

Männer, Geschlechtsrollenorientierung und -identität in der stationären Alkoholismusbehandlung*

Harald Klingemann**, **Veronica Gomez*****, **Peter Eggli******, **Monika Schlüsselberger*******

Zusammenfassung

Die Erfassung genderrelevanter Aspekte wie Geschlechtsrollenorientierung und Geschlechtsrollenstress in einer Klinikpopulation und in einer vergleichbaren Bevölkerungsstichprobe in der Schweiz ermöglicht erstmals einen Gruppenvergleich bezüglich der Annahme, dass langjährige Alkoholkarrieren mit Genderaspekten kovariieren und zu Abweichungen vom Bevölkerungsdurchschnitt führen. 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 früheren Studien, welche darauf hindeuten, dass männliche Alkoholpatienten sowohl bei maskulinen (zum Beispiel instrumentellen), als auch bei femininen (zum Beispiel expressiven) Persönlichkeitseigenschaften unterdurchschnittliche Ausprägungen aufweisen.

* Auszüge aus dem Schlussbericht „Geschlechtsrollenorientierung und maskuline Identität. Dimensionalität und Therapierelevanz bei Patienten in der stationären Suchttherapie“ zuhanden der Schweizerischen Stiftung für Alkoholforschung (SSA), Dezember 2008.

Im Rahmen des folgenden Beitrages konnten die Untersuchungsteile, welche die Bedeutung von Männerthemen wie Arbeit, Sexualität und Gewalt innerhalb und ausserhalb der Therapie aufgreifen sowie einschlägige Präferenzen hinsichtlich der Therapiemodalitäten aus Platzgründen nicht berücksichtigt werden (vgl. hierzu Klingemann & Gomez 2010).

** Dr. rer.pol., Dr. h.c., Leiter Forschung und Entwicklung, Südhang – Kompetenzzentrum für Mensch und Sucht

*** Dr. phil., Projektleiterin, Abteilung für Entwicklungs- und Persönlichkeitspsychologie, Fakultät für Psychologie, Universität Basel

**** Dr. phil., Leiter Wissenschaft und Diagnostik, Forel Klinik

***** M.Sc., Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Forel Klinik

Männergesundheit im Allgemeinen und mÄnnerspezifische Aspekte selbstschÄdigenden Verhaltens im Besonderen sind lange vernachlÄssigte Themen und haben erst im ¼bergeordneten Rahmen des Gendermainstreaming an Bedeutung gewonnen. Im Rahmen der WHO-Strategie „Integrating Gender Perspectives in the Work of WHO“ wird die Bedeutung sozial konstruierter Rollen – im Unterschied zur biologischen Geschlechtszugeh¼rigkeit – f¼r eine gerechte und bed¼rfnisangepasste Gesundheitsversorgung als zentral anerkannt (WHO, 2002).

Dass mÄnnliche Sucht mit der mÄnnlichen Rolle verkn¼pft ist (Hollstein, 1993) und Trinken in einem besonders engen Bezug zu Merkmalen eines traditionellen VerstÄndnisses der MÄnnerrolle steht, wird schon seit lÄngerer Zeit vermutet. Aus der 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 st¼sst man in diesem Zusammenhang auf den Ausdruck „*doing gender with drugs*“: Der trinkende Mann setzt den Alkohol als Instrument zur Herstellung von MÄnnlichkeit ein. Nach St¼ver (2004) gibt der intensive Konsum von Drogen den MÄnnern die M¼glichkeit zum Erleben von Unverletzlichkeitsfantasien und Gr¼ssenwahn, Zusammengeh¼rigkeit in MÄnnergruppen, Abgrenzungsm¼glichkeit zu Frauen und Demonstration von StÄrke und Macht, was zur Herstellung und ¼ffentlichen Äusserung von MÄnnlichkeit genutzt werden kann. Viele FunktionalitÄten des Rausches konzentrieren sich darauf, Macht auszu¼ben, sowohl ¼ber Frauen, wie auch ¼ber Geschlechtsgenossen. In diesem Kontext beinhaltet der Rausch hÄufig Regelverletzungen, Tabubruch, Abbau von Blockaden und Erh¼hung von Risikobereitschaft (St¼ver, 2004).

Innerhalb des Versorgungsangebotes im Suchtbereich sind mÄnnerspezifische TherapiemodalitÄten trotz des offensichtlichen Zusammenhangs zwischen MÄnnlichkeit und Sucht und der Tatsache, dass MÄnner in der stationÄren Alkoholbehandlung die gr¼sste Patientengruppe bilden, kaum ein Thema. Auch fehlen empirische Grundlagen weitgehend (vgl. Klingemann, 2007). Gleichzeitig weisen erste Befunde auf die VernachlÄssigung wichtiger Therapiebed¼rfnisse von MÄnnern im aktuellen Therapieangebot hin (vgl. Edel et al., 2007).

Im Folgenden werden zunÄchst zentrale Aspekte der Konzeptualisierung von „Gender“ als Voraussetzung f¼r eine empirische Vorgehensweise nÄher eingegrenzt. Im Methodenteil werden kurz die Messinstrumente vorgestellt und eine Beschreibung der Patienten- und Bev¼lkerungsstichproben geleistet. Der Ergebnisteil ist ¼ber weite Strecken beschreibend angelegt – handelt es sich doch um die erste Studie dieser Art in der Schweiz ¼berhaupt – und greift folgende zentrale Frage auf:

Sind mÄnnliche Alkoholpatienten anders als „normale MÄnner“? (Gruppenvergleich Klinik vs. Gesamtbev¼lkerung). 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 Folgekohortenstudien weiter geklÄrt werden.

Maskulinität – Gesundheit – Sucht: zentrale Konzepte

Geschlechtsrollenbezogenes Selbstkonzept

Das **geschlechtsrollenbezogene Selbstkonzept** (Hannover, 1997) meint die allgemeine Selbsteinschätzung maskuliner oder femininer Eigenschaften. Aus Forschungsbefunden ergeben sich als charakteristisch männliche Persönlichkeitseigenschaft „*Instrumentalität*“ und als weiblicher Aspekt die „*Expressivität*“ (Sieverding & Alfermann, 1992). Eine interessante Typologie des Rollen-Selbstverständnisses von Männern beschreiben Schneider-Düker und Kohler (1988). Anhand von Aussagen zur Selbstzuschreibung von geschlechtstypisch maskulinen (z.B. furchtlos, sachlich, sicher und ehrgeizig) und femininen Eigenschaften (z.B. abhängig, fröhlich, romantisch und weichherzig) ergeben sich unterschiedliche Ausprägungen auf der Dimension Instrumentalität (Männlichkeit [M]) bzw. Expressivität (Feminität [F]).

Daraus 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 **androgyn 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 männliche Eigenschaften, sondern beschreibt sich als feinfühlig, empfindsam und weichherzig. „*Softies*“ sind keine Avantgardisten. Der **androgyn 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).

+ / + (hohe M-Werte / hohe F-Werte) Androgyn Mann (sowohl Macho als auch Softie)	+ / - (hohe M-Werte / tiefe F-Werte) Maskuliner Mann „Macho“
- / + (tiefe M-Werte / hohe F-Werte) Femininer Mann „Softie“	- / - (tiefe M-Werte / tiefe F-Werte) Undifferenzierter Mann (weder Macho noch Softie)

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

Sieverding und Alfermann (1992) glauben, dass maskuline Eigenschaften für psychische Anpassung und Gesundheit eine hohe Bedeutung haben, dass aber feminine Funktionen zusätzlichen Nutzen bringen, insbesondere für die Qualität von sozialen Beziehungen und sozialem Handeln. Die neuere For-

schung 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 et al., 2004). Thomas (2004, S. 259) macht 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, damit in der Folge negative Gefühlszustände möglichst vermieden werden können. 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).

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 Selbstkonzept und *geschlechtstypischem Verhalten* fest, wobei die Vorhersage solcher Verhaltensweisen besonders gut in Situationen war, in denen instrumentelle oder expressive Qualitäten gefordert sind.

Geschlechtsrollenorientierung

Während sich die geschlechtsrollenbezogenen Einstellungen auf das Selbstbild einer Person beziehen, umfasst die *Geschlechtsrollenorientierung* Werthaltungen (beliefs) darüber, wie sich Männer und Frauen zu verhalten haben (Spence et al., 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 Menschen und weniger gebildete Personen traditionellere Erwartungen äussern als Frauen, jüngere Personen und Personen mit höherer Bildung. Thompson und Pleck (1986) extrahierten drei Faktoren von Geschlechtsrollenorientierung: Der erste Faktor kann als Einstellung betreffend der

Notwendigkeit eines Mannes beschrieben werden, stets Status anzuvisieren und den Respekt anderer zu erlangen. Er wird „*Status Norm*“ genannt. Der zweite Faktor umfasst Erwartungen, inwieweit Männer mental, emotional und auch körperlich stark und selbstbewusst sein sollen und wird daher „*Toughness Norm*“ genannt. Der dritte Faktor beinhaltet die Vorstellung, dass Männer typisch feminine Aktivitäten, Berufe und sonstige Tätigkeiten meiden sollten und wird dementsprechend „*Antifemininity Norm*“ genannt.

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.

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. Für den *Suchtbereich* konnte nachgewiesen werden, dass Männer mit hohem Geschlechtsrollenstress ein erheblich ungünstigeres Trinkverhalten aufweisen (Isenhardt, 1993).

Methodik

In die Untersuchungsstichproben wurden 2007/2008 je 100 männliche Patienten (Patientenstichprobe) der beiden grössten Schweizer Alkohol-fachkliniken (Südhang, Forel-Klinik) und 200 Männer aus der Allgemeinbevölkerung (Bevölkerungs/Kontrollstichprobe) einbezogen.

Patientenstichprobe

Bei den Patienten wurde neben der Erfassung *demografischer Hintergrundvariablen*, (welche dem routinemässigen Patientenmonitoring *act-info* entnommen wurden, damit Vergleichsmöglichkeiten erhalten bleiben), auch geeignete Skalen zur Erfassung des *geschlechtsrollenbezogenen Selbstkonzepts* (deutsche Version des Bem Sex Role Inventory (BSRI; Bem, 1974) von Schneider-Düker und Kohler, 1988), der *Geschlechtsrollenorientierung*

(deutsche Version der Male Role Norm Scale (MRNS); Thompson & Pleck, 1986 von Thiele et al., 2001) und des *männlichen Geschlechtsrollenstress* (Gender Role Stress Scale (GRS) von Eisler und Skidmore, 1987) eingesetzt.

Als Outcome-Variablen dienten die angegebene *Therapiezufriedenheit* (anhand des Client Satisfaction Questionnaire – CSQ-8) sowie die *Prognose der Therapeutinnen und Therapeuten* und die *Anzahl Rückfälle* während der stationären Therapie (letztere zwei wiederum aus dem nationalen Patientenmonitoring act-info).

Bevölkerungs-/Kontrollstichprobe

Die hier ausgewählten 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 (s. Tabelle 1). 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 et al., 2000). Diese repräsentative Umfrage wurde durch ein Meinungsforschungsinstitut (gfs Zürich) durchgeführt. (Eine genauere Beschreibung der Methodik und Stichprobe kann dem Forschungsbericht entnommen werden.)

	Klinische Stichprobe % (n)	Bevölkerungstichprobe % (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 1: Verteilung der Matchingvariablen in der klinischen und in der Bevölkerungstichprobe.

Allgemeine Dimensionen der Maskulinität im Gruppenvergleich

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 2), die in etwa mit denjenigen aus der Originalquelle vergleichbar sind.

Gemäss *einer der zentralen Hypothesen* wurde angenommen, dass *geschlechtsrollenbezogenes Selbstkonzept* (BSRI) und *Geschlechtsrollenorientierung* (MRNS) folgendermassen korrelieren: Hohe Maskulinitätswerte (BSRI m) gehen mit traditionelleren maskulinen Rollenorientierungen einher (MRNS), wohingegen feminine Charaktereigenschaften keinen Zusammenhang aufweisen. Wie Tabelle 2 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 in der klinischen und Bevölkerungsstichprobe ist allerdings nicht durchgängig gegeben.

	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 2: Skaleninterkorrelationen für die Gesamtstichprobe (N=398) sind unterhalb der Diagonalen abgebildet. Skalenreliabilitäten (Cronbach's Alpha) sind der Diagonalen entlang kursiv 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.

Vergleich Patienten- und Bevölkerungsstichprobe

Mit einer weiteren Hypothese wurde postuliert, 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 et al., 1999);
- über mehr männlichen *Geschlechtsrollenstress* berichten (höhere MGRS-Werte);
- tiefere Maskulinitäts- (Instrumentalitäts-) und Feminitätswerte (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 und Altersgruppe als unabhängige Variablen zeigen (siehe Tabellen 3 und 4): Zwar zeigt die Patientenstichprobe tendenziell traditionellere Rollenorientierungen (MRNS), ohne jedoch statistisch signifikant zu sein. Beim geschlechtsbezogenen Selbstkonzept BSRI hingegen liegen annahmagemäss tatsächlich geringere Maskulinitäts- und Feminitätswerte vor; erstere erreichen Signifikanzniveau (vgl. Tabelle 4). 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 Prozent, vgl. untere Hälfte Tabelle 3 und Abbildung 5 weiter unten), während der ausgeglichene androgyne Männertyp, aber auch der Macho relativ häufiger in der Gesamtbevölkerung auftritt (35 Prozent in der Bevölkerung vs. 28 Prozent in der Patientenstichprobe bzw. 19 vs. 13 Prozent). 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). Für die Klinikpopulation ist somit gewissermassen „der Mann ohne geschlechtsbezogene Eigenschaften“ charakteristisch, der jedoch bezüglich des Erlebens maskulinen Rollenstress 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 Eigenschaf-

ten würde in diesem Falle somit auf eine gleichmässige Wiedererlangung des „abhanden gekommenen geschlechtsrollenbezogenen Selbstbildes“ hinauslaufen. 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	Bevölkerung
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
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 3: 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 der Geschlechtsrollenorientierung MRNS weist zusätzlich darauf hin, dass – unabhängig von der Stichprobenzugehörigkeit – jüngere Männer unter höherem Geschlechtsrollenstress leiden und weniger ausgeprägte traditionelle Rollenorientierungen

aufweisen als ältere Untersuchungsteilnehmer (vgl. Tabelle 4 und Abbildungen 2 und 4). 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 hochsignifikant (vgl. Abbildung 3; 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 *Antifeminity 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 4. 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. # $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.*

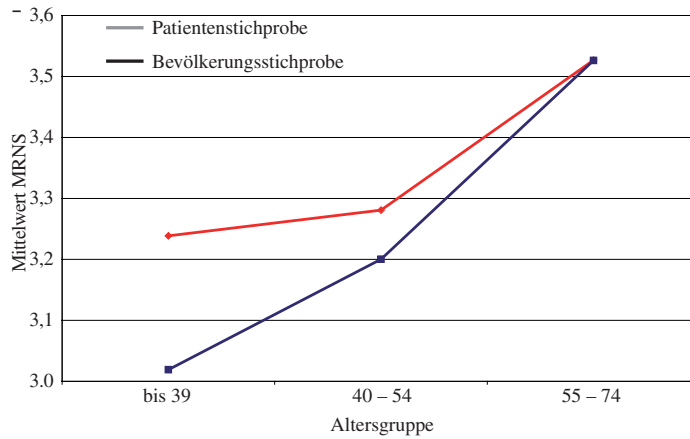


Abbildung 2. Männliche Geschlechterrollenorientierung (Gesamtwert) in Abhängigkeit von der Stichprobenzugehörigkeit und Alter (Haupteffekt Alter: $F(2,392)=5.68, p < .01$)

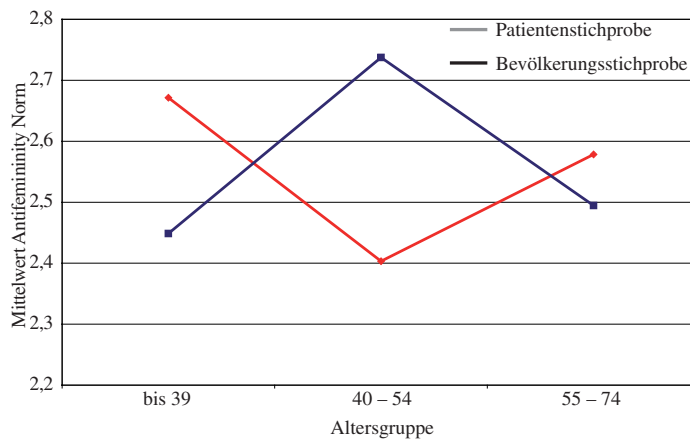


Abbildung 3. Männliche Geschlechterrollenorientierung – Antifemininity Norm in Abhängigkeit von der Stichprobenzugehörigkeit und Alter (Gruppe X Alter Interaktion $F(2,392)=3.06, p < .05$).

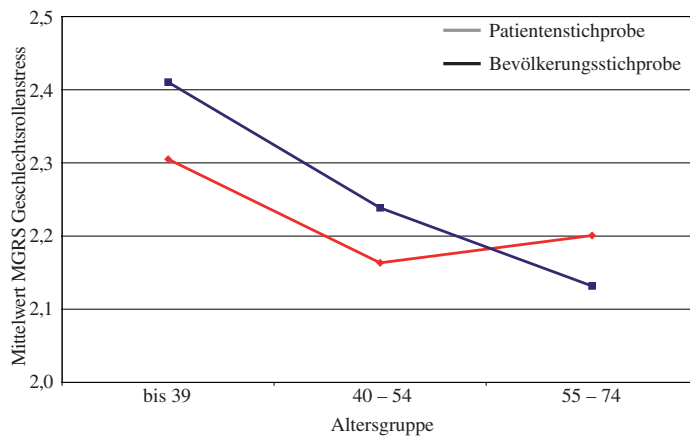


Abbildung 4. Männlicher Geschlechtsrollenstress in Abhängigkeit von der Stichprobenzugehörigkeit und Alter (Trend für Haupteffekt Alter: $F(2,392)=2.78, p < .10$).

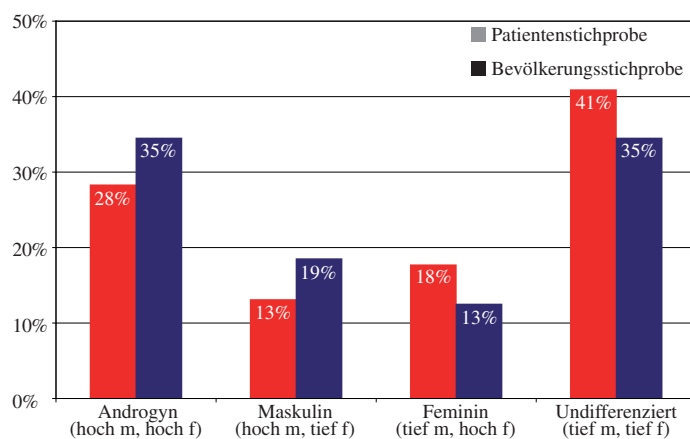


Abbildung 5: Männertypologie getrennt für die Patienten- und Bevölkerungsstichprobe (androgynen Mann, maskuliner Mann, femininer Mann, undifferenzierter Mann). Signifikanztestung mittels Chi-quadrat-Test, $\chi^2(3)=5.89, p = .12, n.s.$

Um zu überprüfen, inwieweit diese Ergebnisse des Gruppenvergleiches möglicherweise durch eine partielle alkoholbezogene *Problembelastung in der Kontrollgruppe* 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). Neben dem wiederum signifikanten Altershaupteffekt, $F(2,356)=16.78, p < .001$ (vgl. Tabelle 4 und Abbildung 2), ist auch der Stichprobenzugehörigkeitshaupteffekt tendenziell signifikant, $F(1,356)=3.60, p = .06$, und stützt die Annahme, dass Männer mit Alkoholproblematik eine traditionellere Geschlechtsrollenorientierung in Bezug auf Statuswerte aufweisen als Männer ohne Alkoholbelastung aus der Kontrollstichprobe.

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 Stigmatisierungseffekte auslöst. Damit stellt sich die Frage, ob sich Suchtschwere und Behandlungserfahrung 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.

Hochinteressant mit Blick auf das Versorgungssystem sind jedoch folgende genderrelevanten Teilbefunde (Tabelle 5): Ein maskulines Selbstkonzept (anhand des BSRI-Maskulinitätswerts) steht zumindest tendenziell mit Behandlungserfahrung in Beziehung: Je maskuliner das Selbstbild, desto seltener liegt Behandlungserfahrung vor. Die Geschlechtsrollenorientierung kovariiert mit der Anzahl Entzüge vor Eintritt: je traditioneller die Geschlechtsrollenorientierung (hinsichtlich 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.

	Behandlungs- erfahrung	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 5. Korrelationen zwischen Geschlechtsrollenorientierung, geschlechtsbezogenem Selbstkonzept, Geschlechtsrollenstress und der Suchtschwere anhand der Behandlungserfahrung, der Anzahl Entzüge 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 Entzüge vor Eintritt (nie / 1 Mal / 2-3 Mal / > 3 Mal); Parametrische Korrelationen (Pearson) für AUDIT und CAGE.

MRNS Ges = Male Role Norm Scale Gesam

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.

Therapiezufriedenheit und Behandlungserfolg in Abhängigkeit von 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 Beziehung zu hier interessierenden Genderaspekten und dem Therapieerleben der befragten männlichen Patienten überprüft werden, nämlich Therapiezufriedenheit, Rückfälle während der Behandlung, Behandlungsabschluss und therapeutische Erfolgsprognose. Therapiezufriedenheit wurde anhand des CSQ-8 (Client Satisfaction Questionnaire) erhoben.

a) Therapiezufriedenheit

Die *BSRI Maskulinitätsskala* und der *Gesamtzufriedenheitsmittelwert* korrelieren positiv mit $rp = .22$, $p < .01$. Auf Einzelitemebene ergeben sich folgende Zusammenhänge: Je maskuliner das Selbstkonzept, desto eher würden die Patienten die Klinik an einen Freund weiterempfehlen ($rp = .24$, $p < .01$), desto eher geben sie an, dass die Behandlung hilfreich ist, um Probleme in den Griff zu bekommen ($rp = .23$, $p < .01$) und desto eher würden sie wieder in die Klinik kommen, wenn sie später wieder Hilfe brauchen sollten ($rp = .21$, $p < .01$).

Es zeigt sich somit, dass je maskuliner das Selbstbild ausfällt, desto zufriedener sind die Männer mit dem aktuellen Therapieangebot; die Feminitätsskala korreliert hingegen nicht mit der Therapiezufriedenheit (mit Ausnahme einer knapp signifikanten Korrelation zwischen BSRI Feminitätsskala und Item „Hilft Ihnen die Behandlung, Ihre Probleme wirksamer in den Griff zu bekommen?“ $rp = .14, p < .05$). Dem „Aufbau“ der Männlichkeit sollte daher, angesichts der insgesamt schwachen Ausprägung sowohl männlicher als auch weiblicher Selbstbildattributionen, eine wichtige Bedeutung zukommen.

Auf der Ebene des *maskulinen Geschlechtsrollenstress* ergibt sich eine negative Korrelation ($rp = -.16, p < .05$) mit der globalen Zufriedenheitseinschätzung mit der Therapie („Alles in allem, wie zufrieden sind Sie mit der Therapie, die Sie hier erhalten?“). Je mehr Geschlechtsrollenstress also empfunden wird, desto unzufriedener sind die männlichen Patienten mit dem aktuellen Therapieangebot. Dieser Zusammenhang erscheint plausibel, weil die Patienten mit höherem Geschlechtsrollenstress die Relevanz männerspezifischer Therapieziele eher bejahen und daher männerspezifische Therapieangebote vermissen.

b) Prognose nach Abschluss der Therapie

Zieht man die bereits eingeführte Männertypologie (androgyn, maskuliner, femininer und undifferenzierter Männertyp) heran und setzt diese zur Austrittsprognose in Beziehung so zeigt sich (siehe Abbildung 6), dass dem therapiezufriedenen maskulinen Mann mit ausgeprägtem maskulinen Selbstbild bei gleichzeitig niedrigen Feminitätswerten tendenziell zumindest eine bessere Prognose ausgestellt wird (der χ^2 Test ist jedoch nicht signifikant: $\chi^2(9)=5.37, p = .80$).

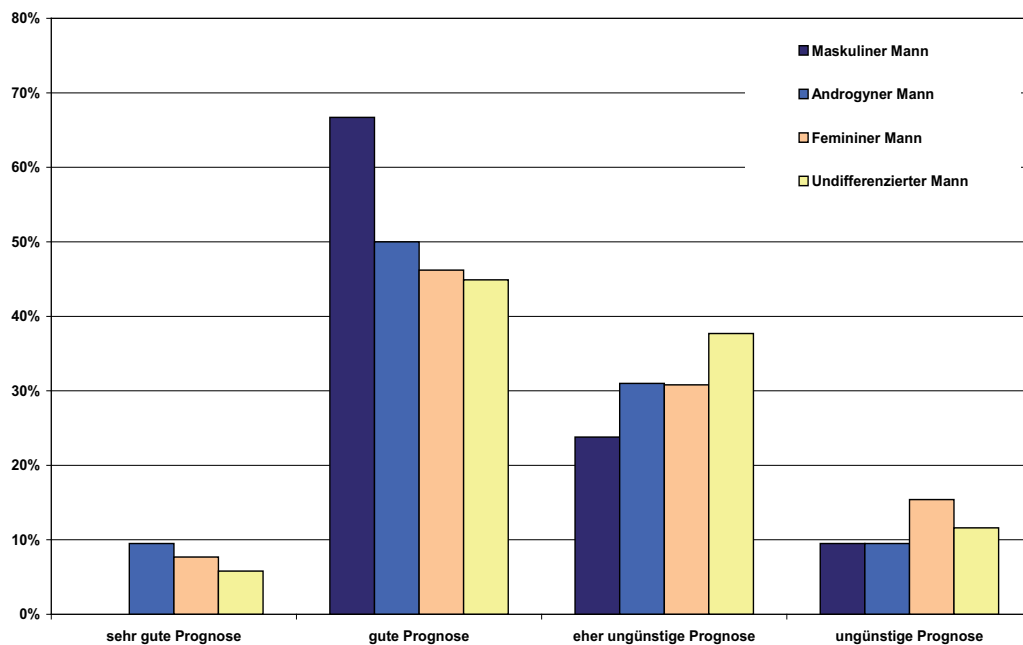


Abbildung 6: Therapeutische Prognose in Abhängigkeit der Männertypologie.

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

Sogenannte genderspezifische Studien in der Suchtforschung stellen in der Regel auf das biologische Geschlecht ab, ohne Genderaspekte zu messen. Die vorliegende Studie zeigt, wie heterogen Frauen- und Männergruppen sind. Im Einzelnen erweist sich insbesondere Geschlechtsrollenstress 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 Verlaufsstudien weiter geklärt werden.

Literatur

- Archer, J. (1989). The relationship between gender-role measures: A review. *British Journal of Social Psychology*, 28, 173-184
- Brogan, D., & Kutner, N. (1976). Measuring sex-role orientations: A normative approach. *Journal of Marriage and The Family*, 38, 31-40.
- 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.
- Fett, A. (Ed.). (1996). *Männer - Frauen - Süchte*. Freiburg: Lambertus.
- 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.
- 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.
- Klingemann, H. (2007): Männer in kritischen Lebenslagen: Analysen und Ansätze für Behandlung und Prävention. *Suchttherapie*, 8, 95 – 102.
- Klingemann, H., Gomez, V. (2010). Masculinity issues in addiction treatment in Swiss inpatient alcohol programs: bringing men's treatment needs back to the research agenda. *Journal of men's health*, Vol 7, No. 3, 211 - 220

- Krampen, G. (1979). Eine Skala zur Messung der normativen Geschlechtsrollen-Orientierungen (GRO-Skala). *Zeitschrift für Soziologie*, 8, 254-266.
- 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.
- Mulford, H. A. (1977). Women and men problem drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 38, 1624-1639.
- 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.
- 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.
- Schneider-Düker, M., & Kohler, A. (1988). Die Erfassung von Geschlechtsrollen. Ergebnisse zur deutschen Neukonstruktion des Bem Sex-Role Inventory. *Diagnostica*, 34, 256-270.
- Sieverding, M. & Alfermann, D. (1992). Instrumentelles (maskulines) und expressives (femines) Selbstkonzept: Ihre Bedeutung für die Geschlechtsrollenforschung. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 23, 6-15.
- 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. *Sucht-Magazin*, 5, 3-12.
- Thiele, A., Ottermann, C., Degenhardt A. (2001). Maskuline Normorientierung, Sensation Seeking und Aggressivität bei postadoleszenten Männern. Validierung der "Male Norm Role Scale, MRNS"
- 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
- 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
- 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, 31-40.
- Williams, J. E. & Best, D. L. (1990). *Sex and Psyche*. London: Sage.

Korrespondenzadresse

Harald Klingemann, Südhang – Kompetenzzentrum für Mensch und Sucht, Südhang 1, 3038 Kirchlindach, Tel. 031 828 14 14
E-Mail: harald.klingemann@suedhang.ch

Résumé

La prise en compte des aspects pertinents au sexe, tels que l'orientation et le stress du rôle sexuel dans une population clinique et dans un échantillon de population comparable en Suisse permet pour la première fois de faire une comparaison de groupe concernant l'hypothèse selon laquelle les addictions à l'alcool depuis de longues années co-varient selon les aspects sexuels et conduisent à des divergences par rapport à la moyenne de la population. Les données présentes tendent à corroborer la thèse selon laquelle l'échantillon de patients présente des orientations plus traditionnelles par rapport à la population. Le résultat principal de la comparaison de population est cependant l'empreinte significativement moins marquée de l'image de soi masculine, qui a tendance à s'accompagner de valeurs plus basses pour les propriétés féminines. Ce résultat se recoupe avec des données d'études antérieures, indiquant que les patients alcooliques masculins présentent, non seulement pour les propriétés liées à la personnalité masculine (par exemple instrumentales) mais aussi pour celles liées à la personnalité féminine (par exemple expressives) des caractéristiques inférieures à la moyenne.

Summary

The documentation of gender-relevant factors, such as gender role orientation and gender role stress, in a hospital population and in a comparable general population sample in Switzerland, makes it possible for the first time to undertake a group comparison with regard to the assumption that alcohol consumption over many years shows covariance with gender-related factors and leads to deviations from the population mean. The available data show at least a tendency to support the assumption that the patient sample shows more traditional role orientations than the general population sample does. However, the central finding of the comparison between these populations was a significantly lower degree of masculine self-image accompanied by a tendency to lower values for feminine traits. This is consistent with findings of earlier studies that suggest that male alcoholic patients have below-average scores for both masculine (e.g. instrumental) and feminine (e.g. expressive) personality traits.