderung entgegenbringen.
7	Ein Mann sollte einem handgreiflichen Streit immer ausweichen, auch wenn er unvermeidbar scheint.
8	Ein Mann sollte angesichts von Problemen nie zurückstecken.
9	Ich finde eine starke Selbstsicherheit bei Männern gut.
10	Ein gutes Motto für einen Mann wäre: „Wenn es hart auf hart kommt, trennt sich die Spreu vom Weizen.“
11	Es stört mich, wenn ein Mann etwas tut, das ich für weiblich halte.
12	Manchmal kann man eine unangenehme Situation nur mit den Fäusten klären.
13	Erfolg im Beruf muß für einen Mann das zentrale Ziel im Leben sein.
14	Wenn ein Mann sich nicht gut fühlt, sollte er sich das nicht anmerken lassen.
15	Ein Mann sollte stets versuchen Zuversicht auszustrahlen, auch wenn er sich eigentlich nicht zuversichtlich fühlt.
16	Der beste Weg für einen jungen Mann, Respekt von anderen zu erhalten, ist es, eine Arbeit zu bekommen, diese ernst zu nehmen und sie gut zu machen.
17	Ich finde, ein Mann sollte versuchen, körperlich stark zu werden, auch wenn er schmächtig gebaut ist.
18	Ich würde es etwas peinlich finden, wenn ein Freund im Kino wegen einer traurigen Liebesszene weinen würde.
19	In manchen Situationen sollte ein Mann vorbereitet sein, seine Fäuste zu benutzen, auch wenn seine Frau oder Freundin dagegen wäre.
20	Wann immer ein Mann die Gelegenheit dazu hat, sollte er Überstunden machen, um mehr Geld zu verdienen.
21	Ein Mann, dessen Hobbys Kochen, Nähen und ins Ballett gehen sind, ist nicht auf derselben Wellenlänge wie ich.
22	Ein Mann verdient immer den Respekt von Frau und Kindern.
23	Ich glaube, es ist extrem gut für einen Bub, wenn ihm beigebracht wird zu kochen, zu nähen, zu putzen und jüngere Kinder zu beaufsichtigen.
24	Ein richtiger Mann genießt von Zeit zu Zeit ein bißchen Gefahr.
25	Ein Mann sollte immer klar und logisch über alles nachdenken und alles was er tut rational begründen können.
26	Wenn er nicht wirklich verzweifelt wäre, würde ich einem arbeitslosen Mann wahrscheinlich eher raten, weiter zu suchen, als eine Arbeit als Bürogehilfe anzunehmen.

Labels

Code	Description
1	Trifft gar nicht zu
2	.
3	.
4	Weder noch
5	.
6	.
7	Trifft sehr zu
8	Weiss nicht
9	Keine Antwort

Properties

Property	Value
Column width	85
Randomise list	Yes

Routing F2

F2

Questiontype: Items popup

Text: **Ich lese Ihnen jetzt eine Reihe von Eigenschaften vor. Sie sollen sich mit Hilfe dieser Eigenschaften selbst beschreiben. Bitte sagen Sie, inwieweit die jeweilige Eigenschaft auf Sie persönlich zutrifft.**
Sie können mir eine Antwort auf der Skala von 1 "nie oder fast nie", über 4 "gelegentlich", bis 7 "immer" geben. Den Grad Ihrer Zustimmung können Sie zwischen den beschriebenen Polen feiner abstufen.

Beschreiben Sie sich selbst: Ich ...

Items

Code	Description
1	habe Führungseigenschaften
2	bin romantisch
3	trete bestimmt auf
4	abhängig von anderen Personen
5	ehrgeizig
6	weichherzig
7	respekteinflössend
8	bemühe mich, verletzte Gefühle zu besänftigen
9	kann andere kritisieren, ohne mich dabei unbehaglich zu fühlen
10	bin glücklich
11	verteidige die eigene Meinung
12	bin feinfühlig
13	entschlossen
14	sinnlich
15	sachlich
16	fröhlich
17	nicht leicht beeinflussbar
18	nachgiebig
19	unerschrocken
20	bescheiden
21	intelligent
22	empfänglich für Schmeicheleien
23	hartnäckig
24	empfindsam
25	bin bereit, etwas zu riskieren
26	selbstaufopfernd
27	kraftvoll
28	benutze keine barschen Worte
29	furchtlos
30	verspielt
31	scharfsinnig
32	verführerisch
33	wetteifernd
34	achte auf die eigene äussere Erscheinung
35	sicher
36	leidenschaftlich
37	zeige geschäftsmässiges Verhalten
38	herzlich
39	konsequent
40	liebe Sicherheit

Labels

Code	Description
1	Nie oder fast nie
2	.
3	.
4	Gelegentlich
5	.
6	.
7	Immer
8	Weiss nicht

	9	Keine Antwort

Properties

Property	Value
Column width	100
Randomise list	Yes

Routing: F3

F3

Questiontype: Items popup

Text: **Im Folgenden gebe ich Ihnen zunächst verschiedene Lebenssituationen vor, mit denen Sie im Laufe Ihres Lebens konfrontiert sein könnten. Bitte stellen Sie sich für die jeweilige Situation vor, dass Sie sich selbst gerade in dieser Situation befinden. Falls Sie diese Situation nicht aus eigener Erfahrung kennen, stellen Sie sich das bitte hypothetisch vor. Schätzen Sie dann ein, wie belastend oder unangenehm diese Situation für Sie selbst ist.**

Wir habe dazu eine Skala, die von 1 "keine Belastung" über 3 "mittlere Belastung" bis 5 "starke Belastung" geht.

Bitte geben Sie bei jeder Aussage diejenige Antwortmöglichkeit an, die Ihrem Empfinden am ehesten entspricht.

Items

Code	Description	Fixed position
1	Ihr unmittelbarer Vorgesetzter ist eine Frau.	
2	Es wird vermutet, Sie seien homosexuell.	
3	Sie werden in einem Spiel von einem Mann besiegt.	
4	Sie müssen gegenüber Kollegen zugeben, vor etwas Angst zu haben.	
5	Sie müssen einer Frau die Kontrolle über eine Situation überlassen.	
6	Sie müssen vor Ihren eigenen Kindern weinen.	
7	Ihre Partnerin verdient mehr Geld als Sie.	
8	Sie verlieren einen sportlichen Wettkampf.	
9	Ihre Partnerin ist erfolgreicher als Sie.	
10	Ihre männlichen Kollegen sind intelligenter als Sie.	
11	Man sagt Ihnen eher feminine Eigenschaften nach.	
12	Sie werden von einem Mann in den Arm genommen.	
13	Sie können keine sexuellen Leistungen erbringen.	
14	Sie werden bei einer Beförderung übergangen.	
15	Ihre Partnerin ist wesentlich größer als Sie.	
16	Bei der Arbeit werden Sie von einem Mann übertroffen.	
17	Die Frau, mit der Sie sich gerade unterhalten, ist Ihnen intellektuell überlegen.	
18	Sie sind ungewöhnlich klein.	
19	Sie reden mit einem Mann, der weint.	
20	Sie sind nicht sexuell erregt, obwohl Sie es sein möchten.	
21	Um Ihre Familie versorgen zu können, muss auch Ihre Partnerin arbeiten.	
22	Sie gehen nicht zur Arbeit, weil Ihr Kind krank ist.	
23	Man sagt von Ihnen, Sie seien zu emotional.	
24	Sie vertragen keinen Alkohol	•

Labels

Code	Description
1	Keine Belastung
2	.
3	Mittlere Belastung
4	.
5	Starke Belastung
8	Weiss nicht
9	Keine Angabe

Properties

Property	Value
Column width	85
Randomise list	Yes

Routing: F41

F41

Questiontype: Single response

Text: **Wenn ich zum Thema 'Alkohol' noch kurz nachfragen dürfte..**

Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, dass Sie Ihren Alkoholkonsum verringern sollten?

Items

Code	Description	Routing
1	Ja	
2	Nein	
3	Ich trinke kein Alkohol	fertig
8	Weiss nicht	
9	Keine Antwort	

Properties

Property	Value
Randomise groups	0

Routing F42

Routing none F42

F42

Questiontype Single response

Text **Hat Sie schon einmal jemand durch Kritisieren Ihres Alkoholtrinkens verärgert?**

Items Dynamic list from list

Routing F43

F43

Questiontype Single response

Text **Haben Sie schon einmal wegen Ihres Alkoholtrinkens ein schlechtes Gewissen gehabt, oder sich schuldig gefühlt?**

Items Dynamic list from list

Routing F44

F44

Questiontype Single response

Text **Haben Sie schon einmal am Morgen als erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich wieder ins Gleichgewicht zu bringen oder einen Kater loszuwerden?**

Items Dynamic list from list

Routing list

---

list

Type List definition

Code	Description	Condition
1	Ja	
2	Nein	
8	Weiss nicht	
9	Keine Antwort	

Routing fertig

---

fertig

Questiontype No question

Text **Vielen Dank, dass Sie bei diesem Interview mitgemacht haben.**

Ich wünsche Ihnen noch einen schönen Tag/Abend

Routing endefrabo

---

endefrabo

Text

Index

Intro Intro

Geschlecht Geschlecht

alternum alternum

zivilstand zivilstand

Kinder	Kinder
Erwerb	Erwerb
F1	F1
F2	F2
F3	F3
F41	F41
F42	F42
F43	F43
F44	F44
list	list
fertig	fertig
endefrabo	endefrabo

	Südhang (*N*=100) % (*n*)	Forel (*N*=100) % (*n*)	Sig.
Staatsangehörigkeit			*n.s.*
Schweiz	88% (87)	81% (80)	
EU	10% (10)	12% (12)	
andere	2% (2)	7% (7)	
Zivilstand			*n.s.*
Ledig	28% (28)	34% (34)	
Verheiratet	30% (30)	29% (29)	
Getrennt (gerichtlich)	11% (11)	9% (9)	
Geschieden	29% (29)	27% (27)	
Verwitwet	1% (1)	1% (1)	
Partnerbeziehung			*n.s.*
Kein(e) PartnerIn, alleinstehend	46% (46)	31% (31)	
Zeitweilige Beziehung(en)	3% (3)	7% (7)	
Feste Beziehung, getrennt lebend	18% (18)	19% (19)	
Feste Beziehung, zusammen lebend	33% (33)	43% (43)	
Kinder			*n.s.*
Keine	40% (40)	45% (44)	
1 Kind	14% (14)	13% (13)	
2 Kinder	29% (29)	32% (31)	
3 Kinder oder mehr	16% (16)	10% (10)	
Soziale Unterstützung			
Nein	8%(8)	4% (4)	*n.s.*
Ja	92% (88)	96% (94)	
Behandlungserfahrung			**$X^2(1) = 7.35$****
Nein	5% (5)	17% (17)	
Ja	95% (95)	83% (83)	
Anzahl Entzug vor Eintritt			*n.s.*
Nie	21% (21)	17% (17)	
Einmal	29% (28)	25% (25)	
Zwei oder Dreimal	36% (35)	38% (38)	
Mehr als Dreimal	14% (14)	19% (19)	
Zuweisende Instanz			**$X^2(10) = 28.89$****
Eigeninitiative	87% (85)	63% (63)	
PartnerIn	2% (2)	7% (7)	
Familie	2% (2)	0% (0)	
FreundInnen/Bekannte	0% (0)	2% (2)	
Ambulante Institution (Sucht)	2% (2)	0% (0)	
Stationäre Institution (Sucht)	0% (0)	2% (2)	
Arztpraxis	0% (0)	5% (5)	
Spital/Klinik	1% (1)	8% (8)	
Sozialdienste	0% (0)	4% (4)	
Verurteilung/Massnahme	2% (2)	2% (2)	
ArbeitgeberIn	4% (4)	6% (6)	
Wohnsituation 30 Tage vor Eintritt			**$X^2(7) = 15.72$***
Allein	56% (55)	36% (36)	
Mit Eltern(teil)	2% (2)	7% (7)	
Ohne PartnerIn, mit Kind(ern)	5% (5)	2% (2)	
Mit PartnerIn (o. Kinder)	15% (15)	19% (19)	
Mit PartnerIn und Kind(ern)	13% (13)	15% (15)	

	Südhang (*N*=100) % (*n*)	Forel (*N*=100) % (*n*)	Sig.
Mit anderen Verwandten	2% (2)	3% (3)	
Mit FreundInnen (WG)	2% (2)	3% (3)	
Anderes	5% (5)	17% (17)	
Wohnsituation 6 Mte vor Eintritt			*n.s.*
Allein	53% (52)	40% (40)	
Mit Eltern(teil)	2% (2)	3% (3)	
Ohne PartnerIn, mit Kind(ern)	6% (6)	4% (4)	
Mit PartnerIn (o. Kinder)	16% (16)	22% (22)	
Mit PartnerIn und Kind(ern)	16% (16)	20% (20)	
Mit FreundInnen (WG)	3% (3)	6% (6)	
Anderes	4% (4)	5% (5)	
Lebensunterhalt 30 Tage vor Eintritt			*n.s.*
Erwerbseinkommen	50% (50)	41% (41)	
Ersparnisse	3% (3)	4% (4)	
Rente (AHV/IV u.a.)	16% (16)	11% (11)	
Sozialhilfe/Fürsorge	21% (21)	21% (20)	
Arbeitslosenversicherung	5% (5)	6% (6)	
Durch PartnerIn	2% (2)	3% (3)	
Durch Eltern/Familie/FreundInnen	1% (1)	4% (4)	
Anderes	2% (2)	9% (9)	
Lebensunterhalt 6 Mte vor Eintritt			*n.s.*
Erwerbseinkommen	60% (59)	52% (51)	
Ersparnisse	1% (1)	2% (2)	
Rente (AHV/IV u.a.)	15% (15)	11% (11)	
Sozialhilfe/Fürsorge	13% (13)	15% (15)	
Arbeitslosenversicherung	8% (8)	7% (7)	
Durch PartnerIn	1% (1)	3% (3)	
Durch Eltern/Familie/FreundInnen	2% (2)	3% (3)	
anderes	0% (0)	6% (6)	
Erwerbsstatus 30 Tage vor Eintritt			*n.s.*
Vollzeitarbeit (ab 70%)	45% (44)	40% (39)	
Teilzeitarbeit	5% (5)	5% (5)	
Mehrere Erwerbstätigkeiten	1% (1)	1% (1)	
In Ausbildung	1% (1)	0% (0)	
Nicht auf dem Arbeitsmarkt aktiv	16% (15)	18% (18)	
Nicht erwerbstätig, auf Stellensuche	24% (23)	28% (27)	
Anderes	8% (8)	8% (8)	
Erwerbsstatus 6 Mte vor Eintritt			*n.s.*
Vollzeitarbeit (ab 70%)	54% (52)	48% (47)	
Teilzeitarbeit	5% (5)	7% (7)	
Mehrere Erwerbstätigkeiten	1% (1)	1% (1)	
In Ausbildung	1% (1)	0% (0)	
Nicht auf dem Arbeitsmarkt aktiv	16% (15)	17% (17)	
Nicht erwerbstätig, auf Stellensuche	18% (17)	24% (23)	
Anderes	5% (5)	3% (3)	
Ausbildung			*n.s.*
Keine abgeschlossene Ausbildung	0% (0)	3% (3)	
Obligatorische Schule	7% (7)	5% (5)	
Weiterführende Schule	5% (5)	3% (3)	

	Südhang (*N*=100) % (*n*)	Forel (*N*=100) % (*n*)	Sig.
Berufslehre, Vollzeitberufsschule	68% (68)	54% (54)	
Maturitätsschule, Diplommittelschule	2% (2)	8% (8)	
Höhere Fach- und Berufsausbildung	10% (10)	10% (10)	
Höhere Fachschule	3% (3)	4% (4)	
Fachhochschule	1% (1)	2% (2)	
Universität, Hochschule	4% (4)	11% (11)	
Berufliche Stellung bei Eintritt			*n.s.*
Nicht erwerbstätig	34% (34)	36% (36)	
Lehrling/Lehrtochter/PraktikantIn	1% (1)	0% (0)	
Hilfsarbeiterin, Aushilfe	3% (3)	3% (3)	
Angelernte(r) ArbeiterIn	1% (1)	2% (2)	
Gelernte(r) ArbeiterIn	7% (7)	10% (10)	
VorarbeiterIn	4% (4)	4% (4)	
Einfache(r) Angestellte(r)	16% (16)	16% (16)	
Mittlere(r) Angest./mittleres Kader	12% (12)	11% (11)	
Leitende(r) Angest./höheres Kader	6% (6)	6% (6)	
Selbständig	8% (8)	11% (11)	
Andere Stellung	7% (7)	0% (0)	
Einkommen / Monat			*n.s.*
Kein Einkommen	2% (1)	6% (6)	
< 1000 sFr.	0% (0)	7% (7)	
1001 bis 2000 sFr.	13% (9)	13% (12)	
2001 bis 3000 sFr.	9% (6)	11% (10)	
3001 bis 4000 sFr.	18% (12)	11% (10)	
4001 bis 5000 sFr.	21% (14)	20% (19)	
5001 bis 6000 sFr.	19% (13)	15% (14)	
6001 bis 8000 sFr.	12% (8)	7% (7)	
8001 bis 10 000 sFr.	6% (4)	6% (6)	
10 001 bis 15 000 sFr.	2% (1)	3% (3)	
Über 15 000 sFr.	0%	1% (1)	
Schulden			*n.s.*
Keine Schulden	61% (48)	51% (49)	
Bis 5000 sFr.	5% (4)	7% (7)	
5001 bis 10 000 sFr.	11% (9)	4% (4)	
10 001 bis 25 000 sFr.	9% (7)	11% (10)	
25 001 bis 50 000 sFr.	6% (5)	9% (9)	
50 001 bis 100 000 sFr.	3% (2)	8% (8)	
Über 100 000 sFr.	5% (4)	9% (9)	
Problemsubstanz			*n.s.*
Alkohol	97% (97)	98% (98)	
Medikament	3% (3)	1% (1)	
Andere Substanz	0% (0)	1% (1)	
Konsumziel bei Eintritt			*n.s.*
Definitive Abstinenz	52% (52)	63% (63)	
Zeitlich begrenzte Abstinenz	28% (28)	13% (12)	
Kontrollierter Konsum	9% (9)	12% (11)	
Noch nicht festgelegt	11% (11)	13% (12)	
Häufigkeit Rauchen			*n.s.*
Nie	18% (18)	19% (19)	

	Südhang (*N*=100) % (*n*)	Forel (*N*=100) % (*n*)	Sig.
1 Tag/ Woche oder weniger	0% (0)	1% (1)	
2-3 Tage/Woche	0% (0)	1% (1)	
4-6 Tage/Woche	2% (2)	0% (0)	
Einmal täglich	3% (3)	0% (0)	
Mehrmals täglich	77% (76)	79% (78)	
Körperliche Probleme			**$X^2(1) = 35.1$*** **
Nein	46% (46)	86% (82)	
Ja	54% (54)	14% (13)	
Behandlungsabschluss			*n.s.*
Planmässig, ohne Übertritt	40% (39)	50% (50)	
Planmässig, mit Übertritt	50% (48)	32% (32)	
Hospitalisierung	3% (3)	3% (3)	
Kontaktverlust	0% (0)	2% (2)	
Expliziter Abbruch	5% (5)	10% (10)	
Anderer Grund	2 % (2)	3% (3)	
Nachsorge			**$X^2(1) = 7.67$** **
Nein	10% (10)	26% (23)	
Ja	90% (87)	74% (66)	
Rückfälle während Behandlung			**$X^2(4) = 16.70$** **
Keine	80% (76)	56% (55)	
Einmal	8% (8)	9% (9)	
Zweimal	5% (5)	10% (10)	
Drei- oder Viermal	4% (4)	18% (18)	
Fünfmal oder mehr	2% (2)	7% (7)	
Dauer Rückfall			**$X^2(4) = 15.02$** **
1-2 Tage	94% (16)	38% (14)	
3-6 Tage	6% (1)	43% (16)	
7-10 Tage	0% (0)	14% (5)	
> 10 Tage bis 2 Wochen	0% (0	3% (1)	
> 4 Wochen bis 6 Wochen	0% (0	3% (1)	
Konsumziel bei Austritt			*n.s.*
Definitive Abstinenz	46% (45)	53% (44)	
Zeitlich begrenzte Abstinenz	41% (40)	33% (27)	
Kontrollierter Konsum	7% (7)	5% (4)	
Keine Beschränkung beabsichtigt	1% (1)	0% (0)	
Noch nicht festgelegt	4% (4)	7% (6)	
Anderes	0% (0)	2% (2)	
Prognose			*n.s.*
Sehr gute Prognose	8% (5)	5% (5)	
Gute Prognose	49% (33)	50% (46)	
Eher ungünstige Prognose	34% (23)	32% (29)	
Ungünstige Prognose	9% (6)	13% (12)	

Tabelle 4. Gruppenvergleich Klinik Südhang vs. Forel Klinik hinsichtlich nonparametrischer act-info Variablen mittels Chiquadrat-Test. Da nicht alle Patienten alle Fragen beantwortet haben, variiert die Stichprobengrösse von Frage zu Frage. Summen < / > 100% entstehen durch Rundung der Nachkommastellen. Signifikante Klinikunterschiede fett markiert.
n.s. = nicht signifikant; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

E: Individuelle Antworten und Kommentare zum Thema „Gefühle“

E1 Hilfestellungen zur erleichterten Gefühlsäusserung

KOMMENTAR

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig		112	56.0	56.0	56.0
	? Offenheit.	1	.5	.5	56.5
	.	1	.5	.5	57.0
	1. Einzelgespräch, ist er oder sie bereit, 2. dann in die Gruppe "einfliessen" lassen	1	.5	.5	57.5
	Alles i.O.	1	.5	.5	58.0
	Auf einzelne Gefühle eingehen	1	.5	.5	58.5
	Befindlichkeits Runden einführen	1	.5	.5	59.0
	Befindlichkeitsrunde	1	.5	.5	59.5
	besseres Setting	1	.5	.5	60.0
	Da braucht es keine Hilfe.	1	.5	.5	60.5
	darüber zu sprechen	1	.5	.5	61.0
	Das ist gut mit jemand Anderen über Personliche Gefühle reden.	1	.5	.5	61.5
	Das Thema muss vom Therapeuten angesprochen werden.	1	.5	.5	62.0
	den richtigen Therapeut/in	1	.5	.5	62.5
	Die Leute sind verschieden.	1	.5	.5	63.0
	Diese vermehrt nachfragen, differenzierte Möglichkeiten aufzeigen, z.B. als gut + schlecht.	1	.5	.5	63.5
	Direkt ansprechen	1	.5	.5	64.0
	ehrlichkeit	1	.5	.5	64.5
	Eigene Ehrlichkeit; Aufmunterung des Therapeuten; Vertrauen.	1	.5	.5	65.0
	Ein längeres Gespräch mit drei Personen	1	.5	.5	65.5
	Eine Frau als Gegenüber	1	.5	.5	66.0
	Einfühlsame Therapeuten	1	.5	.5	66.5
	Emotionale Intelligenz/Selbstkontrolle	1	.5	.5	67.0
	entfällt	1	.5	.5	67.5
	es hilft schon, wenn man Gefühle zeigen kann, man muss nicht immer darüber sprechen.	1	.5	.5	68.0
	Es in die Gruppe einbringen	1	.5	.5	68.5
	Es ist für mich allgemein schwierig.	1	.5	.5	69.0
	es nicht allzu direkt tun	1	.5	.5	69.5

	es zu thematisieren	1	.5	.5	70.0
	ev. Männer- / Frauensitzungen	1	.5	.5	70.5
	Ganz erhlich zueinander sein und Vetrauen aufbauen	1	.5	.5	71.0
	gar nichts	1	.5	.5	71.5
	geschieht schon in Einzelgesprächen durch z.B. Übungen u. dir. Nachfragen	1	.5	.5	72.0
	Glaube nicht viel, würde wieder alte Wunden aufreissen	1	.5	.5	72.5
	Gleichgesinnte finden. Manchmal grosse Unterschied vom Intellekt her.	1	.5	.5	73.0
	Gruppenspiel	1	.5	.5	73.5
	Gruppenteilnehmer/Innen besser (länger) kennen	1	.5	.5	74.0
	Gruppenthema	1	.5	.5	74.5
	gut so	1	.5	.5	75.0
	i. O.	1	.5	.5	75.5
	Immer zu thematisieren.	1	.5	.5	76.0
	Inneres Empfinden besser kennenlernen	1	.5	.5	76.5
	Input durch Th. in der Gruppe	1	.5	.5	77.0
	Ist gut wie es ist.	1	.5	.5	77.5
	Ist zur Zeit durchaus möglich.	1	.5	.5	78.0
	Istzustand völlig in Ordnung	1	.5	.5	78.5
	Läuft bei uns in Gruppe + Einzel fast immer + alles über Gefühle ab.	1	.5	.5	79.0
	Liste mit Kategorien von Gefühlen. Begriffshierarchie - unterstützt Formulierungsgabe	1	.5	.5	79.5
	mehr Einzeltherapie	1	.5	.5	80.0
	mehr fragen	1	.5	.5	80.5
	mehr Zeit in der Gestaltung	1	.5	.5	81.0
	Mitpatienten die pauschal werden, sollte man darauf hinweisen. Mehr "ich" Botschaften, nicht immer "man" könnte usw..	1	.5	.5	81.5
	Momentane Verfassung (aktuelles Thema).	1	.5	.5	82.0
	Müsste von allen Gr.-Mitgliedern akzeptiert werden (nicht wertend)	1	.5	.5	82.5
	Mut	1	.5	.5	83.0
	Nach einer bestimmen Struktur, sonst konnte die Diskussion ins Uferlose gleiten.	1	.5	.5	83.5
	Nachhaltige Rückfrage der Therapeuten.	1	.5	.5	84.0
	näher auf Leute eingehen	1	.5	.5	84.5

	Nix. Geht ja.	1	.5	.5	85.0
	Nur im "allgemeinen", nicht persönlich, auch hierbei kann ein persönl. Nutzen gezogen werden.	1	.5	.5	85.5
	Offen zu sein.	1	.5	.5	86.0
	Offenheit	1	.5	.5	86.5
	Probleme zu lösen und besser damit umzugehen	1	.5	.5	87.0
	Raumausstattung	1	.5	.5	87.5
	schwierig	1	.5	.5	88.0
	Selbstvertrauen.	1	.5	.5	88.5
	Sicherheit	1	.5	.5	89.0
	Sicherheit.	1	.5	.5	89.5
	Sie ansprechen, wenn man sie hat.	1	.5	.5	90.0
	sie zu zeigen	1	.5	.5	90.5
	Sprechen mit Klarheit, nicht: aber, wenn, vielleicht	1	.5	.5	91.0
	Sympathie, Respekt	1	.5	.5	91.5
	Thema einbringen	1	.5	.5	92.0
	Thema Gefühle!	1	.5	.5	92.5
	Thema vorschlagen	1	.5	.5	93.0
	thematisieren. Anfrage(n)	1	.5	.5	93.5
	Therapeut statt Therapeutin	1	.5	.5	94.0
	über das Thema zu sprechen	1	.5	.5	94.5
	Vertrauen aufbauen	1	.5	.5	95.0
	Vertrauen herstellen	1	.5	.5	95.5
	Vertrauen in die Gruppe, entsprechende Fragen	1	.5	.5	96.0
	Vertrauen ist Voraussetzung (ist vorhanden)	1	.5	.5	96.5
	Weiss nicht	1	.5	.5	97.0
	Weiss niicht	1	.5	.5	97.5
	Wenn andere dies auch machen	1	.5	.5	98.0
	Wenn es um ein Thema geht, wo die Gefühle eine Rolle spielen	1	.5	.5	98.5
	wenn man auf eim zukommt	1	.5	.5	99.0
	Werden angesprochen	1	.5	.5	99.5
	wird in der Gruppe besprochen	1	.5	.5	100.0
	Gesamt	200	100.0	100.0	

Freies Antwortformat von [n=88 (22%)] in neue Kategorien überführen (✓= individuelle Antworten der VPN):

1. Gesprächsatmosphäre ist charakterisiert durch Offenheit, Ehrlichkeit, Sicherheit, Vertrauen, Sympathie, Respekt und Akzeptanz
    - ✓ ? Offenheit.
    - ✓ Offenheit
    - ✓ Offen zu sein.
    - ✓ ehrlichkeit
    - ✓ Eigene Ehrlichkeit; Aufmunterung des Therapeuten; Vertrauen.
    - ✓ Ganz erhlich zueinander sein und Vetrauen aufbauen
    - ✓ Sicherheit
    - ✓ Sicherheit.
    - ✓ Gruppenteilnehmer/Innen besser (länger) kennen
    - ✓ Müsste von allen Gr.-Mitgliedern akzeptiert werden (nicht wertend)
    - ✓ Sympathie, Respekt
    - ✓ Vertrauen aufbauen
    - ✓ Vertrauen herstellen
    - ✓ Vertrauen in die Gruppe, entsprechende Fragen
    - ✓ Vertrauen ist Voraussetzung (ist vorhanden)
    - ✓ den richtigen Therapeut/in
    - ✓ Einfühlsame Therapeuten

2. Einzelgespräche
    - ✓ 1. Einzelgespräch, ist er oder sie bereit, 2. dann in die Gruppe "einfliessen" lassen
    - ✓ mehr Einzeltherapie

3. Gruppengespräche
    - ✓ Es in die Gruppe einbringen
    - ✓ Gruppenspiel
    - ✓ Gruppenthema
    - ✓ Wenn andere dies auch machen
    - ✓ wird in der Gruppe besprochen

4. Direkte Aufforderung von Seiten des Therapeuten mit Anleitung (Vorgabe von Struktur, Aufzeigen von Möglichkeiten, etc.) – sowohl im Einzel, als auch in der Gruppe
    - ✓ Auf einzelne Gefühle eingehen
    - ✓ Befindlichkeits Runden einführen
    - ✓ Befindlichkeitsrunde
    - ✓ darüber zu sprechen
    - ✓ es zu thematisieren
    - ✓ Das ist gut mit jemand Anderen über Personliche Gefühle reden.
    - ✓ Das Thema muss vom Therapeuten angesprochen werden.
    - ✓ Diese vermehrt nachfragen, differenzierte Möglichkeiten aufzeigen, z.B. als gut + schlecht.
    - ✓ Direkt ansprechen
    - ✓ geschieht schon in Einzelgesprächen durch z.B. Übungen u. dir. Nachfragen
    - ✓ Immer zu thematisieren.
    - ✓ Input durch Th. in der Gruppe
    - ✓ Liste mit Kategorien von Gefühlen. Begriffshierarchie - unterstützt Formulierungsgabe
    - ✓ mehr fragen

- ✓ Mitpatienten die pauschal werden, sollte man darauf hinweisen. Mehr "ich" Botschaften, nicht immer "man" könnte usw..
- ✓ Nach einer bestimmen Struktur, sonst konnte die Diskussion ins Uferlose gleiten.
- ✓ Nachhaltige Rückfrage der Therapeuten.
- ✓ näher auf Leute eingehen
- ✓ Thema Gefühle!
- ✓ Thema vorschlagen
- ✓ thematisieren. Anfrage(n)
- ✓ über das Thema zu sprechen
- ✓ wenn man auf eim zukommt
- ✓ Werden angesprochen

5. Settingspezifische Überlegungen
   - ✓ besseres Setting
   - ✓ Ein längeres Gespräch mit drei Personen
   - ✓ mehr Zeit in der Gestaltung
   - ✓ Raumausstattung
   - ✓ Wenn es um ein Thema geht, wo die Gefühle eine Rolle spielen
   - ✓ Gleichgesinnte finden. Manchmal grosse Unterschied vom Intellekt her.

6. Geschlechtsspezifische Therapeuten und Gruppen – selbst wählen können
   - ✓ Eine Frau als Gegenüber
   - ✓ Therapeut statt Therapeutin
   - ✓ ev. Männer- / Frauensitzungen

7. Ressourcen auf Patientenseite stärken
   - ✓ Emotionale Intelligenz/Selbstkontrolle
   - ✓ Inneres Empfinden besser kennenlernen
   - ✓ Momentane Verfassung (aktuelles Thema).
   - ✓ Mut
   - ✓ Probleme zu lösen und besser damit umzugehen
   - ✓ Selbstvertrauen.
   - ✓ Sie ansprechen, wenn man sie hat.
   - ✓ Sprechen mit Klarheit, nicht: aber, wenn, vielleicht
   - ✓ Thema einbringen

8. Vermeiden von direktem Aussprechen von Gefühlen
   - ✓ Es ist für mich allgemein schwierig.
   - ✓ gar nichts
   - ✓ schwierig
   - ✓ Glaube nicht viel, würde wieder alte Wunden aufreissen
   - ✓ Nur im "allgemeinen", nicht persönlich, auch hierbei kann ein persönl. Nutzen gezogen werden.
   - ✓ es nicht allzu direkt tun
   - ✓ es hilft schon, wenn man Gefühle zeigen kann, man muss nicht immer darüber sprechen.
   - ✓ sie zu zeigen

9. Keine Veränderungen bezüglich der Hilfsmittel notwendig
   - ✓ Da braucht es keine Hilfe.
   - ✓ Alles i.O.

- ✓ gut so
- ✓ i. O.
- ✓ Ist gut wie es ist.
- ✓ Ist zur Zeit durchaus möglich.
- ✓ Istzustand völlig in Ordnung
- ✓ Läuft bei uns in Gruppe + Einzel fast immer + alles über Gefühle ab.
- ✓ Nix. Geht ja.

10. Missings neu
    - ✓ .
    - ✓ Die Leute sind verschieden.
    - ✓ Entfällt
    - ✓ Weiss nicht
    - ✓ Weiss niicht

E2 Bevorzugte Ansprechpartner im Rahmen von Gefühlsäusserungen

KOMMENTAR

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig		138	69.0	69.0	69.0
	Alte vertraute Personen, Freunde...!	1	.5	.5	69.5
	Aufmerksamer	1	.5	.5	70.0
	Bekanntschaft	1	.5	.5	70.5
	bester Kumpel	1	.5	.5	71.0
	Bin mir etwas im Unklaren. Evtl. trifft auch Nr. 6 eher zu.	1	.5	.5	71.5
	Da mein Therapeut mich und meine Situation besser kennt als meine Mitpatienten/-innen.	1	.5	.5	72.0
	dito wie P. 9.4	1	.5	.5	72.5
	ditto (vgl. 6.15)	1	.5	.5	73.0
	Ehepartner	1	.5	.5	73.5
	eigene Frau wieder möglich	1	.5	.5	74.0
	Eigentlich mit allen Therapeut/Innen sowie viele Mitpatienten + -innen.	1	.5	.5	74.5
	Es muss für mich eine absolute Vertrauensperson sein aber weiblich	1	.5	.5	75.0
	Frauen vertraue ich allgemein mehr.	1	.5	.5	75.5
	Freundin.	1	.5	.5	76.0
	fühle mich verstanden	1	.5	.5	76.5
	Gleiche Erlebnisse	1	.5	.5	77.0
	Ich habe nichts zu verbergen	1	.5	.5	77.5
	Ich öffne mich der Allgemeinheit kaum	1	.5	.5	78.0

	In der gemischten Gruppe ist die Hemmung, sich zu zeigen, entblössen, am Grössten.	1	.5	.5	78.5
	je nach Fall Mann oder Frau	1	.5	.5	79.0
	Kann keine Antwort geben.	1	.5	.5	79.5
	kein Kommentar	1	.5	.5	80.0
	keine	1	.5	.5	80.5
	kenne ich nicht	1	.5	.5	81.0
	Mann zu Mann versteht man sich "besser".	1	.5	.5	81.5
	Männer verstehen Männer besser	1	.5	.5	82.0
	Meine beste Kollegin	1	.5	.5	82.5
	Meine Frau	1	.5	.5	83.0
	meine Partnerin	1	.5	.5	83.5
	mit allen, leider keine Frauen in Gruppe.	1	.5	.5	84.0
	Mit der Freundin oder in einem Einzel mit Freundin.	1	.5	.5	84.5
	Mit einem Kollegen.	1	.5	.5	85.0
	Mit einem Menschen meines Vetrauens	1	.5	.5	85.5
	Mit meiner Ehefrau	1	.5	.5	86.0
	mit meiner Familie	1	.5	.5	86.5
	Mit meiner Frau	1	.5	.5	87.0
	Mit meiner Frau.	1	.5	.5	87.5
	Mit meiner Freundin	1	.5	.5	88.0
	Mit nachstehender Kollegin	1	.5	.5	88.5
	mit Partnerin	1	.5	.5	89.0
	muss ihm vertrauen können	1	.5	.5	89.5
	Neutral gibt gute Ratschläge	1	.5	.5	90.0
	Neutralität	1	.5	.5	90.5
	ob Therapeut oder -in ist egal!	1	.5	.5	91.0
	Partner oder andere Bekannte.	1	.5	.5	91.5
	Partnerin	3	1.5	1.5	93.0
	Partnerin /+ Tochter	1	.5	.5	93.5
	Persönlichkeitsschutz	1	.5	.5	94.0
	rede nicht gerne über Gefühle	1	.5	.5	94.5
	Respekt, tiefer Befragung nach Gründen	1	.5	.5	95.0
	Selten	1	.5	.5	95.5
	siehe 9.4	1	.5	.5	96.0
	sofern Vertrauen da ist	1	.5	.5	96.5
	Ueber Gefühle kann ich mit Frauen besser reden.	1	.5	.5	97.0

um zu sehen wie Frauen fühlen	1	.5	.5	97.5
Vertrauen grösstmöglich	1	.5	.5	98.0
Vertrauensperson	1	.5	.5	98.5
Wenn Gefühle zur Sprache kommen und der, die sympathisch sind, keinProblem	1	.5	.5	99.0
Z.B. Bruder, Kollegen resp. Kolleg	1	.5	.5	99.5
zur Zeit mit meiner besten Kollegin	1	.5	.5	100.0
Gesamt	200	100.0	100.0	

Freies Antwortformat von [n=62 (15.5%)] in neue Kategorien überführen (✓= individuelle Antworten der VPN):

1. Vertrautes Umfeld: Freunde, Familie
   - ✓ Alte vertraute Personen, Freunde...!
   - ✓ Bekanntschaft
   - ✓ Mit einem Kollegen.
   - ✓ bester Kumpel
   - ✓ ditto (vgl. 6.15) (*Anmerkung: mit guten Freunden)
   - ✓ Meine beste Kollegin
   - ✓ zur Zeit mit meiner besten Kollegin
   - ✓ Mit nachstehender Kollegin
   - ✓ mit meiner Familie
   - ✓ Z.B. Bruder, Kollegen resp. Kolleg

2. PartnerIn
   - ✓ Ehepartner
   - ✓ Mit meiner Ehefrau
   - ✓ mit Partnerin
   - ✓ Partnerin (*Anmerkung: 3 Nennungen)
   - ✓ Meine Partnerin
   - ✓ Meine Frau
   - ✓ eigene Frau wieder möglich
   - ✓ Mit meiner Frau
   - ✓ Mit meiner Frau.
   - ✓ Mit meiner Freundin
   - ✓ Mit der Freundin oder in einem Einzel mit Freundin.
   - ✓ Freundin.

3. Frauen generell
   - ✓ Es muss für mich eine absolute Vertrauensperson sein aber weiblich
   - ✓ Frauen vertraue ich allgemein mehr.
   - ✓ Partnerin /+ Tochter
   - ✓ Ueber Gefühle kann ich mit Frauen besser reden.
   - ✓ um zu sehen wie Frauen fühlen

4. Männer generell
   - ✓ In der gemischten Gruppe ist die Hemmung, sich zu zeigen, entblössen, am Grössten
   - ✓ Mann zu Mann versteht man sich „besser“.

- ✓ Männer verstehen Männer besser

5. Therapeut
   - ✓ Da mein Therapeut mich und meine Situation besser kennt als meine Mitpatienten/-innen.
   - ✓ dito wie P. 9.4 (*Anmerkung =Im Einzelgespräch, ist er oder sie bereit, 2. dann in die Gruppe "einfliessen" lassen)

6. Geschlechts- und personenunspezifische Ansprechpartner
   - ✓ Eigentlich mit allen Therapeut/Innen sowie viele Mitpatienten + -innen.
   - ✓ je nach Fall Mann oder Frau
   - ✓ ob Therapeut oder -in ist egal!
   - ✓ Mit allen, leider keine Frauen in Gruppe
   - ✓ Partner oder andere Bekannte.

7. VPN ist sich über Präferenzen im Unklaren
   - ✓ Bin mir etwas im Unklaren. Evtl. trifft auch Nr. 6 eher zu
   - ✓ Ich habe nichts zu Verbergen
   - ✓ Kann keine Antwort geben.
   - ✓ kenne ich nicht

8. Niemandem
   - ✓ Ich öffne mich der Allgemeinheit kaum
   - ✓ rede nicht gerne über Gefühle
   - ✓ Selten
   - ✓ Keine

9. Unter bestimmten Bedingungen: Vertrauen, Sympathie, Neutralität, Respekt
   - ✓ Persönlichkeitsschutz
   - ✓ fühle mich verstanden
   - ✓ Mit einem Menschen meines Vertrauens
   - ✓ muss ihm vertrauen können
   - ✓ Gleiche Erlebnisse
   - ✓ Neutral gibt gute Ratschläge
   - ✓ Neutralität
   - ✓ Respekt, tiefer Befragung nach Gründen
   - ✓ sofern Vertrauen da ist
   - ✓ Vertrauen grösstmöglich
   - ✓ Vertrauensperson
   - ✓ Wenn Gefühle zur Sprache kommen und der, die sympathisch sind, keinProblem
   - ✓ Aufmerksamer

10. Missings neu
    - ✓ siehe 9.4 (*Anmerkung= Istzustand völlig in Ordnung)
    - ✓ Kein Kommentar

E3. Vorschläge zu Anpassungen gruppentherapeutischer Angebote im Rahmen von Gefühlsäusserungen

KOMMENTAR

Anhang E: Tabellen und Auswertungen der qualitativen Daten zu den „männlichen Lebenswelten“ und deren Rolle in der Suchttherapie (siehe 3.4.)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig		157	78.5	78.5	78.5
	"gemischte Gruppen" erziehlen abgerundete Erfahrungen	1	.5	.5	79.0
	Besser erklärt z.B. Abspalt, Männer tendenz offener mit Frauen	1	.5	.5	79.5
	Betrifft beide Geschlechter	1	.5	.5	80.0
	Das ist Privatsache	1	.5	.5	80.5
	Der Idealfall ist für mich, beide Seiten zu hören. Als Vorbereitung in Männergruppen Gefühls... sitzen.	1	.5	.5	81.0
	Die Lernbereitschaft u. Vertrauensbeweise an beide Geschlechter!	1	.5	.5	81.5
	Diskussion	1	.5	.5	82.0
	ditto (vgl. 6.16)	1	.5	.5	82.5
	eine wahre Besprechung gibt's nur unter Männern	1	.5	.5	83.0
	einfacher in gemischter Gruppe	1	.5	.5	83.5
	Es braucht ein Klima des Vertrauens und dass man nicht alleine dasteht.	1	.5	.5	84.0
	Es ist wichtig, auch die Gefühle der Frau zu hören.	1	.5	.5	84.5
	Frauen haben andere Gefühle.	1	.5	.5	85.0
	Frauen reden offener darüber	1	.5	.5	85.5
	Frauen sind geeignet für Gefühle der Gegenseite, (Antipode)	1	.5	.5	86.0
	geht keiner was an	1	.5	.5	86.5
	Gemischte Gruppen sind offener und toleranter	1	.5	.5	87.0
	Im Gruppentherapie für mich nicht möglich.	1	.5	.5	87.5
	Interessant wie es anderen geht	1	.5	.5	88.0
	Ist gut so wie's ist	1	.5	.5	88.5
	Ist zur Zeit in der Gruppe möglich.	1	.5	.5	89.0
	keine	1	.5	.5	89.5
	Keine Bereitschaft, in der Gruppe über meine Gefühle zu sprechen.	1	.5	.5	90.0
	KeineGruppen einzeln mit Männern möglich	1	.5	.5	90.5
	Kommt auf die Personen an, dabei spielt es keine Rolle, ob männlich oder weiblich	1	.5	.5	91.0

Leider hier nicht möglich da nur Männer sind die (ev.) gesunde Partnerin haben	1	.5	.5	91.5
m.E. keine Trennung der Geschlechter nötig	1	.5	.5	92.0
Männe verstehen Männer besser	1	.5	.5	92.5
Männer gruppe gewohnt, vorgespräche zwischen Therapiezeit (Freizeit, auf der Stube)	1	.5	.5	93.0
Männer wie Frauen haben Gefühle!	1	.5	.5	93.5
mich interessieren die anderen auch nicht wieso sollten sie sich für mich interessieren	1	.5	.5	94.0
mit allen leider keine Frauen in Gruppe.	1	.5	.5	94.5
nicht in Gruppentherapie	1	.5	.5	95.0
reden mit allen	1	.5	.5	95.5
schon erlebt hier, ging gut, befriedigend	1	.5	.5	96.0
siehe 9.4	1	.5	.5	96.5
übersichtliche Gruppe	1	.5	.5	97.0
Um etwelche Hemmschwellen bei anderen Patienten zu überwinden	1	.5	.5	97.5
Verschiedene Meinungen.	1	.5	.5	98.0
vive la différence!	1	.5	.5	98.5
Weil Männer unter sich selten über Gefühle reden.	1	.5	.5	99.0
wie 9.5	1	.5	.5	99.5
zuviele verschiedene Patienten	1	.5	.5	100.0
Gesamt	200	100.0	100.0	

Freies Antwortformat von [n=43 (10.8%)] in neue Kategorien überführen (✓= individuelle Antworten der VPN):

1. Gemischte Gruppen
   - ✓ "gemischte Gruppen" erziehlen abgerundete Erfahrungen
   - ✓ Besser erklärt z.B. Abspalt, Männer tendenz offener mit Frauen
   - ✓ Betrifft beide Geschlechter
   - ✓ Der Idealfall ist für mich, beide Seiten zu hören. Als Vorbereitung in Männergruppen Gefühls... sitzen.
   - ✓ Die Lernbereitschaft u. Vertrauensbeweise an beide Geschlechter!
   - ✓ einfacher in gemischter Gruppe
   - ✓ Es ist wichtig, auch die Gefühle der Frau zu hören.
   - ✓ Frauen sind geeignet für Gefühle der Gegenseite, (Antipode)
   - ✓ Gemischte Gruppen sind offener und toleranter
   - ✓ Kommt auf die Personen an, dabei spielt es keine Rolle, ob männlich oder weiblich
   - ✓ mit allen leider keine Frauen in Gruppe.
   - ✓ reden mit allen
   - ✓ Leider hier nicht möglich da nur Männer sind die (ev.) gesunde Partnerin haben
   - ✓ m.E. keine Trennung der Geschlechter nötig

- ✓ wie 9.5 (*Anmerkung= Ueber Gefühle kann ich mit Frauen besser reden.)

2. Reine Männergruppen
   - ✓ eine wahre Besprechung gibt's nur unter Männern
   - ✓ Männe verstehen Männer besser
   - ✓ Männer gruppe gewohnt, vorgespräche zwischen Therapiezeit (Freizeit, auf der Stube)

3. Gruppentherapie generell (unabhängig ob gemischt oder geschlechtsspezifsch)
   - ✓ Interessant wie es anderen geht
   - ✓ Ist zur Zeit in der Gruppe möglich.
   - ✓ Verschiedene Meinungen.
   - ✓ ditto (vgl. 6.16) (*Anmerkung=Kommt nicht auf die Gruppe an, sobald das Thema angesprochen wird, wird es angesprochen)

4. Gruppentherapie mit spezifischen Rahmenbedingungen: Vertrauen, Übersichtlichkeit, Ähnlichkeit
   - ✓ Es braucht ein Klima des Vertrauens und dass man nicht alleine dasteht.
   - ✓ übersichtliche Gruppe
   - ✓ Um etwelche Hemmschwellen bei anderen Patienten zu überwinden
   - ✓ siehe 9.4 (*Anmerkung= Gleichgesinnte finden. Manchmal grosse Unterschied vom Intellekt her.)

5. Keine Gruppentherapie
   - ✓ Im Gruppentherapie für mich nicht möglich.
   - ✓ Keine
   - ✓ KeineGruppen einzeln mit Männern möglich
   - ✓ Keine Bereitschaft, in der Gruppe über meine Gefühle zu sprechen.
   - ✓ nicht in Gruppentherapie
   - ✓ mich interessieren die anderen auch nicht wieso sollten sie sich für mich interes-sieren
   - ✓ zuviele verschiedene Patienten

6. Kommentar nicht zuordbar
   - ✓ Das ist Privatsache
   - ✓ Diskussion
   - ✓ Frauen haben andere Gefühle.
   - ✓ Frauen reden offener darüber
   - ✓ geht keiner was an
   - ✓ Ist gut so wie's ist
   - ✓ schon erlebt hier, ging gut, befriedigend
   - ✓ vive la différence!
   - ✓ Weil Männer unter sich selten über Gefühle reden.
   - ✓ Männer wie Frauen haben Gefühle!