



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Arbeit

Geschlechterrollenorientierung und Therapieform bei drogenabhängigen Frauen in Haft

Verfasserin

Valerie Wiener

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag.rer.nat.)

Wien, im April 2014

Studienkennzahl:	298
Studienrichtung:	Psychologie
Betreuerin:	emer. o. Univ.-Prof. Dr. Ilse Kryspin-Exner

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere hiermit, dass ich die Diplomarbeit selbstständig, ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel, verfasst wurde. Alle Ausführungen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Des Weiteren bestätige ich, dass die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt wurde.

Wien, am _____

Name_____

DANK

In erster Linie möchte ich mich bei meiner Familie und meinen Freunden bedanken, die mir in dieser langen und intensiven Zeit zur Seite gestanden sind, mich emotional unterstützt und stets ermutigt haben, weiterzumachen, selbst wenn die Situation ausweglos schien.

Insbesondere möchte ich meiner Schwester danken, die mit ihren Tipps und Anregungen das Fortschreiten meiner Arbeit erleichtert hat. Durch etwaige fachliche Diskussionen haben sich oftmals neue Anknüpfungspunkte ergeben, die mir geholfen haben, mein Diplomarbeitsthema von vielen verschiedenen Seiten zu beleuchten.

Meinem Stiefvater möchte ich danken, dass er mir vor allem in juristischen Belangen mit seinen Fachkenntnissen zur Seite gestanden ist. Außerdem möchte ich ihm sowie meiner Mutter und meinem Partner danken dass sie all meine diplomarbeitsbedingten Stimmungsschwankungen erduldet haben und stets an mich geglaubt haben.

Den MitarbeiterInnen des psychologischen Dienstes der JA Josefstadt möchte ich danken, dass sie mir die Durchführung meiner empirischen Studie ermöglicht haben, indem sie sowohl die Rekrutierung der Stichprobe als auch die einzelnen Untersuchungstermine organisiert haben.

Ich möchte meiner Diplomarbeitsbetreuerin Frau emer. o. Univ.-Prof. Dr. Ilse Kryspin-Exner für die Möglichkeit danken, meiner Forschungsfrage trotz ungünstiger Bedingungen, wie etwa die Erreichbarkeit der Stichprobenteilnehmerinnen, nachzugehen und auch dafür, dass sie mich durch ihre fachliche Kompetenz bei dem Prozess unterstützend begleitet hat.

Letztlich möchte ich mich bei allen Frauen bedanken, die an meiner Untersuchung teilgenommen und diese dadurch erst möglich gemacht haben. Ich wünsche ihnen auf diesem Weg alles Gute für die Zukunft.

INHALTSVERZEICHNIS

I EINLEITUNG	- 1 -
II THEORIE	- 5 -
1 SELBSTKONZEPT UND GESCHLECHT	- 6 -
1.1 Selbst.....	- 6 -
1.2 Sozialisation.....	- 7 -
1.3 Geschlechterrolle	- 8 -
1.3.1 Ausprägungen der weiblichen Geschlechterrolle.....	- 10 -
1.3.1.1 Frauen und Reproduktionsarbeit.	- 11 -
1.3.1.2 Frauen und Erwerbstätigkeit.	- 12 -
1.3.1.3 Frauen und Körper/ Sexualität.	- 13 -
1.3.1.4 Frauen und Beziehungen.....	- 15 -
1.3.1.5 Frauen und Sozialverhalten.	- 17 -
1.3.1.6 Stereotype weibliche Eigenschaften.	- 18 -
1.3.1.7 Auswirkungen der Frauenrolle auf Mädchen und Frauen.....	- 20 -
1.4 Geschlechtsidentität	- 22 -
1.5 Erziehung zur Abhängigkeit	- 23 -
1.5.1 Beziehung zu Männern	- 24 -
1.5.2 Beziehung zum weiblichen Selbst	- 25 -
1.6 Resilienz- und Risikofaktoren.....	- 26 -
2 SUBSTANZABHÄNGIGKEIT BEI FRAUEN	- 28 -
2.1 Substanzabhängigkeit	- 28 -
2.2 Epidemiologie	- 33 -
2.3 Folgen der Substanzabhängigkeit	- 35 -
2.4 Suchtverlauf bei Frauen	- 36 -
2.4.1 Allgemeine Modelle	- 36 -
2.4.2 Weibliche Sucht und Gewalterfahrungen	- 38 -
2.4.3 Weibliche Sucht und Bewältigung von Geschlechterrollenerwartungen.	- 39 -
2.4.4 Weibliche Sucht und Auflehnung gegen gesellschaftliche Normen	- 40 -
2.4.5 Weibliche Sucht und Konfliktbewältigung	- 41 -
3 FRAUEN UND KRIMINALITÄT.....	- 43 -
4 DROGENTHERAPIEN	- 45 -

4.1	Geschlechtsspezifische Unterschiede	- 46 -
4.2	Therapie im „Zwangskontext“	- 48 -
4.3	Gesundheitsbezogene Maßnahmen.....	- 50 -
4.4	Gefängnis mit Entwöhnungsbehandlung	- 51 -
5	THERAPIEMOTIVATION BEI DROGENABHÄNGIGEN FRAUEN.....	- 54 -
6	SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG BEI DROGENABHÄNGIGEN FRAUEN.....	- 57 -
III	EMPIRIE	- 59 -
7	FORSCHUNGSFRAGE.....	- 60 -
8	METHODE.....	- 61 -
8.1	Untersuchungsdesign.....	- 61 -
8.2	Stichprobe.....	- 61 -
8.2.1	Zielpopulation.....	- 61 -
8.2.2	Beschreibung der Institution: Justizanstalt Josefstadt	- 61 -
8.2.3	Ein- und Ausschlusskriterien	- 62 -
8.3	Prozess der Datengewinnung	- 63 -
8.4	Beschreibung der Untersuchungsinstrumente	- 64 -
8.4.1	Anamnesefragebogen.....	- 64 -
8.4.2	Verfahren zur Erfassung der Therapiemotivation	- 65 -
8.4.3	Verfahren zur Erfassung der motivationalen Schemata	- 65 -
8.4.4	Verfahren zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung.....	- 66 -
8.4.5	Verfahren zur Erfassung der Geschlechterrollenfixierung	- 66 -
9	HYPOTHESEN	- 68 -
10	DATENAUSWERTUNG	- 73 -
10.1	Fehlende Werte	- 73 -
10.2	Reliabilitätsanalysen.....	- 73 -
10.3	Voraussetzungen	- 73 -
10.4	Eingesetzte statistische Verfahren	- 74 -
11	ERGEBNISDARSTELLUNG.....	- 75 -
11.1	Beschreibung der Stichprobe.....	- 75 -
11.1.1	Soziodemografische Daten.....	- 76 -
11.1.2	Drogenabhängigkeit.....	- 77 -
11.1.3	Kriminalität.....	- 79 -

11.1.4 Bevorstehende Therapie.....	- 81 -
11.2 Prüfung relevanter soziodemografischer Daten	- 81 -
11.3 Ergebnisse zu den Forschungsfragen	- 82 -
11.3.1 Unterschied in der Therapiemotivation	- 82 -
11.3.2 Unterschied in der Selbstwirksamkeitserwartung	- 85 -
11.3.3 Unterschied in der Geschlechterrollenfixierung.....	- 86 -
11.3.4 Unterschied im Zwangserleben.....	- 88 -
11.3.5 Geschlechterrollenfixierung und Selbstwirksamkeitserwartung.....	- 89 -
11.3.6 Geschlechterrollenfixierung und Therapiemotivation	- 89 -
11.3.7 Binäre logistische Regression	- 91 -
12 DISKUSSION	- 94 -
13 PERSÖNLICHE STELLUNGNAHME UND AUSBLICK	- 104 -
14 TABELLEN UND ABBILDUNGEN.....	- 106 -
14.1 Tabellen	- 106 -
14.2 Abbildungen	- 107 -
IV LITERATURVERZEICHNIS.....	- 109 -
V TABELLENVERZEICHNIS	- 117 -
VI ABBILDUNGSVERZEICHNIS	- 118 -
VII ANHANG.....	- 119 -
Abstract (Deutsch)	- 119 -
Abstract (Englisch)	- 120 -
INFORMATIONSBLETT	- 122 -
EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG	- 124 -
Anamnesefragebogen.....	- 126 -
SWE	- 129 -
Veränderungsstadienskala	- 131 -
Testformular des deutschen BSRI.....	- 138 -
Lebenslauf.....	- 141 -

I EINLEITUNG

Im österreichischen Strafvollzug befinden sich derzeit weitaus mehr Männer als Frauen. Laut Bericht des Bundesministeriums für Justiz waren im Jahr 2011 von 8.816 Häftlingen 572 weiblich, dies macht einen Anteil von 6,49 Prozent aus. Seit 1989 steigt die Zahl der inhaftierten Frauen jedoch deutlich an (Bundesministerium für Justiz, 2011). Ein Großteil dieser inhaftierten Frauen und Männer sind substanzabhängig und aufgrund einer Folgekriminalität von Drogenmissbrauch in Haft. Daraus ergibt sich eine problematische Situation, denn während die Therapieangebote im Strafvollzug vor allem auf Männer ausgerichtet sind, steigt der Bedarf für eine frauenspezifische Form der Suchttherapie zunehmend (Obrist & Werdenich, 2007; Obrist 2010).

Die Situation drogenabhängiger Frauen im Strafvollzug unterscheidet sich deutlich von jener der männlichen Insassen: Einschlägige Studien zeigen, dass Frauen erst nach lang andauerndem Drogenkonsum kriminell werden und daher in einer viel schlechteren Verfassung sind als männliche Insassen. Zudem haben viele dieser Frauen Gewalterfahrungen in ihrer Vergangenheit erlebt und weisen eine geringe Selbstsicherheit sowie teilweise eine Ablehnung ihrer Geschlechtsidentität auf (Muno & Waldmann, 1981, zit. nach Obrist & Werdenich, 2007; Obrist, 2010).

Im Bereich der mittelschweren Kriminalität haben InsassInnen die Möglichkeit, eine bereits ausgesprochene unbedingte Freiheitsstrafe für die Dauer von höchstens 2 Jahren zur Absolvierung einer Behandlung aufschieben zu lassen (§39 SMG). Alternativ dazu gibt es die Möglichkeit, eine Entwöhnungsbehandlung in der Justizanstalt Favoriten in Anspruch zu nehmen (Gegenhuber, Werdenich & Kryspin-Exner, 2009).

Aufgrund der Minderheitssituation drogenabhängiger Frauen generell und speziell im Strafvollzug ist das Therapieangebot in der Regel nicht auf sie zugeschnitten, was sich negativ auf ihre Behandlungsbereitschaft, die Behandlung von spezifischen Problemstellungen sowie den Behandlungsverlauf auswirken kann (Dobler-Mikola, 2000). Dieses Desiderat stellt ein relevantes, dringliches Forschungsgebiet dar. In der bereits genannten Justizanstalt Favoriten wurde aufgrund der besonderen Situation drogenabhängiger Frauen ein spezielles Behandlungsmodell für diese konzipiert, das im österreichischen Strafvollzug die einzige Ausnahme zur oben beschriebenen, generellen Situation darstellt (Obrist & Werdenich, 2007).

Drogenabhängige Frauen im Strafvollzug, die eines der verfügbaren Behandlungsangebote wahrnehmen wollen, bewerben sich somit für eine Entwöhnungsbehandlung im Strafvollzug oder beantragen bei Gericht eine gesundheitsbezogene Maßnahme (§39 SMG). Es wird angenommen, dass die Entscheidung für eine Therapieteilnahme aufgrund der Erwartung, dass diese positive Auswirkungen auf die strafrechtliche Sanktion selbst hat, getroffen wird (Dahle, 1998; Obrist, 2010). Studien zu Unterschieden in Motivation und Therapieverlauf zwischen drogenabhängigen KlientInnen mit Strafaufschub und KlientInnen ohne richterliche Weisung zeigen, dass sich diese Gruppen bezüglich des externen Zwangserlebens (Gegenhuber, Werdenich & Kryspin-Exner, 2009), der motivationalen Schemata (Leeb, 2011; Burtscher, 2012) oder der Therapiemotivation (Marshall & Hser, 2002) nicht unterscheiden. Bezüglich der Therapiemotivation im Allgemeinen zeigt sich, dass drogenabhängige Frauen eine größere Veränderungsbereitschaft aufweisen als Männer (Obrist, 1996; Haas, 2005). In der Justizanstalt Favoriten lassen sich die substanzabhängigen Frauen in zwei Gruppen unterteilen: Insassinnen, die als vorbeugende Maßnahme zu einer Behandlung in Haft verurteilt wurden (§22 StGB), und Frauen, die sich freiwillig für eine Therapie in der Justizanstalt entschieden haben, wobei Letztere den Großteil der Population ausmachen (Obrist, 2010).

Die oben beschriebenen Studien untersuchen die Motivation und das Zwangserleben bezüglich einer bevorstehenden oder bereits begonnenen Therapie von KlientInnen im Strafvollzug, KlientInnen in Freiheit und KlientInnen mit Strafaufschub (§39 SMG). Welche Faktoren die Entscheidung für die jeweilige Therapievariante selbst beeinflussen, wurde jedoch bis dato nicht untersucht. Da sowohl ein Therapieantritt in Haft als auch ein Therapieantritt in einer Einrichtung für KlientInnen mit Strafaufschub (§39 SMG) jeweils durch einen justiziellen Beschluss gewissermaßen in einem „erzwungenen“ Rahmen stattfindet, interessiert in diesem Rahmen, welche Kriterien für die jeweilige Therapieentscheidung ausschlaggebend sind und inwiefern ein justizieller und/ oder ein emotionaler, sozialer oder gesundheitlicher Zwang dabei eine Rolle spielt. Nachdem Frauen eine Minderheit in Haft darstellen und es auch wenige Studien über diesen Sachverhalt gibt, konzentriert sich die vorliegende Arbeit ausschließlich auf inhaftierte drogenabhängige Frauen und ihre spezielle Lebens- und Abhängigkeitssituation.

In der vorliegenden Studie wird eben diese Entscheidung zwischen einer Therapie im Strafvollzug und einer Therapie in einer stationären Einrichtung (Strafaufschub, §39 SMG) untersucht. Es wird untersucht, ob und inwiefern sich die Frauen hinsichtlich ihrer Therapieabsicht unterscheiden. Auf Basis dieser Ergebnisse wird versucht, Problembewältigungsstrategien abzuleiten, die in der jeweiligen Therapie speziell erarbeitet werden sollten. Dieses Ziel ist besonders relevant für die Entwicklung bzw. Erweiterung geeigneter Therapieangebote für inhaftierte drogenabhängige Frauen bzw. drogenabhängige Frauen mit Strafaufschub (§39 SMG).

Die Sozialisation speziell von Frauen, die in weiterer Folge eine Abhängigkeit entwickeln, wird in den ersten Kapiteln ausführlich behandelt, da sich Frauen hinsichtlich sowohl der Entwicklung als auch des Fortbestehens der Drogenabhängigkeit aufgrund der speziellen Lebensumstände und damit einhergehenden Risikofaktoren von Männern unterscheiden (Dobler-Mikola, 2000; Franke & Winkler, 2001; Singerhoff, 2002; Obrist & Werdenich, 2007). Um dieser Besonderheit gerecht zu werden, wird im Zuge dieser Arbeit genauer auf die weibliche Geschlechterrolle, die Bereiche, in welchen diese zu tragen kommt, sowie auf die Geschlechtsidentität und ihre Auswirkungen auf die Lebensumwelten und Perspektiven von Frauen eingegangen. Obwohl die herangezogene Literatur zum Teil viele Jahre zurück liegt, haben die Forschungsergebnisse bezüglich Geschlechterrollen, geschlechtstypischer Ausbildungs- und Beschäftigungsprofile, Ungleichverteilung von Voll- und Teilzeitarbeit sowie häuslicher Arbeitsteilung weiterhin Gültigkeit, da sich seit der Frauenbewegung in den 70er - 80er Jahren in diesen Bereichen wenig Grundlegendes geändert hat (Dobler-Mikola, 2000; Rendtorff, 2003; Bernhard, 2009). Zudem fand die Sozialisation der Frauen, die an dieser Studie teilnahmen, in genau diesem Zeitraum statt.

Für den Themenkomplex ebenso relevant ist die Forschung zur Substanzabhängigkeit selbst sowie zu deren Verlauf und Folgen sowie der Konfliktbewältigung von Frauen (Obrist, 1996; Langenfelder, 1998; Franke & Winkler, 2001; Eisenbach-Stangl, 2005). Obwohl sich die Suchtmittelabhängigkeit von Frauen größtenteils auf legale Suchtmittel (Alkohol, beruhigende bzw. dämpfende Medikamente und Substanzen) beschränkt und sie im Konsumbereich illegaler Suchtmittel ebenso wie im Strafvollzug eine Minderheitsposition einnehmen (Franke & Winkler, 2001), beschäftigt sich die vorliegende Arbeit hauptsächlich mit Abhängigkeit von illegalen Drogen, da diese im Zusammenhang mit der Kriminalisierung der befragten Frauen stehen.

Diese in zweifacher Hinsicht relevante Minderheitsposition drogenabhängiger inhaftierter Frauen bringt für die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit ihrer Situation ein Zugangsproblem mit sich. Der erschwerte Zugang ist wahrscheinlich auch ausschlaggebend dafür, dass es generell sehr wenige Studien zu diesem Forschungsbereich gibt.

In weiterer Folge wird auf die Veränderungsbereitschaft, die Selbstwirksamkeit und auf das Zwangserleben eingegangen, da bei diesen Variablen ein Zusammenhang sowohl mit der Entscheidung für einen Therapieantritt als auch mit der Fortführung einer Therapie angenommen wird (Prochaska, DiClemente & Nocross, 1992; Gegenhuber, Werdenich & Kryspin-Exner, 2009; Köchl & Jagsch, 2009).

Die als Einflussfaktoren für eine Therapieabsicht angenommenen Variablen – Geschlechterrollenorientierung, Veränderungsbereitschaft, Selbstwirksamkeit und Zwangserleben – wurden im empirischen Teil untersucht. Im Fokus standen dabei Unterschiede zwischen Insassinnen der JA Josefstadt, die entweder eine Entwöhnungsbehandlung in der JA Favoriten oder in einer Therapieeinrichtung, die nicht Teil des Strafvollzugsystems ist („Therapie statt Strafe“ bzw. gesundheitsbezogene Maßnahme, §39 SMG), beabsichtigten. Auf Basis der Analyse konnten sowohl belastende Sozialisationsfaktoren und die Geschlechterrollenzuschreibung der Frauen als auch die Angst, die sie hinsichtlich der bevorstehenden Therapie und der Zeit danach äußerten, als Problemfelder ausgemacht werden.

II THEORIE

Diese Arbeit widmet sich der Problematik von Suchtentstehung, Suchtverlauf sowie des Ausstiegs aus der Sucht speziell von Frauen. Der Ausgangspunkt für ein grundlegendes Verständnis dieser Problematik sind die Begriffe Selbstkonzept sowie Geschlechterrollenidentität, welche in einem ersten Schritt genauer definiert werden, um die theoretische Relevanz für die Fragestellung ausloten zu können.

1 SELBSTKONZEPT UND GESCHLECHT

In der vorliegenden Arbeit wird die Bedeutung eines Haftaufenthaltes auf die Therapieentscheidung sowie die Therapiemotivation drogenabhängiger Frauen untersucht, ausgehend von der Annahme, dass das Geschlecht und damit einhergehend die unterschiedliche geschlechtsspezifische Sozialisation für sowohl Suchtentstehung, Suchtverlauf und daraus resultierende Kriminalität als auch für Therapiemotivation und Therapieerfolg prägend ist. Um diese geschlechtsspezifische (weibliche) Sozialisation begreiflich zu machen und einen möglichen Zusammenhang zu Sucht zu untersuchen, ist es unabdingbar die Termini Geschlecht und Geschlechterrollen zu erläutern.

Während nun aber die Auseinandersetzung mit Geschlechterrollen (bzw. vornehmlich die der weiblichen Geschlechterrolle) zwar die geschlechtsspezifischen gesellschaftlichen Erwartungen (siehe unten) an das Individuum darlegt, so ist damit jedoch noch nicht der individuelle Bezug zu Geschlecht und Geschlechterrolle erklärt.

Gerade aber die Selbstwahrnehmung (siehe Kapitel 1.1 *Selbst*) und speziell die Selbstwahrnehmung als Frau (siehe Kapitel 1.3.1 *Ausprägungen der weiblichen Geschlechterrolle*) in Auseinandersetzung mit festgelegten Geschlechterrollen sind für diese Arbeit essentiell. Im empirischen Teil ist die Selbstwahrnehmung als Frau eine wesentliche Komponente, die über den BSRI (*Bem Sex-Role Inventory*, Schneider-Düker, 1978) abgefragt wird, im theoretischen Teil werde ich mich diesen Themen in den Kapiteln „Selbst“ und „Geschlechtsidentität“ annehmen.

Obwohl im Folgenden Sozialisation und Geschlechterrollen zuerst immer allgemein beschrieben werden, wird im Anschluss besonders auf den Zusammenhang von Sozialisation und weiblicher Sucht näher eingegangen.

1.1 Selbst

Während sich frühe psychologische Arbeiten über das Selbst auf einzelne Aspekte des allgemeinen Selbstkonzeptes bezogen, entwickelten sich durch die kognitive Wende (1960) verschiedene Zugänge zum Selbst, wie etwa das Selbst als Schema, das Selbst als Prototyp oder das Selbst als Facettenmodell (Suppan, 2008). Neuere Ansätze konzentrieren sich sowohl auf Informationsverarbeitungsansätze als auch auf die Grundlagen der Sozialpsychologie (Zimbardo, 1995).

Nach dieser neuen Auffassung ist das **Selbstkonzept** eine dynamische mentale Struktur, die viele *intrapersonale* (Motivation, Affekt, Informationsverarbeitung) und *interpersonale Prozesse* (soziale Wahrnehmung, soziale Entscheidungen und Wahlen) interpretiert und zwischen ihnen vermittelt (Zimbardo, 1995, S. 502).

Das Selbstkonzept ist somit das Wissen des Individuums über sich selbst, das wiederum das Erleben der Umwelt und das Handeln des Individuums bestimmt. Hannover (1997) beschreibt das Selbst als eine Gedächtnisstruktur in Form eines assoziativen Netzwerkes, welches ganz ähnlich wie andere Wissensstrukturen funktioniert. Bei der Entstehung dieser kognitiven Struktur spielen soziale, kulturelle aber auch kognitive Faktoren eine Rolle:

Das psychologische Selbst und die eigene Identität werden im Laufe der Sozialisation definiert und geformt (Berger, 2010, S. 4).

In einem nächsten Schritt ist der Begriff der Sozialisation zu klären. Denn während man zu Beginn der Selbstforschung den Schwerpunkt auf die individuelle Verschiedenheit der Wissensstrukturen gelegt hat, so rücken nun mehr die Faktoren sozialer Gruppen in den Mittelpunkt des Interesses.

Die Sozialisation nimmt in der Entwicklung des Selbstkonzepts eine entscheidende Rolle ein, da die in diesem Verlauf an ein Individuum gestellten Entwicklungsanforderungen von der Zugehörigkeit zu sozialen Gruppen und der kulturell geteilten Normen und Werte beeinflusst werden (Berger, 2010, S. 4).

1.2 Sozialisation

Einen Vorschlag zur Definition des Begriffes Sozialisation liefern Hetherington und Parke (1975):

Sozialisation nennt man den lebenslangen Prozess der Entstehung individueller Verhaltensmuster, Werte, Maßstäbe, Fähigkeiten und Motive in der Auseinandersetzung mit den entsprechenden Maßstäben einer bestimmten Gesellschaft (Hetherington & Parke, 1975 zit. nach Zimbardo, 1995, S. 80).

In dieser Definition werden endogene und exogene Faktoren miteinander verknüpft. Werte und Verhaltensmuster entwickeln sich innerhalb des Individuums und werden nicht einfach von einem gesellschaftlichen Äußeren übernommen. Gleichzeitig vollzieht sich diese Entwicklung jedoch in der Auseinandersetzung mit den Maßstäben der Gesellschaft, also mit exogenen Bedingungen. Das bedeutet, dass jenes Wissen des Individuums über sich selbst, in der Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Werten und den Verhaltensweisen anderer Individuen oder gar sozialen Gruppen entsteht. Der Prozess kann daher als eine Art Feedback-Schleife beschrieben werden: Das Selbst erwirbt Wissen über sich selbst in der Auseinandersetzung mit der Gesellschaft, die es aber im Laufe der Entwicklung durch soziale Interaktion beeinflussen kann.

Eine spezifischere Definition in Bezug auf Sozialisation und Geschlecht liefert Bilden (2006):

Ich verstehe Sozialisation als Prozess der Individuierung durch Vergesellschaftung und der Vergesellschaftung als Individuierung (die alte Habermas'sche Formel) in einer Gesellschaft, die nach Geschlecht und anderen Differenzen strukturiert ist; insofern ist Sozialisation auch immer Vergeschlechtlichung (Bilden, 2006, S. 3).

Gesellschaftliche Werte und Normen, die im Sozialisationsprozess erworben werden, beruhen auf der Konstruktion und Wahrnehmung von Gegensätzen. Somit werden nicht nur das biologische Geschlecht, sondern auch Eigenschaften und Verhaltensweisen als entweder „männlich“ oder „weiblich“ kategorisiert.

1.3 Geschlechterrolle

Ein wesentlicher Aspekt der Sozialisation beziehungsweise des Wissens über sich selbst ist die Wahrnehmung des Geschlechts. Erst in der Auseinandersetzung mit den Maßstäben der Gesellschaft entwickelt das Individuum Vorstellungen über Männlichkeit und Weiblichkeit. Diese in der Gesellschaft vorherrschenden Vorstellungen können als Geschlechterrollen definiert werden.

Geschlechterrollen sind Verhaltensmuster, die man in einer bestimmten Gesellschaft jeweils für Männer und Frauen für angemessen hält. Sie liefern die grundlegenden

Definitionen für Männlichkeit (*Maskulinität*) und Weiblichkeit (*Femininität*) (Zimbardo, 1995, S. 85).

Laut Alfermann (1996) sind Geschlechterrollen und die damit verbundenen Geschlechterrollenerwartungen die kognitiven Erkenntnisse, Einstellungen, Präferenzen und Handlungsweisen, die üblicherweise mit einem bestimmten Geschlecht in einer Gesellschaft verbunden werden. Wenn diese Erwartungen von einem Individuum in das eigene Selbstbild übernommen werden, spricht man von der Geschlechterrollenidentität bzw. Geschlechtsidentität. Damit ist jenes spezielle Wissen über sich oder Bild von sich gemeint, dass das Mannsein oder Frausein eines Individuums prägt (siehe Kapitel 1.4 *Geschlechtsidentität*).

Auch Hannover (2006) nähert sich dem Problem der Geschlechterrolle aus einer sozialpsychologischen Perspektive:

Unter einer Rolle wird ein Set von Erwartungen verstanden, die Menschen gegenüber einer Person hegen, die eine bestimmte Position oder Eigenschaft besitzt (Hannover, 2006, S. 465).

Es besteht eine Erwartungshaltung gegenüber Männern und Frauen, wie sie sich in bestimmten Situationen zu verhalten haben, um sich in ihrer Position als „Mann“ bzw. als „Frau“ in unsere Gesellschaft eingliedern zu können.

Das gesamte soziale Leben ist mit Rollen und Rollenerwartungen durchzogen (Elternrolle- Kindrolle, Lehrerrolle- Schülerrolle, Arztrolle- Patientenrolle etc.), im Gegensatz zu anderen sozialen Rollen unterscheiden sich Geschlechterrollen jedoch darin, dass sie nicht nur situativ und kontextbezogen eine Bedeutung haben, sondern omnipräsent das gesamte Leben beeinflussen und alle Ebenen durchdringen (Brida, 2004; Scheffler, 2010).

Kognitive Theorien hingegen gehen davon aus, dass die Determinanten der Geschlechterrollenentwicklung im Individuum selbst liegen, nämlich in der Bildung kognitiver Konstrukte und erworbener Konzepte über Maskulinität und Femininität. Der Ausgangspunkt für die Entwicklung von Geschlechterrollen wäre demnach die Geschlechtsidentität (siehe Kapitel 1.4 *Geschlechtsidentität*), die darauf basierende Zuschreibung von kognitiven Konzepten über Maskulinität und Femininität, über geschlechtstypisches Verhalten, über das, was Frauen/Männer sind bzw. sein sollten.

Daraus sollte dann mehr oder weniger automatisch das angemessene Verhalten folgen (Alfermann, 1996). Die Ableitung des Geschlechts anhand von geschlechtstypischen Verhaltensweisen wird als „doing gender“ bezeichnet (Gildemeister, 2010).

Herangehensweisen an Geschlechterrollenkonzepte gibt es in der Literatur unzählige – von kognitiven bis hin zu psychoanalytischen Theorien – und alle unterscheiden sich sowohl in der Analyse der Geschlechterrolle als auch im Verständnis, wie diese angeeignet wird (Rendtorff, 2003). Diese Theorien alle auszuführen, überschreitet das Ausmaß dieser Diplomarbeit, zumal die gesamte theoretische Auseinandersetzung für das Thema auch nicht relevant ist.

Sowohl Männer als auch Frauen werden in ihrer Sozialisation mit unterschiedlichen Problemen und Anforderungen konfrontiert, die eine Suchtentwicklung begünstigen oder verhindern können (Singerhoff, 2002). Entscheidend für diese Arbeit ist vor allem, inwiefern die vorherrschenden Geschlechterrollen mitsamt ihren Anforderungen und Problemen prägend für die Suchtentstehung bei Frauen sein kann. Der Begriff „Geschlechterrollenfixierung“ im Sinne einer mehr oder weniger starken Ausprägung der stereotypen Geschlechterrollen wird in Anlehnung an das eingesetzte psychologische Verfahren BSRI (Schneider-Düker, 1978) v.a. im empirischen Teil dieser Arbeit verwendet, in den restlichen Kapiteln wird dieser Aspekt auch begrifflich als „Ausprägung der Geschlechterrollen“ besprochen.

Konkrete Ausprägungen, inwiefern Frauen aufgrund von unterschiedlichen Geschlechtsentwürfen eine abhängigkeitsfördernde und suchtdienliche Sozialisation erfahren, werden im nächsten Kapitel ausgeführt.

1.3.1 Ausprägungen der weiblichen Geschlechterrolle

Männer und Frauen werden gemäß ihrer jeweiligen Geschlechterrolle mit unterschiedlichen Maßstäben und Verhaltensweisen konfrontiert, die für das jeweilige Geschlecht als „normal“ angesehen werden. Entspricht man diesen Maßstäben nicht, wird dies als abweichendes Verhalten angesehen. Dieses Abweichen von normativen Erwartungen wird gesellschaftlich sanktioniert (Brida, 2004).

Wobei in diesem Zusammenhang auch Verspottung, Kritik und Ausgrenzung als Sanktion gesehen werden kann (Athenstaedt & Alfermann, 2011, S. 13).

Trotz Bestehen der beschriebenen Sanktionen entwickelte sich nicht zuletzt durch die Frauenbewegung in den 1970er Jahren ein Rollenwandel, der alte Konzepte in Frage stellte und diesen neue Geschlechterrollenmodelle entgegensetzte. Jedoch lösten diese die alten Rollenmodelle nicht einfach ab, vielmehr bestehen seit der Frauenbewegung alte und neuere Frauenrollen trotz teilweise diametraler Gegensätzlichkeit parallel nebeneinander (Rendtorff, 2003). Das heißt, dass die normativen Verhaltenserwartungen an Frauen komplexer, aber auch widersprüchlicher geworden sind – jedoch nicht mit weniger Druck verbunden sind.

So schreibt auch Obrist (2010), dass die durch die Frauenbewegung initiierte neue Rollenzuschreibung von Frauen nach wie vor den in unserer Gesellschaft tief verankerten Ansichten gegenübersteht, wie Frauen zu „sein“ haben und dass der Versuch aus dieser „Rolle“ auszubrechen, meist mit Schuld- und Versagensgefühlen einhergeht.

Im Folgenden soll eine kurze Zusammenfassung darstellen, welche wesentlichen Bereiche durch eine gegenwärtige, westliche Frauenrolle geprägt werden.

1.3.1.1 Frauen und Reproduktionsarbeit.

Der Bereich der Reproduktionsarbeit (Haus- und Familienarbeit, vor allem Kinderbetreuung und Erziehung) wird trotz Aufbrechen von alten Familienstrukturen und -rollen nach wie vor als vorwiegend weiblicher Verantwortungsbereich wahrgenommen (Dobler-Mikola, 2000; Lück, 2009; Kan & Gershuny, 2010).

Traditionelle Geschlechterrollen führen dazu, dass größtenteils Frauen die Haushalts- und Familienarbeit leisten, unabhängig davon, ob diese erwerbstätig sind oder nicht. Die Arbeit im Privaten wird solange als minderwertig betrachtet, wie sie unentgeltlich von Frauen geleistet wird (Halwachs, 2010, S. 39).

Es scheint selbstverständlich, dass Frauen die Hauptakteure bei der Bewältigung der Haus- und Familienarbeit sind und sie dafür nicht einmal Wertschätzung erfahren. Laut Bauer (2003) werden Frauen bereits von klein auf erzogen, später eine weibliche „Normalbiografie“ (Lebensmittelpunkt liegt in der Familie) umzusetzen. Dies erfolgt über die Vermittlung von „weiblichen Eigenschaften“ wie Anpassungsfähigkeit, Anschmiegsamkeit, Bescheidenheit und Opferbereitschaft, Mitmenschlichkeit und

Mütterlichkeit (Bauer, 2003). Frauen treten im privaten Bereich durch die ihnen zugeschriebene Zuständigkeit für Reproduktion, das Wohlbefinden anderer sowie für Beziehungen in den Vordergrund und fördern dadurch ihre Abhängigkeit und Unterlegenheitsgefühle (Scheffler, 2010).

1.3.1.2 Frauen und Erwerbstätigkeit.

Erwerbstätige Frauen haben mehr materielle Sicherheit und sind finanziell unabhängiger, müssen sich jedoch auch den Erfordernissen des Arbeitsmarktes anpassen, und im Zusammenhang damit den Anforderungen eines ausgedehnten Bildungsweges. Dabei sind einige wesentliche Attribute, welche in die neue Frauenrolle integriert wurden, um im Arbeitsmarkt zu bestehen, wie beispielsweise Selbstbestimmung und autonomes Handeln (Rendtorff, 2003) konträr zu den Anforderungen der Frau als Mutter und/oder Hausfrau.

Es gibt wohl kaum etwas, das den Forderungen von Mobilität und Flexibilität im Arbeitsprozess derart widerspricht wie die Bedürfnisse eines Kleinkindes. [...] Insofern wäre es nicht übertrieben, das Leitbild „Frau“ und dasjenige der „Mutter“ zu kennzeichnen als einander zutiefst widersprechend, ja sogar einander ausschließend (Rendtorff, 2003, S. 250).

Frauen werden also gewissermaßen aufgerieben zwischen dem Widerspruch der Lebensentwürfe „berufstätige Frau“ und „Familienmensch“, also gewissermaßen zwischen einer neuen Frauenrolle und damit verbundenen Erwartungen und dem Rekurs auf ältere Weiblichkeitsmodelle (Rendtorff, 2003; Halwachs, 2010).

Frauen bleiben trotz ihrer Berufstätigkeit für die Organisation des Haushaltes und der Kindererziehung hauptverantwortlich [...] Da für Frauen eine berufliche Karriere nicht in dem Ausmaß wie für Männer selbstverständlich und mit größeren Konsequenzen für die Planung des Privatlebens verbunden ist, sind bereits die Berufsentscheidungen sehr viel stärker durch persönliche Motive geprägt. Als das wichtigste wird der Wunsch nach Unabhängigkeit, Selbstbestimmung und persönlicher Weiterentwicklung genannt (Toth, 2000, S. 187–188).

Das Wissen um die beruflichen Einschränkungen, die sich vor allem aufgrund einer möglichen Familiengründung und der damit verbundenen Verpflichtungen ergeben, scheint bei der Berufswahl von Frauen vor allem den Wunsch nach Unabhängigkeit und Weiterentwicklung hervorzurufen. Zusätzlich zu der Doppelbelastung der Erwerbs- und Familienarbeit kommt bei der Auseinandersetzung mit der Lebensplanung von Mädchen und Frauen hinzu, dass sie in beiden Bereichen wenig Bestätigung erwarten dürfen. Wie Bernhard (2009) ausführt, hat sich hinsichtlich Lohn, Ausbildung und Geschlechterrollen in den letzten Jahrzehnten erstaunlich wenig verändert:

Wir haben heute gravierende Lohnunterschiede, deutliche geschlechtstypische Ausbildungs- und Beschäftigungsprofile und Ungleichverteilung von Voll- und Teilzeitarbeit und eine jammervoll geringe Veränderung im Bereich der geschlechtlichen häuslichen Arbeitsteilung. Dabei positioniert sich die öffentliche Rede keineswegs offensiv gegen die Ansinnen von Frauen nach gleicher Bezahlung und Behandlung, wir haben es eher mit einem wattigen, wenig konkret greifbaren Weiterbestehen geschlechtstypischen Denkens zu tun, das im übrigen sehr viele Frauen mit den Männern teilen. Denn die Vorstellung über das, was weiblich und was männlich sei, haben sich die Grundstrukturen erstaunlich wenig verändert, auch wenn sie an der Oberfläche modernisiert klingen (Bernhard, 2009, S. 149).

In der Erwerbsarbeit erfahren Frauen nach wie vor weniger soziale Anerkennung und werden unabhängig von ihren Fähigkeiten benachteiligt behandelt (Wall, 2010). Die Familienarbeit wird oft nicht einmal als Arbeit angesehen (Halwachs, 2010).

1.3.1.3 Frauen und Körper/ Sexualität.

Bis zur Pubertät kennen Mädchen ihren Körper und seine Funktionen häufig nicht. Die geringe Vertrautheit mit ihrem Körper erschwert ihnen, ihre eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und danach zu handeln. Diese sowie generelle Autonomiebestrebungen werden bei Mädchen mehr unterbunden als bei Jungen (Acker, 2000; Singerhoff, 2002).

In der Pubertät verändert sich jedoch die Bedeutung des Körpers. Diese Veränderungen werden laut Rendtorff (2003) geschlechtsspezifisch sehr unterschiedlich erlebt. Als hierfür beispielhaften Gegensatz nennt sie die erste Menstruation im Vergleich zum ersten Samenerguss eines Mannes. Während bei Männern diese Erfahrung meist

positiv erlebt wird, wird die erste Menstruation eher negativ wahrgenommen. Dabei werden alte Bilder von menstruierenden Frauen als „unrein“ tradiert. So wird laut Rendtorff (2003) trotz des Versuches der Frauenbewegung, die Menstruation zu enttabuisieren, diese dennoch weiterhin meist mit Scham und/oder mit Schmerz assoziiert. Aus einer Befragung von Frauen zur Menstruation zieht Kneißl (1996) das folgende Resümee:

Alle Frauen wußten in ihrer Adoleszenz um die Abwertung und Tabuisierung der Menstruation. Aber die Frauen, die positive Gefühle erlebten, konnten auch einen positiven Weiblichkeitsentwurf hinsichtlich der Menstruation entwickeln. Es ist allerdings anzunehmen, daß auch diese Frauen einige Zeit brauchten, um diesen Entwurf zu kreieren. Die Frauen, die negative Gefühle schilderten, entwarfen ihre Weiblichkeit auf eine wesentlich konfliktreichere Art und Weise (Kneißl, 1996, S. 118).

Mädchen und Frauen, die mit der eigenen Menstruation negative Gefühle wie Scham verbanden, so Kneißl (1996), übertrugen diese Gefühle auf ihren Weiblichkeitsentwurf. Hinzu kommt die Objekt-Werdung, die eine Sexualisierung des Körpers für Frauen zumeist mit sich bringt. Der eigene Körper wird nun als etwas erlebt, das vorgeführt und präsentiert wird – und darum auch präsentierbar sein muss (Bauer, 2003). Hagemann-White (1992) verglich die Sexualisierung des Körpers bei Frauen mit einer Form der Enteignung des Körpers, da Mädchen Sexualität zunächst häufig als etwas erfahren, das andere an ihnen entdecken (Hagemann-White, 1992 zit. nach Bauer, 2003, S. 30). Auch Zurhold (2005) ist der Ansicht, dass Mädchen- im Gegensatz zu Jungen- schon vor ihrer Geschlechtsreife erleben, dass ihre körperlichen Veränderungen vom sozialen Umfeld nicht nur bemerkt, sondern auch kommentiert und bewertet werden. Sie lernen, Fremdurteile als wichtig zu erachten und verlieren, um dem Wunschbild des sozialen Umfeldes zu entsprechen, ihr Selbst(-bewusstsein) (Zurhold, 2005).

Der Druck, normativen Schönheitsvorstellungen zu entsprechen, wird nun auch weitaus größer, vor allem steigt der Druck laut Rendtorff (2003) bei Frauen um ein Vielfaches mehr an als bei Männern. Es scheint also, dass Frauen in der Wahrnehmung ihres eigenen Körpers weitaus fremdbestimmter sind als Männer und auch abhängig von der Bewertung von außen. Sie verknüpft diesen Umstand unmittelbar mit dem Gebrauch bzw. Missbrauch von Medikamenten:

Die Körperaufmerksamkeit ist logischerweise bei Mädchen insgesamt höher, entsprechend auch der Verbrauch von Arzneimitteln, Abführmitteln, Schmerzmitteln (Rendtorff, 2003, S. 252).

Mädchen widmen ihrem Körper mehr Aufmerksamkeit als Jungen, somit ist es nicht verwunderlich, dass auch die Zufuhr von Mitteln, die den Körper sowohl äußerlich als auch zentralnervös beeinflussen, eher von Mädchen vollzogen wird. Der Konflikt, der zwischen dem medial-vermittelten unerreichbaren Ideal und dem als „unvollkommenen“ erlebten eigenen Körper besteht, nimmt dementsprechend auch eine andere Dimension an als bei Männern und kann zu einem unreflektierten Konsum und einem problematischen Umgang mit den eigenen Bedürfnissen führen (Theurich-Luckfiel & Janke-Bartsch, 1995). Auf den Zusammenhang dieses schwierigen Verhältnisses zum eigenen Körper mit einer Suchtmittelabhängigkeit wird in der Literatur immer wieder verwiesen:

Ein wichtiger Aspekt in der Frauenforschung ist die Verknüpfung von Drogenkonsum und Schlankheit [...]. Die Kombination von Drogenabhängigkeit bei gleichzeitigen Ess- Störungen tritt bei Mädchen immer häufiger auf (Singerhoff, 2002, S. 56).

Die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und der Wunsch, anders zu sein, kann sich sowohl in Essstörungen als auch im Konsum von Drogen als Protest gegen die gesellschaftlichen Erwartungen und Anforderungen an Frauen äußern (Singerhoff, 2002).

Insgesamt kann also gesagt werden, dass das Selbstbewusstsein von Mädchen in der Pubertät in der Regel abnimmt, da die körperlichen Veränderungen- vor allem gemessen an den vorgegebenen Normen- eine Verunsicherung schaffen. Es scheint also, dass die Geschlechtsreife für Mädchen eine körperlich verankerte Benachteiligung schafft, die sich durch Schmerz, Scham und Beschränkungen ausdrückt.

1.3.1.4 Frauen und Beziehungen.

In zugespitzter Form scheint sich die Geschlechterhierarchie der Gesellschaft in der individuellen Bewertung von Beziehungen zu reproduzieren. Frauen begründen ihre Identität auf ihre Fähigkeit, Beziehungen herzustellen sowie aufrechtzuerhalten, und verwenden diese Beziehungen als Basis für die Einschätzung des eigenen Selbstwertes (Zehetner, 2010).

Dies tritt vor allem im Suchtkontext auf. Eine Studie der Universität Bielefeld (1990 zit. nach Informationsstelle für Suchtprävention Wien 2000, S. 80, zit. nach Bauer, 2003, S. 34) lieferte das Ergebnis, dass Mädchen die Solidarität mit anderen Mädchen aufgeben, wenn sie dafür die Gunst eines bevorzugten Jungen erhalten – und dies bereits im vorpubertären Alter. Diese Prioritätensetzung, die als Aufwertung der Anerkennung durch das männliche Geschlecht und als Abwertung der Anerkennung des eigenen Geschlechts betrachtet werden muss, führt in weiterer Konsequenz zu Konkurrenzverhalten und Isolation unter Mädchen (Bauer, 2003). In Bezug auf die Geschlechterrollen scheinen geschlechterrollenkonforme Lebensentwürfe, nämlich die Frau an der Seite des Mannes (siehe oben), schon bereits in einem sehr frühen Alter von essentieller Bedeutung zu sein.

Bechter (1997) interpretierte dies in ihrer Arbeit so, dass dieses Beziehungsdenken von Frauen im Zusammenhang damit steht, dass Frauen sich nicht als autonomes Selbst, sondern als „Teil von etwas“ definieren. Sie bezeichnete diese Selbstdefinition als Selbstunterdrückung, welche die Frau als aktive Verursacherin ihrer problematischen Lebenssituation in ein Abhängigkeitsverhältnis führt.

Als hauptsächlicher Grund für die Selbstunterdrückung wird das internalisierte Bedürfnis der Frau nach Beziehungen angesehen. Dieses typische Beziehungsdenken der Frauen, das im Laufe der Sozialisation erworben wurde führt zu Ohnmachts- und Inkompetenzgefühlen. [...] Das „Dasein-für-andere“ und das infantile Bedürfnis nach „Beschütztwerden“ ist teilweise so tief im Selbstbild von Frauen verankert, dass eine Selbstdefinition nicht oder kaum in Los- bzw. Ablösung von anderen formuliert werden kann [...] (Bechter, 1997, S. 58).

Das Bedürfnis nach Beziehungen und Unterstützung hat demnach einen derart großen Stellenwert bei Frauen, dass sie ihr Selbstbild und die damit verbundenen Einstellungen, Wünsche etc. für die Aufrechterhaltung dieser Beziehungen vernachlässigen bzw. dieses nur durch das Vorhandensein der Beziehungen existieren kann.

Diese Tendenz bestätigt aktueller auch Zurhold (2005), die verdeutlicht, dass die nötige Selbstbestätigung für die Persönlichkeitsentwicklung von Mädchen durch Beziehungserfahrungen begünstigt wird. Obwohl in der Adoleszenz sowohl Bindung und Fürsorge als auch Unabhängigkeit angestrebt wird, wird aufgrund von Verlassensängsten der Wunsch nach Beziehungen der eigenen Existenzbehauptung vorangestellt.

Das heißt, Frauen lernen, ihre eigene Identität über jemand anderen, präziser über einen Mann zu definieren. In diesem Zusammenhang ist das vorherige Beispiel besser verständlich. Es scheint folgerichtig zu sein, dass Mädchen die Anerkennung eines möglichen männlichen Partners präferieren, wenn dieser als Notwendigkeit für die Definition der eigenen Identität erachtet wird, während der Verzicht auf die Anerkennung anderer Mädchen zwar mit einem Verzicht auf Solidarität einher geht, jedoch keinen identitätsstiftenden Charakter annimmt.

1.3.1.5 Frauen und Sozialverhalten.

Wie bereits beschrieben, werden Frauen „weibliche/mütterliche“ Eigenschaften vermittelt, und dies bereits von jüngster Kindheit an. Geprägt vom zweigeschlechtlichen System unserer Gesellschaft, werden Mädchen und Jungen auf unterschiedliche soziale Aufgaben vorbereitet und es werden jeweils unterschiedliche Verhaltensweisen verstärkt (Acker, 2000; Singerhoff, 2002, Zosuls et al., 2011). Das weibliche Sozialverhalten ist geprägt von einem Verzicht auf eigene Bedürfnisse zugunsten der Bedürfnisse anderer sowie einem emotionalen Rückzug nach innen. So werden Mädchen beispielsweise, im Gegensatz zu Jungen, im feinmotorischen Bereich gefördert und ihre Spiele sind ruhiger und aufeinander bezogen (Singerhoff, 2002). Doch nicht nur bei den Spielen, sondern auch bei den Bewältigungsstrategien neigen Mädchen dazu, diese nach innen zu konzentrieren und auf Konflikte unauffällig zu reagieren.

Von Mädchen wird erwartet, dass sie zurückhaltend sind, Zorn und Wut nach außen hin nicht zeigen bzw. unterdrücken, in der Gruppe Rücksicht nehmen und Verständnis für andere entwickeln (Bauer, 2003, S. 35).

Während also Jungen ihre innere Unruhe durch Körperaktivität und Aggressivität ausleben können, reagieren Mädchen auf Belastungen, Anspannungen und Gefühle wie Angst häufig mit psychosomatischen Beschwerden und zeigen somit eine nach innen gerichtete autoaggressive Reaktionsweise (Langenfelder, 1998).

Empirische Daten haben gezeigt, dass Mädchen häufiger unter Kopfschmerzen, Nervosität, Unruhe, Kreuz- und Rückenbeschwerden, sowie anderen Symptomen leiden, für die selten eine organische Ursache gefunden wird. Diese Beschwerden werden unter dem Begriff „Frauensyndrom“ in einen psychosozialen Kontext gestellt und spiegeln den

Zusammenhang zwischen den körperlichen Beschwerden und den Lebensbedingungen von Frauen wider (Kolip, 2001).

Diese Somatisierung von Problemen, verursacht durch einen erlernten weiblichen Umgang mit Konflikten und Alltagsstress, ist also gewissermaßen ebenfalls eine Übertragung gesellschaftlicher (Unterdrückungs-)Verhältnisse auf den weiblichen Körper. Sie steht ebenfalls im Zusammenhang mit weiblicher Sucht, da psychosomatische Beschwerden einen erhöhten Medikamentenkonsum in späteren Jahren zur Folge haben können (Singerhoff, 2002).

1.3.1.6 Stereotype weibliche Eigenschaften.

Generell sind Geschlechtsstereotype gesellschaftlich als typisch weiblich/männlich assoziierten Charakteristika (Athenstaedt & Alfermann, 2011). Sie stehen in engem Zusammenhang mit der Geschlechterrolle; während die Geschlechterrolle die Verhaltenserwartungen an eine weibliche/männliche Normalbiografie vorgibt, ergänzen Geschlechtsstereotype diese Rolle noch um entsprechende Eigenschaften, die als „normal“ und „typisch“ weiblich/männlich gelten. So gibt eine traditionelle Frauenrolle beispielsweise vor, dass normale Frauen Kinder bekommen; entsprechend dazu ist der Stereotyp, dass Frauen mütterlich und liebevoll sind.

Stereotype haben generell zwei Funktionen. Einerseits vereinfachen sie die soziale Wahrnehmung, indem einzelne Individuen in Schubladen gesteckt und auf Basis von Kategorienzugehörigkeit beurteilt werden. Andererseits können über Stereotype gesellschaftlich systemische Praktiken (wie Ablehnung bestimmter Gruppen) und Statusunterschiede zwischen Gruppen legitimiert werden. Entsprechend dieser Funktionen werden Geschlechtsstereotype nicht nur deskriptiv, sondern auch präskriptiv verwendet (Athenstaedt & Alfermann, 2011, S. 14).

Die Eigenschaften, die als stereotyp weiblich kategorisiert werden können, wurden bereits u.a. im Kapitel *1.3.1.4 Frauen und Beziehungen* angeführt, jedoch sollen die Stereotype hier nochmals als komprimierte Zusammenfassung aufgezählt werden. Dafür wird eine Studie von Williams und Best (1990) herangezogen, die Geschlechtsstereotype in 27 verschiedenen Ländern untersuchte.

Als in mindestens 20 Ländern übereinstimmende weibliche Eigenschaften wurden genannt:

abergläubisch, abhängig, affektiert, attraktiv, charmant, einfühlsam, emotional, feminin, furchtsam, gefühlvoll, geschwätzig, liebevoll, milde, neugierig, schwach, sanft, sexy, träumerisch, unterwürfig, weichherzig (Williams & Best 1990, zit. nach Athenstaedt & Alfermann, 2011, S. 17).

Diese teilweise sehr problematischen Charakterzuschreibungen prägten damals das vorherrschende Frauenbild, durch das Mädchen und Frauen in zahlreichen Gesellschaften sozialisiert wurden. Eine positive, weibliche Geschlechtsidentität, also das Annehmen der als weiblich geltenden Attribute in einem für sich selbst förderlichen Sinn, erscheint widersprüchlich, weil Stereotype wie „abhängig“ oder „unterwürfig“ nur schwerlich einem selbstbewussten und selbstbestimmten Selbstbild dienlich sind. In einer aktuelleren Studie untersuchten Swazina, Waldherr und Maier (2004), ob und inwiefern sich die Geschlechterstereotype seit der Einführung der deutschen Neukonstruktion des psychologischen Verfahrens *BEM Sex-Role Inventory* (BSRI) durch Schneider-Düker (1978) (siehe Kapitel 8.4.5 *Verfahren zur Erfassung der Geschlechterrollen-fixierung*) verändert haben. Sie konnten zwar eine Annäherung der beiden Geschlechterstereotype feststellen, äußerten aber gleichzeitig die Vermutung, dass nach wie vor Unterschiede zwischen maskulinen und femininen Stereotypen bestehen. Obwohl es beispielsweise bei dem Adjektiv „abhängig“ eine Reduzierung der geschlechtsspezifischen Zuschreibung gibt, ist es nach wie vor für Frauen erwünschter als für Männer; bei einigen femininen Items wie „selbstaufopfernd“, „empfindsam“ und „weichherzig“ gibt es hingegen eine noch stärkere Zuschreibung als in früheren Untersuchungen (Swazina, Waldherr & Maier, 2004).

Eine Studie von Kling, Hyde, Showers und Buswell (1999) zeigte, dass Männer generell ein höheres Selbstwertgefühl aufwiesen als Frauen; verglich man nur Frauen miteinander, wiesen diejenigen ein höheres Selbstwertgefühl auf, die sich selbst mit stereotyp männlichen Eigenschaften beschrieben. Athenstaedt und Alfermann (2011) bestätigen diesen Zusammenhang im Allgemeinen:

Sehr gut belegt ist außerdem der Zusammenhang mit Maskulinität. Je stärker eine Person sich mit maskulinen Eigenschaften beschreibt, desto höher ihr Selbstwertgefühl (Athenstaedt & Alfermann, 2011, S. 124).

Laut Eckes (2010) ist seit Jahren ein eindeutiges Bild über Merkmale, die häufiger mit Frauen als mit Männern in Verbindung gebracht werden (und umgekehrt), erkennbar. Zu den Merkmalen, die mit Frauen in Verbindung gebracht werden, zählen beispielsweise Wärme oder Expressivität, Männer werden hingegen vor allem mit Merkmalen wie Kompetenz oder Instrumentalität in Zusammenhang gebracht. Diese Merkmalsbündel weisen außerdem ein hohes Maß an kultureller Invarianz und zeitlicher Stabilität auf (Eckes, 2010).

Männer werden demnach mit Kompetenz und maskuline Adjektive mit einem hohen Selbstwertgefühl assoziiert. Auch wenn man daraus nicht im Umkehrschluss folgern kann, dass feminine Adjektive mit einem geringen Selbstwertgefühl und Frauen mit einer geringen Kompetenz zusammenhängen, kann man jedoch davon ausgehen, dass - obwohl die weiter oben beschriebenen typisch weiblichen Adjektive von einer Studie herrühren, die schon mehr als 20 Jahre zurückliegt, ebenso wie die Adjektive, die in dem psychologischen Verfahren BSRI im empirischen Teil angeführt werden (siehe Kapitel 8.4.5 *Verfahren zur Erfassung der Geschlechterrollenfixierung*) -, diese Zuschreibungen nach wie vor, wenn auch in abgeschwächter Form, verbreitet sind.

1.3.1.7 Auswirkungen der Frauenrolle auf Mädchen und Frauen.

Generell sind die Geschlechterrollen also durch eine starke Hierarchie geprägt, die Frauen in vielen Bereichen benachteiligt und sie abwertet. Weibliche Sozialisation ist demnach verbunden mit strukturellen Bedingungen, die es Frauen erschweren, über ihr Leben selbst zu bestimmen, da ihre Handlungsfähigkeiten stark eingeschränkt werden. Speziell für abhängigkeitsgefährdete Frauen gilt daher, dass die gesellschaftliche Geringschätzung sowie Abwertung die Möglichkeit, ein stabiles Selbstbewusstsein zu erlangen, beeinträchtigt (Bechter, 1997).

Sie erleben nicht nur, dass ihr Geschlecht ein „anderes“ ist, sondern sehr wohl auch, dass damit eine „Minderwertigkeit“ (im Sinne einer Geschlechterhierarchie) verbunden ist, bzw. sein kann. Insgesamt fehlen Mädchen und Frauen positive und

starke Vorbilder, um Teile ihrer erworbenen Persönlichkeit überhaupt in Frage zu stellen (Bechter, 1997, S. 51).

Frauen werden mit einer Geschlechterhierarchie konfrontiert, durch welche sie als das „minderwertige“ bzw. „schwache“ Geschlecht von vornherein in eine benachteiligte Rolle manövriert werden. Die Minderwertigkeits- und Unvollkommenheitsgefühle bezüglich der eigenen sozialen Identität scheinen abhängigkeitsgefährdete Frauen sozial zu lähmen.

Hinsichtlich der Gestaltung ihres eigenen Lebens erleben sie sich als passive Statistinnen, anstatt als aktiv handelnde Akteure (Dobler-Mikola, 2000, S. 50).

Laut Singerhoff (2002) bedeuten diese gesellschaftlichen Bedingungen für die Entwicklung der Ich-Identität und des Selbstwertgefühls bei Mädchen folgendes:

1. Es entwickelt ein unklares, unsicheres, manchmal ablehnendes Gefühl zum eigenen Körper.
2. Es entsteht das Gefühl, letztendlich nicht genau zu wissen, was richtig für es selbst ist, aber auch nicht die Macht und Kraft zu haben, das eigene Leben zur Zufriedenheit umgestalten zu können.
3. Es entwickelt sich das Gefühl, die Wertschätzung der eigenen Person nur durch andere erfahren zu können und damit in den Beziehungen zu ihnen abhängig zu sein (Singerhoff, 2002, S. 40).

Somit wird Mädchen immer noch häufig vermittelt, dass sie die Rolle eines passiven, abhängigen Menschen einnehmen müssen, der sowohl seine Bedürfnisse als auch Ängste und Probleme nicht nach außen trägt, um sich in die Gesellschaft eingliedern zu können. Der Aufbau eines positiven Selbstbewusstseins sowie einer positiven Geschlechtsidentität und der Wunsch nach Autonomie werden erschwert.

1.4 Geschlechtsidentität

Während das Konzept der Geschlechterrolle die Erwartungen der Gesellschaft gegenüber dem Individuum in den Blick nimmt, so konzentriert sich das Konzept der Geschlechtsidentität auf die Selbstwahrnehmung des Individuums als Mann oder Frau.

Geschlechtsidentität ist das *Erleben*, männlich oder weiblich zu sein; das Konzept bedeutet, dass man sich seines biologischen Geschlechts bewusst ist und dass man es akzeptiert (Zimbardo, 1995, S. 85).

Dieses sich selbst Erleben basiert aber wiederum auf einem speziellen Wissen über sich selbst:

Geschlechtsidentität ist [...] ein System von Aspekten des Selbst, die mit der Geschlechtskategorie in Verbindung stehen, also z.B. die Selbstwahrnehmung von geschlechtstypischen Eigenschaften, Präferenzen oder Zugehörigkeiten zu sozialen Gruppen (Eckes, 2010, S. 179).

Alfermann (1996) sah in der Entwicklung einer stabilen männlichen bzw. weiblichen Geschlechtsidentität einen notwendigen Bestandteil der Entwicklung des Individuums überhaupt. Diese Identität fällt mit dem bei der Geburt identifizierten und zugeschriebenen biologischen Geschlecht zusammen. Die mit dem Geschlecht assoziierten Eigenschaften, Verhaltensweisen, Rollen etc. werden nicht nur als kognitive Konzepte erworben, sondern liefern die Grundlage für die Entwicklung der eigenen Geschlechterrollenidentität. Somit erwerben Kinder neben ihrer biologisch fundierten Geschlechtsidentität auch eine psychologisch und sozial determinierte Geschlechterrollenidentität (Alfermann, 1996).

Eine Definition, welche sich im Gegensatz dazu hauptsächlich auf die individuellen und sozialen Komponenten der Geschlechtsidentität bezieht, gibt Rendtorff (2011):

Mit „Identität“ bezeichnet man die von einem Individuum subjektiv erlebte Einheitlichkeit, Beständigkeit und Unverwechselbarkeit seiner Person, wobei oftmals noch zwischen der ‚personalen‘ (individuellen) und der ‚sozialen‘ Dimension unterschieden wird. Da Geschlecht ein zentrales Element menschlicher Identität darstellt, ist Geschlechtsidentität sowohl Teil und Ergebnis von (Ich-) Identität als auch ihre Bedingung [...] (Rendtorff, 2011, S. 226).

Die Geschlechtsidentität ist jedenfalls Teil der Identität und kann sowohl als Ergebnis als auch als Bedingung dieser fungieren. Im folgenden Kapitel wird beschrieben, welche Konsequenzen möglicherweise zu tragen kommen, wenn diese beiden Identitäten in Konflikt miteinander stehen.

1.5 Erziehung zur Abhängigkeit

Die widersprüchlichen Lebensrealitäten von Mädchen und Frauen sowie fehlende Alternativen, Orientierungs- und Identifikationsmöglichkeiten führen zu Gefühlen der inneren Zerrissenheit, wodurch der Aufbau einer stabilen weiblichen Identität mitunter nicht gelingen kann (speziell im Fall von abhängigkeitsgefährdeten Frauen, siehe Obrist, 1996; Dobler-Mikola, 2000; Acker, 2000). Diese Orientierungslosigkeit kann zu einer Verunsicherung der Mädchen und Frauen führen, vor allem, wenn diese keine Möglichkeit sehen, sich mit der Problematik auseinanderzusetzen oder diese einer Bezugsperson mitzuteilen.

Frauen, die kein positives Bild der Weiblichkeit entwickelt haben, welches ihnen eine stabile Basis einer positiv erlebten sozialen Identität vermitteln kann, scheinen besonders gefährdet zu sein in eine Drogenlaufbahn hineinzugleiten. Der Drogengebrauch wird bei Frauen mit unsicheren und ablehnenden Gefühlen gegenüber ihrer Weiblichkeit in Zusammenhang gebracht (Dobler-Mikola, 2000, S. 50).

Wie bereits in den vorherigen Kapiteln erwähnt, neigen Mädchen aufgrund ihrer Sozialisation dazu, ihre Probleme nach innen zu kehren und häufig gibt es auch keine starke weibliche Identifikationsfigur im unmittelbaren Umfeld, an welcher sich die Mädchen orientieren können. Sie klammern sich an einen Partner und geben ihre Mündigkeit, für sich selbst zu entscheiden und zu handeln, an diesen ab. Dies hat meist eine Beziehungsabhängigkeit sowie eine Ablehnung der eigenen Person zur Folge. Diese Zerrissenheit führt viele Frauen in eine Suchtmittelabhängigkeit, da sie den Suchtmittelkonsum als Überlebensstrategie und Selbstheilungsversuch sehen (Obrist, 2010).

Als entscheidende Aspekte, die in der einschlägigen Literatur in wesentlichem Zusammenhang mit Frauen und Abhängigkeit stehen, werden zumeist zwei Relationen genannt:

- die Beziehung zu Männern
- die Beziehung zum eigenen weiblichen Selbst

1.5.1 Beziehung zu Männern

Wie bereits beschrieben, lernen Frauen, dass sie „Teil von etwas“ sind, und weiters, dass sie gemäß einer internalisierten Geschlechtshierarchie „weniger“ sind. Dies inkludiert bereits gewissermaßen ein Abhängigkeitsverhältnis – der geringere Teil des Ganzen ist abhängig vom überlegenen Teil.

Konkret bedeutet dies, dass Frauen oft Schwierigkeiten damit haben, sich selbst als wertvolle, eigenständige Persönlichkeiten zu sehen. Sie brauchen einen Partner, der ihnen das Gefühl gibt, wertvoll zu sein und manövrieren sich dadurch in eine emotionale Abhängigkeit. Durch die Annahme, einen Mann zu brauchen, um vollständig zu sein, werten sie sich selbst ab (Obrist, 2010).

Diese Erziehung zur Abhängigkeit kommt bei süchtigen Frauen besonders stark zum Tragen, so sind süchtige Mädchen und Frauen fast nie nur von ihrem Suchtmittel abhängig, sondern auch von ihren Beziehungen zu Männern.

Sie fühlen sich erst dann vollständig und anerkannt, wenn sie einen Partner haben, und werten sich und andere Frauen häufig ab (Obrist, 2010, S. 15).

Auch Bechter (1997) schrieb über den Zusammenhang von Frauen in einem Abhängigkeitsverhältnis zu einem Mann und einem Abhängigkeitsverhältnis zu Suchtmitteln. Vor allem in Situationen, die den Verlust dieser Person bedeutet (Trennung, Scheidung, Tod), über die das Selbst definiert wurde, zeigt sich die Problematik dieses abhängigen Selbstverständnisses, da Frauen dann häufig suchtfördernde Mittel als einzige Bewältigungsstrategie für ihre Identitätskrise erkannten (Bechter, 1997).

1.5.2 *Beziehung zum weiblichen Selbst*

Muno und Waldmann (1981) wiesen auf Zusammenhänge zwischen einer unsicheren weiblichen Geschlechterrolle und Suchtentwicklung bei Frauen hin. In ihrer Studie gaben die untersuchten drogenabhängigen Frauen an, dass sich mit zunehmender Involvierung in die Drogenszene die Bedeutung der Geschlechtszugehörigkeit verminderte. Dies war im gesamten Lebensstil und Verhalten zu sehen. Im Gegensatz zu den untersuchten drogenabhängigen Männern zeigten sich die Frauen indifferent bezüglich der Bewertung der eigenen Geschlechterrolle oder bedauerten ihre Geschlechtszugehörigkeit. Für die Frauen, die am stärksten rückfallgefährdet waren, bestand eine ausgesprochene Protesthaltung gegen ihre Weiblichkeit (Muno & Waldmann, 1981, zit. nach Obrist & Werdenich, 2007). Sowohl die Anpassung an die „klassische“ Frauenrolle als auch alternative Geschlechterrollenentwürfe im Sinne einer starken, selbstbestimmten und attraktiven Weiblichkeit schienen völlig zu fehlen (Obrist & Werdenich, 2007). Singerhoff (2002) bestätigt die Annahme, dass die Drogensucht von Mädchen und Frauen vor allem „mit dem Fehlen einer sicheren, positiv ausgerichteten Geschlechtsidentität“ zusammenhängt (Singerhoff, 2002, S. 43).

Diese Ablehnung von Weiblichkeit bedeutet zumeist nicht nur eine Ablehnung des eigenen Selbst, sondern auch eine Ablehnung anderer Frauen. So schrieb Spreyermann (1991), der die frauenspezifische Sucht durch den Austausch mit heroinsüchtigen Frauen analysierte:

In Gesprächen zeigt sich, dass Frauen von Frauen im allgemeinen nicht viel halten. [...] Sie charakterisieren ihre Beziehungen zu Frauen mehrheitlich mit Konkurrenz und Neid. Über Männer äußern sie sich im allgemeinen positiver. Doch wenn sie auf konkrete Erfahrungen mit Männern angesprochen werden, erzählen sie fast nur von schlechten Erfahrungen (Spreyermann, 1991, S. 35).

Es scheint, als ob süchtige Frauen im Konflikt mit einer fragwürdigen Frauenrolle, diese unreflektiert auf Frauen überhaupt übertragen und in Konsequenz dann alle Frauen einschließlich sich selbst ablehnen, anstatt beispielsweise die Rolle selbst in Frage zu stellen und ihr ein positives, selbstbestimmtes Frauenbild entgegensetzen.

Im Folgenden werden, ergänzend zu den bisher beschriebenen sozialisationsbedingten Einflussfaktoren auf eine Suchtmittelabhängigkeit von Frauen, zunächst generelle Risiko- sowie Resilienzfaktoren und in weiterer Folge suchtspezifische Risikofaktoren beschrieben.

1.6 Resilienz- und Risikofaktoren

Eine Abhängigkeitsentwicklung kann durch das Zusammenspiel von vielen Faktoren begünstigt bzw. vermindert werden. Als protektive Faktoren bzw. Resilienzfaktoren¹ werden jene Faktoren bezeichnet, die einem Individuum ermöglichen, konstruktiv mit Herausforderungen und Problemen umzugehen (Berndt, 2013).

Im Vergleich zu früheren Ansätzen ist es heute erwiesen, dass Resilienz kein angeborenes Persönlichkeitsmerkmal bezeichnet. Die Wurzeln für die Entwicklung von Resilienz liegen in besonderen risikomildernden Faktoren, die sowohl in der Person als auch in ihrer Lebensumwelt lokalisiert sein können (Wustmann, 2005, S. 192).

Zu den Resilienzfaktoren, die in der Person lokalisiert sind, zählen u.a. emotionale Ausgeglichenheit, Frusttoleranz, Selbstwirksamkeit, Selbstbewusstsein und aktive Problemlösung. Die Faktoren, die in der Lebensumwelt lokalisiert sind, beinhalten u.a. positives Sozialverhalten, Bezugspersonen außerhalb der Kernfamilie und gute Beziehung zu den Erziehern (Kolip, 2001; Bühnring, 2003; Lösel & Farrington, 2012).

Laut Singerhoff (2002) haben u.a. folgende Faktoren einen protektiven Charakter und gelten auch als wichtiges Therapieziel (im Sinne einer selbstbestimmten, mündigen Identität) für drogenabhängige Frauen:

Faktoren im Zusammenhang mit der Entwicklung von Autonomie und Selbstachtung:

- Lösen destruktiver Abhängigkeitsbeziehungen
- Bewusste Entscheidung bei der Wahl des Partners

¹ Resilienz ist „eine sich entwickelnde Widerstandsfähigkeit gegenüber extremen Belastungen“ (Petermann, 2002, S. 12).

- Übernahme von Eigenverantwortung
- Wahrnehmung, Erlauben und Ausdruck von Gefühlen
- Strategien der Alltagsbewältigung
- Erarbeitung einer eigenen Lebensplanung
- Entscheidungsfindung

Faktoren im Zusammenhang mit dem Verständnis der eigenen Suchtgeschichte:

- Erkennen und Verstehen des jeweiligen familiären Hintergrundes
- Reflexion von Schuld- und Schamgefühlen
- Einordnung der persönlichen Entwicklung in einen gesamtgesellschaftlichen Kontext
- Wahrnehmung und Einordnung innerer Spannungszustände und von Lust- und Unlustgefühlen (Singerhoff, 2002, S. 230-231).

Zu den generellen Risikofaktoren zählen u.a. eine niedrige Intelligenz, ein schwieriges Temperament, frühe psychische Störungen, Erziehungsstile und Einfluss der Peer Group (Petermann, 2002; Bühringer, 2003). Die Risikofaktoren, die speziell für die Entwicklung einer Abhängigkeit relevant sind, werden in Kapitel 2.4.1 *Allgemeine Modelle* beschrieben.

2 SUBSTANZABHÄNGIGKEIT BEI FRAUEN

In der Forschung herrscht bezüglich der Definition von Drogenabhängigkeit wenig Einigkeit. Es wird daher eine Vielzahl von Begriffen verwendet, die unterschiedliche Aspekte berücksichtigen oder das Problem sogar aus konträren Blickwinkeln begreifen. In der psychologischen Debatte macht es einen Unterschied, ob man von Sucht, Substanzabhängigkeit, Drogenkonsum oder Drogenmissbrauch spricht. Da sich diese Arbeit dem Problem der Therapie drogenabhängiger Frauen widmet, muss zunächst geklärt werden, in welchem theoretischen Rahmen diese Problematik angesiedelt ist.

2.1 Substanzabhängigkeit

Das Problem der Sucht sowie der Möglichkeit einer Therapie bei Süchtigen wird in der Forschung kontrovers diskutiert. Dabei wird vor allem darüber diskutiert, welchen Stellenwert folgende Elemente haben, die vorhanden sein müssen, um von Sucht sprechen zu können. Diese drei Elemente sind körperliche Abhängigkeit, psychische Abhängigkeit sowie körperliche, emotionale und soziale Störungen als Folge der Sucht (Bühringer & Küfner, 1997; Franke & Winkler, 2001).

Die Abhängigkeit, sowohl körperlicher als auch psychischer Natur, macht sich vor allem bei Nichteinnahme oder Entzug bemerkbar. Deutliche Symptome des Entzugs im körperlichen Bereich sind Schwitzen, Schmerzen sowie Unruhezustände. Die psychische Abhängigkeit wiederum drückt sich in einem starken Verlangen nach der Einnahme psychoaktiver Substanzen auf (Bühringer & Küfner, 1997).

Eine jener Fragen, die kontrovers diskutiert werden, ist, inwieweit Suchtverhalten auf Substanzabhängigkeit beschränkt werden kann. Hier sieht man auch, dass in der Verwendung dieser unterschiedlichen Begriffe auch verschiedene theoretische Zugänge zum Ausdruck kommen. Die Betonung der psychischen Abhängigkeit führte zu einem erweiterten Suchtbegriff (Heckmann, 2001), sodass auch von abhängigem Verhalten gesprochen wird, obwohl gar kein Konsum psychoaktiver Substanzen vorliegt, wie beispielsweise bei der Spielsucht.

So argumentiert auch Heckmann (2001), dass für Sucht vor allem die psychische Abhängigkeit ausschlaggebend ist, da in vielen Fällen gar keine körperliche Abhängigkeit

von psychoaktiven Substanzen vorliegt, obwohl durchaus schon von Sucht gesprochen werden kann.

Bühringer und Küfner (1997) waren hingegen der Ansicht, dass mit dieser Annahme die Wechselwirkung zwischen psychischer Abhängigkeit und den Folgen psychoaktiver Substanzen übersehen wird. Daher stützt sich diese Arbeit auf den Begriff der Substanzabhängigkeit mit folgender Definition:

Abhängigkeiten von einer Substanz sind ein *Zustand psychischer oder psychischer und physischer Abhängigkeit* von einer Substanz mit zentralnervöser Wirkung, die zeitweise oder fortgesetzt eingenommen wird. Die psychische Abhängigkeit äußert sich in dem starken Wunsch oder in einer Art Zwang, Substanzen oder Alkohol zu konsumieren (Ladewig, 2002, S. 30).

Neben dem Substanzmissbrauch (DSM-IV) wird in den beiden internationalen Klassifikationssystemen zwischen der Substanzabhängigkeit (DSM-IV) und dem Abhängigkeitssyndrom (ICD-10) unterschieden. Um die Unterschiede der beiden Klassifikationssysteme darzulegen, werden in Tabelle 1 die Diagnosekriterien der Substanzabhängigkeit den Kriterien des Abhängigkeitssyndroms gegenüber gestellt.

Tabelle 1

Diagnostische Kriterien DSM-IV und ICD-10 (Franke & Winkler, 2001, S. 93)

DSM-IV: Substanzabhängigkeit (F1x.2)	ICD-10: Abhängigkeitssyndrom (F1x.2)
	1. Starker Wunsch oder Zwang die Substanz zu konsumieren
1. Toleranzentwicklung: a) Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder erwünschten Effekt herbeizuführen b) Deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis	2. Toleranzsteigerung
2. Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern: a) Charakteristisches Entzugssyndrom der jeweiligen Substanz b) Dieselbe (oder ähnliche Substanz) wird eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden	3. Körperliches Entzugssyndrom
	4. Substanzkonsum mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern und eine entsprechend positive Erfahrung
3. Die Substanz wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen	5. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Beendigung und Menge des Substanzkonsums
4. Anhaltender Wunsch oder erfolgloser	

Versuch, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren	
5. Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen, sie zu sich zu nehmen oder sich von ihren Wirkungen zu erholen	6. Eingegengtes Verhaltensmuster im Umgang mit der Substanz
6. Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzmissbrauchs aufgegeben oder eingeschränkt	7. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Substanzkonsums
7. Fortgesetzter Substanzmissbrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch den Substanzmissbrauch verursacht oder verstärkt wurde	8. Anhaltender Konsum trotz Nachweises schädlicher Folgen
Bestimme, ob: Mit Körperlicher Abhängigkeit: Kriterium 1 (Toleranzentwicklung) Oder Kriterium 2 (Entzugsserscheinungen) ist erfüllt. Ohne Körperliche Abhängigkeit: Weder Kriterium 1 (Toleranzentwicklung) noch Kriterium 2 (Entzugsserscheinungen) sind erfüllt.	Mindestens 3 Kriterien müssen während des letzten Jahres gegeben sein.

Aus den beiden Klassifikationssystemen geht hervor, dass beim Vorhandensein von wenigstens einem der beiden Kriterien *Toleranzentwicklung* und *Entzugssymptome* zumindest eine körperliche Abhängigkeit (DSM-IV) bzw. beim Vorhandensein von wenigstens drei der bereits genannten sowie der Kriterien *Milderung der Entzugssymptome*, *unkontrollierter Substanzkonsum*, *substanzfokussiertes Verhalten*, *substanzbedingte Vernachlässigung beruflicher, sozialer und anderer Tätigkeiten* und das *Weiterführen des Konsums trotz negativer Folgen* (ICD-10) eine Abhängigkeit gegeben ist (Franke & Winkler, 2001).

Nicht nur die Diagnosekriterien für eine Suchtmittelabhängigkeit, sondern auch die psychoaktiven Substanzen können einerseits nach deren pharmakologischen Wirkung als auch nach deren juristischen Status unterschieden werden. So werden Substanzen eingenommen, die beruhigen, wie etwa Heroin, anregen, wie etwa Kokain oder die die kognitive Funktion verändern, wie etwa Halluzinogene. Vom juristischen Standpunkt aus kann man zwischen erlaubten und verbotenen Substanzen unterscheiden (Franke & Winkler, 2001). Als illegale Suchtmittel werden folgende Substanzen definiert:

Als illegale Drogen werden alle Substanzen bezeichnet, deren Besitz, Konsum oder Handel im Betäubungsmittelgesetz (BTMG) geregelt ist, deren Einsatz nicht

medizinisch indiziert ist und die ausschließlich zur Bewusstseinsveränderung eingenommen werden (Franke & Winkler, 2001, S. 117).

Die Zweiteilung in illegale und legale psychoaktive Substanzen wird von Heckmann (2001) als Doppelmoral kritisiert. Denn während einige Drogen verboten werden, wird der Konsum anderer Drogen akzeptiert oder gar gefördert. Aber auch beim Konsum der legalen Drogen etabliert sich eine Doppeldeutigkeit, da dieser zwar legalisiert ist, doch auch der übermäßige Konsum geächtet wird. Die vorliegende Arbeit bezieht sich, obwohl es einen weitaus höheren Anteil an Alkohol- und Medikamentenabhängigen Frauen gibt (Franke & Winkler, 2001), ausschließlich auf den Konsum von illegalen Drogen, da nur diese eine Relevanz im Kontext der Drogenkriminalität und des Strafaufschubs aufweisen.

Tabelle 2 zeigt die gängigsten illegalen Drogen:

Tabelle 2

Illegale Drogen (Franke & Winkler, 2001, S. 118-119)

Droge	Wirkungsweise	Verlauf/Gefahr
Heroin	schmerzstillend, euphorisierend	bereits nach kurzer Zeit kann der Konsum zu psychischer und körperlicher Abhängigkeit führen
Kokain	aktivitätssteigernd, euphorisierend, enthemmend	zuerst tritt eine psychische Abhängigkeit auf, nach längerem Konsum kann eine körperliche Abhängigkeit sowie Depressionen, Verfolgungswahn, Halluzinationen und andere psychische Störungen hinzukommen
Cannabis, Haschisch, Marihuana	abrupter Stimmungsumschwung, intensiviert vorhandene (positive/negative) Stimmungen	bei längerem Konsum entsteht eine Interesselosigkeit bezüglich anderer Aktivitäten
Amphetamine	aufputschend, vermindern Ermüdung, appetithemmend, steigern vorübergehend die körperliche Leistungsfähigkeit	psychische Abhängigkeit, bei längerem Konsum kommen Unruhezustände, Schlaflosigkeit und

		Wahnvorstellungen hinzu
Crack	verstärkte kokaintypische Wirkung	– sehr hohes Abhängigkeitspotential
Ecstasy (MDMA)	alles wird intensiver und unbefangener erlebt, man fühlt sich klar, entspannt, heiter, freundlich, kommunikativ und gesellig	mögliche Schädigung der Hirnfunktion, Wahnvorstellungen und Störungen des KZG
LSD	verlangsamtes Zeitempfinden, optische und akustische Halluzinationen	Psychose
PCP	ähnliche Wirkung wie Kokain, zusätzlich halluzinogene Effekte	führt bereits nach kurzer Zeit zu einer körperlichen Abhängigkeit

In Tabelle 3 wird der Konsum der spezifischen Substanzen in Bezug auf das Geschlecht dargestellt:

Tabelle 3

Geschlechterverhältnis bei einzelnen psychischen Störungen laut DSM-IV (Kämmerer, 2001, S. 57)

Substanzbezogene Störung	Geschlechterverhältnis
Alkohol	M > F
Amphetamine	M > F
Koffein	M > F
Cannabis	M > F
Kokain	M = F
Nikotin	M > F
Opiate	3-4 M : 1 F
Phencyclidin	2 M : 1 F
Sedativa, Hypnotika, Anxiolytika	F > M
Inhalationstoxikation	3-4 M : 1 F
Polytoxikomanie	Zahlen liegen nicht vor

Wie in Tabelle 3 ersichtlich wird, sind von fast allen substanzbezogenen Störungen mehr Männer als Frauen betroffen, obwohl Frauen, wie in Kapitel 1 *Selbstkonzept und Geschlecht* dargestellt, besonders durch die Sozialisation und Erwartungen an ihre Geschlechterrollen geprägten Risikofaktoren ausgesetzt sind. Die einschlägige Literatur legt nahe, dass die Anzahl der substanzabhängigen Frauen im Vergleich zu den Männern deshalb gering ist, weil sie unterschiedliche Problembewältigungsstrategien aufweisen. Frauen suchen eher Bewältigungsstrategien innerhalb eines legalen und gesellschaftlich akzeptierten Rahmens (Obrist, 1996; Langenfelder, 1998; Eisenbach-Stangl, 2005).

Obwohl der Anteil der Männer an Alkoholabhängigen größer ist, entwickeln immer mehr Frauen eine Alkoholabhängigkeit; im Bereich der Sedativa, Hypnotika und Anxiolytika sind weit mehr Frauen als Männer von einer Abhängigkeit betroffen (Franke & Winkler, 2001). Frauen suchen eher als Männer Wege, sich an Situationen und andere Menschen anzupassen (Langenfelder, 1998; Eisenbach-Stangl, 2005) und sind auch eher bereit, eine (Entwöhnungs-)Behandlung in Anspruch zu nehmen (Obrist, 1996; Haas, 2005). Die in Kapitel 1 *Selbstkonzept und Geschlecht* beschriebenen risikobehafteten Sozialisationsbedingungen führen- bei gleichzeitigem Fehlen von Resilienzfaktoren- bei Frauen nicht immer zu einer Substanzabhängigkeit, sie äußern sich beispielsweise auch durch psychosomatische Beschwerden (Langenfelder, 1998; Kämmerer, 2001), Essstörungen (Franke, 2001) und andere problematische Verhaltensweisen, die oft im privaten Bereich stattfinden und somit auch nicht von der Öffentlichkeit wahrgenommen bzw. von der Statistik erfasst werden (Franke & Winkler, 2001).

2.2 Epidemiologie

Frauen sind in Österreich weniger von Substanzgebrauch, aber auch Substanzabhängigkeit betroffen als Männer. Einen Hinweis auf Ersteres gibt die Lebenszeitprävalenz von Heroin: Während in einer Umfrage 0,9 Prozent der Männer angaben, schon einmal in ihrem Leben Heroin genommen zu haben, so waren es bei den Frauen nur 0,2 Prozent. Dieser Unterschied zeigt sich bei fast allen Substanzen, bis auf Schlaf- und Beruhigungsmittel (Uhl et al., 2009).

Frauen beginnen allerdings früher, illegale Drogen zu konsumieren, als Männer und werden häufig durch ihren Partner oder durch Freunde in den Drogenkonsum eingeführt (Dobler-Mikola, 2000). Im Alter von 15 Jahren sammeln 60 Prozent der später

drogenabhängigen Frauen schon Erfahrungen mit weichen Drogen, der Anteil der Männer beschränkt sich in diesem Alter auf 30 Prozent (Franke & Winkler, 2001). D.h., dass Frauen, die in ihrem Erwachsenenleben drogenabhängig sind, bereits früher den Einstieg finden als vergleichbare Männer.

Frauen und Männer unterscheiden sich auch hinsichtlich des Konsummusters von Stoffen. Im Bereich des weichen Konsums gibt es kaum Geschlechtsunterschiede, je härter allerdings die Substanz, desto mehr Männer sind von deren Abhängigkeit betroffen (Franke & Winkler, 2001).

Einerseits ist der tendenzielle Rückgang von den traditionellen Geschlechterrollen korrespondierenden Konsumstilen zu beobachten: bei Männern der Rückgang des häufigen und rasche Wirkung versprechenden Gebrauchs großer und konzentrierter Mengen psychoaktiver Substanzen, bei Frauen hingegen kein bis seltener und kontrollierter Gebrauch geringer und weniger konzentrierter Mengen, aber auch der häufigere Gebrauch von die (Selbst)Kontrolle und damit Anpassung fördernden Psychopharmaka. [...] Andererseits blieben die traditionell-geschlechtsspezifisch getönten Konsumgewohnheiten im Vergleich zu anderen Verhaltensbereichen- wie zum Beispiel in jenem der Bildung- in den letzten Jahrzehnten in erstaunlichem Ausmaß erhalten (Eisenbach-Stangl, 2005, S. 28–29).

Das zeitgleiche Nachlassen und Wirksambleiben von Konsumgewohnheiten, die im Zusammenhang mit den traditionellen Geschlechterrollen stehen, spiegelt einerseits das ambivalente bzw. zwiespältige Konsumverhalten von Frauen und andererseits die wahrgenommenen Auslegungen der weiblichen Geschlechterrolle wider.

Während der Anteil von Frauen an der Gesamtzahl der Drogennotfälle (Intoxikationen) im Allgemeinen größer ist als bei Männern (Singerhoff, 2002), liegt laut Weigl et al. (2012) ihr Anteil an den durch Drogen herbeigeführten Todesfällen in Österreich 2011 mit 23,7 Prozent deutlich niedriger. Unklar ist, ob diese Unterschiede auf ein risikoärmeres und besser sozial integriertes Konsumverhalten zurückzuführen sind.

Polytoxikomanie ist bei Frauen häufig. Dies betrifft vor allem die Kombination von beruhigenden und schmerzstillenden Substanzen wie Heroin und Beruhigungs- und Schlafmitteln; Halluzinogene und Stimulantien spielen hingegen eine geringe Rolle (Franke & Winkler, 2001).

Drogenabhängige Frauen haben häufig keine Berufsausbildung und leben meist in einem Ein-Personen-Haushalt. Sie haben kaum Kontakt zur Herkunftsfamilie und außer einem etwaigen Partner meist keine weiteren Bezugspersonen. Die Angst vor der Einsamkeit und dem Alleinsein verstärkt die Abhängigkeit von ihrem Partner und den Wunsch nach einem Kind, durch welches sie sich Liebe und Rückhalt erhoffen. 30 bis 50 Prozent der drogenabhängigen Frauen haben Kinder, die jedoch in den seltensten Fällen bei ihnen leben (Franke & Winkler, 2001).

Die meist erwerbslosen drogenabhängigen Frauen erhalten finanzielle Unterstützung durch die Sozialhilfe, das Arbeitsmarktservice und Angehörige. Die kriminelle Beschaffung von Geld beschränkt sich auf geringfügigere Delikte wie etwa Ladendiebstähle (Franke & Winkler, 2001, siehe Kapitel 3 *Frauen und Kriminalität* in dieser Arbeit).

2.3 Folgen der Substanzabhängigkeit

Bei den Folgen der Substanzabhängigkeit werden körperliche, psychische und soziale Störungen unterschieden. Unter einer körperlichen Störung bei Substanzmissbrauch versteht man das Phänomen der Entwicklung einer körperlichen Toleranz gegenüber den psychoaktiven Substanzen sowie körperliche Folge- und Begleiterkrankungen wie Magen- und Darmerkrankungen, Lebererkrankungen, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Zahnerkrankungen und allgemeine Abwehrschwäche (Bühringer & Küfner 1997; Franke & Winkler, 2001).

Psychische Störungen wiederum umfassen jene Emotionen und Verhaltensweisen, die in einem engeren Zusammenhang mit der psychischen Abhängigkeit bestehen, sowie umfassendere psychische Funktionsstörungen, wie etwa Wahrnehmungsstörungen, Gedächtnisstörungen, Denkstörungen, Sprachstörungen, emotionale Störungen und letztendlich auch der Entwicklungsstörungen im Bereich der Lebensführung. Die sozialen Störungen umfassen kriminelle Verhaltensweisen, Arbeitslosigkeit und Prostitution (Bühringer & Küfner, 1997).

Frauen sind dabei in spezifischer Weise von den Störungen als Folge der Substanzabhängigkeit betroffen. Bei 40 Prozent der Frauen kommen psychische Störungen, vor allem affektive Störungen und Angststörungen, hinzu. Eine lange Drogenkarriere geht außerdem meist mit einer Verarmung einher. Etwa 50 Prozent der

drogenabhängigen Frauen sind obdachlos. Zudem werden sie häufig Opfer von Gewalt (Franke & Winkler, 2001).

2.4 Suchtverlauf bei Frauen

Bevor auf die geschlechtsspezifischen Unterschiede genauer eingegangen wird, werden zunächst allgemeine Modelle zur Beschreibung der Entstehung von Abhängigkeit einander gegenübergestellt. Dabei gibt es laut Heckmann (2001) im Wesentlichen vier Modelle: Das psychoanalytische Modell, das lernpsychologische Modell, das sozialtheoretische Modell und das multifaktorielle Modell. In weiterer Folge werden ätiologische Modelle, stresstheoretische Konzepte und verhaltenstheoretische Modelle beschrieben. Da eine ausführliche Beschreibung bzw. eine Vertiefung in diese Thematik das Ausmaß der vorliegenden Arbeit sprengen würde, werden nur die wichtigsten Komponenten des jeweiligen Modells vorgestellt.

2.4.1 Allgemeine Modelle

Das psychoanalytische Modell sieht im Konsum psychoaktiver Substanzen eine Regression, also ein Zurückfallen auf eine niedrigere Stufe in der psychischen Entwicklung des Individuums. Diese Regression ist die Folge einer prämorbidem Persönlichkeitsstruktur, die wiederum auf eine frühkindliche Störung der Mutter-Kind-Beziehung beruht. Das lernpsychologische Modell hingegen sieht in der Substanzabhängigkeit ein in sozialen Situationen erworbenes Verhalten. Das sozialisationstheoretische Modell geht davon aus, dass der Drogenkonsum Ausdruck einer spezifischen gesellschaftlichen Situation ist. Als viertes Modell schlägt Heckmann (2001) das multifaktorielle Modell vor, welches auf den drei Faktoren Droge, Persönlichkeit und Gesellschaft beruht.

Ätiologische Modelle gehen ebenfalls von einer multifaktoriell bedingten Abhängigkeit aus, welche durch die Wechselwirkung von drei wesentlichen Faktoren verursacht wird. Dazu zählt einerseits die Person selbst mit ihrer Familiengeschichte, ihrer sexuellen Entwicklung und ihrer derzeitigen Stresssituation, sowie ihr soziales Milieu, zu welchem u.a. die familiäre Situation, der Beruf, der Sozialstatus und die Religion zählen, als auch die Droge selbst (Franke & Winkler, 2001).

Stresstheoretische Konzepte verstehen den Konsum illegaler Substanzen als Bewältigungsstrategie in Stresssituationen, welche zu Tage tritt, wenn keine alternativen Strategien verfügbar sind. Der Substanzkonsum hängt von der Wechselwirkung folgender Faktoren ab:

1. Ausmaß der wahrgenommenen persönlichen Kontrollmöglichkeiten in einer Situation,
 2. der Verfügbarkeit alternativer Copingstrategien,
 3. der Verfügbarkeit von Substanzen und
 4. den subjektiven Erwartungen bezüglich der Substanzeffekte
- (Franke & Winkler, 2001, S. 99).

Je weniger Bewältigungs- oder Copingstrategien zur Verfügung stehen, desto wahrscheinlicher ist es, dass sich die Selbstwirksamkeitserwartung und somit die Erwartung, in zukünftigen Situationen angemessen zu reagieren, reduziert.

Die Fähigkeit, Stress- und Spannungszustände angemessen zu bewältigen bzw. zu reduzieren findet auch in verhaltenstheoretischen Modellen Berücksichtigung. Bereits die von Mowrer (1947) begründete Zwei-Faktoren-Theorie des Vermeidungslernens besagte, dass der Konsum von psychotropen Substanzen unangenehm erlebte Spannungszustände verringert und somit den Konsum verstärkt (Franke & Winkler, 2001).

Zu den generellen Risikofaktoren für die Entwicklung einer Drogenabhängigkeit zählen vor allem belastende Erfahrungen in der Herkunftsfamilie und psychosoziale Defizite innerhalb der sozialen Beziehungen (Dobler-Mikola, 2000). Suchtprobleme eines Familienmitgliedes einerseits, körperliche und sexuelle Gewalterfahrungen sowie körperliche Vernachlässigung andererseits haben schwerwiegende Folgen, wobei hierbei vor allem Mädchen und Frauen betroffen sind (Franke & Winkler, 2001). Vor allem der Zusammenhang zwischen Gewalterfahrung und der Entwicklung einer Abhängigkeit bzw. Sucht wird in der Literatur immer wieder beschrieben (Obrist, 1996, Singerhoff, 2002; Obrist, 2010). In den folgenden Kapiteln werden die besonderen Lebensbedingungen und Risikofaktoren dargelegt, die eine Suchtentwicklung bei Frauen begünstigen können.

2.4.2 Weibliche Sucht und Gewalterfahrungen

Es scheint, dass Mädchen und Frauen, die in ihrer Vergangenheit zum Opfer von psychischer, physischer und/ oder sexueller Gewalt wurden, oft keine andere Möglichkeit sehen als diese Traumata mithilfe von Suchtmitteln zu bewältigen. Wenn sowohl Bezugsperson als auch die Möglichkeit, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, nicht vorhanden sind, ist dies scheinbar der einzig greifbare Weg ihre Situation zu überstehen.

Viele weibliche Gewaltopfer gleiten in die illegale Drogenszene ab. Ich betrachte Drogensucht von Mädchen und Frauen in diesem Zusammenhang als mögliche Überlebens- bzw. Bewältigungsstrategie traumatischer Lebensereignisse (Obrist, 1996, S. 35).

Von allen Gewalthandlungen gilt vor allem sexueller Missbrauch als frauenspezifische Ursache von Sucht. Drogenabhängige Mädchen und Frauen haben zu 40 bis 80 Prozent Erfahrungen mit sexuellem Missbrauch gemacht (Singerhoff, 2002). Zu den Langzeitfolgen von sexuellem Missbrauch zählen Störungen des Selbstwertgefühls sowie der Beziehungsfähigkeit. Im Falle einer lang andauernden Erfahrung von Vertrauensmissbrauch, Demütigung und Machtlosigkeit, entstehen sowohl Scham- und Schuldgefühle als auch das Gefühl, als Person wertlos und inkompetent zu sein (Singerhoff, 2002). Das daraus folgende mangelnde Selbstbewusstsein und die problematische Selbstwahrnehmung als minderwertige Frau postulierten auch Munro und Waldmann (1981, zit. nach Obrist & Werdenich, 2007), wobei sie sogar von einer Ablehnung der weiblichen Geschlechterrolle berichteten.

Neben diesen belastenden Faktoren gibt es noch weitere Probleme und Anforderungen, welche Mädchen und Frauen bewältigen müssen, wie auch in den vorherigen Kapitel bereits dargelegt wurde. Vor allem der enge Zusammenhang von weiblicher Abhängigkeit und der Abhängigkeit von Männern, sowie dem Fehlen einer stabilen, positiven weiblichen Identität, wurde im Kapitel 1.5.2 *Beziehung zum weiblichen Selbst* hinreichend erklärt und muss daher nicht mehr wiederholt werden. In den nächsten beiden Unterkapiteln soll nur kurz dargestellt werden, warum Sucht im Zusammenhang mit der Geschlechterrolle sowohl der Versuch sein kann, diese zu bewältigen, als auch gegen sie zu rebellieren.

2.4.3 Weibliche Sucht und Bewältigung von Geschlechterrollenerwartungen

Wie schon in Kapitel 1.3.1.2 *Frauen und Erwerbstätigkeit* beschrieben, erschwert die Doppelbelastung (Partnerschaft/Familie und Beruf) von Frauen einerseits und der durch die Emanzipation entstandene Diskurs über die weibliche Geschlechterrolle andererseits, dass Mädchen und Frauen sich orientieren und eine stabile Identität aufbauen können. Zehetner (2010) beschreibt die Haltung vieler Frauen zu Bindung und Trennung im Hinblick auf Selbstbestimmung folgendermaßen:

Freiheit wird oft verwirrend und beängstigend erlebt, nicht wenige bevorzugen das vertraute Elend gegenüber neuer Unsicherheit (Zehetner, 2010, S. 106).

Die Freiheit, aus gewohnten (negativen) Bahnen auszubrechen, kann aufgrund der Ungewissheit der Folgen bzw. Auswirkungen zu Unsicherheit und in weiterer Folge zu einem Verharren in der Situation führen. So führen auch die durch die Frauenrechtsbewegung erkämpften Freiheiten – Autonomie, Selbstbestimmung, Geschlechterrollenentwürfe – mitunter zu Unsicherheit. Durch die vielen Anforderungen und Erwartungen, die an sie gestellt werden und die dadurch hervorgerufene Belastung, suchen Frauen einen Weg, mit dieser klarzukommen, und wenn nicht genügend Ressourcen zur Bewältigung vorhanden sind und/ oder keine ausreichende Unterstützung vom sozialen Umfeld gegeben ist, kann dies den Einstieg in eine (Substanz-) Abhängigkeit begünstigen.

Die Statusveränderungen, die die Frauenbewegung seit den 70er Jahren für die Frauen ins Rollen gebracht haben, können zu einer Aufweichung der Rollenbilder führen, zumindest zu einer Abschleifung der Frauenrolle. Das wiederum kann zu sehr belastenden Rollenkonflikten von Frauen führen [...] Substanzabhängigkeit von Frauen ist in ihrer allgemeinen gesellschaftlichen Abhängigkeit zu suchen (Langenfelder, 1998, S. 46–47).

Das Abhängigkeitsrisiko kann auch dadurch erhöht werden, dass die Frauenbewegung zwar das allgemeine Rollenbild der Frau beeinflusst hat, damit aber hauptsächlich zu einer „Abschleifung“ der Frauenrolle und über eine Erweiterung der Aufgabengebiete zu zusätzlichen Stressfaktoren bzw. zu einem „Spagat zwischen den verschiedenen sozialen Rollen“ geführt hat (Swazina, Waldherr & Maier, 2004, S. 174).

2.4.4 Weibliche Sucht und Auflehnung gegen gesellschaftliche Normen

Substanzabhängigkeit kann also im Zusammenhang mit vorgegebenen Geschlechterrollen eine Bewältigungsstrategie sein, um mit der Überforderung durch die an sie gerichteten Erwartungen zu Recht zu kommen. Sie kann aber gleichermaßen auch umgekehrt eine Art Widerstand, eine Form der Rebellion gegen genau dieselben sein (Dobler-Mikola, 2000).

Hierin zeigt sich deutlich, dass der Drogengebrauch nicht nur Flucht oder Rückzug bedeuten muss. Es drückt sich explizit auch der Widerstand gegen geschlechtsspezifische Erwartungen aus, mit denen Mädchen bzw. Frauen konfrontiert werden. Aus dieser Perspektive steht der weibliche Drogengebrauch in Zusammenhang mit den typisch weiblichen Erfahrungen und mit den für sie als einengend erlebten Machtstrukturen (Bauer 2003, S. 39).

Der Drogenkonsum von Mädchen und Frauen kann durch das Ausleben von Differenz als Oppositionshaltung gegenüber vorhandenen Geschlechterhierarchien oder Machtstrukturen verstanden werden. So schreibt auch Singerhoff (2002), dass Drogenkonsum als Protest gegen die gesellschaftlichen Anforderungen und Erwartungen an Mädchen und Frauen gesehen werden kann. Eigenschaften wie Passivität, Ängstlichkeit, Unauffälligkeit, Aufopferung, Bindungsneigung, Abhängigkeit sowie mangelndes Selbstbewusstsein, die nach wie vor Frauen zugeschrieben werden, sind solche Erwartungen, gegen die sich eine Rebellion richtet. Der Versuch aus diesem Bündel zugeschriebener negativer Persönlichkeitseigenschaften auszubrechen, gelingt für viele Frauen meist nur durch den Konsum von Suchtmitteln. Nachdem allerdings fast alle psychoaktiven Substanzen (siehe Kapitel 2.1 *Substanzabhängigkeit*) nach kurzer Zeit zu einer psychischen und/oder physischen Abhängigkeit führen, erreichen die betroffenen Frauen meist genau das gegenteilige Ergebnis. Daher ist in diesem Fall laut Singerhoff (2002) der extreme Wunsch nach Unabhängigkeit der Ausgangspunkt für eine Abhängigkeitsentwicklung.

Auf der anderen Seite kann das Motiv für den Einstieg in die Substanzabhängigkeit auch die bewusste Abgrenzung von dieser weiblichen Normalität sein. (Singerhoff, 2002, S. 47)

Zusammenfassend hängt laut Singerhoff (2002) die Suchtmittelabhängigkeit mit folgenden Empfindungen zusammen:

1. mit dem Gefühl innerer Leere,
2. mit dem Gefühl von Unsicherheit und Machtlosigkeit, was die Gestaltung des eigenen Lebens angeht,
3. mit dem Gefühl, ohne die Anerkennung des Partners nicht leben zu können,
4. mit dem Fehlen einer sicheren, positiv ausgerichteten Geschlechtsidentität (Singerhoff, 2002, S. 43).

Nachdem beschrieben wurde, welche Bedingungen bzw. Faktoren eine Abhängigkeitsentwicklung begünstigen können, wird im nächsten Kapitel auf die möglichen Bewältigungsmechanismen genauer eingegangen.

2.4.5 Weibliche Sucht und Konfliktbewältigung

Wie bereits erwähnt, lernen Mädchen und Frauen allgemein in ihrer Sozialisation, ihre Wut und Aggression nicht nach außen zu kehren. Speziell suchtfährdete Frauen sind zum Hinnehmen, Erdulden und Anpassen erzogen, sie vermeiden Konfliktbewältigung und können sich nicht aktiv selbstbehaupten (Langenfelder, 1998; Eisenbach-Stangl, 2005). Dies hat oft zur Folge, dass es zu einer autoaggressiven Reaktion und psychosomatischen Beschwerden kommt.

Diese Mädchen und Frauen sind abhängig von den Beziehungen zu anderen und der Anerkennung durch andere. Ein offenes Ausleben von Aggressionen wird von ihnen eher als bedrohlich für das Selbst erlebt, stattdessen lernen sie Wut und Aggressionen indirekt bzw. gegen sich selbst auszutragen (aggressive Triebunterdrückung, Wendung nach innen) (Langenfelder, 1998). Frauen im Allgemeinen sind selten straffällig, da sie andere Bewältigungsstrategien haben als Männer- sie schaden oft sich selbst und leiden unter körperlichen psychischen Erkrankungen.

Substanznutzerinnen, die den „illegalen Kontext“ bevorzugen- Frauen, die sowohl von Normen, wie von der Geschlechterrolle, also doppelt abweichen, sind die Ausnahme geblieben (Eisenbach-Stangl, 2005, S. 31).

Suchtmittelabhängige Frauen konsumieren selten illegale Drogen. Sie suchen stattdessen Bewältigungsstrategien innerhalb eines legalen und gesellschaftlich akzeptierten Rahmens (Krankenrolle), die nach außen nicht sichtbar werden, damit sie nicht mit Schuldvorwürfen konfrontiert werden (Obrist, 1996; Langenfelder, 1998; Eisenbach-Stangl, 2005).

Auch die Beschaffungsprostitution ist eine Form sexueller Gewalt, weil drogenabhängige Frauen sich nicht freiwillig dazu entscheiden, sondern dazu gezwungen werden, ihren Körper zu verkaufen, wenn sie nicht kriminell werden wollen (Lind-Krämer & Timper-Nittel, 1992, S. 237).

Frauen sehen oft keine andere Möglichkeit, ihr Leben und ihren Drogenkonsum auf legalen Weg zu finanzieren, als sich zu prostituieren. Allerdings ist das „Beschaffen“ meist eine so große Belastung für die Frauen, dass sie es ohne Drogen gar nicht bewältigen könnten. So entsteht ein Teufelskreis (Beschaffen, um Drogen zu kaufen- Drogen konsumieren, um das Beschaffen zu ertragen), welcher nur schwer durchbrochen werden kann.

Alkohol- und Drogenmissbrauch werden als Mittel zur Konfliktbewältigung gesehen, es gibt also in weiterer Folge einen Zusammenhang zwischen Kriminalität und Konfliktbewältigung. Bei dem Versuch, die Probleme individuell zu bewältigen, wird die Aggression meist gegen sich selbst gerichtet, dies führt zu Enttäuschung, Hilflosigkeit, Verbitterung und Resignation (Langenfelder, 1998).

3 FRAUEN UND KRIMINALITÄT

Obwohl es seit 1980 zu einem Anstieg der Kriminalitätsbelastung von Frauen gekommen ist (siehe Abbildung 11, Kapitel 14.2 *Abbildungen*, S. 107), ist der Anteil krimineller Frauen im Vergleich zu Männern weiterhin gering (siehe Abbildung 12-14, Kapitel 14.2 *Abbildungen*, S. 107-108). In Österreich ist das Verhältnis von inhaftierten Männern zu inhaftierten Frauen 14:1 (Obrist & Werdenich, 2007).

Laut Franke (2000) liegt der geringe Anteil von Frauen an ausgeführten Straftaten an der Tatsache, dass die weibliche Gesellschaftsbindung generell stärker ausgeprägt ist als die der Männer. Diese Ansicht unterstützen Arbeiten von Obrist (1996) und Langenfelder (1998), die davon ausgehen, dass Frauen ihre Bewältigungsstrategien innerhalb eines legalen und gesellschaftlich akzeptierten Rahmens suchen.

Aus den Abbildungen 12-14 (siehe Kapitel 14.2 *Abbildungen*, S. 107-108) eines Pilotberichtes des Bundesministeriums für Justiz (Hofinger et al., 2009) sowie aus der Literatur geht hervor, dass Frauen überwiegend Eigentums- und Vermögensdelikte (67,0%) sowie Drogendelikte (17,0%)² begehen (Franke & Winkler, 2001).

Über 45% der am 30.03.2006 inhaftierten Frauen waren wegen Diebstahls, Unterschlagung, Betrugs und Untreue in Haft. Knapp 20% waren wegen eines Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz inhaftiert. [...] Von Frauen begangene Straftaten mit besonderer Gefährlichkeit, bei denen das Opfer schwer oder sogar tödlich verletzt wurde, sowie solche, bei denen der Sachschaden über 2500 € liegt, machen knapp 11% aus (Neubauer, 2010, S. 4).

Diese Zahlen lassen darauf schließen, dass Frauen weniger gewaltbereit sind als Männer und bestätigen wiederum die Theorie, dass Frauen in der Konfliktbewältigung Aggressionen nach innen richten (Autoaggression). Gewalttätiges Verhalten von Frauen gegenüber anderen Personen kommt vor allem dann zum Tragen, wenn es sich beim Opfer um einen Familienangehörigen handelt. Allerdings werden Frauen meist erst nach eigener Opfererfahrung straffällig (Neubauer, 2010). Inhaftierte Frauen weisen häufig auch eine Drogenabhängigkeit auf (Obrist, 2010).

² Diese Angaben beziehen sich auf deutsche Untersuchungen.

Vorsichtige Schätzungen des medizinischen Dienstes aus den Justizanstalten Wiener Neustadt und Schwarzau gehen von einem Anteil an Drogenkonsumentinnen zwischen 25 % und 50 % aus, es muss allerdings auch eine relevante Dunkelziffer berücksichtigt werden (Obrist, 2010, S. 16).

Bis zu 50 Prozent der inhaftierten Frauen sind von einer Abhängigkeit betroffen. Nachdem nur einem geringen Prozentsatz der Frauen ein Strafaufschub (§39 SMG) gewährt wird und auch nur ein geringer Prozentsatz der in Haft befindlichen therapiebedürftigen Frauen einen Platz in der JA Favoriten (der speziell dafür ausgestatteten Einrichtung für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher) erlangt (Obrist & Werdenich, 2007), sind viele der abhängigen Frauen in Haft auf sich selbst gestellt und haben keine bzw. nur eine geringe Möglichkeit, an ihrem Suchtproblem zu arbeiten. In den folgenden Kapiteln werden die Therapiemöglichkeiten für drogenabhängige Frauen in Freiheit, Haft und speziellen therapeutischen Einrichtungen vorgestellt.

4 DROGENTHERAPIEN

Für suchtkranke Menschen gibt es ein breites Spektrum an ambulanten, stationären und teilstationären Angeboten. Vor einer Entwöhnungsbehandlung wird zunächst in einer sogenannten „Motivationsphase“ die Behandlungsmotivation der betroffenen Personen aufgebaut. Dies kann sowohl in einer Suchtberatungsstelle als auch durch einen Hausarzt/eine Hausärztin erfolgen. Zeitgleich oder im Anschluss daran muss die abhängigkeitsverursachende Substanz abgesetzt werden, da die ambulante oder stationäre Behandlung (siehe Tabelle 4) nur suchtmittelfrei angetreten werden kann. Meist werden die Betroffenen für den Entzug in Allgemeinkrankenhäuser oder psychiatrische Kliniken verlegt, da sie dort bei auftretenden Entzugserscheinungen nicht nur medikamentös, sondern auch entsprechend intensiv-medizinisch behandelt werden können.

Die Entwöhnungsbehandlung hat schließlich das Ziel, suchtkranke Menschen wieder in ein Arbeits-, Berufs- sowie Gesellschaftsleben zu integrieren und sie in die Lage zu versetzen, ein abstinentes Leben zu führen (Franke & Winkler, 2001).

Tabelle 4

Ambulante und stationäre Entwöhnungsbehandlung im Vergleich (eigene Darstellung, basierend auf Franke & Winkler, 2001, S. 125-126)

Entwöhnungs- behandlung	Zielgruppe	Zeitraum	Behandlungsangebot
ambulant	sozial integrierte KlientInnen, deren Bereitschaft und Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit sowie regelmäßigen Teilnahme gegeben ist	bis zu 18 Monate	Einzel- und Gruppengespräche
stationär	KlientInnen, die keine Zugangsmöglichkeit zu ambulanten Einrichtungen haben	bei Drogenabhängigkeit 6 Monate + 4 Monate Adaptationsphase	Gruppen- und Einzeltherapie, Sport-, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie

In der Gruppentherapie werden einerseits Informationen über Abhängigkeitserkrankungen (Psychoedukation) vermittelt und andererseits Lernbedingungen zur Verbesserung der sozialen Kompetenzen und Beziehungen sowie zur realistischen Selbstbewertung und Emotionswahrnehmung geschaffen. Die Einzeltherapie dient dazu,

die therapeutische Arbeit in der Gruppe zu vertiefen. Weiters werden individuelle Problembereiche thematisiert und Einzelmaßnahmen eingeleitet.

Indikative Gruppenangebote bieten neben den Gruppen- und Einzeltherapien die Möglichkeit, sich mit speziellen Themen, für die in den anderen Therapievarianten kein oder zu wenig Raum ist, auseinanderzusetzen. In Einrichtungen, in welchen sowohl Männer als auch Frauen untergebracht sind, werden beispielsweise geschlechtsspezifische Gruppenangebote zum Thema Gewalt, Partnerschaft und Sexualität getrennt angeboten. Zu diesen Therapievarianten kommen noch folgende Behandlungsangebote hinzu, auf welche allerdings nicht weiter eingegangen wird (Franke & Winkler, 2001):

- Sozialtherapie/Soziotherapie
- Sport/Bewegung
- Ergotherapie, Arbeitstherapie
- Einbeziehung der Angehörigen/ Angehörigenseminare
- Medizinisch/ Physiotherapeutische Angebote
- Setting/ Hausordnung
- Nachsorge

4.1 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Der Drogenkonsum von Frauen wird stärker gesellschaftlich negativ sanktioniert als bei Männern, da sie sich den frauenspezifischen sozialen Erwartungen in doppelter Hinsicht widersetzen- durch ihr zügelloses Verhalten und durch den unkontrollierten Drogenkonsum. Das hat oft zur Folge, dass die betroffenen Frauen nicht bereit sind, ihr Drogenproblem zu akzeptieren und beeinflussen dadurch in negativer Weise ihre Behandlung (-sbereitschaft) (Dobler-Mikola, 2000).

Das Therapiesetting sowie -angebot ist ein weiterer Einflussfaktor bezüglich der Behandlungsbereitschaft drogenabhängiger Frauen. Frauen berichten, dass es ihnen in gemischt-geschlechtlichen Gruppen schwer fällt, über Bedürfnisse und Probleme zu sprechen (Dobler-Mikola, 2000). Eine besondere Relevanz frauenspezifischer Behandlungsangebote zeigt sich in Justizanstalten mit Entwöhnungsbehandlung.

Frauen gelangen aufgrund einer Vielzahl von Faktoren grundsätzlich nur sehr selten in den Strafvollzug. Die Quote von Frauen zu Männern beträgt dort 1 zu 14, d.h. es gibt ca. 400 weibliche und ca. 6500 männliche Straf- und Untersuchungsgefangene (Obrist & Werdenich, 2007, S. 310).

Da Frauen nur einen geringen Teil der österreichischen Häftlingspopulation ausmachen und daher auch die Therapieangebote überwiegend an Männern orientiert sind, wird die Relevanz einer frauenspezifischen Therapie oft außer Acht gelassen. Wie jedoch viele Studien zeigen, werden Frauen erst nach einem lang andauernden Drogenkonsum kriminell und sind daher meist in einer sehr schlechten Verfassung. Zudem haben viele dieser Frauen Gewalterfahrungen in ihrer Vergangenheit erlebt und weisen eine geringe Selbstsicherheit sowie teilweise eine Ablehnung ihrer Geschlechtsidentität auf (Obrist, 2010).

Hinzu kommt, dass vielen Frauen das Vertrauen in die Unterstützung durch einen Therapeuten/eine Therapeutin aufgrund ihrer enttäuschenden Erfahrungen mit Erziehungsinstanzen, ErzieherInnen sowie SozialarbeiterInnen fehlt. Sie können sich nicht vorstellen, ein eigenes Lebenskonzept zu erarbeiten und umzusetzen (Franke & Winkler, 2001).

Das therapeutische Setting sollte daher so gestaltet sein, dass Frauen nicht in eine Minderheitsposition geraten und dass sie die Möglichkeit haben, ihre Probleme in einer geschützten Atmosphäre zu bearbeiten. Wichtige Ziele in der Behandlung sind generell vor allem die Förderung der Autonomie, der Entscheidungsfähigkeit und der persönlichen Weiterentwicklung (Franke & Winkler, 2001).

Im Rahmen der Behandlung sollen positive Erfahrungen, Autonomie, Entscheidungsfähigkeit und Weiterentwicklung gefördert werden, die Frauen sollen lernen, sich selbst zu schätzen und ein selbstbestimmteres, zufriedeneres Leben zu führen (Franke & Winkler, 2001, S. 129–130).

Weiters sollen sie sich mit der beruflichen Wiedereingliederung, ihren Wünschen sowie Erfahrungen bezüglich Sexualität und Gewalterfahrungen auseinandersetzen. Dabei sind die abhängigkeitsfördernden Lebensumstände der Frauen zu analysieren und Hilfestellungen bei möglichen Schwierigkeiten zu geben. Es ist darauf zu achten, dass in

therapeutischen Wohngemeinschaften keine männliche Übermacht herrscht, da dies eher einschüchternd auf die Frauen wirkt (Franke & Winkler, 2001).

Je männlicher, verhärteter das Klima in solchen Einrichtungen wird, desto mehr werden Frauen abgeschreckt, sie nehmen die Behandlungsangebote entweder gar nicht an oder sie reagieren mit Abbruch einer Behandlung (Franke & Winkler, 2001, S. 132).

Frauen lassen sich durch ein männerdominiertes und/oder straffes Behandlungsklima insofern beeinflussen, als dass sie die Behandlung abbrechen oder gar nicht erst in Anspruch nehmen. Daher hat die in den 1980er Jahren aufgekommene Diskussion über die Notwendigkeit frauenspezifischer Angebote und Einrichtungen dafür gesorgt, dass einige Behandlungsangebote etabliert wurden. Dazu zählen u. a.:

- Kontakt- und Anlaufstellen/ mobile Einrichtungen für sich prostituierende, drogenabhängige Frauen
 - Aufsuchende Sozialarbeit
 - Frauenberatungsstellen
 - Therapeutische Wohngemeinschaften und
 - Stationäre Therapien ausschließlich für Frauen
 - Nachsorgeeinrichtungen mit betreutem Wohnen
- (Franke & Winkler, 2001, S. 132).

4.2 Therapie im „Zwangskontext“

Der Unterschied eines beabsichtigten Therapieantritts in Haft oder in einer Einrichtung, die zwar außerhalb des Strafvollzugsystems besteht, in der aber auch KlientInnen mit Strafaufschub (§39 SMG) behandelt werden, wird untersucht, da beide Bedingungen durch einen justiziellen Beschluss gewissermaßen in einem „erzwungenen“ Rahmen stattfinden. Da die Therapie Teil der Strafvollstreckung bzw. der gesundheitsbezogenen Maßnahme ist, die an die Stelle des Strafvollzuges tritt („Therapie statt Strafe“, §39 SMG), obliegt die Kontrolle in beiden Bedingungen der Strafjustiz. Dieser „justizielle Zwang“ verursacht auf Seiten der KlientInnen am Anfang oft eine ablehnende Haltung gegenüber den Therapieregeln des Suchtmittelgesetzes.

Ausschlaggebend für die Ablehnung ist somit die mangelnde Freiwilligkeit (Vgl. das Postulat der Freiwilligkeit des Therapieantritts, Jehle, 2009).

In der Motivationsforschung wurde früher angenommen, dass sich externer Druck negativ auf die intrinsische Motivation auswirkt und somit hinderlich für die Veränderungsbereitschaft ist. In späteren Arbeiten wurde hingegen angenommen, dass externer Druck positive Auswirkungen auf die extrinsische Motivation haben kann (Gegenhuber, 2008).

Da sowohl bei KlientInnen in Haft als auch bei KlientInnen mit Haftaufschub eine Entscheidungsmöglichkeit besteht (Entwöhnungsgefängnis vs. anderes Gefängnis bzw. „Therapie statt Strafe“ vs. Gefängnis), kann man weder von Zwang noch von Unfreiwilligkeit sprechen. Eine Zwangsbehandlung der Drogenabhängigkeit per Strafe ist rechtlich gar nicht möglich, es kommt stets auf das Einverständnis bzw. die Mitwirkung des Betroffenen an. Der Begriff Zwang wird daher mit Anführungszeichen versehen, da mit diesem zwar Elemente von Zwang beschrieben werden, diese allerdings nicht eindeutig das Ende der Selbstbestimmung bedeuten.

Die Ergebnisse einer Untersuchung von Gegenhuber, Werdenich und Kryspin-Exner (2009) zeigen, dass der Anteil jener Personen, die überhaupt keinen externen Zwang zur Behandlung verspüren, bei KlientInnen mit Therapieauflage nur unwesentlich geringer ist als bei „freiwilligen“ KlientInnen und dieser Unterschied nicht signifikant ist.

Eine Untersuchung von Leeb (2011), in welcher sowohl das Annäherungs- als auch das Vermeidungsverhalten von KlientInnen mit Strafaufschub und KlientInnen ohne justiziellen Beschluss untersucht wurde, zeigt, dass sich die beiden KlientInnengruppen hinsichtlich ihrer motivationalen Schemata nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Burtscher (2012) kann dieses Ergebnis nur in Bezug auf das Vermeidungsverhalten bestätigen. Die männlichen Klienten der KlientInnengruppe mit Strafaufschub wiesen ein signifikant höheres Annäherungsverhalten auf als die Normierungsstichprobe³.

³ Die Normierungsstichprobe oder „Referenzpopulation“ beschreibt im Rahmen der Psychologischen Diagnostik diejenige Gruppe von Personen, welche Träger des relevanten Spektrums des interessierenden Merkmals sind, das durch einen psychologischen Test erfasst werden soll.“ (Bulheller, 2003, S. 371)

Werdenich und Wagner (1998) wiesen außerdem darauf hin, dass man Zwangsaspekte in Behandlungssituationen relativ häufig findet, da unzählige psychosoziale Interventionen fremdbestimmt durch Sekundärmotivation, unter sozialem, ökonomischem, familiärem, strafrechtlichem etc. Druck zustande kommt. Während Männer beispielsweise häufig über strukturelle und materielle Zwänge berichten, entschließen sich Frauen vor allem aufgrund von zwischenmenschlichen Beziehungen und persönlicher Sinngebung dazu, eine Behandlung in Anspruch zu nehmen (Dolber-Mikola, 2000). Gegenhuber (2008) weist außerdem darauf hin, dass es sehr wenig Ergebnisse über den Zusammenhang zwischen Veränderungsbereitschaft und externem Zwang gibt.

Weiters bleibt hier unberücksichtigt, dass ein Abhängiger sein Suchtverhalten nicht aufgeben will, sondern vielmehr dann aufgibt, wenn die negativen Konsequenzen so gravierend sind, dass sie die positiv empfundenen Wirkungen des Drogengebrauchs überwiegen. Allerdings stehen Drogenabhängige, die eine längere Suchtkarriere hinter sich haben ihrer Situation meist ambivalent gegenüber, da sie einerseits von der positiven Wirkung des Suchtmittels und andererseits von dessen negativen Begleiterscheinungen als auch Konsequenzen geprägt sind. Somit wird wahrscheinlich immer ein gewisses Maß an Motivation vorhanden sein (Jehle, 2009).

Es stellt sich somit die Frage, aus welcher Motivation heraus die Therapie angestrebt wird: um das Drogenproblem in den Griff zu bekommen oder um die Zeit in Haft oder in einer stationären Einrichtung angenehmer zu erleben? Im Hinblick auf das Thema dieser Arbeit kommt auch die Frage auf, inwiefern eine Therapie für drogenabhängige Frauen, welche häufig Unterdrückung und Abhängigkeit von anderen Personen erfahren haben, in einer Einrichtung mit Machtstrukturen – die für Justizanstalten üblich sind – sinnvoll bzw. förderlich ist.

Weiters ist zu fragen, ob diese Strukturen unterstützend oder gar hinderlich für einen Therapieerfolg sind, da ein existenzieller Druck nicht gegeben ist und die Verantwortung für sich selbst gezwungenermaßen abgegeben wird (Obrist & Werdenich, 2007).

4.3 Gesundheitsbezogene Maßnahmen

Zum besseren Verständnis der Thematik wird zunächst der Paragraph 39 des Suchtmittelgesetzes (SMG) erklärt.

Das Suchtmittelgesetz wurde 1999 (SMG 1998) in Österreich in Kraft gesetzt und löste das Suchtgiftgesetz (SGG) ab. In den Paragraphen 35- 39 werden die Möglichkeiten geschaffen, anstelle einer Verurteilung bzw. anstelle einer Gefängnisstrafe sogenannte gesundheitsbezogene Maßnahmen anzuordnen, also eine Möglichkeit, eine strafrechtliche Verfolgung zu vermeiden oder abzumildern, in dem die Betroffenen sich medizinischen, klinisch- psychologischen, psychotherapeutischen und anderen psychosozialen Interventionen unterziehen (Gegenhuber, Werdenich & Kryspin-Exner, 2009).

Im Bereich der mittelschweren Kriminalität gibt es die Möglichkeit des § 39 SMG, d.h. eine bereits ausgesprochene unbedingte Freiheitsstrafe für die Dauer von höchstens 2 Jahren zur Absolvierung einer Behandlung aufzuschieben und sie in eine bedingte Freiheitsstrafe umzuwandeln, wenn der Klient kooperiert und die Therapie erfolgreich abgeschlossen hat (§40 SMG). Im Bereich der Beschaffungskriminalität behandlungsbedürftiger Rechtsbrecher (Straftaten, die mit der Beschaffung von Suchtmitteln in Zusammenhang stehen) darf die urteilsmäßige Strafe 3 Jahre nicht übersteigen (Gegenhuber, Werdenich & Kryspin-Exner, 2009).

Zu den Einrichtungen, die KlientInnen mit Strafaufschub („Therapie statt Strafe“, §39 SMG) eine Behandlung gewährleisten, zählen in Wien und Umgebung:

- Grüner Kreis
- Schweizerhaus Hadersdorf
- B.A.S.I.S
- P.A.S.S.
- Zukunftsschmiede
- Anton- Proksch- Institut

4.4 Gefängnis mit Entwöhnungsbehandlung

Wenn die KlientInnen keinen Strafaufschub („Therapie statt Strafe“, §39 SMG) erhalten, haben sie die Möglichkeit, in einem Gefängnis mit Entwöhnungsbehandlung eine Therapie zu absolvieren. Die Justizanstalt Favoriten im gleichnamigen Wiener Stadtbezirk bietet eine derartige Entwöhnungsbehandlung für sowohl abstinenzorientierte als auch substituierte InsassInnen an. Die Anstalt hat eine Kapazität von ca. 120 Personen. Die Insassen sind vorwiegend drogenabhängige Männer, seit 1994 gibt es jedoch auch eine Frauenabteilung mit 32 Plätzen (Obrist & Werdenich, 2007).

Die Möglichkeit, in die JA Favoriten zu kommen, ist, wenn die InsassInnen nicht zu einer Behandlung verurteilt wurden (§22 StGB), im §68a Strafvollzugsgesetz enthalten. Dieser besagt, dass sich InsassInnen aus einer anderen Justizanstalt (meist JA Josefstadt) um eine Aufnahme in die JA Favoriten bewerben können. Eine Aufnahme setzt voraus, dass die InsassInnen behandlungsmotiviert und therapiefähig sind. Dieser Sachverhalt wird während des Aufenthaltes auf der Zugangsabteilung abgeklärt. Die Therapiefähigkeit muss sich in persönlichen Arbeitsbündnissen zwischen InsassInnen und TherapeutInnen manifestieren. Erst im Lauf der Behandlung kann sich klären, wie ernsthaft ein Wunsch nach Behandlung ist (Obrist, 2010).

Aufgrund der besonderen Situation süchtiger Frauen, auf welche in den vorherigen Kapiteln eingegangen wurde, ist in der JA Favoriten ein spezielles Behandlungsmodell für Frauen in Haft konzipiert worden.

Frauen werden demnach mit denselben therapeutischen Ritualen behandelt wie Männer, unbeschadet der Tatsache, dass die traditionelle Rolle der Frau in westlichen Industriestaaten wesentlich anders definiert ist als die des Mannes. Offenbar gehen Therapeuten aller Schulrichtungen, die sich sonst gern bis aufs Messer bekämpfen, davon aus, dass Frauen nur die „verkleinerte, schwächere und passivere Ausgabe des Mannes“ sind und also in der Therapie nach denselben Regeln zu traktieren sind wie die männliche Normalausgabe (Obrist & Werdenich, 2007, S. 316).

Im Gegensatz zum Behandlungsplan der Männer, steht bei den Frauen eine individuelle Vorgehensweise im Vordergrund, da man durch diese besser auf die Frauen und ihre Bedürfnisse, die sich aufgrund ihrer Lebenszusammenhänge anders äußern als bei Männern (siehe Kapitel 2.4 *Suchtverlauf bei Frauen*), eingehen kann. Im Vordergrund der Therapie steht der kognitive Ansatz, den Frauen den Zusammenhang zwischen der emotionalen Belastung und dem Konsum von Drogen näher zu bringen. Die betroffenen Frauen sollen lernen, die Kontrolle über ihr eigenes Verhalten zu stärken und neue Copingstrategien erarbeiten (Obrist & Werdenich, 2007).

Da bei Frauen oft die Bewältigung traumatischer Ereignisse den Weg in die Abhängigkeit beeinflusst hat, wird in der JA Favoriten weiters versucht, diese Erfahrungen aufzuarbeiten. Die betroffenen Frauen sollen von ihren Schuld- und Schamgefühlen entlastet werden und einen realistischen Blick auf ihre Situation gewinnen. Es wird versucht, ihnen alternative Frauenrollen näherzubringen, die im Gegensatz zur

Abhängigkeit und Unmündigkeit, mit Selbstbestimmtheit, Selbstbewusstsein, Rebellion und Stärke verbunden sind. Dies wird auch dadurch gewährleistet, dass das gesamte Behandlungsteam der Frauenabteilung weiblich ist und als Identifikationsmodell fungieren kann (Obrist & Werdenich, 2007).

5 THERAPIEMOTIVATION BEI DROGENABHÄNGIGEN FRAUEN

Die Therapiemotivation bzw. Veränderungsbereitschaft ist eine wichtige Voraussetzung dafür, ein problematisches Verhalten mithilfe einer entsprechenden Therapie zu verringern oder zu eliminieren. Generell wird Motivation wie folgt definiert:

Motivation bezieht sich generell auf das Ingangsetzen, Steuern und Aufrechterhalten von körperlichen und psychischen Aktivitäten (Zimbardo, 1995, S. 407).

Da in der vorliegenden Studie die Therapiemotivation untersucht wird, bezieht sich diese auf das Transtheoretische Modell der Veränderungsbereitschaft von Prochaska, DiClemente und Nocross (1992). Das Transtheoretische Modell ist ein Konzept zur Beschreibung, Erklärung, Vorhersage und Beeinflussung von intentionalen Verhaltensänderungen und umfasst 5 bzw. 6 Stufen der Veränderung. Diese Stufen stellen die zeitlichen und motivationalen Dimensionen des Veränderungsprozesses dar. Das entscheidende Element dabei ist die Bereitschaft aktiv zu werden. Die einzelnen Stufen sollen nacheinander durchlaufen werden und um eine erfolgreiche Verhaltensänderung zu erzielen, müssen die den Stufen zugeordneten Veränderungsprozesse umgesetzt werden. Rückfälle sind ein integraler Bestandteil des Modells (Prochaska, DiClemente & Nocross, 1992).

Stufen der Veränderung:

1. Absichtslosigkeit (Precontemplation)

Es besteht keine Intention, das problematische Verhalten in den nächsten sechs Monaten zu verändern.

2. Absichtsbildung (Contemplation)

Es wird erwogen, das problematische Verhalten in den nächsten sechs Monaten zu verändern- Abwägen von positiven und negativen Handlungserwartungen (Ambivalenzphase).

3. Vorbereitung einer Handlung (Preparation)

Die ersten Schritte zur Veränderung wurden eingeleitet, das Zielverhalten wird in den nächsten 30 Tagen angestrebt.

4. Handlung (Action)

Das Zielverhalten wird seit weniger als sechs Monaten gezeigt.

5. Aufrechterhaltung (Maintenance)

Das Zielverhalten wird seit mehr als sechs Monaten beibehalten (bis zu 5 Jahren).

6. Beendigung (Termination)

Gleicht der Aufrechterhaltung, es ist keine situative Versuchung bzw. Rückfallgefahr mehr vorhanden.

Der Ablauf wird nicht linear, sondern als Spirale dargestellt. Rückfälle führen zwar dazu, dass eine Person auf eine frühere Stufe zurückfällt, aber nicht wieder von vorne anfangen muss. Rückfälle müssen konstruktiv verarbeitet werden (Prochaska, DiClemente & Nocross, 1992).

Die Therapiemotivation ist für einen Therapieantritt unerlässlich. Im strafrechtlichen Kontext forensischer Psychotherapie wird durch die Wahrnehmung von Freiheitsbeschränkung jedoch meist Widerstand bzw. Reaktanz hervorgerufen, welche zu Misstrauen, Aggression und Feindseligkeit seitens der InsassInnen führt (Dahle, 1998). Wenn sich die InsassInnen deshalb nicht kooperativ verhalten, ist eine Therapie zwecklos. Laut Obrist und Trinkl (2004) ist eine echte Therapiemotivation bei einer Suchttherapie jedoch nicht zwingend Therapievoraussetzung, sondern oft erstes Behandlungsziel.

Im Strafvollzug oder in der gesundheitsbezogenen Maßnahme kommt außerdem ein Motiv hinzu, welches konstruktive Handlungen hervorrufen kann: Die Hoffnung auf positive Auswirkungen einer Therapieteilnahme auf die strafrechtliche Sanktion selbst, da sich dadurch die Chancen auf eine schnellere Gewährung von Lockerungen und auf einen frühzeitigeren Entlassungszeitpunkt erhöhen (Dahle, 1998).

Die Ergebnisse einer Untersuchung von Marshall und Hser (2002) zeigten, dass KlientInnen mit Therapieauflage eine geringere Problemeinsicht, sowie einen geringeren Wunsch nach Unterstützung und eine niedrigere Therapiebereitschaft verglichen mit KlientInnen ohne Therapieauflage und nicht- inhaftierten KlientInnen aufweisen. KlientInnen ohne Therapieauflage und nicht-inhaftierte KlientInnen unterschieden sich jedoch nicht hinsichtlich der Therapiemotivation.

Auch Gütlich, Heidenreich und Hoyer (1998) kamen zu dem Schluss, dass Personen in der gesundheitsbezogenen Maßnahme eher Einstellungen aufweisen, die der Phase der Absichtslosigkeit zuzuordnen sind, während die Einstellungen bei Personen in stationärer Drogenentwöhnungsbehandlung mehr auf die Phasen der Absichtsbildung und

Aufrechterhaltung hinweisen. In der Handlungsphase wurden jedoch keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen festgestellt. Leeb (2011) und Burtscher (2012) konnten hingegen feststellen, dass sich zu Beginn der Behandlung die Mehrheit der KlientInnen in der gesundheitsbezogenen Maßnahme im Handlungsstadium bzw. im Stadium der Absichtsbildung befand.

Diese Studien zeigen, dass zumindest vor Therapiebeginn Unterschiede bezüglich der Therapiemotivation bei KlientInnen mit Strafaufschub (§39 SMG) erkennbar sind.

Bezüglich der geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Therapiemotivation, berichteten Muno und Waldmann (1981, zit. nach Obrist, 1996), dass Frauen in gemischtgeschlechtlichen Therapiegruppen zu Beginn der Therapie eine geringere Abbruchtendenz und eine höhere Bereitschaft, das Programm bis zum Ende durchzuhalten, aufwiesen als Männer. Obrist (1996) kam ebenfalls zu dem Schluss, dass Frauen trotz ungünstigeren Ausgangsbedingungen, die sich durch höhere Depressionswerte, ein negativeres Selbstbild sowie ein geringeres Selbstvertrauen zu Beginn der Therapie auszeichneten, mehr Veränderungsbereitschaft zu erkennen gaben als Männer. Haas (2005) kann diese Ergebnisse nur teilweise bestätigen. Frauen weisen zwar eine größere Veränderungsbereitschaft auf als Männer, die Inanspruchnahme von Unterstützung und Therapie sinkt allerdings mit steigendem Alter der Frauen. Während der Frauenanteil in der Therapieeinrichtung *Ganslwirt* in der Altersgruppe bis 19 Jahre mehr als 70 Prozent ausmachte, betrug der Anteil in der Altersgruppe der über 34-Jährigen nur mehr 17 Prozent. Außerdem scheint das jeweilige Therapieangebot die Motivation der Frauen zu beeinflussen. Je höherschwelliger und intensiver das Therapieangebot, desto größer ist die Motivation seitens der drogenabhängigen Frauen (Haas, 2005).

6 SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG BEI DROGENABHÄNGIGEN FRAUEN

Die Selbstwirksamkeit ist ebenso wie die (Therapie-) Motivation ausschlaggebend dafür, inwiefern ein gegebenes problematisches Verhalten mithilfe einer entsprechenden Therapie verringert bzw. eliminiert werden kann. Generell versteht man unter Selbstwirksamkeit:

Perceived self-efficacy is concerned with judgments of personal capability [...]. People need firm confidence in their efficacy to mount and sustain the effort required to succeed. Thus, in ongoing pursuits, perceived personal efficacy predicts the goals people set for themselves and their performance attainments [...] (Bandura, 1997, S. 11).

Selbstwirksamkeit ist somit die Überzeugung, in einer bestimmten Situation die angemessene Leistung erbringen zu können. Dieses Gefühl einer Person bezüglich ihrer Fähigkeit beeinflusst sowohl ihre Wahrnehmung, ihre Motivation als auch ihre Leistung auf vielerlei Weise.

Laut Bandura (1997) bezieht sich die Selbstwirksamkeitserwartung auf die persönliche Einschätzung der eigenen Fähigkeiten, im alltäglichen Leben mit all seinen Hindernissen zu Recht zu kommen und schwierige Situationen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können. Diese beeinflusst in weiterer Folge die Entscheidung für bestimmte Verhaltensweisen in bestimmten Situationen, sowie über die Stärke der Anstrengung, der Ausdauer angesichts von Hindernissen und Misserfolgen, dem Ausmaß an Stresserleben und der Verarbeitung von Rückschlägen.

Köchl und Jagsch (2009) untersuchten, ob sich KlientInnen mit Strafaufschub von der Normierungstichprobe hinsichtlich der Selbstwirksamkeit unterscheiden. Sie konnten weder vor noch nach der indizierten Behandlung einen signifikanten Unterschied in diesem Merkmal beobachten (Köchl & Jagsch, 2009). Studien bezüglich geschlechtsspezifischer Unterschiede gehen davon aus, dass die Selbstwirksamkeitserwartung signifikant mit der Geschlechterrollenorientierung, die sich aus den Dimensionen Maskulinität und Femininität zusammensetzt, zusammenhängt. Diese Studien operationalisieren Maskulinität und Femininität anhand von Fragebögen, die Geschlechtsstereotypen über Items erfassen, die sozial erwünschte Eigenschaften darstellen. Generell kann man sagen,

dass Selbstwirksamkeit hoch mit der Maskulinität korreliert, wenn es um Wettbewerbseifer, Unabhängigkeit, Aggressivität und Selbstbewusstsein geht, während ein Zusammenhang mit Femininität vor allem bei Unterwürfigkeit, Abhängigkeit und kommunalen sowie interpersonalen Beziehungen besteht (Bryant & Fuqua, 1997). Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Selbstwirksamkeitserwartung eine engere Beziehung zur Maskulinität aufweist als zur Femininität.

Choi (2004) konnte diese Annahmen mit seiner Studie bestätigen. Der Zusammenhang zwischen Maskulinität und Selbstwirksamkeitserwartung war in den drei Bereichen generelle, akademische und bereichsspezifische Selbstwirksamkeitserwartung signifikant, wobei der größte Zusammenhang zwischen der generellen und akademischen Selbstwirksamkeitserwartung und Maskulinität zu erkennen war. Zwischen Femininität und Selbstwirksamkeitserwartung war der Zusammenhang jedoch nur in der generellen Selbstwirksamkeitserwartung signifikant.

Diese Studien zeigen die defizitären Einschätzungen der Selbstwirksamkeit von Frauen, welche in Hinblick auf einen Therapieantritt zu den restlichen Faktoren erschwerend hinzukommt. Angesichts der Ergebnisse dieser Studien kann man sagen, dass Frauen einerseits eine höhere Therapiebereitschaft zeigen, sich aber andererseits weniger zutrauen, diese Bereitschaft produktiv umzusetzen. Frauen sind willig, ihr Leben zu ändern, glauben aber nicht daran, dass sie das auch schaffen können.

III EMPIRIE

Der theoretische Teil umfasst die Darstellung sowie die Zusammenhänge der vier Konstrukte Geschlechterrolle, erlebter Zwang, Selbstwirksamkeitsüberzeugung sowie der Veränderungsmotivation. Mädchen und Frauen werden in ihrer Sozialisation u.a. vermittelt, Wünsche und Probleme nicht nach außen zu tragen (Bauer, 2003). Wenn sie bei gegebenen Risikofaktoren, wie etwa Suchtproblemen in der Herkunftsfamilie, belastende und/ oder Gewalterfahrungen (Obrist, 1996; Franke & Winkler, 2001; Singerhoff, 2002), nicht genügend Resilienzfaktoren aufweisen, kann der Aufbau einer stabilen Identität erschwert und die Entstehung einer Abhängigkeit begünstigt werden (Obrist, 1996; Singerhoff, 2002). Verurteilte drogenabhängige Frauen werden in den Justizanstalten mit Therapieangeboten konfrontiert, die fast ausschließlich an Männern orientiert sind (Obrist und Werdenich, 2007). Das Therapieangebot und die generelle Minderheitsposition einerseits sowie die Machtstruktur, die Haftanstalten innehaben, andererseits, erschweren die Behandlung frauenspezifischer Themen und somit die Förderung von Autonomie, Entscheidungsfähigkeit und persönlicher Weiterentwicklung (Franke & Winkler, 2001). Das Therapiesetting in Haft kann aufgrund der verletzten „Freiwilligkeit“ zu Einschränkungen der Motivation führen (Jehle, 2009), allerdings ist die Therapiemotivation keine zwingende Voraussetzung für eine Suchttherapie (Obrist & Trinkl, 2004). Frauen weisen zu Beginn einer Therapie größere Veränderungsbereitschaft (Obrist, 1996; Haas, 2005), allerdings generell geringere Selbstwirksamkeitserwartung als Männer auf (Bryant & Fuqua, 1997; Choi, 2004).

Der Stand der Forschung macht deutlich, dass diese Faktoren – für sich – einen Zusammenhang mit Suchtentstehung und Suchtverlauf speziell bei Frauen haben. Es liegt daher nahe, dass diese Faktoren für die Therapieentscheidung im Setting einer Justizanstalt nicht nur einzeln relevant sind, sondern interagieren. Dieses Zusammenspiel wurde bisher jedoch nicht eingehend untersucht.

Die vorliegende Studie untersucht abhängige Insassinnen, die entweder aufgrund eines beantragten Strafaufschubes (§39 SMG) eine Therapie in einer stationären Einrichtung oder aber eine Therapie im Strafvollzug anstreben. Der Fokus der Arbeit liegt vor allem auf der Geschlechterrolle sowie den damit verbundenen Besonderheiten der Abhängigkeitsentstehung und des Abhängigkeitsverlaufs dieser Frauen.

7 FORSCHUNGSFRAGE

Da aus den bisherigen Studien (Marshall & Hser, 2002; Gegenhuber, Werdenich & Kryspin- Exner, 2009; Leeb, 2011; Burtcher, 2012) nicht eindeutig hervorgeht, ob bzw. inwiefern sich KlientInnen mit Strafaufschub von KlientInnen ohne Strafaufschub hinsichtlich des erlebten Therapiezwangs sowie der Therapiemotivation unterscheiden, werden in der vorliegenden Arbeit zwei Gruppen herangezogen, die anhand des Wunsches nach einer der beiden Therapieformen unterschieden werden. Die beiden Samples setzen sich aus inhaftierten Frauen zusammen, die unter einer gewissermaßen vergleichbaren „erzwungenen“ Bedingung eine Therapie absolvieren wollen – Therapie in Haft vs. Therapie in einer stationären Einrichtung aufgrund des Strafaufschubs (§39 SMG). Da viele Studien für einen Zusammenhang zwischen Drogenabhängigkeit und Geschlechtsidentität (Obrist, 1996; Singerhoff, 2002) sprechen und die Selbstwirksamkeitserwartung sowohl mit der Therapiemotivation als auch mit der Geschlechtszugehörigkeit zusammenhängt, werden diese Konstrukte ebenfalls in die Forschungsfrage aufgenommen.

Daraus ergibt sich folgende Forschungsfrage:

Unterscheiden sich Frauen, die sich für eine Therapie in Haft bzw. eine Therapie in einer stationären Einrichtung im Sinne eines Strafaufschubs („Therapie statt Strafe“, §39 SMG) entschieden haben, hinsichtlich der Therapiemotivation, der Selbstwirksamkeitserwartung, des erlebten Therapiezwangs und der Geschlechterrollenfixierung?

8 METHODE

8.1 Untersuchungsdesign

Die Untersuchung ist eine quasiexperimentelle Querschnittstudie mit zwei Versuchsgruppe bestehend aus jeweils 20 Klientinnen, die bezüglich der Therapiemotivation, der Selbstwirksamkeitserwartung, des erlebten Therapiezwangs sowie der Geschlechterrollenfixierung vor Therapieantritt miteinander verglichen werden. Die Frauen wurden anhand eines Anamnesefragebogens und drei bzw. vier weiterer Verfahren, die im Kapitel 8.4 *Beschreibung der Untersuchungsinstrumente* genauer beschrieben werden, untersucht. Die gesamte Befragung dauerte jeweils ungefähr 40 Minuten. Die Fragebögen wurden im Paper- Pencil Format vorgegeben und die Frauen wurden zum Teil einzeln und zum Teil in einer Gruppe von 2-5 Teilnehmerinnen befragt.

8.2 Stichprobe

8.2.1 Zielpopulation

Die Studie untersucht volljährige, drogenabhängige Frauen der JA Josefstadt, die aufgrund eines begangenen Deliktes, welches z.T. aufgrund der Drogenabhängigkeit zustande kam, inhaftiert sind und eine Therapie absolvieren wollen, um ebendiese Drogenabhängigkeit zu behandeln. Es wurden nur Frauen berücksichtigt, die entweder den §39 (SMG) oder einen Haftaufenthalt in der JA Favoriten beantragt hatten.

8.2.2 Beschreibung der Institution: Justizanstalt Josefstadt

Die JA Josefstadt ist mit einer Belagsfähigkeit von 921 InsassInnen die größte Justizanstalt in Österreich. Es ist außerdem die einzige Haftanstalt, in welcher alle Formen des Vollzugs gegeben sind. Dazu zählen Untersuchungs- und Strafgefangene, Jugendliche, junge Erwachsene, Frauen und Männer sowie der Maßnahmenvollzug mit einer Strafdauer bis zu 18 Monaten. Für die ärztliche Betreuung steht eine geschlossene Abteilung im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder im zweiten Wiener Gemeindebezirk zur Verfügung (Vollzugsdirektion, 2009).

Die JA Josefstadt ist der zentrale Überstellungsdienst für sämtliche Anstalten in Österreich. Die InsassInnen werden je nach Alter, Geschlecht, Haftdauer, Substitution sowie eigenen Präferenzen klassifiziert und danach im Rahmen des zentralen Überstellungsdienstes in eine andere Haftanstalt weitergeleitet und von dieser übernommen (Vollzugsdirektion, 2009).

8.2.3 Ein- und Ausschlusskriterien

In der Durchführung der Studie kam es zu vielen unerwarteten Problemen, durch die ich gezwungen war, einige Änderungen am Forschungsdesign vorzunehmen, welche im Folgenden beschrieben werden.

Das ursprünglich geplante Vorgehen war, die Insassinnen der JA Josefstadt mit Klientinnen des Grünen Kreises nach deren Klassifikation durch die Vollzugsdirektion (JA Favoriten bzw. Grüner Kreis) vor deren Therapieantritt bezüglich der oben beschriebenen Variablen miteinander zu vergleichen. Nachdem der Grüne Kreis nur sehr selten weibliche Neuzugänge aufweist und es selbst dann noch sehr schwer ist, diese Klientinnen vor Therapieantritt zu erreichen und zu befragen, war es notwendig, von diesem Konzept abzuweichen: Anstelle von Klientinnen des Grünen Kreises wurden Frauen, die ihrem Klassifikationsgespräch nach einer stationären Einrichtung im Umkreis von Wien zugeteilt werden wollten (im Sinne eines Strafaufschubs, §39 SMG), für den Vergleich mit jenen Frauen, die in ihren Klassifikationsgesprächen der JA Favoriten zugeteilt werden wollten, herangezogen. Beide Gruppen befanden sich also vor dem eigentlichen Therapieantritt, aber auch noch vor der Klassifikation durch die Vollzugsdirektion. Die Fragebögen, die bereits von Klientinnen des Grünen Kreises ausgefüllt worden waren, konnten letztlich in der Studie nicht berücksichtigt werden, da alle erreichten Frauen zum Zeitpunkt der Befragung bereits in unterschiedlichen Stadien der Therapie waren.

Rückblickend betrachtet ist das solchermäßen geänderte Untersuchungsdesign vorteilhaft, da die nunmehr erfassten Rahmenbedingungen aussagekräftiger als die ursprünglich geplanten sind: Die Frauen waren zum Zeitpunkt der Befragung allesamt in der JA Josefstadt untergebracht und ihr Wunsch für die jeweilige Therapievariante daher von dem Klassifikationsergebnis noch unbeeinflusst. Allerdings waren auch in der JA Josefstadt die Probleme der Erreichbarkeit und der geringen Anzahl der Frauen, die für

diese Studie in Frage kamen, gegeben. Daraus ergaben sich längere Intervalle zwischen den Befragungen.

8.3 Prozess der Datengewinnung

Die Frauen wurden anhand der vorgegebenen Kriterien von dem psychologischen Dienst der JA Josefstadt ausgewählt und gefragt, ob sie an der Studie teilnehmen wollen. Die Frauen erhielten ein Informationsblatt, auf welchem sie über den Inhalt und das Ausmaß der Befragung informiert wurden. Dann wurde ein Termin festgelegt, der sowohl für die Frauen als auch den psychologischen Dienst wahrnehmbar war. Bevor die eigentliche Befragung stattfand, wurde den Insassinnen noch eine Einverständniserklärung ausgehändigt, in welcher sie noch einmal bestätigen konnten, dass sie an der Studie teilnehmen wollen, und in welcher die Gewährleistung der Anonymität versichert wurde.

Nach der Zusage durch die Einverständniserklärung begann die Befragung, wobei zunächst geklärt wurde, dass die Ergebnisse der Studie keinen Einfluss auf das Klassifikationsergebnis der Frauen haben würde. Danach folgte eine Erklärung des Inhalts und Anlasses der Studie sowie des Aufbaus der eingesetzten Untersuchungsverfahren. Bevor die schriftliche Beantwortung der Fragebögen begann, fragte ich die Frauen einleitend nach dem Grund für die jeweilige Therapieentscheidung, worauf ich nicht von jeder Insassin eine Antwort erhielt.

Um Vergleichbarkeit mit parallel durchgeführten Studien meiner Kolleginnen Burtscher und Leeb herzustellen, wurde nach der achten Befragung noch ein weiteres Verfahren (FAMOS) in die Studie aufgenommen. Dadurch verkleinerte sich die Stichprobe in diesem Verfahren im Vergleich zu allen anderen verwendeten. Die acht Frauen, die diesen Fragebogen nicht ausgehändigt bekommen hatten, waren aufgrund der Anonymitätsgewährleistung nicht mehr ausfindig zu machen.

Hinsichtlich der Durchführung der Befragung kam es ebenfalls zu Änderungen. Zu Beginn war geplant, die Frauen nur am Wochenende zu befragen, damit sie wochentags nicht von ihrer Arbeit abgehalten würden. Nachdem ich mich im Gefängnis nicht frei bewegen konnte, sondern stets von einem Justizwachebeamten/ einer Justizwachebeamtin begleitet werden musste, wurde nach einem halben Jahr seitens der Justizwache der Wunsch geäußert, die Befragungen zukünftig nur noch mit Mitarbeitern des psychologischen Dienstes unter der Woche durchzuführen. Dies wurde mit der geringen

Personalkapazität am Wochenende begründet. Der psychologische Dienst willigte in diese Vorgehensweise ein, bat mich aber, auch Gruppenbefragungen zuzulassen, da dies weniger Arbeitsaufwand ihrerseits bedeutete. Nachdem die JA Josefstadt und der psychologische Dienst mir ihre Unterstützung bei der Durchführung meiner Studie gewährleistet hatten, entsprach ich diesem Wunsch.

Bei den schriftlichen Gruppenbefragungen fragte ich die Frauen erst im Anschluss an die Bearbeitung der Fragebögen nach dem Grund für ihre Therapieentscheidung, um einer möglichen Diskussion seitens der Insassinnen vor der eigentlichen Befragung vorzubeugen. In diesem Befragungssetting arbeiteten zwar alle Insassinnen selbständig, es kam allerdings zu Informationseinbußen, da die Frauen nach der schriftlichen Befragung längst nicht so viel von sich erzählten, wie dies in den Einzelbefragungen der Fall war.

Die Frauen waren grundsätzlich sehr motiviert und zum Teil auch dankbar, bei meiner Studie mitmachen zu können, da sie das Gefühl hatten, bei etwas Wichtigem mitzuwirken. In den Einzelbefragungen erfuhr ich sowohl vor als auch nach der schriftlichen Befragung meist noch sehr viel über ihre Wünsche, Ängste und Pläne, die sowohl die derzeitige Haftzeit als auch die zukünftige Therapiesituation und die Zeit nach der Haft bzw. der stationären Therapie betrafen. Schloss dieselbe Frage an die Fragebögenbearbeitung im Gruppensetting an, bekam ich meist nur sehr kurze oder gar keine Erklärungen für die jeweilige Therapieentscheidung.

Aufgrund des zusätzlichen Arbeitsaufwandes auf Seiten des psychologischen Dienstes musste die Datenerhebung im März 2012 für 6 Monate unterbrochen werden und konnte erst im Jänner 2013 abgeschlossen werden.

8.4 Beschreibung der Untersuchungsinstrumente

8.4.1 Anamnesefragebogen

Der im Rahmen der Erhebung eigens zusammengestellte Anamnesefragebogen ermittelte relevante soziodemografischen Daten, wie Alter, höchst abgeschlossene Ausbildung, zuletzt ausgeübter Beruf, Familienstand, Kinder, Herkunftsfamilie, Drogenkonsum in der Herkunftsfamilie, Drogenkonsum des Partners, Gewalterfahrung in der Vergangenheit, Alter des Erstkonsums, Dauer des Drogenkonsums, Anzahl der bisherigen Behandlungen, Substitution, Grund der Verurteilung, Dauer des Haft- bzw.

Therapieaufenthaltes, Anzahl der bisherigen Haftaufenthalte, Grund des Therapieantritts sowie erlebter Therapiezwang. Die Erhebung genau dieser Kriterien ergab sich aufgrund der in der Literatur beschriebenen Risikofaktoren, die eine Abhängigkeitsentwicklung sowie eine Therapieentscheidung begünstigen bzw. beeinflussen können. Fünf Items des Fragebogens weisen ein Mehrfachantwortformat auf.

8.4.2 Verfahren zur Erfassung der Therapiemotivation

Die Therapiemotivation bzw. das jeweilige Veränderungsstadium wurde anhand der *Veränderungsstadienskala* (VSS: Heidenreich et al., 2001) erhoben. Diese erfasst die Veränderungsmotivation über die einzelnen Veränderungsstadien (Precontemplation: fehlendes oder eingeschränktes Problembewusstsein, Contemplation: Nachdenklichkeit, Preparation: Vorbereitungsstadium, Action: Handlung und Maintenance: Aufrechterhaltung der erzielten Veränderung) und basiert auf dem Transtheoretischen Modell der Veränderungsbereitschaft von Prochaska, DiClemente und Nocross (1992) (siehe *Kapitel 5 Therapiemotivation bei drogenabhängigen Frauen*). Die VSS umfasst 32 Items mit einem fünfstufigen Antwortformat von (1) *überhaupt nicht zutreffend* bis (5) *sehr stark zutreffend*. Die bisherigen Ergebnisse zur Konstruktvalidität sowie die teilweise hohen Skaleninterkorrelationen sind noch unbefriedigend (Heidenreich et al., 2001). Obwohl das Verfahren durch seinen prozessualen Charakter generell für Verlaufsstudien herangezogen wird, kann die Verwendung für die vorliegende Querschnittsstudie aufgrund der Tatsache gerechtfertigt werden, dass nicht der Verlauf der Therapie von Interesse war, sondern lediglich der Vergleich der Stadienzugehörigkeit der Probandinnen vor Therapiebeginn.

8.4.3 Verfahren zur Erfassung der motivationalen Schemata

Die motivationalen Schemata der Klientinnen wird mit dem *Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata* (FAMOS: Grosse Holtforth & Grawe, 2002) erfasst. Mithilfe des FAMOS können grundlegende Zielorientierungen von Psychotherapiepatienten zu Beginn einer Psychotherapie ermittelt werden, um deren motivationale Determinanten des Verhaltens und Erlebens zu erfassen. Der FAMOS besteht aus 94 Items mit fünfstufigem Antwortformat von (1) *überhaupt nicht wichtig* bis (5) *außerordentlich wichtig*. Die

Durchführung dauert etwa 10 bis 20 Minuten. Die Reliabilität liegt bei 0.37-0.93 (Cronbach's α).

8.4.4 Verfahren zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung

Die Selbstwirksamkeitserwartung wird anhand der *Skala zur Erfassung von Selbstwirksamkeit* (SWE: Jerusalem & Schwarzer, 1999) erhoben. Diese erfasst die allgemeinen optimistischen Selbstüberzeugungen, kritische Anforderungssituationen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können. Das Verfahren besteht aus 10 Items mit vierstufigem Antwortformat von (1) *stimmt nicht* bis (4) *stimmt genau* und kann ProbandInnen ab 12 Jahren bis ins hohe Alter vorgegeben werden. Die Skala ist eindimensional, die interne Konsistenz liegt bei 0.76 bis 0.90 und die Kriteriumsvalidität ist gegeben. Es liegen geschlechts- und altersspezifische Normwerte aus dem Jahr 2001 vor.

8.4.5 Verfahren zur Erfassung der Geschlechterrollenfixierung

Die Geschlechterrollenfixierung im Sinne einer mehr oder weniger starken Ausprägung der stereotypen Geschlechterrollen wird anhand der deutschen Neukonstruktion des *BEM Sex-Role Inventory* (BSRI: Schneider-Düker, 1978) erhoben. Der BSRI besteht aus 60 maskulinen, femininen und neutralen Adjektiven mit siebenstufigem Antwortformat von (1) *die Eigenschaft trifft NIE oder FAST NIE zu* bis (7) *die Eigenschaft trifft IMMER zu*. Erfasst wird die psychische Androgynität, die aus der Differenz der maskulinen und femininen Eigenschaften resultiert. Im Gegensatz zu den meisten Maskulinitäts- und Femininitäts- Skalen definiert der BSRI Maskulinität und Femininität nicht als gegensätzliche Pole eines Dimensionskontinuums, sondern als unabhängige Dimensionen. Derzeit sind weder Testgütekriterien noch deutsche Normen verfügbar.

Im Handbuch der deutschen Neukonstruktion des *BEM Sex-Role Inventory* wird angenommen, dass ein „androgynes“ Selbstkonzept eine Erweiterung des Verhaltensrepertoires darstellt und somit wünschenswert wäre, da sowohl maskuline als auch feminine Komponenten darin enthalten sind (Schneider-Düker, 1978). Aus dieser Annahme leitet sich die Berechnung der Androgynität als Untersuchungsziel dieses Verfahrens ab. Die vorliegende Studie erweitert diese Vorgehensweise aufgrund der

mangelnden Aktualität des psychologischen Verfahrens BSRI (1978) und aufgrund der richtungsweisenden Ergebnisse von Muno und Waldmann (1981, zit. nach Obrist und Werdenich, 2007). Muno und Waldmann (1981) stellten einen Zusammenhang zwischen der zunehmenden Involvierung von Frauen in der Drogenszene und der Ablehnung der weiblichen Geschlechtsidentität fest. Da nach dem BSRI jedoch die meisten Adjektive, die mit einer weiblichen Identität in Zusammenhang gebracht werden, aus heutiger Sicht kaum mit einer „starken Identität“ im Sinne von Protektoren, sondern vielmehr mit dem Gegenteil verbunden werden (z.B. abhängig, nachgiebig, selbstaufopfernd vs. intelligent, konsequent, entschlossen), ergibt sich so ein methodischer Engpass für die Verwendung des BSRI: Das Ablehnen einer typischen Geschlechtsidentität wäre für Frauen demnach positiv vor allem als Resilienzfaktor gegenüber einer Abhängigkeit und im Hinblick auf den Therapieerfolg. Zusätzlich zur Androgynität wurden die Maskulinitäts- sowie die Femininitätsskala daher auch separat betrachtet. Dabei entsprechen eine hohe Ausprägung in der Maskulinität einer positiven und eine hohe Ausprägung in der Femininität einer negativen Bedingung für eine im obigen Sinne positive Geschlechtsidentität.

9 HYPOTHESEN

Die oben angeführte Forschungsfrage lässt sich in die nachfolgenden Fragestellungen aufteilen. Anschließend werden Hypothesen zu diesen Fragestellungen formuliert. Die Hypothesen sind allesamt ungerichtet, da die teilweise widersprüchlichen Ergebnisse der Literatur keine Annahmen über eine Richtung des Unterschieds bzw. des Zusammenhangs zulassen. Es wird entsprechend der Literatur ein Signifikanzniveau von $\alpha = 0.05$ angenommen. Bei den ersten vier Fragestellungen wird Bezug auf den Unterschied der beiden Therapiebedingungen hinsichtlich der Konstrukte Therapiemotivation, Selbstwirksamkeitserwartung, Geschlechterrollenfixierung sowie Therapiezwang genommen, die letzten beiden Fragestellungen beziehen sich auf den Zusammenhang der Konstrukte untereinander. Im Folgenden wird zunächst die Relevanz der Therapiemotivation bzw. Veränderungsbereitschaft für die vorliegende Untersuchung dargestellt.

Unter Motivation versteht man das Ingangsetzen bzw. den Impuls zur (Selbst-) Veränderung (Bandura, 1995). Die Entscheidung für einen Therapieantritt bei gegebener Drogenabhängigkeit basiert u.a. auf der Motivation des Betroffenen. Stehen zwei Therapievarianten zur Verfügung, müssen die jeweiligen Rahmenbedingungen berücksichtigt werden. Im vorliegenden Fall bezieht sich die Unterscheidung auf ein Therapiesetting in einer Haftanstalt, welches durch Machtstrukturen und Kontrolle gekennzeichnet ist, und ein Setting in einer Einrichtung außerhalb des Strafvollzugsystems, in welcher mehr Eigenverantwortung abverlangt wird (Obrist & Werdenich, 2007). Es interessiert, ob der Wunsch nach einem der beiden Settings mit einer unterschiedlich starken Ausprägung von Motivation der Betroffenen korreliert. Um das aktuelle Veränderungsstadium der Frauen zu analysieren, wird die *Veränderungsstadienskala* (VSS) von Heidenreich et al. (2001) herangezogen, die motivationalen Determinanten des Verhaltens und Erlebens werden mit dem *Verfahren zur Erfassung der motivationalen Schemata* (FAMOS: Grosse Holtforth & Graw, 2002) analysiert. Daraus ergibt sich folgende Fragestellung:

Unterscheiden sich Frauen, die sich für Therapie in Haft bzw. Therapie in einer stationären Einrichtung im Sinne eines Strafaufschubs („Therapie statt Strafe“, §39 SMG) entschieden haben, hinsichtlich der Therapiemotivation?

H_{0.1}: Es gibt keinen Unterschied zwischen inhaftierten drogenabhängigen Frauen und inhaftierten drogenabhängigen Frauen mit beantragtem Strafaufschub (§39 SMG) bezüglich der Therapiemotivation vor Therapieantritt.

H_{1.1}: Es gibt einen Unterschied zwischen inhaftierten drogenabhängigen Frauen und inhaftierten drogenabhängigen Frauen mit beantragtem Strafaufschub (§39 SMG) bezüglich der Therapiemotivation vor Therapieantritt.

Neben der Therapiemotivation wird auch die Selbstwirksamkeit bzw. die Überzeugung, in bestimmten Situationen eine angemessene Leistung zu erbringen (Bandura, 1997), als relevantes Untersuchungskriterium angenommen. Die Selbstwirksamkeit und die damit einhergehenden individuellen Überzeugungen sind notwendig, um selbstständig agieren zu können (Herkner, 2001). Wie bereits weiter oben beschrieben, ist v.a. in Justizanstalten ein hohes Maß an Kontrolle und Überwachung (Obrist, 2010) sowie eine damit einhergehende Abgabe der Eigenverantwortung und –veränderung (Obrist & Werdenich, 2007) gegeben. Es interessiert daher, ob die Entscheidung für eines der beiden Settings mit einer unterschiedlichen Ausprägung der Selbstwirksamkeit zusammenhängt. Hierfür wird die *Skala zur Erfassung der Selbstwirksamkeit* (SWE: Jerusalem & Schwarzer, 1999) zur Analyse herangezogen. Es ergibt sich folgende Fragestellung:

Unterscheiden sich Frauen, die sich für Therapie in Haft bzw. Therapie in einer stationären Einrichtung im Sinne eines Strafaufschubs („Therapie statt Strafe“, §39 SMG) entschieden haben, hinsichtlich der Selbstwirksamkeitserwartung?

H_{0.2}: Es gibt keinen Unterschied zwischen inhaftierten drogenabhängigen Frauen und inhaftierten drogenabhängigen Frauen mit beantragtem Strafaufschub (§39 SMG) bezüglich der Selbstwirksamkeitserwartung vor Therapieantritt.

H_{1.2}: Es gibt einen Unterschied zwischen inhaftierten drogenabhängigen Frauen und inhaftierten drogenabhängigen Frauen mit beantragtem Strafaufschub (§39 SMG) bezüglich der Selbstwirksamkeitserwartung vor Therapieantritt.

Ein weiteres relevantes Untersuchungskriterium resultiert aus dem in der Literatur häufig berichteten Zusammenhang zwischen Abhängigkeit und Geschlechterrollen-ausprägung. Die Geschlechterrollenfixierung bzw. die Ausprägung der Geschlechterrolle von Frauen weist laut Muno und Waldmann (1981, zit. nach Obrist & Werdenich, 2007), Singerhoff (2002) sowie Obrist und Werdenich (2007) einen Zusammenhang mit der Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Drogenabhängigkeit auf. Drogenabhängige Frauen lehnen sich selbst sowie andere Frauen häufig ab und sind meist nicht nur von einem Suchtmittel, sondern auch von einem Partner abhängig (Obrist, 2010). Franke und Winkler (2001) weisen außerdem darauf hin, dass ein verhärtetes Klima in Behandlungseinrichtungen zu einem Abbruch einer Behandlung führen kann. Aufgrund dieser Erkenntnisse, interessiert es einerseits, ob drogenabhängige inhaftierte Frauen zu einer Therapie in einer stationären Einrichtung oder aber zu einer Therapie in einer Justizanstalt tendieren, in welcher sie durch die vorherrschenden Machtstrukturen ebenfalls einem Abhängigkeitsverhältnis ausgesetzt sind, und andererseits, ob und inwiefern diese Entscheidung mit der Geschlechterrollenfixierung zusammenhängt. Die Geschlechterrollenfixierung bzw. die Ausprägung der Maskulinität vs. der Femininität wird mit der deutschen Neukonstruktion des *BEM Sex-Role Inventory* von Schneider-Düker (1978) analysiert. Daraus ergibt sich folgende Fragestellung:

Unterscheiden sich Frauen, die sich für Therapie in Haft bzw. Therapie in einer stationären Einrichtung im Sinne eines Strafaufschubs („Therapie statt Strafe“, §39 SMG) entschieden haben, hinsichtlich der Geschlechterrollenfixierung?

H_{0.3}: Es gibt keinen Unterschied zwischen inhaftierten drogenabhängigen Frauen und inhaftierten drogenabhängigen Frauen mit beantragtem Strafaufschub (§39 SMG) bezüglich der Geschlechterrollenfixierung vor Therapieantritt.

H_{1.3}: Es gibt einen Unterschied zwischen inhaftierten drogenabhängigen Frauen und inhaftierten drogenabhängigen Frauen mit beantragtem Strafaufschub (§39 SMG) bezüglich der Geschlechterrollenfixierung vor Therapieantritt.

Da sich die vorliegende Untersuchung auf Therapiemöglichkeiten im Justizsystem beschränkt, wird auch das in der Literatur häufig diskutierte Zwangserleben seitens der KlientInnen als relevantes Untersuchungskriterium herangezogen. Eine Therapie im Zuge

der Strafvollstreckung kann laut Jehle (2009) aufgrund der mangelnden Freiwilligkeit zu einer Ablehnung seitens der KlientInnen führen. Da die Entscheidung für oder gegen eine Therapie jedoch bei den KlientInnen liegt, kann man nicht von Zwang oder Unfreiwilligkeit sprechen, sondern höchstens von Zwangselementen. Da die beiden Therapiesettings unterschiedliche Rahmenbedingungen und somit unterschiedliche Zwangselemente aufweisen, interessiert es, ob und inwiefern das Zwangserleben mit der Entscheidung für die jeweilige Therapievariante korreliert. Der erlebte Zwang wird mittels des selbst erstellten Anamnesefragebogens analysiert. Es ergibt sich folgende Fragestellung:

Unterscheiden sich Frauen, die sich für Therapie in Haft bzw. Therapie in einer stationären Einrichtung im Sinne eines Strafaufschubs („Therapie statt Strafe“, §39 SMG) entschieden haben, hinsichtlich des Zwangserlebens?

H_{0.4}: Es gibt keinen Unterschied zwischen inhaftierten drogenabhängigen Frauen und inhaftierten drogenabhängigen Frauen mit beantragtem Strafaufschub (§39 SMG) bezüglich des Zwangserlebens vor Therapieantritt.

H_{1.4}: Es gibt einen Unterschied zwischen inhaftierten drogenabhängigen Frauen und inhaftierten drogenabhängigen Frauen mit beantragtem Strafaufschub (§39 SMG) bezüglich des Zwangserlebens vor Therapieantritt.

Im Folgenden wird anhand der Gesamtstichprobe dargestellt, inwiefern Zusammenhänge zwischen der Geschlechterrollenfixierung und der Selbstwirksamkeit Relevanz für die Untersuchung aufweisen. Laut Bryant und Fuqua (1997) hängt Selbstwirksamkeit mit Femininität vor allem bezüglich Unterwürfigkeit, Abhängigkeit und interpersonalem Beziehungen zusammen. Choi (2004) konnte in der generellen Selbstwirksamkeitserwartung einen Zusammenhang mit Femininität feststellen, jedoch nicht in der akademischen und bereichsspezifischen. Es interessiert daher, ob und inwiefern ein Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeit und der Ausprägung der Geschlechterrolle im vorliegenden Setting besteht. Der Zusammenhang der beiden Konstrukte wird mittels der beiden bereits beschriebenen psychologischen Verfahren SWE und BSRI analysiert. Daraus ergibt sich folgende Fragestellung:

Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeitserwartung und der Geschlechterrollenfixierung?

H_{0.5}: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeitserwartung und der Geschlechterrollenfixierung.

H_{1.5}: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeitserwartung und der Geschlechterrollenfixierung.

Inwiefern Zusammenhänge zwischen der Geschlechterrollenfixierung und der Therapiemotivation Relevanz für die vorliegende Untersuchung aufweisen, beschreibt die Literatur. Laut Haas (2005) zeigen hauptsächlich junge drogenabhängige Frauen eine größere Veränderungsbereitschaft auf als Männer. Obrist (1996) hingegen postulierte, dass drogenabhängige Frauen generell trotz ungünstigeren Ausgangsbedingungen eine größere Veränderungsbereitschaft aufweisen als drogenabhängige Männer. Da sich die erste Studie lediglich auf Frauen in der Adoleszenz bezieht und die zweite zeitlich gesehen lange zurück liegt und sich auf eine gemischt-geschlechtliche KlientInnengruppe bezieht, interessiert es, ob dieser Zusammenhang auch bei der vorliegenden Stichprobe gegeben ist. Der Zusammenhang der beiden Konstrukte wird mit den bereits beschriebenen psychologischen Verfahren VSS, FAMOS und BSRI analysiert. Es ergibt sich folgende Fragestellung:

Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Therapiemotivation und der Geschlechterrollenfixierung?

H_{0.6}: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Therapiemotivation und der Geschlechterrollenfixierung.

H_{1.6}: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Therapiemotivation und der Geschlechterrollenfixierung.

10 DATENAUSWERTUNG

Die gewonnenen Daten der Erhebung wurden mit dem Computerprogramm IBM Statistics Version 19 für Windows analysiert. Im Rahmen der Berechnungen wurde ein Signifikanzniveau von $\alpha = .05$ zugrunde gelegt, womit eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 Prozent angenommen wird (Bortz & Döring, 2006).

10.1 Fehlende Werte

Der zu Grunde liegende Datensatz beinhaltet keine fehlenden Werte, allerdings wurde den ersten acht befragten Frauen der Fragebogen FAMOS nicht vorgegeben.

10.2 Reliabilitätsanalysen

Vor jeder Berechnung wurde für jedes eingesetzte Verfahren bzw. für jede Skala die innere Konsistenz mittels Reliabilitätsanalyse⁴ ermittelt. Bis auf die neutrale Subskala des BSRI waren alle inneren Konsistenzen ausreichend hoch (siehe Kapitel 14.1. *Tabellen*). Diese neutrale Subskala wurde jedoch für weitere Berechnungen sowie für die Interpretation nicht weiter verwendet, wodurch das Ergebnis der Reliabilitätsanalyse als irrelevant angesehen wird.

10.3 Voraussetzungen

Die Normalverteilung der Daten wurde mittels Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest überprüft. Es konnte nicht immer eine Normalverteilung ($p < .05$) angenommen werden; da die Stichprobenumfänge allerdings exakt gleich groß waren und die Berechnung somit trotz Verletzung der Normalverteilung robust ist (Backhaus et al., 2006), kann die Verwendung von metrischen Verfahren als gerechtfertigt angenommen werden.

⁴ Aufgrund des Leseflusses und im Sinne einer vertiefenden Lektüre sind die Ergebnisse der Reliabilitätsanalysen gemeinsam mit Abbildungen von Kriminalstatistiken in einem separaten Kapitel am Ende der vorliegenden Arbeit aufgelistet (siehe Kapitel 14 *Tabellen und Abbildungen*).

Für die Varianzanalyse mit Messwiederholungen wurde die Sphärizität mithilfe des Mauchly- Test überprüft. Bei den bivariaten Produkt-Moment-Korrelationen konnte neben der Normalverteilung der Daten auch das Intervallskalenniveau angenommen werden.

10.4 Eingesetzte statistische Verfahren

Die Unterschiedshypothesen wurden mit einem t-Test für unabhängige Stichproben überprüft, sofern die Bedingung der Homogenität der Varianzen durch den Levene Test gegeben war. Der Unterschied in der Veränderungsstadienskala wurde mit einer zweifaktoriellen ANOVA mit Messwiederholungen (Therapie und Stadium) berechnet.

Die Zusammenhangshypothesen wurden mit einer bivariaten Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson überprüft. Da die Literaturergebnisse teilweise widersprüchlich waren, wurden keine Annahmen über eine Richtung des Zusammenhangs gemacht. Es wurde daher jeweils die zweiseitige Signifikanz überprüft.

Die binäre logistische Regression wurde mithilfe der Einschluss-Methode berechnet, um die Wahrscheinlichkeit des Erreichens bzw. Eintreffens einer der beiden Zustände (Entscheidung für eine Entwöhnungsbehandlung in der JA Favoriten bzw. in einer außerhalb des Strafvollzugsystems befindlichen Einrichtung) zu erfassen.

11 ERGEBNISDARSTELLUNG

11.1 Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe setzte sich aus 40 Probandinnen aus der JA Josefstadt zusammen, wovon 20 Probandinnen eine Therapie in der JA Favoriten und 20 Probandinnen eine Therapie in einer stationären Einrichtung in Angriff nehmen wollten. Aufgrund des Leseflusses und der Verständlichkeit des Textes werden die beiden Gruppen im folgenden Kapitel als Gruppe FAV (KlientInnen, die eine Therapie in der JA Favoriten beabsichtigen) bzw. als Gruppe TSS (KlientInnen, die sich für eine Therapie in einer Einrichtung außerhalb des Strafvollzugsystems beabsichtigen) bezeichnet. Im Folgenden werden die Antworten bzw. Gründe, weswegen die Frauen die jeweilige Therapievariante beabsichtigen, zusammengefasst dargestellt.

Am häufigsten gaben die Frauen an, sich durch Mundpropaganda von anderen Insassinnen (7; 17,5%) oder aufgrund eigener Erfahrungen (10; 25,0%) für die jeweilige Therapievariante entschieden zu haben. Das Verhältnis zwischen der Entscheidung für eine Variante aufgrund positiver Erfahrungen (5; 12,5%) und der Entscheidung für die Alternativvariante aufgrund schlechter Erfahrungen (5; 12,5%) war ausgeglichen. Abgesehen von der Tatsache, dass nicht für alle die Entscheidung für eine Therapie in einer stationären Einrichtung aufgrund der Tatbedingungen optional war- wovon nur eine Frau betroffen war (siehe Kapitel *11.1.3 Kriminalität*)-, waren die Hauptargumente für eine Therapie außerhalb einer Haftanstalt hauptsächlich das Bedürfnis nach mehr Freiheiten (6; 15,0%), besseren Bedingungen (4; 10,0%) und das Gefühl, eine bessere Suchtbehandlung zu erfahren (3; 7,5%). Gegensätzlich dazu berichteten manche Frauen, dass sie eine Therapie in Favoriten bevorzugten, da sie sich in dieser geschlossenen Einrichtung geschützter fühlten (3; 7,5%) und ein Therapieabbruch weniger wahrscheinlich wirkte (4; 10,0%). Generell berichteten fast alle Frauen, dass sie Angst vor der Zeit nach der Therapie (27; 67,5%) und vor allem vor einem möglichen Rückfall hatten (31; 77,5%).

11.1.1 Soziodemografische Daten

Das Durchschnittsalter der befragten Insassinnen betrug zum Erhebungszeitpunkt 29.0 Jahre. Die jüngste Probandin war zum Zeitpunkt der Befragung 21, die älteste 52 Jahre alt. Das durchschnittliche Alter der Gruppe FAV betrug 28.1, das der Gruppe TSS 29.9 Jahre. Unterschiede bezüglich des Lebensalters zwischen den beiden Gruppen werden in Kapitel 11.2 *Prüfung relevanter soziodemografischer Daten* behandelt.

Von den befragten Frauen besuchten 30 Prozent eine Polytechnische Schule, jeweils 20 Prozent absolvierten eine Hauptschule oder machten eine Lehre und jeweils 15 Prozent besuchten eine AHS oder gaben bei der Befragung an, keinerlei Abschluss gemacht zu haben (Abbildung 1).

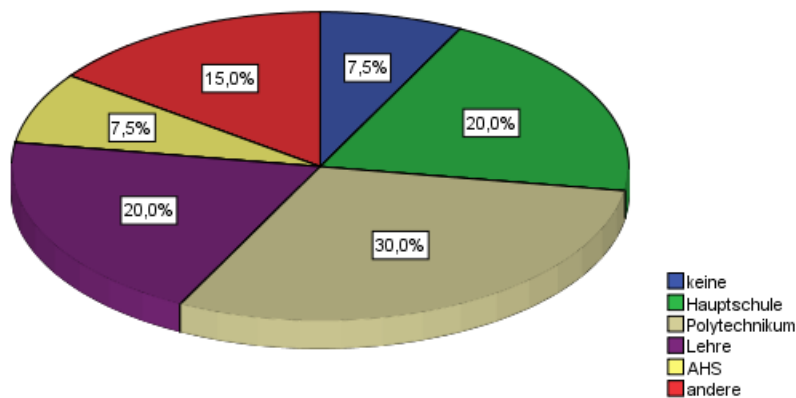


Abbildung 1. Anteilswerte der höchst abgeschlossenen Ausbildung ($n = 40$).

Zur Berufstätigkeit der Probandinnen vor der Haftzeit liegen Anteilswerte im Bereich des Einzelhandels (15; 37,5%) oder in der Gastronomie (7; 17,5%) vor. Bezüglich des Familienstandes gaben 27,5 Prozent an, ledig zu sein, 47,5 Prozent waren in einer Partnerschaft, 12,5 Prozent waren verheiratet, 15 Prozent waren geschieden und 5 Prozent gaben an, verwitwet zu sein.

Von den 40 Insassinnen gaben 27 (67,5 %) an, Kinder zu haben. Von diesen hatten 13 ein Kind, 10 zwei und 4 drei Kinder. Die Hälfte der befragten Frauen wuchs bei beiden Elternteilen auf. 47,5 Prozent sind bei der Mutter, 10 Prozent beim Vater und 10 Prozent sind bei den Großeltern aufgewachsen. 22,5 Prozent der Frauen gaben an, in einem Heim aufgewachsen zu sein. Diese Anteilswerte resultieren aus dem Mehrfachantwortformat zu diesem Aspekt.

11.1.2 Drogenabhängigkeit

In 62,5 Prozent der Fälle gab es gemäß der Angaben keinen Drogenkonsum in der Herkunftsfamilie. Da nicht explizit nach der Substanz gefragt wurde, können sich die Antworten durchaus auch auf Alkohol und Medikamente bezogen haben. Von den übrigen Probandinnen mit Drogenkonsum in der Herkunftsfamilie berichteten 12,5 Prozent von einem Drogenkonsum des Vaters, 20 Prozent von einem Drogenkonsum der Mutter und 15 Prozent von einem Drogenkonsum der Geschwister. 55 Prozent der Frauen gaben an, dass ihr Partner Drogen konsumierte, wobei Mehrfachnennungen möglich waren.

Das Durchschnittsalter des Erstkonsums betrug gemäß der Angaben 16 Jahre, wobei sich die Zeitspanne des Erstkonsumalters von 10 bis 36 Jahre erstreckte.

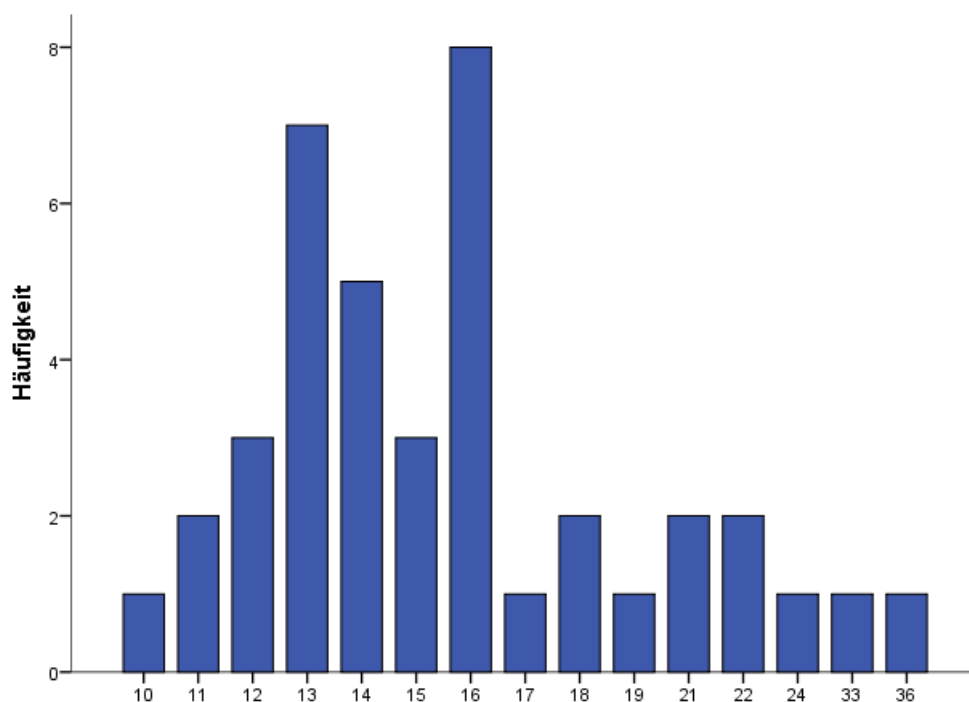


Abbildung 2. Alter des Erstkonsums in Jahren ($n = 40$).

Der Drogenkonsum der befragten Frauen wies durchschnittlich 11 Jahre auf, wobei die kürzeste Konsumdauer 4,5 Jahre und die längste 30 Jahre betrug. Unterschiede bezüglich der Drogenkonsumdauer zwischen den beiden Gruppen werden in Kapitel 11.2 *Prüfung relevanter soziodemografischer Daten* behandelt.

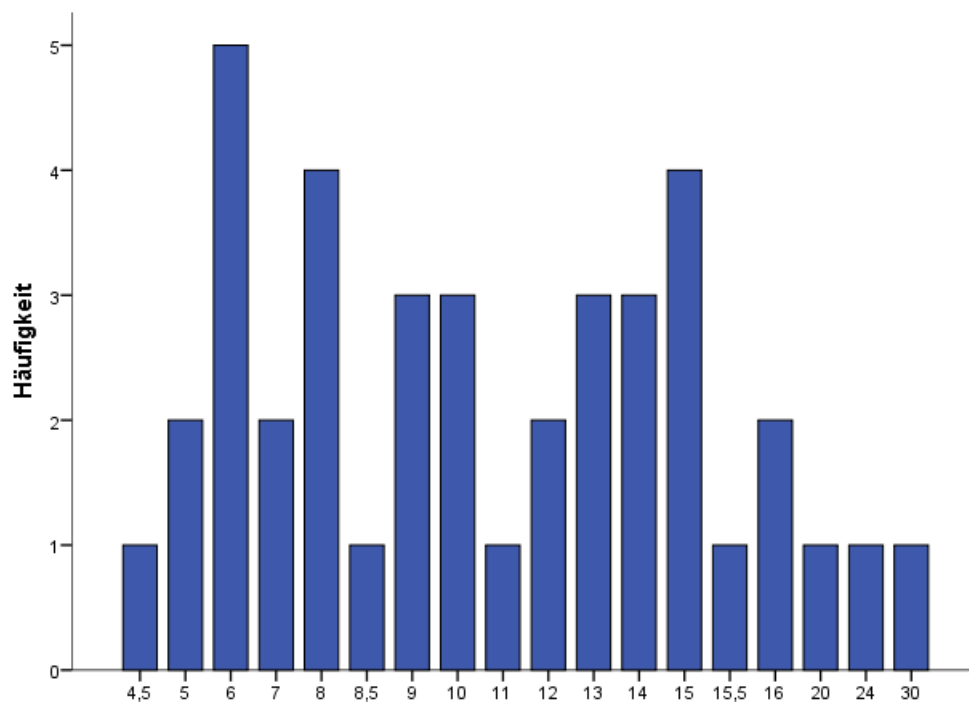


Abbildung 3. Dauer des Drogenkonsums in Jahren ($n = 40$).

Die Insassinnen suchten bis zu ihrem Haftantritt durchschnittlich 1.9 Mal eine Behandlung wegen ihrer Drogensucht auf. 11 (28,2 %) gaben an, noch nie eine Behandlung in Anspruch genommen zu haben, 12 (30,8 %) hatten bereits eine Behandlung, während die übrigen 16 Probandinnen (41,0 %) mehrere Behandlungen absolviert hatten. Von einer Probandin liegen diesbezüglich keine Angaben vor.

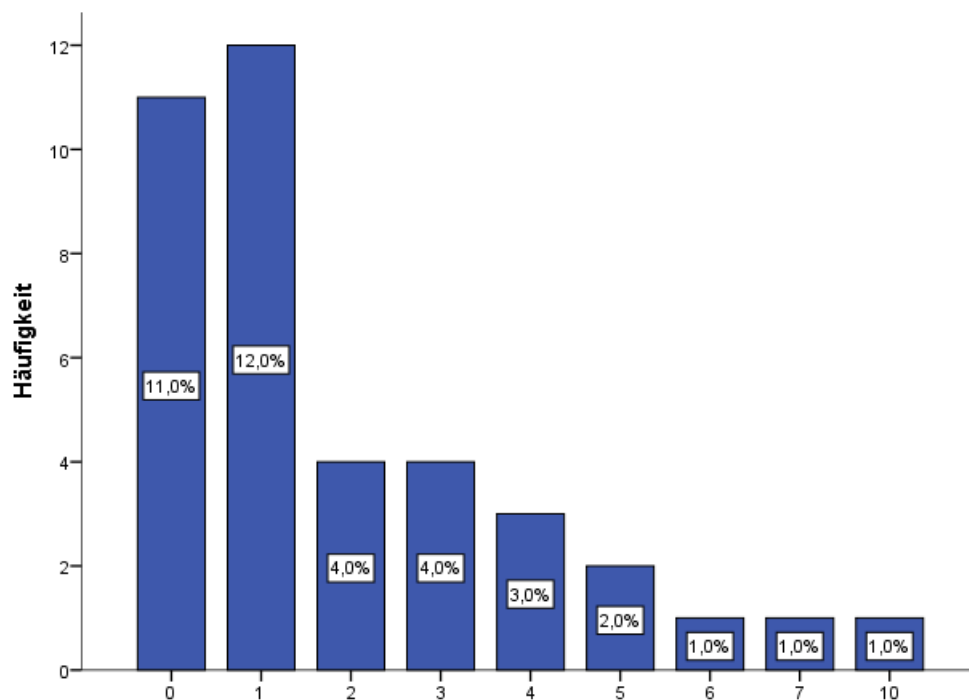


Abbildung 4. Anzahl der bisherigen Behandlungen ($n = 39$).

Ergänzend wurden die Aspekte Substituierung und Gewalterfahrungen erfasst, da sie mit der derzeitigen Suchtsituation respektive der Abhängigkeitsentstehung in Zusammenhang stehen. 85 Prozent der Frauen gaben an, zum Zeitpunkt der Befragung substituiert zu sein. 87,5 Prozent der befragten Frauen gaben an, Gewalt in ihrer Vergangenheit erlebt zu haben.

11.1.3 Kriminalität

44,4 Prozent der Insassinnen wurde wegen Eigentumsdelikten (FAV = 6, TSS = 10), 27,8 Prozent wegen Drogenverkauf (FAV = 4, TSS = 6) und 27,8 Prozent wegen anderer Delikte (FAV = 7, TSS = 3) verurteilt. Zu dieser Kategorie zählen u.a. Raub, Körperverletzung, Betrugsdelikte etc. Diese Deliktformen wurden maximal zweimal in der gesamten Befragung genannt. Vier Frauen gaben kein verurteiltes Delikt an. Durchschnittlich betrug das Strafausmaß 12,9 Monate. Die geringste Haft-/Therapiedauer betrug einen Monat, die höchste beträgt 41 Monate bzw. 3,4 Jahre. Von einer Probandin konnte diesbezüglich keine Angabe gewonnen werden. Unterschiede bezüglich des

Strafausmaßes zwischen den beiden Gruppen werden in Kapitel 11.2 *Prüfung relevanter soziodemografischer Daten* behandelt.

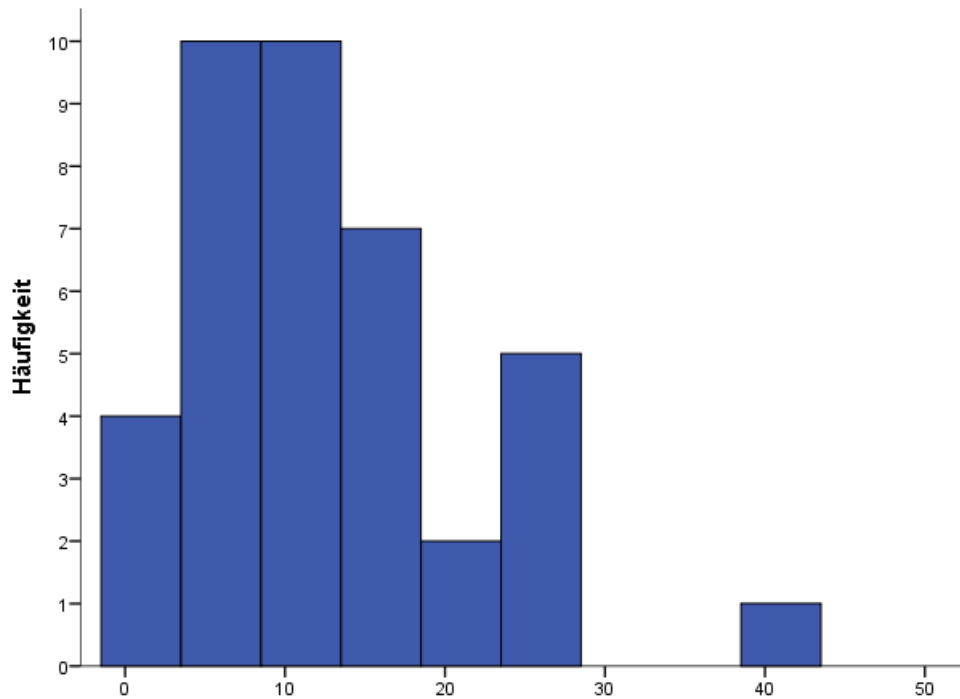


Abbildung 5. Strafausmaß in Monaten ($n = 39$).

Von den 40 Frauen waren 42,5 Prozent bereits einmal, 22,5 Prozent zweimal, 10 Prozent dreimal, 12,5 Prozent viermal und 2,5 Prozent bereits fünfmal im Gefängnis. 4 Frauen (10,0 %) gaben an, noch nie im Strafvollzug gewesen zu sein.

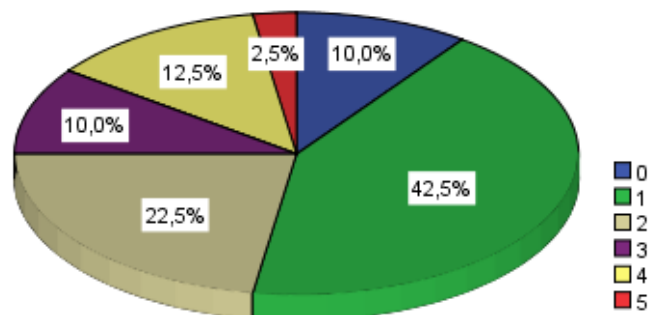


Abbildung 6. Anzahl der bisherigen Haftaufenthalte ($n = 40$).

11.1.4 Bevorstehende Therapie

Auf die offene Frage bezüglich des Therapieantritts antworteten nicht alle Frauen. Die meisten gaben an, endlich frei von Drogen leben zu wollen, ein neues Leben zu beginnen, die letzte Chance wahrzunehmen, um eine Familie gründen zu wollen. Eine Probandin gab auch finanzielle Not als Grund an. Die Hälfte der Frauen gab an, einen Therapiezwang zu erleben (FAV = 12, TSS = 8). Von diesen 20 Probandinnen berichteten 9 (45,0 %, FAV = 7, TSS = 2) von einem justiziellen, 5 (25,0 %, FAV = 3, TSS = 2) von einem sozialen, 7 (35,0 % FAV = 3, TSS = 4) von einem körperlichen und 9 (45,0 %, FAV = 6, TSS = 3) von einem emotionalen Zwang, wobei Mehrfachantworten möglich waren.

11.2 Prüfung relevanter soziodemografischer Daten

Um einen adäquaten Vergleich zu gewährleisten, wurden die beiden Gruppen (Therapie in Favoriten, $n = 20$ vs. in einer stationären Einrichtung, $n = 20$) vor den Analysen zunächst hinsichtlich der Variablen Haftdauer, Lebensalter und Dauer des Drogenkonsums untersucht, um diese Variablen als mögliche Einflussfaktoren auf die Entscheidung für die jeweilige Therapievariante beurteilen zu können.

Die Berechnung der Prüfgröße für die Haftdauer fiel mit $U = 170,5$ ($z = -0,55$), $p = .583$ nicht signifikant aus. Es kann kein Unterschied in der Haftdauer in Abhängigkeit der beiden Gruppen (FAV: 14,3, TSS: 11,6 Monate) beobachtet werden. Die Prüfung auf Unterschiedlichkeit des Lebensalters in Abhängigkeit der beiden Gruppen fiel mit $t(38) = -0,84$, $p = .406$ nicht signifikant aus; die Gruppe FAV war durchschnittlich 28,1 und die Gruppe TSS war durchschnittlich 29,9 Jahre alt. Die Prüfung auf Unterschiedlichkeit der Drogenkonsumdauer in Abhängigkeit der beiden Gruppen fiel mit $U = 171,0$ ($z = -0,79$), $p = .431$ nicht signifikant aus; die Gruppe FAV wies durchschnittlich einen Drogenkonsum von 10,5 und die Gruppe TSS von 12,2 Jahren auf. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass diese potenziellen Störvariablen in keinem besonderen Zusammenhang mit der Entscheidung für eine Therapie stehen.

11.3 Ergebnisse zu den Forschungsfragen

Die folgenden Kapitel widmen sich den Ausprägungen der Konstrukte Therapiemotivation, Selbstwirksamkeitserwartung, Geschlechterrollenfixierung und Zwangserleben in der Stichprobe.

11.3.1 Unterschied in der Therapiemotivation

Die Therapiemotivation wurde anhand der *Veränderungsstadienskala* (VSS: Heidenreich et al., 2001) überprüft. Ziel dieser Untersuchung ist es, anhand der Veränderungsstadienskala festzustellen, ob und inwieweit es Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich der vier Skalen bzw. Stadien vor Therapieantritt gibt und in welchem Stadium sich die Frauen jeweils befinden. Die Frauen werden dem Stadium zugeordnet, in welchem sie die höchste Ausprägung des Mittelwertes aufweisen.

Wie in Abbildung 7 ersichtlich, befanden sich mehr als die Hälfte der Frauen (55,0%) zum Zeitpunkt der Befragung im Stadium der Absichtsbildung, 35 Prozent im Stadium der Handlung und 10 Prozent im Stadium der Aufrechterhaltung. Keine einzige Insassin befand sich im Stadium der Absichtslosigkeit.

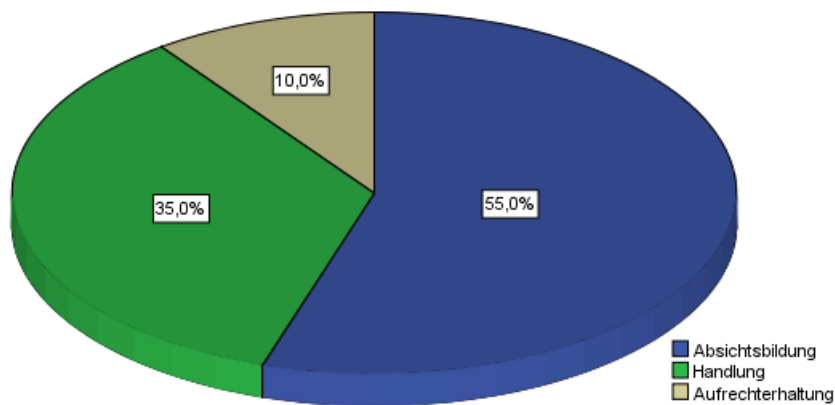


Abbildung 7. Stadienzugehörigkeit ($n = 40$).

Mithilfe einer einfaktoriellen ANOVA mit Messwiederholungen wurde geprüft, ob die Werte der Skalen Absichtslosigkeit, Absichtsbildung, Handlung und Aufrechterhaltung in der Gesamtstichprobe unterschiedlich hoch ausgeprägt sind (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5

Kennwerte der Veränderungsstadienskala (VSS, $n = 40$)

Veränderungsstadium (VSS)	<i>M</i>	<i>SD</i>
Absichtslosigkeit	1.89	.64
Absichtsbildung	4.07	.72
Handlung	3.92	.89
Aufrechterhaltung	3.54	.91

Anmerkung: *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *n* = Stichprobengröße.

Die Voraussetzung der Sphärizität war mit $p = .001$ nicht gegeben, daher wurde für die Varianzanalyse die Korrektur nach Greenhouse-Geisser verwendet ($\varepsilon = .730$). Die Berechnung der Prüfgröße fiel mit $F(2.19, 85.38) = 106.00$, $p < .001$ ($\eta^2_p = .731$) signifikant aus. Das bedeutet, dass die einzelnen Skalen des VSS unterschiedlich bewertet wurden. Mittels paarweiser Bonferroni-korrigierter post-hoc-Vergleiche zeigt sich, dass bis auf die Vergleiche Absichtsbildung versus Handlung sowie Handlung versus Aufrechterhaltung, die Vergleiche signifikant unterschiedlich bewertet wurden.

Mit einer zweifaktoriellen ANOVA mit Messwiederholungen wurde darüber hinaus geprüft, ob sich die Werte zwischen den beiden Gruppen unterschiedlich verhalten.

Mittels Kolmogorov-Smirnov konnte, bis auf die Skalen Absichtslosigkeit und Absichtsbildung, die Normalverteilungsannahme beibehalten werden. In diesen Skalen kam es zu einer Verletzung der Normalverteilung, aber gemäß Backhaus (2006) ist bei gleichen Stichprobenumfängen die Berechnung trotz dieser Einschränkung robust. Die Voraussetzung der Sphärizität war mit $p = .001$ nicht gegeben, daher wurde für die Varianzanalyse die Korrektur nach Greenhouse-Geisser verwendet ($\varepsilon = .730$).

Für die Kombination aus Stadium und Gruppe konnte mit $F(2.19, 83.27) = 0.34$, $p = .733$ keine signifikante Wechselwirkung beobachtet werden. Für den Haupteffekt Gruppe fiel die Prüfgröße mit $F(1,38) = 0.35$, $p = .558$ nicht signifikant aus; es kann angenommen werden, dass sich die Gruppen in den Ausprägungen der Stadien nicht unterscheiden.

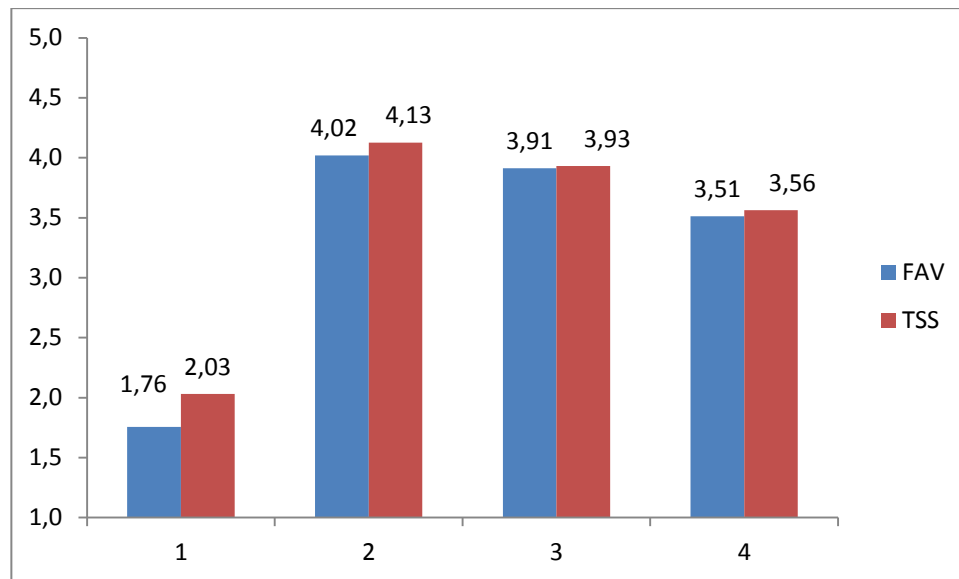


Abbildung 8. Gruppenvergleich der Stadienausprägungen ($n = 40$).

Anmerkung: 1 = Stadium der Absichtslosigkeit, 2 = Stadium der Absichtsbildung, 3 = Stadium der Handlung, 4 = Stadium der Aufrechterhaltung.

Auf Basis einer Kreuztabelle wurde überprüft, ob ein Verteilungsunterschied in der Stadienzugehörigkeit in Abhängigkeit von der Gruppenzugehörigkeit vorliegt (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6

Vierfeldertafel Häufigkeiten und Anteilswerte der Stadienzugehörigkeit in Abhängigkeit der Therapiegruppen

		Stadium			Gesamt	
		Absichtsbildung	Handlung	Aufrechterhaltung		
Therapie	FAV	Anzahl	10	8	2	20
		% innerhalb	50,0%	40,0%	10,0%	100,0%
	TSS	Anzahl	12	6	2	20
		% innerhalb	60,0%	30,0%	10,0%	100,0%
Gesamt		Anzahl	22	14	4	40
		% innerhalb	55,0%	35,0%	10,0%	100,0%

Anmerkungen. FAV = JA Favoriten; TSS = Therapie statt Strafe.

Die Berechnung der Prüfgröße fiel mit χ^2 (korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher) = 0.61, $p = .895$ nicht signifikant aus, womit kein Verteilungsunterschied in der Stadienzugehörigkeit in Abhängigkeit von der Gruppenzugehörigkeit beobachtet werden kann. Es kann kein Zusammenhang zwischen Stadium und Gruppe angenommen werden.

Die motivationalen Schemata wurden mit dem Fragebogen FAMOS (Grosse Holtforth & Grawe, 2002) ermittelt. Auf Basis dieses Erhebungsinstruments wird geprüft, ob und inwieweit es Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich ihrer

Annäherungs- und Vermeidungstendenz vor Therapieantritt gibt (siehe Tabelle 7). Die Unterschiedlichkeit zwischen den Gruppen wurde in beiden Skalenausprägungen mittels t-Test für unabhängige Stichproben überprüft.

Tabelle 7

Kennwerte des Fragebogens zur Analyse motivationaler Schemata (FAMOS)

Skala (FAMOS)	Therapie	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Annäherung	FAV	16	4.07	.26
	TSS	16	3.84	.47
Vermeidung	FAV	16	4.04	.35
	TSS	16	3.84	.51

Anmerkungen. FAMOS = Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata (Grosse Holtforth & Grawe, 2002).

Die Berechnung der Prüfgröße für die Annäherungstendenz (Homogenität der Varianzen war nicht gegeben, $p < .05$) fiel mit $t(23.30) = 1.72$, $p = .099$ ($d = 0.61$) nicht signifikant aus. Die Frauen unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich ihrer Annäherungstendenz, allerdings kann ein Trend zu einer höheren Annäherungstendenz in der Gruppe FAV beobachtet werden.

In der Skala Vermeidung fiel die Berechnung der Prüfgröße mit $t(30) = 1.23$, $p = .227$ nicht signifikant aus. Die Frauen unterscheiden sich nicht hinsichtlich ihrer Vermeidungstendenz.

11.3.2 Unterschied in der Selbstwirksamkeitserwartung

Die Selbstwirksamkeitserwartung wurde anhand der *Skala zur Erfassung von Selbstwirksamkeit* (SWE: Jerusalem & Schwarzer, 1999) erhoben. Mithilfe dieses Verfahrens wird geprüft, ob und inwieweit es Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich der Selbstwirksamkeitserwartung vor Therapieantritt gab. Die Unterschiedlichkeit in der Selbstwirksamkeitserwartung wird mittels t-Test für unabhängige Stichproben überprüft

Tabelle 8

Kennwerte der Skala zur Erfassung von Selbstwirksamkeit (SWE)

	Therapie	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
SWE	FAV	20	2.94	.48
	TSS	20	2.87	.53

Anmerkungen. SWE = Skala zur Erfassung der Selbstwirksamkeit (Jerusalem & Schwarzer, 1999).

Die Prüfgröße (Homogenität der Varianzen war gegeben), fiel mit $t(38) = 0.44$, $p = .664$ nicht signifikant aus. Die Frauen unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Selbstwirksamkeitserwartung.

11.3.3 Unterschied in der Geschlechterrollenfixierung

Die Geschlechterrollenfixierung wurde anhand des *BEM Sex-Role Inventory* (BEM: Schneider-Düker, 1978) erhoben. Anhand des BSRI wird geprüft, ob und inwieweit es Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich ihrer Geschlechterrollenfixierung vor Therapieantritt gibt. Das Maß für die Androgynität wird aus der Differenz der Maskulinitäts- und Femininitätswerte gebildet. Der jeweilige Grad der Androgynität, der gemäß Verfahrenshandbuch für die Flexibilität in verschiedenen Lebenssituationen steht, weist mit Werten < 0 für eine höhere Ausprägung der Femininität und mit Werten > 0 für eine höhere Ausprägung der Maskulinität hin (Abbildung 9). Die neutrale Skala wurde im Rahmen der Untersuchung nicht berücksichtigt.

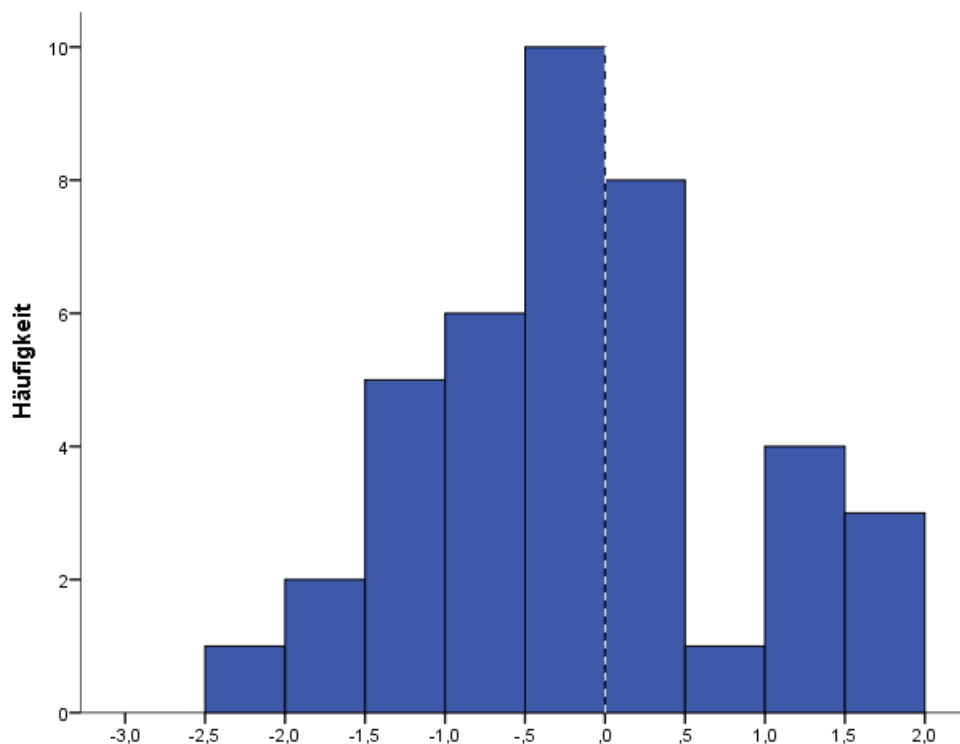


Abbildung 9. Verteilung der Androgynitätsausprägungen ($n = 40$).

Die Differenzen weisen für 24 (60,0%) Frauen mit Werten < 0 auf eine höhere Ausprägung der Femininität, für 3 (7,5%) mit einem Wert von 0 eine ausgeglichene Geschlechterrollenausprägung und für 13 (32,5%) mit Werten > 0 auf eine höhere Ausprägung der Maskulinität hin.

Die Unterschiedlichkeit in der Geschlechterrollenfixierung zwischen den beiden Therapiegruppen wurde anhand der Androgynitätswerte mittels t-Test für unabhängige Stichproben überprüft. Die Tabelle 9 zeigt die entsprechenden Androgynitätsausprägungen in Abhängigkeit von den Gruppen.

Tabelle 9
Kennwerte der Androgynitätsausprägung (BSRI)

	Therapie	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Androgynität	FAV	20	-0.023	1.048
	TSS	20	-0.323	0.867

Anmerkungen. BSRI = deutsche Neukonstruktion des BEM Sex-Role Inventory (Schneider-Düker, 1978).

Die Prüfgröße (Varianzhomogenität war gegeben) fiel mit $t(38) = 0.99, p = .330$ nicht signifikant aus. Die Frauen der beiden Gruppen unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Geschlechterrollenfixierung.

Mithilfe einer Kreuztabelle wurde überprüft, ob es einen Verteilungsunterschied in der Geschlechterrollenorientierung in Abhängigkeit der Gruppenzugehörigkeit gibt. Hierzu wurden Androgynitätswerte gemäß Schneider-Düker (1978) 0 ± 1 als Kategorie „androgyn“ festgelegt, Androgynitätswerte < -1 als „feminin“ und Androgynitätswerte $> +1$ als „maskulin“ (siehe Tabelle 10 und Abbildung 10).

Tabelle 10
Kontingenztafel Häufigkeiten und Anteilswerte von Androgynitätsausprägung und Therapiegruppen

			Androgynitätsausprägung			Gesamt
			androgyn	maskulin	feminin	
Therapie	FAV	Anzahl	12	5	3	20
		% innerhalb	60,0%	25,0%	15,0%	100,0%
	TSS	Anzahl	13	2	5	20
		% innerhalb	65,0%	10,0%	25,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl		25	7	8	40
	% innerhalb		62,5%	17,5%	20,0%	100,0%

Die Berechnung der Prüfgröße fiel mit χ^2 (korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher) = 1.77, $p = .445$ nicht signifikant aus. Es kann kein Verteilungsunterschied in der Geschlechterrollen-orientierung in Abhängigkeit der Gruppen beobachtet werden.

62,5 Prozent der Frauen zeigen eine androgyne Geschlechterrollenorientierung, d.h. sie weisen eine relativ geringe Differenz zwischen Maskulinität und Femininität auf.

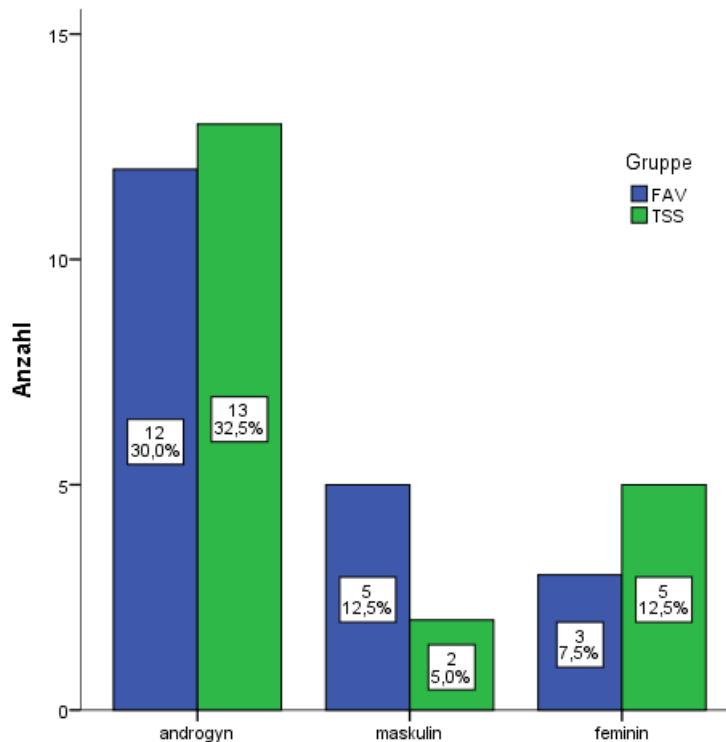


Abbildung 10. Gruppenvergleich der Geschlechterrollenorientierung ($n = 40$).

11.3.4 Unterschied im Zwangserleben

Das Zwangserleben wurde anhand des Anamnesefragebogens erhoben. Anhand dieser dichotomen Frage wird geprüft, ob und inwieweit es Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich ihres Zwangserlebens vor Therapieantritt gibt. Auf Grundlage einer Kreuztabelle wird überprüft, ob es einen Verteilungsunterschied im Zwangserleben in Abhängigkeit der Gruppenzugehörigkeit gibt (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11

Vierfeldertafel Häufigkeiten und Anteilswerte erlebter Therapiezwang und Therapiegruppe

			Erlebter Therapiezwang		Gesamt
			nein	ja	
Therapie	FAV	Anzahl	8	12	20
		% innerhalb	40,0%	60,0%	100,0%
	TSS	Anzahl	12	8	20
		% innerhalb	60,0%	40,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl		20	20	40
	% innerhalb		50,0%	50,0%	100,0%

Es konnte mit $\chi^2(1) = 1.60$, $p = .206$ kein signifikanter Verteilungsunterschied im erlebten Therapiezwang in Abhängigkeit von der Gruppe festgestellt werden. In der Stichprobe zeigt sich, dass in der Gruppe FAV der Therapiezwang zu 60 Prozent und in der Gruppe TSS zu 40 Prozent erlebt wird.

11.3.5 Geschlechterrollenfixierung und Selbstwirksamkeitserwartung

In diesem Abschnitt interessiert, ob ein Zusammenhang zwischen der Geschlechterrollen-fixierung und der Selbstwirksamkeitserwartung vorliegt. Dies wurde mit einer Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson überprüft.

Zwischen der Selbstwirksamkeitserwartung und der Maskulinität besteht ein positiver signifikanter Zusammenhang $r = .425$ ($p = .006$, zweiseitig; $n = 40$). Höhere Werte in der Maskulinität gehen mit einer größeren Selbstwirksamkeitserwartung einher. Zwischen der Selbstwirksamkeitserwartung und der Femininität besteht kein signifikanter Zusammenhang $r = .276$ ($p = .085$, zweiseitig; $n = 40$).

11.3.6 Geschlechterrollenfixierung und Therapiemotivation

In einem weiteren Schritt wurde untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen der Geschlechterrollenfixierung und der Therapiemotivation vorliegt. Dies wurde für jede Skala des VSS separat mit einer Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson überprüft. Die Tabelle 12 zeigt die Interkorrelationen innerhalb der Veränderungsausprägungen sowie zu den Ausprägungen der Geschlechterrollen.

Tabelle 12

Korrelationskoeffizienten r nach Pearson zu Veränderungsstadium (VSS) und Geschlechterrollenorientierung (BSRI) (zweiseitig; $n = 40$)

Veränderungsstadium	1 Absichtslosigkeit	2 Absichtsbildung	3 Handlung	4 Aufrechterhaltung	5 Maskulinität	6 Femininität
1	-	.085	.235	.071	.061	.137
2		-	.708**	.808**	.197	.192
3			-	.454**	.359*	.200
4				-	.150	.111

** $p \leq 0,01$ (2-seitig) signifikant.

* $p \leq 0,05$ (2-seitig) signifikant.

Zwischen der Handlung und der Maskulinität besteht ein positiver, signifikanter Zusammenhang mit $r = .359$ ($p = .023$). Höhere Werte in der Maskulinität gehen mit einer höheren Handlungsbereitschaft einher.

Weiters wurde untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen der Geschlechterrollenfixierung und der motivationalen Schemata vorliegt. Dies wurde für beide Skalen des FAMOS separat mit einer Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson überprüft. Die Tabelle 13 zeigt die Interkorrelationen innerhalb der motivationalen Schemata sowie zu den Ausprägungen der Geschlechterrollen.

Tabelle 13

Korrelationskoeffizienten r nach Pearson zu motivationalen Schemata (FAMOS) und Geschlechterrollenorientierung (BSRI) (zweiseitig; $n = 32$)

Motivationale Schemata	1 Annäherung	2 Vermeidung	3 Maskulinität	4 Femininität
1	-	.677**	.339	.347
2		-	.092	.344

** $p \leq 0,01$ (2-seitig) signifikant.

* $p \leq 0,05$ (2-seitig) signifikant.

Zwischen Annäherung und Vermeidung, innerhalb der motivationalen Schemata, kann mit $r = .677$ ($p < .001$) ein deutlich positiver Zusammenhang beobachtet werden. Zwischen Annäherung und Maskulinität mit $r = .339$ ($p = .058$) und Femininität mit $r = .347$ ($p = .051$) besteht kein signifikanter Zusammenhang. Zwischen Vermeidung und Maskulinität mit $r = .092$ ($p = .617$) und Femininität mit $r = .344$ ($p = .054$) besteht ebenfalls kein signifikanter Zusammenhang.

Sowohl bei der Maskulinität als auch bei der Femininität kann eine Tendenz zu einem positiven Zusammenhang zur Annäherung, bezüglich der Vermeidung jedoch nur bei Femininität beobachtet werden.

11.3.7 Binäre logistische Regression

Diese Untersuchung widmet sich der Frage, wie die teilnehmenden Frauen zu ihrer Entscheidung für die jeweilige Therapievariante gekommen sind. Es interessiert, ob und inwieweit diese Entscheidung durch eine Kombination verschiedener Faktoren zustande gekommen ist.

Um diese Frage zu untersuchen, wurde im Rahmen einer Modellprüfung eine binäre logistische Regression berechnet, um die Wahrscheinlichkeit des Erreichens bzw. Eintreffens einer der beiden Zustände (Entscheidung für FAV bzw. TSS) abschätzen zu können. Mittels Einschluss- (Enter-) Methode wurde geprüft, welche Prädiktoren in der Lage sind, den tatsächlichen Zustand für die Therapieentscheidung vorherzusagen.

Die Prädiktorenzusammenstellung ergibt sich aus den, in der Literatur als relevante Einflussgrößen bezüglich Entstehung und Aufrechterhaltung einer Suchtmittelabhängigkeit angegebenen, Faktoren, bei welchen ein bedeutsamer Erklärungswert angenommen wird. In der explorativen Herangehensweise wurden zunächst jene Variablen, welche sich auf Zeitspannen (Lebensalter, Drogenkonsumdauer, Strafausmaß) beziehen, aufgrund von Voruntersuchungen aus der Modellprüfung ausgeschlossen, da sie mit der gewählten Therapieart in keinem besonderen Zusammenhang stehen.

Es wurden insgesamt fünf relevante Prädiktoren für die Modellprüfung herangezogen. Das Prädiktorenbündel besteht einerseits aus drei dichotomen Variablen *Familienstand*, *Gewalterfahrung in der Vergangenheit* und *erlebter Therapiezwang* und andererseits aus den beiden metrischen Variablen *Annäherungstendenz* (FAMOS) und die Differenz zwischen der Maskulinität und der Femininität im Sinne der *Androgynität* (BSRI). Da nicht alle Frauen den FAMOS bearbeitet haben, verringert sich in der Variable Annäherung der Stichprobenumfang auf 32. Die Chi-Quadrat-verteilte Prüfgröße *Wald* gibt an, ob ein Prädiktor einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage der abhängigen Variable, Therapieentscheidung FAV vs. TSS, zu leisten vermag (siehe Tabelle 14).

Tabelle 14

Koeffizienten und Parameter der Modellprüfung für die Therapieentscheidung in Zusammenhang mit dem Familienstand, den Gewalterfahrungen, dem erlebten Therapiezwang (Anamnesefragebogen) als auch der Androgynität (BSRI) und der Annäherungstendenz (FAMOS)

	<i>B</i>	<i>SE</i>	Wald (df =1)	<i>p</i>	Exp (<i>B</i>)
Partnerschaft	1.155	0.940	1.511	.219	3.174
Gewalterfahrung	-1.652	1.301	1.613	.204	0.192
Therapiezwang	0.971	0.882	1.212	.271	2.640
Androgynität	-0.232	0.420	0.306	.580	0.793
Annäherung (FAMOS)	-2.865	1.314	4.754	.029	0.057
Konstante	10.327	4.946	4.359	.037	30534.897

Anmerkungen. *B* = unstandardisierter Regressionskoeffizient; *SE* = Standardfehler; Wald = Wald Statistik; df = degrees of freedom; *p* = Signifikanzwert; Exp (*B*) = exponierter Regressionskoeffizient.

Mit diesen fünf Prädiktoren kann gemäß Nagelkerke's (korrigierter Cox & Snell) $R^2 = .318$ rund ein Drittel an der Gesamtvarianz des Kriteriums (Therapieentscheidung) erklärt werden. Alle anderen Variablen tragen nicht signifikant zu einer Verbesserung der Vorhersage im Rahmen des Modells bei. Die Odds Ratio ($OR = 3.67$) entspricht dem Verhältnis einer richtigen Vorhersage zu einer falschen und wird als Maß für das relative Risiko angesehen. Der Prädiktor Annäherungstendenz erreichte mit $p < .05$ einen signifikanten Erklärungswert. Eine niedrigere Ausprägung in der Annäherungstendenz geht einher mit einer Entscheidung zugunsten der gesundheitsbezogenen Maßnahme („Therapie statt Strafe“). Alle übrigen Variablen erreichten im Rahmen der Modellprüfung keinen signifikanten Erklärungswert ($p > .05$), aber tragen zusammen zur Vorhersage des Kriteriums bei. Unter Berücksichtigung der Regressionskoeffizienten *B* kann tendenziell ein Zusammenhang zwischen einem niedrigen Androgynitätswert (höhere Ausprägung der Femininität), keiner Gewalterfahrungen in der Vergangenheit, vorhandener Partnerschaft, erlebtem Therapiezwang mit der Entscheidung für eine gesundheitsbezogene Maßnahme („Therapie statt Strafe“) festgestellt werden.

Die Klassifizierungsgüte (Tabelle 15) erreicht insgesamt 65,6 Prozent, wobei die Prüfgröße der entsprechenden Klassifikationsmatrix mit $\chi^2(1) = 3.60$, $p = .058$ nicht signifikant ausfiel.

Tabelle 15

Klassifikationsmatrix zur Vorhersagegüte der Therapieentscheidung

			Vorhergesagte Gruppe		Gesamt
			FAV	TSS	
Therapie	FAV	Anzahl	11	5	16
		% innerhalb	68,8%	31,3%	100,0%
	TSS	Anzahl	6	10	16
		% innerhalb	37,5%	62,5%	100,0%
Gesamt		Anzahl	17	15	32
		% innerhalb	53,1%	46,9%	100,0%

12 DISKUSSION

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, drogenabhängige Insassinnen hinsichtlich ihrer Entscheidung, eine Therapie in Haft oder eine Therapie in einer stationären Einrichtung (§39 SMG) zu beginnen, unter Berücksichtigung der Konstrukte Therapiemotivation, Selbstwirksamkeitserwartung, Zwangserleben sowie Geschlechterrollenfixierung miteinander zu vergleichen.

Die untersuchten Frauen waren zum Erhebungszeitpunkt durchschnittlich 29 Jahre alt und wiesen eine durchschnittliche Drogenkonsumdauer von 11 Jahren auf. Das niedrigste Erstkonsumalter dieser Stichprobe beträgt 10 Jahre, der Durchschnitt liegt jedoch bei 16 Jahren und entspricht somit den Angaben von Franke und Winkler (2001), welche beinhalten, dass Frauen, die eine Drogenabhängigkeit entwickeln, bereits in der Adoleszenz Erfahrungen mit weichen Drogen sammeln. Laut Obrist & Werdenich (2007) werden Frauen meist erst nach einem langen Drogenkonsum straffällig. Die untersuchten Frauen wiesen eine durchschnittliche Konsumdauer von 11 Jahren auf, der Großteil (90,0 %) war allerdings bereits zuvor mindestens einmal in Haft.

Der häufig beobachtete Einstieg über den Partner bzw. die Freunde (Dobler-Mikola, 2000; Franke & Winkler, 2001) kann im Rahmen dieser Untersuchung weder bestätigt noch widerlegt werden, da die untersuchten Frauen nur Angaben über den Drogenkonsum des letzten oder aktuellen Partners machten, wovon 55 Prozent den Drogenkonsum des Partners bestätigten. Der von Franke und Winkler (2001) als einer der Hauptrisikofaktoren für die Entwicklung einer Drogenabhängigkeit genannte Drogenkonsum eines Familienmitgliedes der Herkunftsfamilie war nur bei 37,5 Prozent festzustellen.

Die meisten Frauen absolvierten eine Polytechnische Schule (30,0%), eine Hauptschule (20,0%) oder eine Lehre (20,0%). 15 Prozent der Frauen hatten keinen Ausbildungsabschluss. Vor ihrer Inhaftierung waren alle Frauen berufstätig. Die Erwerbstätigkeit beschränkte sich bei der vorliegenden Stichprobe vor allem auf den Einzelhandel (37,5%) und die Gastronomie (17,5%). Diese Ergebnisse weichen von den Angaben von Franke und Winkler (2001) ab, wonach drogenabhängige Frauen häufig keine Berufsausbildung aufweisen.

Fast die Hälfte der Frauen (47,5%) war zum Zeitpunkt der Befragung in einer Partnerschaft und 67,5 Prozent hatten mindestens ein Kind. Dieses Ergebnis übertrifft sogar die Angaben von Franke und Winkler (2001), wonach 30-50 Prozent der drogen-

abhängigen Frauen Kinder haben. Das Vorhandensein eines Kindes bzw. der Wunsch nach der Gründung einer Familie wurde in der offenen Frage des Anamnesefragebogens bezüglich der Therapiemotive meist als Grund für das Veränderungsbestreben genannt.

Bei der Frage nach der Herkunftsfamilie war eine Mehrfachbeantwortung möglich, daher gaben zwar 50 Prozent an, bei beiden Elternteilen aufgewachsen zu sein, doch meistens wurde noch eine weitere der folgenden Antwortmöglichkeit angegeben: bei der Mutter, beim Vater, bei den Großeltern und/ oder in einem Heim. Manche Frauen kreuzten sogar fast alle Kategorien an, was auf eine eher instabile Sozialisation in Hinblick auf den Wechsel der Bezugspersonen und der Umgebung schließen lässt. Dobler-Mikola (2000) zählt psychosoziale Defizite innerhalb der sozialen Beziehungen zu den wesentlichen Risikofaktoren für die Entstehung einer Abhängigkeitsentwicklung.

Ein weiteres Ergebnis spricht für erschwerte Bedingungen während der Adoleszenz. 35 von 40 Frauen gaben an, Gewalt in ihrer Vergangenheit erlebt zu haben. Von allen Gewalthandlungen zählt neben der körperlichen vor allem die sexuelle Gewalt als frauenspezifische Ursache von Abhängigkeitsentwicklungen (Obrist, 1996; Dobler-Mikola, 2000; Franke & Winkler, 2001; Singerhoff, 2002). Auch wenn nicht näher erhoben wurde, in welchem Ausmaß und von welcher Art Gewalthandlung die Frauen betroffen waren, ist das Ergebnis erschreckend deutlich.

Fast drei Viertel (72,5%) der Frauen hatten bereits mindestens einmal eine Behandlung wegen ihrer Substanzabhängigkeit in Anspruch genommen. Dies entspricht Befunden, Frauen seien eher bereit, ein problematisches Verhalten zu ändern als Männer (Obrist, 1996; Haas, 2005). Die Zahlen bezüglich bisheriger Haftaufenthalte sprechen allerdings gegen den nachhaltigen Erfolg dieser Veränderungsbereitschaft. 90 Prozent der in dieser Studie untersuchten Frauen waren vor der aktuellen Haft bereits mindestens einmal inhaftiert. Die meisten Frauen wurden wegen geringfügigerer Delikte wie etwa Diebstahl (44,4%) oder Drogenverkauf (27,8%) verurteilt, während etwa ein Drittel wegen schwererer Delikte wie Raub, Körperverletzung oder Betrug in den Strafvollzug kamen. Dies stimmt mit der geltenden Ansicht überein, dass Frauen meist nur wegen leichter Delikte straffällig werden, da sie meist Bewältigungsstrategien in einem akzeptierten legalen Rahmen suchen und Konflikte nicht offen austragen, sondern nach innen richten (Obrist, 1996; Langenfelder, 1998; Franke & Winkler, 2001).

Hinsichtlich des erlebten Zwangs konnte kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden. Die Frauen waren in beiden Gruppen gleichermaßen von

einem Therapiezwang betroffen. Betrachtet man die Gesamtstichprobe, so gab die Hälfte der befragten Frauen an, einen Therapiezwang zu erleben, wobei dieser aus unterschiedlichen Gründen zustande kam. Obwohl die Frauen innerhalb des justiziellen Systems eine Therapie anstrebten, empfanden nur 45 Prozent einen justiziellen Zwang. Somit kann angenommen werden, dass der Großteil der Frauen die Therapie aufgrund anderer Motive in Anspruch nehmen wollte und sich durch das Vollzugssystem nicht in der Freiwilligkeit eingeschränkt fühlte. Dieses Ergebnis entspricht der im Theorieteil angeführten Feststellung einer aktuellen Studie, dass es keinen Unterschied zwischen KlientInnen mit Strafaufschub und KlientInnen ohne justiziellen Beschluss hinsichtlich des erlebten Zwangs gibt (Gegenhuber, Werdenich & Kryspin-Exner, 2009).

Die Frauen waren allerdings beträchtlich von den anderen Zwangsaspekten betroffen. 45 Prozent der Frauen gaben an, einen emotionalen, 45 Prozent einen körperlichen und 25 Prozent einen sozialen Zwang zu erleben. Dies spricht wiederum für die Beobachtung von Werdenich und Wagner (1998), dass Zwangsaspekte in Behandlungssituationen sehr häufig auftreten, da Behandlungen und Interventionen oft durch Sekundärmotivation zustande kommen. Somit relativiert sich die Diskussion um den Anspruch der Freiwilligkeit von KlientInnen mit Strafaufschub verglichen mit anderen Druck- bzw. Zwangsaspekten – zumindest in Hinblick auf ihr subjektives Zwangserleben.

Die Angst vor einem Rückfall (77,5%) einerseits und der Wunsch nach besseren Bedingungen (10,0%) und mehr Freiheit (15,0%) andererseits waren die meistgenannten Gründe für die Entscheidung zur jeweiligen Therapievariante. Eine der 40 Frauen hatte aufgrund ihres verübten Deliktes und des dadurch begründeten höheren Strafausmaßes keine Wahloption, alle anderen konnten eine Entscheidung für eine der beiden Therapiemöglichkeiten treffen, unabhängig davon, ob diese dann bewilligt wurde. Die Frauen trafen ihre Wahl einerseits auf Basis von Mundpropaganda von anderen Insassinnen (17,5%), aufgrund von eigenen Haft- und/oder Therapieerfahrungen (25,0%) oder aber aufgrund ihrer Erwartung bezüglich der Rahmenbedingungen der jeweiligen Therapieart. So berichteten Frauen einerseits, dass sie eine Therapie in einer Einrichtung außerhalb des Strafvollzugsystems bevorzugten, da damit mehr Freiheiten bezüglich des eigenen Aufenthaltes verbunden seien (15,0%) – eine bereits von Dahle (1998) und Obrist (2010) festgestellte Motivation. Andere wiederum meinten, sie präferierten eine Therapie in Haft, da sie dies als Schutz vor einem Rückfall wahrnehmen würden (7,5%). Die Angst vor

einem Rückfall und somit dem eigenen Scheitern vor allem nach der Therapie wurde von fast allen Frauen berichtet (77,5%).

Hinsichtlich der Therapiemotivation bzw. der Veränderungsbereitschaft konnten über alle Stadien der Veränderung hinweg keine Unterschiede zwischen den beiden Therapiegruppen festgestellt werden. Die höchste Ausprägung hatten die Frauen im Stadium der Absichtsbildung (55,0%), gefolgt vom Stadium der Handlung (35,0%) und dem Stadium der Aufrechterhaltung (10,0%). Keine Frau befand sich zum Zeitpunkt der Befragung im Stadium der Absichtslosigkeit. Dies lässt darauf schließen, dass die Frauen eine Bereitschaft zeigten, ihr destruktives Verhalten zu ändern. Dieses Ergebnis entspricht der Annahme von Obrist (1996), dass Frauen im Vergleich zu Männern zu Beginn einer Therapie eine höhere Bereitschaft zeigen, das Therapieprogramm bis zum Ende zu verfolgen. Mangels einer männlichen Kontrollgruppe können in dieser Studie jedoch keine geschlechtsspezifischen Vergleiche gezogen werden. Die von Haas (2005) gemachte Beobachtung, dass besonders Frauen in der Adoleszenz (bis 19 Jahre) eine große Veränderungsbereitschaft aufweisen, scheint durch die hier berichteten Ergebnisse in Frage gestellt. Insgesamt kann das Ergebnis als positiver Befund zur Bewältigung der Suchtproblematik seitens der Frauen betrachtet werden.

Leeb (2011) und Burtscher (2012) untersuchten mit demselben Verfahren, aber jeweils einer anderen Stichprobe, die sich sowohl aus weiblichen als auch aus männlichen KlientInnen zusammensetzte, in welchem Stadium sich sowohl die KlientInnen mit Strafaufschub als auch die KlientInnen ohne justiziellen Beschluss zum Zeitpunkt der Befragung befanden. In den beiden Untersuchungen befand sich die Mehrheit der befragten KlientInnen mit Strafaufschub im Stadium der Absichtsbildung (Burtscher, 2012) bzw. im Handlungsstadium (Leeb, 2011). Diese Ergebnisse stehen im Widerspruch zu einer älteren Studie von Gütlich, Heidenreich und Hoyer (1998), in welcher KlientInnen in gesundheitsbezogenen Maßnahmen im Vergleich zu KlientInnen in stationären Behandlungseinrichtungen eher Einstellungen aufwiesen, die der Phase der Absichtslosigkeit entsprachen.

In Hinblick auf das Annäherungs- und Vermeidungsverhalten der Frauen zeigen sich ebenfalls keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Allerdings zeigt die Annäherungstendenz einen mittelgroßen Effekt zwischen den beiden Gruppen dahingehend, dass Frauen, die eine Therapie in der JA Favoriten anstrebten, eine Tendenz aufwiesen, sich Problemen und Anforderungen zu stellen statt diese zu meiden. Diese

Beobachtung überrascht insofern, als den KlientInnen in stationären Einrichtungen meist mehr Eigenverantwortung abverlangt wird als in strikten, durchstrukturierten Vollzugsanstalten (Obrist & Werdenich, 2007). Daher wäre ebendiese Tendenz eher von der anderen Gruppe zu erwarten gewesen. Andererseits könnte man annehmen, dass sich die Frauen der meist schwierigeren Bedingungen im Vollzug bewusst sind und somit mehr eigene Antriebskraft aufbringen müssen, um die Haftzeit unter diesen Bedingungen besser zu bewältigen.

Hinsichtlich der Selbstwirksamkeitserwartung konnten keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen beobachtet werden: Sie weisen eine im Bezugsrahmen der Erhebung als mittlere Selbstwirksamkeit einzustufende Ausprägung auf. Somit trauen sich die Frauen gleichermaßen zu, in einer bestimmten Situation die angemessene Leistung zu erbringen. Frauen zeigen zwar zu Beginn einer Therapie eine höhere Veränderungsbereitschaft als Männer (Obrist, 1996; Haas, 2005), vertrauen ihren Fähigkeiten allerdings weniger als Männer im Sinne der Selbstwirksamkeit. Untersuchungen von Bryant und Fuqua (1997) sowie Choi (2004) zeigten den hohen Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitserwartung und Maskulinität im Gegensatz zur Femininität. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung lag keine männliche Kontrollgruppe vor, um diesbezügliche Geschlechtsunterschiede zu untersuchen. Somit kann aus dem Ergebnis lediglich der Schluss gezogen werden, dass die Selbstwirksamkeitserwartungen und die Therapieart keine besondere Koinzidenz aufweisen.

In der Geschlechterrollenfixierung bzw. Androgynität zeigt sich ebenfalls kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Betrachtet man die Gesamtstichprobe, so zeigt sich eine leichte Tendenz in Richtung Femininität.

Das Verfahrensmanual betrachtet die Androgynität, die sich aus der Differenz der Maskulinitäts- und der Femininitätswerte ergibt, als Maß für die Flexibilität, um mit einem breit gefächerten Verhaltensrepertoire in verschiedenen Situationen angemessen reagieren zu können (Schneider-Düker, 1978). Angesichts des Erscheinungsjahres des Verfahrens entsprechen die Adjektive der beiden Skalen jedoch einem Geschlechterrollenbild von vor 40 Jahren.

Seit der Frauenbewegung in den 70er - 80er Jahren haben sich sowohl die Frauenrolle als auch deren Auswirkungen auf die Lebensumwelten und Möglichkeiten von Mädchen und Frauen dahingehend geändert, dass es zu einer Angleichung der Geschlechterrollen gekommen ist. Die Literatur spricht allerdings von nach wie vor

herrschenden Ungleichheiten zwischen den Geschlechterrollen (Swazina, Waldherr & Maier, 2004; Bernhard, 2009; Obrist, 2010). Es ist zu einer Abschleifung der „klassischen“ Frauenrolle gekommen, wobei die Grundzüge in vielen Bereichen gleich geblieben sind (Langenfelder, 1998). Die Reproduktionsarbeit fällt nach wie vor in den Verantwortungsbereich von Frauen (Dobler-Mikola, 2000; Lück, 2009; Kan & Gershuny, 2009) und in der Erwerbstätigkeit werden sie bezüglich Lohn und Ausbildung benachteiligt behandelt (Bernhard, 2009). Die erkämpften Möglichkeiten werden oft als Belastung wahrgenommen, da sie Frauen nicht nur fördern, sondern durch die Doppelbelastung (Haushalts- und Erwerbstätigkeit) auch fordern. Swazina, Waldherr und Maier (2004, S. 174) sprechen in diesem Zusammenhang von einem „Spagat zwischen den verschiedenen Rollen“.

Mädchen und Frauen werden nach wie vor mit stereotypen femininen Eigenschaften in Verbindung gebracht und mit Erziehungsstilen konfrontiert, die sie in frauen- bzw. rollenspezifischen Verhaltensweisen verstärken, in aktiven Bewältigungsstrategien im Sinne eines Auslebens ihrer Emotionen und Ziele hemmen und sie das eigene Selbstbewusstsein auf der Basis von Beziehungen zu anderen begründen lassen (Obrist, 1996; Singerhoff, 2002; Bauer, 2003; Zurhold, 2005; Zehetner, 2010).

Fehlende Identifikationsmöglichkeiten können speziell bei abhängigkeitsgefährdeten Frauen zu Verunsicherungen und einer Abwertung der Weiblichkeit führen (Obrist, 1996; Acker, 2000; Dobler-Mikola, 2000). In Folge sehen diese Frauen vor allem die Beziehung zu Männern als identitätsstiftend (Obrist, 2010), wodurch sie sich in eine Beziehungsabhängigkeit und in weiterer Folge – bei fehlenden Resilienzfaktoren – in eine Suchtmittelabhängigkeit manövrieren können. Dies kann sowohl in der Bewältigung von Geschlechterrollenerwartungen (Langenfelder, 1998; Zehetner, 2010) als auch in der Auflehnung gegen ebendiese begründet sein (Dobler-Mikola, 2000; Singerhoff, 2002; Bauer, 2003). Sowohl die Anpassung an die „klassische“ Frauenrolle als auch an alternative Geschlechterrollenentwürfe im Sinne einer starken, selbstbestimmten und attraktiven Weiblichkeit scheinen bei diesen Frauen zu fehlen (Obrist & Werdenich, 2007).

Aufgrund dieser Fakten wurde versucht, mittels des BSRI (Schneider-Düker, 1978) die Ausprägung der Maskulinität und Femininität bzw. die geschlechtstypischen Eigenschaftszuschreibungen der Frauen zu analysieren. Das Adjektiv „abhängig“ des BSRI wird zwar nicht mehr so stark mit Weiblichkeit assoziiert, alle anderen Eigenschaftszuschreibungen zeigen jedoch, dass die Grundzüge der geschlechtstypischen

Rollenbilder noch vorhanden sind (Swazina, Waldherr & Maier, 2004). Daher wurden die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung im Lichte von aktuelleren Forschungsergebnissen zu diesem Thema im Hinblick auf selbstbestimmte vs. abhängigkeitsfördernde Eigenschaftszuschreibungen interpretiert.

Vor diesem Hintergrund wurden die Maskulinitäts- und Femininitätsskala separat analysiert, wobei eine hohe Ausprägung in der Maskulinität als positiv und eine hohe Ausprägung in der Femininität als negativ hinsichtlich einer positiven Geschlechtsidentität interpretiert wurden. Dies rührt daher, dass zu den typisch femininen Eigenschaften – entsprechend der klassischen Frauenrolle – u.a. „abhängig“, „nachgiebig“ und „selbstaufopfern“ zählen, während „intelligent“, „konsequent“ und „entschlossen“ als typisch maskuline Eigenschaften angeführt werden. Diese deuten im Gegensatz zu den femininen Adjektiven sowohl auf ein positives Selbstbewusstsein als auch generell auf Resilienz hin (Kolip, 2001; Bühringer, 2003; Athenstaedt & Alfermann, 2011; Lösel & Farrington, 2012). Daher wird es im Hinblick auf die Abhängigkeitsbehandlung und die Weiterentwicklung der Frauen generell als positiv angesehen, wenn sich diese mehr maskuline als feminine Adjektive zuschreiben. Wie oben erwähnt, besteht allerdings eine leichte Tendenz in Richtung Femininität und somit zur „klassischen“ Frauenrolle, die von Abhängigkeit und Unsicherheit geprägt ist (Singerhoff, 2002).

Allerdings können mit diesem Untersuchungsverfahren nur Einstellungen über Geschlechterstereotypen erfasst werden, globalere Schlüsse über die spezifischen Ausprägungen der jeweiligen Geschlechterrolle (sowie über deren Zusammenhang zur Abhängigkeitsentwicklung und zum Abhängigkeitsverlauf) können nicht abgeleitet werden. Diesbezüglich scheinen die soziodemografischen Daten mehr Aufschluss zu geben. Es konnten allerdings Zusammenhänge zwischen der Geschlechterrollenausprägung und der Selbstwirksamkeit als auch der Therapiemotivation festgestellt werden.

Zwischen der Selbstwirksamkeitserwartung und der Geschlechterrollenfixierungen konnte nur in der Maskulinität ein Zusammenhang festgestellt werden. Je mehr maskuline Adjektive sich die Frauen zuschrieben, desto höher war ihre Selbstwirksamkeitserwartung. Wie bereits im Theorieteil erwähnt, wird in der Literatur ein Zusammenhang zwischen der Maskulinität und der Selbstwirksamkeit festgestellt, vor allem hinsichtlich Wettbewerbs-eifer, Unabhängigkeit, Aggressivität und Selbstbewusstsein (Bryant & Fuqua, 1997). Die Maskulinitätsskala des BSRI beinhaltet, wie erwähnt, einige Eigenschaften, die für eine selbstbewusste und sichere Geschlechtsidentität sprechen. Daher ist es nicht

verwunderlich, dass Frauen, die sich in dieser Skala hohe Werte zuschreiben auch eine positive Selbstwirksamkeitserwartung aufweisen.

Bezüglich der Geschlechterrollenfixierung und den einzelnen Phasen der Veränderungsstadienskala konnte nur zwischen der Handlungsphase und der Maskulinität ein Zusammenhang festgestellt werden. Je mehr maskuline Adjektive sich die Frauen zuschrieben, desto höher war ihre Ausprägung in der Handlungsphase.

Hinsichtlich der Annäherungs- und Vermeidungstendenz und der Geschlechterrollenfixierung resultierten widersprüchliche Ergebnisse. Zwischen der Annäherung und der Vermeidung (FAMOS) konnte ein deutlich positiver Zusammenhang beobachtet werden. Bei den untersuchten Frauen ging somit die Motivation, sich einem Problem zu nähern, mit der Motivation, Probleme zu meiden, einher. Dieses Ergebnis lässt sich als Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt interpretieren, wobei die beiden Alternativen im vorliegenden Fall scheinbar als gleich attraktiv wahrgenommen und somit gleichermaßen angestrebt wurden.

Zwischen der Geschlechterrollenfixierung und den motivationalen Schemata konnten keine signifikanten Zusammenhänge festgestellt werden. Es zeigten sich jedoch Tendenzen bei der Maskulinität hinsichtlich der Annäherung, die dem Ergebnis von Burtscher (2012) gleichkommen, wobei sie ein höheres Annäherungsverhalten bei männlichen Klienten beobachtete. Bei der Femininität zeigten sich in der vorliegenden Untersuchung hingegen Tendenzen hinsichtlich der Annäherung als auch der Vermeidung. Somit weisen Frauen, die sich mehr feminine Adjektive zuschrieben, Tendenzen in konträre Richtungen auf; einerseits nähern sie sich Problemen und Anforderungen, die an sie gestellt werden, an, andererseits meiden sie diese. Dieses Ergebnis kann, wie bereits beschrieben, interpretiert werden. Es kann allerdings auch auf eine Unsicherheit beim Antwortverhalten der Frauen hinweisen. Wie bereits erwähnt, befinden sich die meisten Frauen in der Phase der Absichtsbildung, jedoch scheinen hier die Bewältigungsstrategien der Frauen auseinanderzuklaffen. Es ist allerdings nicht klar ersichtlich, ob dies auf eine Verunsicherung aufgrund des Fragebogens oder auf eine generelle Unsicherheit der Frauen zurückzuführen ist. Andererseits betreffen diese Tendenzen nur diejenigen Frauen, die eine hohe Ausprägung in der Femininitätsskala aufweisen, welche der „klassischen“ Frauenrolle entspricht, die wiederum laut Singerhoff (2002) Unsicherheit als frauentypische Eigenschaft einschließt.

Die Tendenz in Richtung Annäherung als Problembewältigungsstrategie der Frauen mit einer hohen Ausprägung in der Maskulinitätsskala kann gleichermaßen wie bei dem

oben beschriebenen Zusammenhang zwischen der Maskulinität und der Selbstwirksamkeitserwartung interpretiert werden. Frauen, die sich eine sichere und selbstbestimmte Geschlechtsidentität zuschreiben, schrecken nicht vor Problemen und Anforderungen zurück, sondern nähern sich diesen an.

Mit der binären logistischen Regression wurde letztlich untersucht, ob man anhand von fünf Prädiktoren eine Entscheidung für eine der beiden Therapievarianten vorhersagen kann. Mit den Prädiktoren *Familienstand*, *Gewalterfahrungen in der Vergangenheit*, *erlebter Therapiezwang*, *Annäherungstendenz* sowie *Androgynität* bzw. der Differenz zwischen Maskulinität und Femininität kann mit einer Ein-Drittel-Wahrscheinlichkeit die Therapieentscheidung vorhergesagt werden. Obwohl nur der Prädiktor Annäherungstendenz einen eindeutigen Erklärungswert aufweist, wurde nur in Kombination mit den anderen vier Prädiktoren eine derartige Vorhersagewahrscheinlichkeit erreicht.

Die einzelnen Prädiktoren geben Aufschluss darüber, welche Ausprägung jeweils mit einer ein Drittel Wahrscheinlichkeit zu einer Entscheidung für eine Therapie in Haft oder für eine Therapie in einer stationären Einrichtung führt. So tendieren Frauen zu einer Therapie in der JA Favoriten, wenn sie sowohl eine hohe Ausprägung in der Annäherungstendenz als auch eine hohe Ausprägung in der Maskulinität aufweisen und zudem Gewalterfahrungen in ihrer Vergangenheit gemacht haben. Zu einer Therapie in einer stationären Einrichtung tendieren hingegen Frauen, die einen Therapiezwang empfinden und in einer Partnerschaft leben.

Eine mögliche Erklärung für den Zusammenhang zwischen einer hohen Annäherungstendenz sowie einer maskulinen Adjektivzuschreibung und der Tendenz zu einer Therapie in Haft wurde bereits weiter oben skizziert. Diese Frauen sind sich möglicherweise der härteren Bedingungen des Strafvollzugs bewusst, wissen aber, dass sie damit umgehen können. Wenn man die beiden anderen Prädiktoren betrachtet, könnte es auch sein, dass diese Frauen unter ebensolchen harten Bedingungen aufgewachsen sind, da sie u.a. Gewalt in der Vergangenheit erlebt haben, und diese Strukturen aufgrund einer Habituation bevorzugen. Andererseits könnte auch argumentiert werden, dass sie aufgrund ihrer Erfahrungen einen geschützten Rahmen suchen, welchen sie im Vollzug zu erkennen glauben.

Der Zusammenhang zwischen einer Therapie in einer stationären Einrichtung und einer Partnerschaft sowie einem erlebten Therapiezwang kann plausibel erklärt werden. Therapien in stationären Einrichtungen sind im Vergleich zum Strafvollzug mit vielen

Freiheiten verbunden, die sowohl die KlientInnen selbst aber auch ihre Angehörigen betreffen. Von der Besuchsregelung bis hin zum Freigang werden Frauen hierbei viel mehr Möglichkeiten geboten. Daher überrascht es nicht, dass Frauen in einer Partnerschaft diese Therapievariante bevorzugen, da diese einen regelmäßigeren Kontakt mit ihrem Partner ermöglicht. Da der von den Frauen erlebte Zwang nur zu einem geringen Teil durch einen justiziellen Druck bedingt wurde und sowohl emotionale als auch soziale Faktoren einen scheinbar viel größeren Einflussfaktor darstellten, kann in diesem Zusammenhang auch dieser Prädiktor erklärt werden. Wahrscheinlich empfinden die Frauen den Therapiezwang, da die Beziehung zu ihrem Partner aufgrund der Abhängigkeit und deren Folgen gefährdet ist. Weiters wird KlientInnen in stationären Einrichtungen meist ein hohes Maß an Eigenverantwortung abverlangt (Obrist & Werdenich, 2007), welches zusätzlich zu einem Stressempfinden führen kann; dies gilt besonders dann, wenn das Übernehmen von Verantwortung für sich selbst und andere Schwierigkeiten bereitet, was bei Suchtmittelabhängigen meist zutrifft. In diesem Fall spielt ein justizieller Zwang wahrscheinlich eine geringere Rolle.

In der vorliegenden Untersuchung konnten zwischen den beiden Gruppen weder Unterschiede hinsichtlich der Therapiemotivation, der Selbstwirksamkeit, der Geschlechterrollenfixierung noch dem Zwangserleben festgestellt werden. Es zeigten sich allerdings unterschiedliche Tendenzen in den Kriterien *Familienstand*, *Gewalterfahrungen in der Vergangenheit*, *erlebter Therapiezwang*, *Annäherungstendenz* sowie *Androgynität*. Zusammenhänge konnten vor allem zwischen der maskulinen Geschlechterrollenausprägung und der Selbstwirksamkeit, der Handlungsphase (VSS) und Tendenzen bezüglich der Annäherung festgestellt werden. Neben der Annäherungstendenz scheinen aber auch soziodemografische Daten wie beispielsweise Familienstand und Gewalterfahrungen in der Vergangenheit mit der jeweiligen Therapieentscheidung zusammenzuhängen.

Es konnte zwar keine Unterschiedlichkeit der Gruppen festgestellt werden, die Ergebnisse zeigen allerdings wegweisende Problemfelder der Frauen auf, die es in beiden Therapievarianten zu bearbeiten gilt. Sowohl die belastenden Sozialisationsfaktoren und die Geschlechterrollen-zuschreibung der Frauen als auch die Angst, die sie hinsichtlich der bevorstehenden Therapie und der Zeit danach äußerten, sollten eingehend bearbeitet werden, um eine stabile, positive (Geschlechts-) Identität der Frauen zu unterstützen. Diese ist unabdingbar für die künftige Planung und Bewältigung ihres Lebens.

13 PERSÖNLICHE STELLUNGNAHME UND AUSBLICK

Im Zuge dieser Studie hatte ich die Möglichkeit, einen Einblick in das Leben von 40 drogenabhängigen Frauen zu bekommen, die trotz ungünstigen Ausgangsbedingungen und begleitet von vielen Ängsten, die Bereitschaft zeigten, ihr Leben zu ändern.

Obwohl ich weitaus mehr Zeit in die Auseinandersetzung mit der einschlägigen Literatur investiert habe, so ist mir erst durch die Interviewbegegnungen bewusst geworden, wie viel diese Frauen erlebt und welche Hürden sie noch zu bewältigen hatten. Am meisten hat mich die Tatsache überrascht, dass die soziodemografischen Daten meiner Stichprobe in vielerlei Hinsicht der Literatur entsprachen und es den Anschein hatte, dass aufgrund der entsprechenden Ausprägungen dieser Faktoren, die Entstehung einer Abhängigkeitsentwicklung unabdingbar ist.

Im persönlichen Gespräch teilten mir viele Frauen ihre Ängste mit, die sich vor allem auf die Zeit nach der Therapie konzentrierten. Die Angst eines Rückfalls begleitete fast alle Frauen. Obwohl sie die Therapie noch nicht begonnen hatten, schien eine Art Ohnmachtsgefühl präsent zu sein, dass sie glauben ließ, auf sich allein gestellt und ohne den Schutz einer therapeutischen Einrichtung oder ohne die Obhut von Therapeuten, Sozialarbeitern und Ärzten, dem Rückfall hilflos ausgeliefert zu sein. Obwohl die meisten Frauen die Therapie hoffnungsvoll erwarteten und willig waren, ihre Situation zu ändern, zweifelten sie doch daran, diesen Weg längerfristig auch alleine gehen zu können.

Die ernüchternden Ergebnisse dieser Untersuchung, vor allem im Zusammenhang mit den Gewalterfahrungen der Frauen, heben die Relevanz von Therapievarianten hervor, die sich ausschließlich auf Frauen und deren spezifische Lebenssituation konzentrieren. Frauen werden in ihrer Sozialisation mit anderen Problemen und Anforderungen konfrontiert als Männer, daher muss auch der Aufarbeitung dieser spezifischen Vergangenheit Platz eingeräumt werden.

Die Tatsache, dass sich die Frauen in dem Fragebogen durchschnittlich mehr feminine als maskuline Adjektive zuschrieben, welche dem „klassischen“ Frauenbild, geprägt von Abhängigkeit und Selbstaufopferung, entsprechen, zusammen mit der oben beschriebenen Hilflosigkeit, zeigt, welche Themen in einem Therapiesetting für drogenabhängige Frauen, meiner Meinung nach, erarbeitet werden müssen.

Es obliegt den Frauen, sich aus familiären und/ oder destruktiven Abhängigkeitsbeziehungen sowie den oftmals damit einhergehenden Schuld- und Schamgefühlen zu

lösen und stattdessen den Fokus auf eine autonome, positive Lebensplanung zu setzen. Dafür müssen allerdings in erster Linie die Übernahme von Eigenverantwortung als auch Strategien der Alltagsbewältigung und der Entscheidungsfindung erarbeitet werden. Diese Prozesse und Ziele verlangen nach sowohl fördernder als auch einfühlsamer Unterstützung durch fach einschlägige Psychologen und Therapeuten.

Ich denke, dass dafür sowohl im Strafvollzug als auch generell in Therapieeinrichtungen Maßnahmen ergriffen werden können, die es ermöglichen, den Kreislauf der oftmals vielseitigen Abhängigkeit zu durchbrechen und den Aufbau einer stabilen, positiven Geschlechtsidentität zu erlangen.

14 TABELLEN UND ABBILDUNGEN

14.1 Tabellen

Tabelle 16

Reliabilitätskoeffizient des SWE nach Cronbach's Alpha

Skala	Itemanzahl	Cronbach's Alpha
Selbstwirksamkeit	10	.837

Anmerkungen. Der Grenzwert für eine angemessene Reliabilität liegt bei Cronbach's $\alpha \geq .60$ (Bortz & Döring, 2006); SWE = Verfahren zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung (Jerusalem & Schwarzer, 1999).

Tabelle 17

Reliabilitätskoeffizienten der Skalen der VSS nach Cronbach's Alpha

Skala	Itemanzahl	Cronbach's Alpha
Absichtslosigkeit	8	.717
Absichtsbildung	8	.826
Handlung	8	.919
Aufrechterhaltung	8	.848
Gesamt	32	.911

Anmerkungen. VSS = Veränderungsstadienskala (Heidenreich et al., 2001).

Tabelle 18

Reliabilitätskoeffizienten der Skalen des BSRI nach Cronbach's Alpha

Skala	Itemanzahl	Cronbach's Alpha
Maskulinität	20	.791
Femininität	20	.761
Neutralität	20	.401
Gesamt	60	.770

Anmerkungen. BSRI = deutsche Neukonstruktion des BEM Sex- Role Inventory (Schneider- Düker, 1978). Der Reliabilitätskoeffizient der Skala Neutralität erreicht mit seinem Cronbach's α den Grenzwert von .60 für eine angemessene Reliabilität nicht (Bortz & Döring, 2006).

Tabelle 19

Reliabilitätskoeffizienten der Skalen des FAMOS nach Cronbach's Alpha

Skala	Itemanzahl	Cronbach's Alpha
Annäherung	57	.929
Vermeidung	37	.905
Gesamt	94	.950

Anmerkungen. FAMOS = Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata (Grosse Holtforth & Grawe, 2002).

14.2 Abbildungen

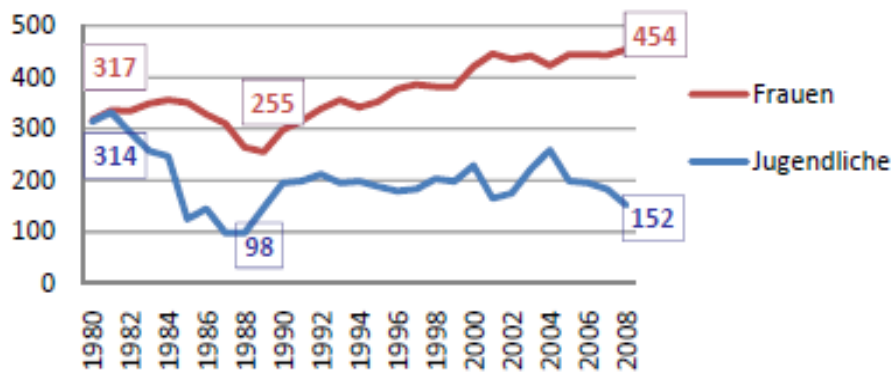


Abbildung 11. Jugendliche und Frauen in Haft von 1980 bis 2008 (Hofinger, V., Neumann, A., Pilgram, A. & Stangl, W., 2009, S.11).

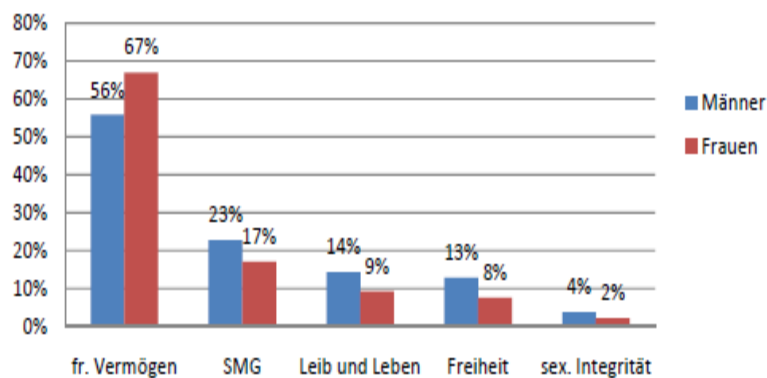


Abbildung 12. Deliktgruppen der U-Haftdelikte nach Geschlecht (Hofinger, V., Neumann, A., Pilgram, A. & Stangl, W., 2009, S. 41).

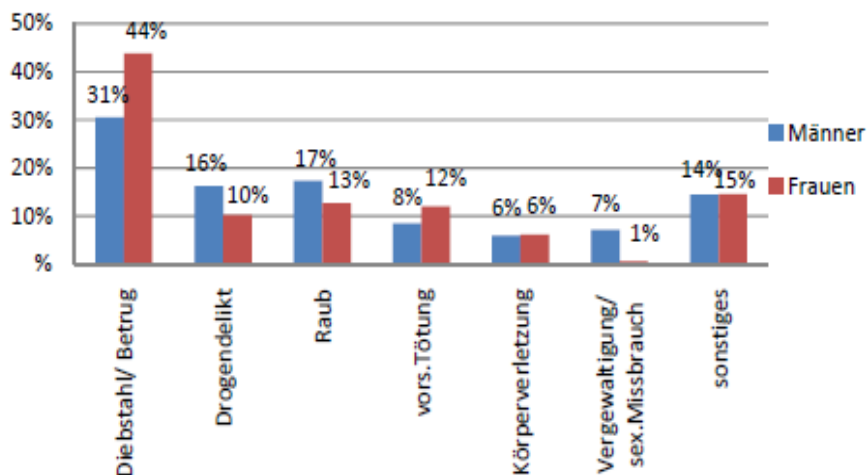


Abbildung 13. Basis führendes Delikt für Männer und Frauen, Stichtag 1.9.2008 (Hofinger, V., Neumann, A., Pilgram, A. & Stangl, W., 2009, S. 44).

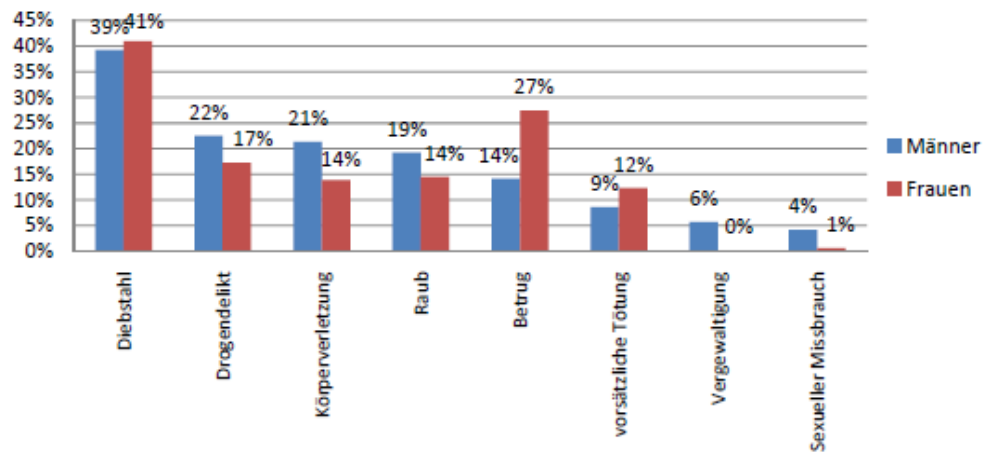


Abbildung 14. Basis aller Strafhaftdelikte nach Geschlecht
(Hofinger, V., Neumann, A., Pilgram, A. & Stangl, W., 2009, S. 47).

IV LITERATURVERZEICHNIS

- Acker, N. (2000). Geschlechtssensible Suchtprävention. In K. Fellöcker & S. Franke (Hrsg.), *Suchtvorbeugung in Österreich* (S. 117–124). Wien: Springer Verlag.
- Alfermann, D. (1996). *Geschlechterrollen und geschlechtstypisches Verhalten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Athenstaedt, U. & Alfermann, D. (2011). *Geschlechterrollen und ihre Folgen. Eine sozialpsychologische Betrachtung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2006). *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung*. Heidelberg: Springer.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.
- Bauer, N. (2003). *Weibliche Suchtbiographien: Frauenspezifische Aspekte bei substanzgebundener Sucht unter besonderer Berücksichtigung von illegalen Drogen*. Unveröff. Dipl. Arbeit, Karl-Franzens-Universität, Graz.
- Bechter, C. (1997). *Frauen und Abhängigkeiten. Versuch einer Rechtfertigung für eine frauenspezifische Suchtprävention*. Unveröff. Dipl. Arbeit, Universität, Innsbruck.
- Berger, A. (2010). *Entwicklung und Validierung eines Inventars zur Erfassung positiver und negativer Attribute des Geschlechtsrollen Selbstkonzepts*. Unveröff. Diss., Universität, Potsdam.
- Berndt, C. (2013). *Resilienz. Das Geheimnis der psychischen Widerstandskraft*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Bernhard, A. (2009). *1968 und die neue Restauration*. Frankfurt am Main: Lang.
- Bilden, H. (2006). Sozialisation in der Dynamik von Geschlechter- und anderen Machtverhältnissen. In B. Dausien & H. Bilden (Hrsg.), *Sozialisation und Geschlecht. Theoretische und methodologische Aspekte* (S. 45–88). Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Brida, S. (2004). *Rollenspezifische Aspekte der weiblichen Alkoholabhängigkeit*. Unveröff. Dipl. Arbeit, Universität, Innsbruck.
- Bryant, N. C. & Fuqua, D. R. (1997). *A structural analysis of the relationship between self-efficacy and sex role orientation*. Paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Association. San Diego, CA.

- Bühringer, G. & Küfner, H. (1997). Drogen- und Medikamentenabhängigkeit. In N. Birbaumer, D. Frey, J. Kuhl, W. Prinz & F. E. Weinert (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie. Themenbereich D, Praxisgebiete: Serie 2, Klinische Psychologie: Bd. 2. Psychische Störungen und ihre Behandlungen* (S. 513–588). Göttingen: Hogrefe.
- Bühringer, G. (2003). Störungen durch den Gebrauch von illegalen Drogen und psychotropen Arzneimitteln. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie* (S. 329–356). Göttingen: Hogrefe.
- Bulheller, S. (2003). Referenzpopulation. In K. Kubinger & R. Jäger (Hrsg.), *Schlüsselbegriffe der Psychologischen Diagnostik* (S. 371–374). Weinheim: Beltz Verlag.
- Bundesministerium für Justiz (2011). *Sicherheitsbericht 2011*. Abgerufen am 20.01.2014. [pdf].
<http://www.justiz.gv.at/web2013/file/2c94848525f84a630132fdbd2cc85c91.de.0/sb2011.pdf;jsessionid=D4D060D475E93864C331BE88FA5AC320>
- Burtscher, D. (2012). *Gesundheitsbezogene Maßnahmen im Bereich der Substanzabhängigkeit- Selbstwirksamkeit, Selbstkonzept und Behandlungsmotivation im Rahmen von Quasi- Zwangsbehandlungen (Therapie statt Strafe)*. Unveröff. Dipl. Arbeit, Universität, Wien.
- Choi, N. (2004). Sex Role Group Differences in Specific, Academic, and General Self-Efficacy. *The Journal of Psychology*, 138 (2), 149–159.
- Dahle, K.-P. (1998). Therapiemotivation und forensische Psychotherapie. In E. Wagner & W. Werdenich (Hrsg.), *Forensische Psychotherapie. Therapeutisches Arbeiten im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle* (S. 97–112). Wien: Facultas.
- Dobler-Mikola, A. (2000). *Frauen und Männer mit harten Drogen. Eine empirische Analyse der geschlechtsspezifischen Unterschiede im Alltag der Teilnehmenden vor und während der heroinunterstützten Behandlung*. Unveröff. Diss., Universität, Zürich.
- Eckes, T. (2010). Geschlechtsstereotypen: Von Rollen, Identitäten und Vorurteilen. In R. Becker & B. Kortendiek (Hrsg.), *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung* (S. 178–189). Wiesbaden: VS Verlag.

- Eisenbach-Stangl, I. (2005). Männer, Frauen und der Konsum psychoaktiver Substanzen. In I. Eisenbach-Stangl, S. Lentner & R. Mader (Hrsg.), *Männer, Frauen, Sucht* (S. 13–90). Wien: Facultas.
- Franke, K. (2000). *Frauen und Kriminalität*. Konstanz: Universitätsverlag Konstanz GmbH.
- Franke, A. & Winkler, K. (2001). Störungen im Zusammenhang mit Psychotropen Substanzen. In A. Franke & A. Kämmerer (Hrsg.), *Klinische Psychologie der Frau* (S. 91–139). Göttingen: Hogrefe.
- Gegenhuber, B. (2008). *Veränderungsmotivation im Quasi-Zwangskontext – eine Untersuchung bei drogenabhängigen Straftätern in Behandlung*. Unveröff. Diss., Universität, Wien.
- Gegenhuber, B., Werdenich, W. & Kryspin-Exner, I. (2009). Freiwilligkeit oder Zwang. Über die Patientenstruktur und Motivationslage bei Therapie statt Strafe für drogenabhängige Straftäter. *Forens Psychiatr Kriminol* 1(3), 67–75.
- Gildemeister, R. (2010). Doing Gender: Soziale Praktiken der Geschlechterunterscheidung. In R. Becker & B. Kortendiek (Hrsg.), *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung* (S. 137–145). Wiesbaden: VS Verlag.
- Grosse Holtforth, M. G., & Grawe, K. (2002). *FAMOS. Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata. Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Gütlich, V., Heidenreich, T., & Hoyer, J. (1998). Stadien der Veränderung und Therapiemotivation unter justiziellem Zwang. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 30, 421–432.
- Haas, S. (2005). Problembewusste Frauen, risikofreudige Männer: Illegale Drogen und Geschlecht. In I. Eisenbach-Stangl, S. Lentner & R. Mader (Hrsg.), *Männer, Frauen, Sucht* (S. 133–144). Wien: Facultas.
- Halwachs, I. (2010). *Frauenerwerbstätigkeit in Geschlechterregimen*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hannover, B. (1997). *Das dynamische Selbst. Zur Kontextabhängigkeit selbstbezogenen Wissens*. Bern: Huber.
- Hannover, B. (2006). Geschlechterrollen. In H.-W. Bierhoff & D. Frey (Hrsg.), *Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie* (S. 464–470). Göttingen: Hogrefe.

- Heckmann, W. (2001). Sucht. In G. Wenninger (Hrsg.), *Lexikon der Psychologie in fünf Bänden. Band 4: Reg bis Why* (S. 270–273). Berlin: Spektrum.
- Heidenreich, T., Hoyer, J., & Fecht, J. (2001). Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). In F. Rist, H. Küfner, A. Glöckner-Rist, & P. Schmidt (Hrsg.), *Elektronisches Handbuch für Erhebungsinstrumente im Suchtbereich. Version 1.00*. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.
- Herkner, W. (2001). *Lehrbuch Sozialpsychologie* (2. unveränderte Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Hofinger, V., Neumann, A., Pilgram, A. & Stangl, W. (2009). *Pilotbericht über den Strafvollzug 2008*. Abgerufen am 20.01.2014. [pdf].
http://strafvollzug.justiz.gv.at/_downloads/Pilotbericht2008.pdf
- Jehle, J.-M. (2009). Drogentherapie in freien Einrichtungen- Eine Alternative zum Maßnahmenvollzug. In R. Haller & J.-M. Jehle (Hrsg.), *Drogen- Sucht-Kriminalität* (S. 263–279). Mönchengladbach: Verlag Godesberg GmbH.
- Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1999). *Skala zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung*. Abgerufen am 20.01.2014. [html].
<http://www.selbstwirksam.de/>
- Kämmerer, A. (2001). Weibliches Geschlecht und psychische Störungen. In A. Franke & A. Kämmerer (Hrsg.), *Klinische Psychologie der Frau* (S. 51–88). Göttingen: Hogrefe.
- Kan, M. Y. & Gershuny, J. (2010). Gender segregation and bargaining in domestic labour: evidence from longitudinal time- use data. In J. Scott, R. Crompton & C. Lyonette (Eds.), *Gender inequalities in the 21st century* (pp. 153–171). Cheltenham: Edward Elgar.
- Kling, K.C., Hyde, J.S., Showers, C.J. & Buswell, B.N. (1999). Gender differences in self-esteem: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125, 470–500.
- Kneißl, C. (1996). *Zu den Körperentwürfen in der weiblichen Adoleszenz aus biographischer Sicht*. Unveröff. Dipl.Arbeit, Universität, Wien.
- Köchler, B. & Jagsch, R. (2009). *Therapie statt Strafe. Gesundheitsbezogene Lebensqualität von „Therapie statt Strafe“ – Klienten und ihre kognitiven und emotionalen Komponenten*. Norderstedt: GRIN Verlag.

- Kolip, P. (2001). Psychische Störungen, Gesundheit und Widerstandsfaktoren bei Mädchen. In A. Franke & A. Kämmerer (Hrsg.), *Klinische Psychologie der Frau* (S. 485–516). Göttingen: Hogrefe.
- Ladewig, D. (2002). *Sucht und Suchtkrankheiten. Ursachen, Symptome, Therapien*. München: Verlag C. H. Beck.
- Langenfelder, B. (1998). *Konfliktbewältigungsstrategien von Frauen in Haft*. Unveröff. Dipl. Arbeit, Universität, Wien.
- Leeb, S. (2011). *Behandlungsmotivation bei substanzabhängigen Personen im Programm „Therapie statt Strafe“*. Unveröff. Dipl. Arbeit, Universität, Wien.
- Lind-Krämer, R. & Timper-Nittel, A. (1992). Drogenabhängige Frauen- Das Besondere ihrer Lebenslage. In R. Sickinger, W. Kindermann, S. Kindermann, R. Lind-Krämer & A. Timper-Nittel (Hrsg.), *Wege aus der Drogenabhängigkeit* (S. 227–259). Freiburg in Breisgau: Lambertus Verlag.
- Lösel, F. & Farrington, D. (2012). Direct protective and buffering protective factors in the development of youth violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 43, 8 – 23.
- Lück, D. (2009). *Der zögernde Abschied vom Patriarchat*. Berlin: ed. sigma
- Marshall, G.N., Hser, Y.-I. (2002). Characteristics of criminal justice and noncriminal justice clients receiving treatment for substance abuse. *Addictive Behaviors*, 27, 179–192.
- Neubauer, I. (2010). *Strafzumessung und Geschlecht- eine Untersuchung forensisch-psychiatrisch begutachteter Frauen*. Unveröff. Diss., Universität, Berlin.
- Obrist, C. (1996). *Weibliches Selbstverständnis heroinabhängiger Frauen*. Unveröff. Dipl. Arbeit, Universität, Wien.
- Obrist, C. & Trinkl, B. (2004). Fordern und Fördern- Überlegungen zur Psychologischen Behandlung süchtiger Frauen im Gefängnis. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 1, 81–96.
- Obrist, C. & Werdenich, W. (2007). Substanzabhängigkeit und Strafvollzug. In E. Beubler, H. Haltmayer & A. Springer (Hrsg.), *Opiatabhängigkeit- Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis* (S. 309–319). Heidelberg: Springer.
- Obrist, C. (2010). Feministische Konzepte und Systemische Modelle. *Systemische Notizen*, 3, 14–28.

- Petermann, F. (2002). Grundbegriffe und Trends der Klinischen Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie* (S. 9–26). Göttingen: Hogrefe.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47 (9), 1102–1114.
- Rendtorff, B. (2003). *Kindheit, Jugend und Geschlecht. Einführung in die Psychologie der Geschlechter*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Rendtorff, B. (2011). Stichworte und Begriffe aus der Geschlechterforschung. In B. Rendtorff, C. Mahs & V. Wecker (Hrsg.), *Geschlechterforschung. Theorien, Thesen, Themen zur Einführung* (S. 220–233). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Scheffler, S. (2010). ...und sie bewegt sich doch! Entwicklung und Zukunft frauenspezifischer Psychotherapie und Beratung. In Frauen beraten Frauen (Hrsg.), *Feministische Beratung und Psychotherapie* (S. 45–61). Gießen: Psychosozial- Verlag.
- Schneider-Düker, M. (1978). *Deutsche Neukonstruktion des BEM Sex-Role Inventory. Arbeiten der Fachrichtung Psychologie Nr. 51*. Saarbrücken: Universität des Saarlandes.
- Singerhoff, L. (2002). *Frauen und Sucht*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Spreyermann, C. (1991): Abhängen-Loslassen-Suchen-Verweigern. Frauenspezifische Ursachen von Sucht und Drogenkonsum. In C. Bendel, A. Brianza & I. Rottenmanner (Hrsg.), *Frauen sichten Süchte* (S. 23–43). Olten: ISPA-Press Verlag.
- Suppan, M. (2008). *Status doing Gender: Eine Studie über den Einfluss von relativem Status und dem Geschlecht von InteraktionspartnerInnen auf das Geschlechtsrollen-Selbstkonzept*. Unveröff. Dipl. Arbeit, Universität, Graz.
- Swazina, K. R., Waldherr, K. & Maier, K. (2004). Geschlechtsspezifische Ideale im Wandel der Zeit. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 25 (3), 165–176.
- Theurich-Luckfiel, E. & Janke-Bartsch, H. (1995). Mädchenidentität. Mädchenarbeit in der Grundschule. In H. P. Tossman (Hrsg.), *Praxishilfen Schule. Gesundheitsförderung in der Grundstufe* (S. 111–125). Berlin: Hermann Luchterhand Verlag.

- Toth, B. (2000). Zur Konstruktion von Weiblichkeit in Karrierepositionen. In C. Höfner, E. Kaufmann, K. Moser, B. Toth & G. Weger (Hrsg.), *Ihr-Land. Feministische Beiträge zur Sozialpsychologie* (S. 180–192). Wien: Promedia.
- Uhl, A., Strizek, J., Puhm, A., Kobra, U. & Springer, A. (2009). *Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch – Erhebung 2008 Band 1: Forschungsbericht*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Vollzugsdirektion (2009). *Justizanstalten. Strafvollzug in Österreich*. Abgerufen am 20.01.2014.[html].
<http://strafvollzug.justiz.gv.at/einrichtungen/justizanstalten/justizanstalt.php?id=2>
- Wagner, E. & Werdenich, W. (1998). *Forensische Psychotherapie. Therapeutisches Arbeiten im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle*. Wien: Facultas.
- Wagner, E. & Werdenich, W. (1998). Die Kunst der Zwangsbehandlung. In E. Wagner & W. Werdenich (Hrsg.), *Forensische Psychotherapie. Therapeutisches Arbeiten im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle* (S. 37–48). Wien: Facultas.
- Wall, K. (2010). Main Patterns in Attitudes to the Articulation Between Work and Family Life: a Cross- National Analysis. In R. Crompton, S. Lewis & C. Lyonette (Eds.), *Women, men, work and family in Europe* (pp. 86–115). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Weigl, M., Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Türscherl, E. & Wirl, C. (2012). *Bericht zur Drogensituation 2012*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Wustmann, C. (2005). Die Blickrichtung der neueren Resilienzforschung: Wie Kinder Lebensbelastungen bewältigen. *Zeitschrift für Pädagogik*, 51(2), 192– 106.
- Zehetner, B. (2010). Von der Abhängigkeit über die Ambivalenz zur Autonomie. In Frauen beraten Frauen (Hrsg.), *Feministische Beratung und Psychotherapie* (S. 99–113). Gießen: Psychosozial- Verlag.
- Zimbardo, P. G. (1995). *Psychologie*. Heidelberg: Springer.
- Zosuls, K.M., Faith Miller, C., Ruble, D.N., Lynn Martin, C. & Fabes, R.A. (2011). Gender Development Research in Sex Roles: Historical Trends and Future Directions. *Sex Roles*, 64, 826–842.

Zurhold, H. (2005). *Entwicklungsverläufe von Mädchen und jungen Frauen in der Drogenprostitution- Eine explorative Studie*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.

V TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1.	<i>Diagnostische Kriterien DSM-IV und ICD-10</i>	- 29 -
Tabelle 2.	<i>Illegale Drogen</i>	- 31 -
Tabelle 3.	<i>Geschlechterverhältnis bei einzelnen psychischen Störungen laut DSM-IV....</i>	- 32 -
Tabelle 4.	<i>Ambulante und stationäre Entwöhnungsbehandlung im Vergleich</i>	- 45 -
Tabelle 5.	<i>Kennwerte der Veränderungsstadienskala</i>	- 83 -
Tabelle 6.	<i>Vierfeldertafel Häufigkeiten und Anteilswerte der Stadienzugehörigkeit in Abhängigkeit der Therapiegruppen</i>	- 84 -
Tabelle 7.	<i>Kennwerte des Fragebogens zur Analyse motivationaler Schemata (FAMOS).....</i>	- 85 -
Tabelle 8.	<i>Kennwerte der Skala zur Erfassung von Selbstwirksamkeit (SWE)</i>	- 85 -
Tabelle 9.	<i>Kennwerte der Androgynitätsausprägung (BSRI)</i>	- 87 -
Tabelle 10.	<i>Kontingenztafel Häufigkeiten und Anteilswerte von Androgynitätsausprägung und Therapiegruppen</i>	- 87 -
Tabelle 11.	<i>Vierfeldertafel Häufigkeiten und Anteilswerte erlebter Therapiezwang und Therapiegruppe</i>	- 89 -
Tabelle 12.	<i>Korrelationskoeffizienten r nach Pearson zu Veränderungsstadium (VSS) und Geschlechterrollen- orientierung (BSRI).....</i>	- 90 -
Tabelle 13.	<i>Korrelationskoeffizienten r nach Pearson zu motivationalen Schemata (FAMOS) und Geschlechter- rollenorientierung (BSRI)</i>	- 90 -
Tabelle 14.	<i>Koeffizienten und Parameter der Modellprüfung für die Therapieentscheidung in Zusammenhang mit dem Familienstand, den Gewalterfahrungen, dem erlebten Therapiezwang (Anamnesefragebogen) als auch der Androgynität (BSRI) und der Annäherungstendenz (FAMOS).....</i>	- 92 -
Tabelle 15.	<i>Klassifikationsmatrix zur Vorhersagegüte der Therapieentscheidung</i>	- 93 -
Tabelle 16.	<i>Reliabilitätskoeffizient des SWE nach Cronbach's Alpha.....</i>	- 106 -
Tabelle 17.	<i>Reliabilitätskoeffizienten der Skalen des VSS nach Cronbach's Alpha</i>	- 106 -
Tabelle 18.	<i>Reliabilitätskoeffizienten der Skalen des BSRI nach Cronbach's Alpha</i>	- 106 -
Tabelle 19.	<i>Reliabilitätskoeffizienten der Skalen des FAMOS nach Cronbach's Alpha</i>	- 106 -

VI ABBILDUNGSVERZEICHNIS

<i>Abbildung 1.</i> Anteilswerte der höchst abgeschlossenen Ausbildung ($n = 40$).....	- 76 -
<i>Abbildung 2.</i> Alter des Erstkonsums in Jahren ($n = 40$).	- 77 -
<i>Abbildung 3.</i> Dauer des Drogenkonsums in Jahren ($n = 40$).	- 78 -
<i>Abbildung 4.</i> Anzahl der bisherigen Behandlungen ($n = 40$).....	- 79 -
<i>Abbildung 5.</i> Strafausmaß in Monaten ($n = 39$).....	- 80 -
<i>Abbildung 6.</i> Anzahl der bisherigen Haftaufenthalte ($n = 40$).....	- 80 -
<i>Abbildung 7.</i> Stadienzugehörigkeit ($n = 40$).	- 82 -
<i>Abbildung 8.</i> Gruppenvergleich der Stadienausprägungen ($n = 40$).....	- 84 -
<i>Abbildung 9.</i> Verteilung der Androgynitätsausprägungen ($n = 40$).	- 86 -
<i>Abbildung 10.</i> Gruppenvergleich der Geschlechterrollenorientierung ($n = 40$).	- 88 -
<i>Abbildung 11.</i> Jugendliche und Frauen in Haft von 1980 bis 2008	- 107 -
<i>Abbildung 12.</i> Deliktgruppen der U-Haftdelikte nach Geschlecht	- 107 -
<i>Abbildung 13.</i> Basis führendes Delikt für Männer und Frauen,	- 107 -
<i>Abbildung 14.</i> Basis aller Strafhaftdelikte nach Geschlecht	- 108 -

VII ANHANG

Abstract (Deutsch)

Im Strafvollzug zeigen sich bei drogenabhängige Frauen schlechtere Ausgangsbedingungen als bei Männern: sie haben häufig Gewalterfahrungen in ihrer Vergangenheit erlebt und weisen eine geringe Selbstsicherheit sowie teilweise eine Ablehnung ihrer Geschlechtsidentität auf. Aufgrund der Minderheitsposition sind die Therapieangebote jedoch vor allem auf Männer ausgerichtet. Die Insassinnen der Entwöhnungsstrafanstalt Favoriten entscheiden sich größtenteils freiwillig für eine Therapie. Drogenabhängige Frauen haben generell eine größere Veränderungsbereitschaft als Männer, die Selbstwirksamkeit hängt allerdings mehr mit Maskulinität als mit Femininität zusammen. Drogenabhängige KlientInnen mit Strafaufschub und KlientInnen ohne richterliche Weisung unterscheiden sich nicht hinsichtlich des Zwangserlebens, der motivationalen Schemata und der Therapiemotivation.

In der vorliegenden Arbeit wurde untersucht, ob sich drogenabhängige inhaftierte Frauen ($n = 40$), die entweder einen Strafaufschub (§39 SMG) oder eine Therapie in Haft beantragten, hinsichtlich der Therapiemotivation, der Selbstwirksamkeitserwartung, der Geschlechterrollenfixierung sowie des erlebten Therapiezwangs unterscheiden und ob diese Konstrukte als aussagekräftige Entscheidungsgrößen herangezogen werden können. Dafür wurde die *Veränderungsstadienskala* (VSS, Heidenreich et al., 2001), die *Skala zur Erfassung von Selbstwirksamkeit* (SWE, Jerusalem & Schwarzer, 1999), die deutsche Neukonstruktion des *BEM Sex- Role Inventory* (BSRI, Schneider-Düker, 1978), der *Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata* (FAMOS, Grosse Holtforth & Grawe, 2002) sowie ein Anamnesefragebogen zur Erfassung der soziodemografischen Daten herangezogen.

55 Prozent der Gesamtstichprobe befand sich im Stadium der Absichtsbildung (VSS), es konnten aber keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich der Stadienausprägungen beobachtet werden. Allerdings besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang sowohl zwischen der Selbstwirksamkeitserwartung ($r = .425, p = .006$) als auch der Handlungsphase der Veränderungsstadienskala ($r = .359, p = .023$) und der maskulinen Rollenzuschreibung. Zwischen den gegensätzlichen Skalen Annäherung und Vermeidung (FAMOS) konnte ein deutlich positiver Zusammenhang

($r = .677$, $p < .001$) beobachtet werden. Mit dem Einschluss von fünf Prädiktoren, konnten rund ein Drittel ($R^2 = .318$) der Varianz vorhergesagt werden. Der Prädiktor Annäherung (FAMOS) erreichte mit $p < .05$ einen signifikanten Erklärungswert bezüglich der Therapieabsicht. Die Prädiktoren Gewalterfahrung in der Vergangenheit, Annäherungstendenz (FAMOS) als auch Ausprägung der Androgynität (BSRI) zeigen eine Tendenz zu einer Therapie im Vollzug, während die Prädiktoren Partnerschaft sowie erlebter Therapiezwang zu einer Therapie in einer stationären Einrichtung tendieren. Als Problemfelder, die in der bevorstehenden Therapie Beachtung finden sollten, konnten belastenden Sozialisationsfaktoren und die Geschlechterrollenzuschreibung der Frauen als auch die Angst, die sie hinsichtlich der bevorstehenden Therapie und der Zeit danach äußerten, ausgemacht werden.

Abstract (English)

In prison the conditions of drug-dependent women are worse than men: they often have experienced violence in the past and exhibit low self-confidence that's furthermore due to a partial rejection of their gender identity. Due to the minority position of women, treatment offers are primarily focused on men however. In the majority of cases, the inmates in the penal institution of Favoriten choose treatment voluntarily. Drug-abusing women have generally a greater willingness for change as men, but their self-efficacy is more related to masculinity than femininity.

Substance-abusing clients under a reprieve and clients without any judicial instruction do not differ in regard of experiencing a forced imposition, motivational schemes nor the motivation for treatment.

The present study examined the differences in therapy motivation (VSS, Heidenreich et al., 2001; FAMOS, Grosse Holtforth & Grawe, 2002), self-efficacy (SWE, Jerusalem & Schwarzer, 1999), gender role orientation (BSRI, Schneider-Düker, 1978) and experienced compulsion (sociodemographic questionnaire) between drug-dependent women in jail ($n = 40$) who either want to apply for a quasi-compulsory programme (§39 SMG) or to a therapy programme within jail.

55 percent of the whole sample was within the stage of contemplation (VSS). There were no significant differences between the samples in regard to the stage's manifestations, but there was a significant positive correlation between the subjects expected self-efficacy

($r = .425$, $p = .006$), the stage of action ($r = .359$, $p = .023$) and a masculine role orientation. There was also a significant positive correlation ($r = .677$, $p < .001$) between approach and avoidance (FAMOS). On the basis of five predictors, one third of the variance ($R^2 = .318$) could be predicted. The predictor approach (FAMOS) reached with $p < .05$ a significant explanatory value. The predictors violence, approach (FAMOS) and androgynous characteristics (BSRI) indicate a tendency towards a therapy programme within jail, whereas the predictors partnership and felt therapy compulsion gravitate towards a quasi-compulsory programme.

The problems, which were supposed to be reflected in the forthcoming therapy, were identified as oppressive and burdensome factors of socialization of the female gender, as well as anxiety which was expressed in regard to the impending therapy as well as the time thereafter.

INFORMATIONSBLETT

Liebe Teilnehmerin!

Im Folgenden finden Sie einige Informationen, die Ihnen helfen sollen, sich ein Bild über Ihre Mitwirkung an der laufenden Studie zu machen.

Im Rahmen meines Psychologiestudiums setze ich mich im Zuge meiner Diplomarbeit mit gesundheitsbezogenen Maßnahmen und Maßnahmen des Strafvollzugs im Suchtbereich auseinander. Dabei ist es mir ein Anliegen, die aktuelle Situation und die Einstellungen von Frauen zu erfassen, die entweder aufgrund eines Strafaufschubs (§39 SMG) oder aufgrund anderer Beweggründe eine Behandlung beginnen.

Daher werden Sie gebeten, einige Angaben zu Ihren Lebensumständen zu machen sowie anschließend drei verschiedene Fragebögen auszufüllen, in denen Ihre persönlichen Einstellungen erfasst werden sollen. Dies wird in etwa 40 Minuten dauern.

Selbstverständlich werden Ihre Daten vertraulich und anonym behandelt. Sie werden unter keinen Umständen an Dritte, die nicht in die Studie involviert sind, insbesondere nicht an Mitarbeiter der Institution, in der Sie ihre Behandlung absolvieren, weitergegeben. Ihre Daten werden anonym gespeichert und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke im Zuge der Durchführung der Diplomarbeit verwendet.

Ihre Teilnahme ist freiwillig. Sie haben jederzeit das Recht, Ihre Zustimmung zur Mitwirkung an der Studie zurückzuziehen und ihre Teilnahme zu beenden, ohne dass dabei Nachteile für Sie entstehen.

Bei offenen Fragen wenden Sie sich bitte ohne zu zögern an die unten stehende Kontaktadresse.

Mit freundlichen Grüßen,
Valerie Wiener

Kontakt:

Valerie Wiener
Universität Wien
Fakultät für Psychologie

Tel.: 0699 17009008

Email: a0326359@unet.univie.ac.at



universität
wien

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ansprechperson:

Valerie Wiener

Universität Wien

Fakultät für Psychologie

Tel.: 0699 17009008

Email: a0326359@unet.univie.ac.at

Einverständniserklärung zur Mitwirkung an der wissenschaftlichen Studie
zum Thema:

*„Unterschiede in der Therapiemotivation, der Selbstwirksamkeitserwartung und der
Geschlechterrollenfixierung zwischen drogenabhängigen Frauen in Haft und
drogenabhängigen Frauen mit einem Strafaufschub (§ 39 SMG) vor Therapieantritt“*

Ich wurde von der verantwortlichen Person für die oben genannte Studie vollständig über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Studie aufgeklärt. Ich habe das Informationsschreiben gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ich habe die Antworten verstanden und akzeptiere sie. Ich bin über die mit der Teilnahme an der Studie verbundenen Anforderungen informiert.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an der Studie zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist. Ich wurde darüber informiert, dass ich jederzeit und

ohne Angabe von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass dadurch Nachteile für mich entstehen.

Mir ist bekannt, dass meine Daten anonym gespeichert und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden.

Ich habe eine Kopie des Informationsschreibens und dieser Einverständniserklärung erhalten.

Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an dieser Studie.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Mitwirkenden

Anamnesefragebogen

1. Alter in Jahren:

2. Höchst abgeschlossene Ausbildung:

3. Zuletzt ausgeübter Beruf:

4. Familienstand (zutreffende Antwort(en) ankreuzen):

- ☐ ledig
- ☐ in einer Partnerschaft
- ☐ verheiratet
- ☐ geschieden
- ☐ verwitwet

5. Kinder (zutreffende Antwort ankreuzen):

- ☐ Ja → Anzahl der Kinder:

- ☐ Nein

6. Herkunftsfamilie (zutreffende Antwort ankreuzen):

- ☐ bei beiden Elternteilen aufgewachsen
- ☐ bei der Mutter aufgewachsen
- ☐ beim Vater aufgewachsen
- ☐ bei den Großeltern aufgewachsen
- ☐ in einem Heim aufgewachsen

7. Drogenkonsum in der Herkunftsfamilie (zutreffende Antwort(en) ankreuzen):

- ☐ Drogenkonsum des Vaters
- ☐ Drogenkonsum der Mutter
- ☐ Drogenkonsum der Geschwister
- ☐ kein Drogenkonsum in der Herkunftsfamilie

8. Drogenkonsum des Partners (zutreffende Antwort ankreuzen):

- ☐ Ja
- ☐ Nein

9. Gewalterfahrungen in der Vergangenheit (zutreffende Antwort ankreuzen):

- ☐ Ja
- ☐ Nein

10. Alter des Erstkonsums:

11. Dauer des Drogenkonsums:

12. Anzahl der bisherigen Behandlungen:

13. Derzeit substituiert (zutreffende Antwort ankreuzen):

- ☐ Ja
- ☐ Nein

14. Grund der Verurteilung:

15. Dauer des Haftaufenthaltes/ Therapieaufenthaltes:

16. Anzahl der bisherigen Haftaufenthalte:

17. Grund des Therapieantritts (zutreffende Antwort(en) ankreuzen):

- ☐ Haftaufschub
- ☐ familiäre Gründe
- ☐ partnerschaftliche Gründe
- ☐ berufliche Gründe
- ☐ gesundheitliche Gründe
- ☐ emotionale Gründe
- ☐ andere Gründe :

18. Erlebter Therapiezwang (zutreffende Antwort(en) ankreuzen):

- ☐ Ja:
 - ☐ justizieller Zwang
 - ☐ sozialer Zwang
 - ☐ körperlicher Zwang
 - ☐ emotionaler Zwang
- ☐ Nein

Name: _____

Vorname: _____

Datum: _____

Anleitung:

Sie finden im Folgenden eine Reihe von Aussagen, in denen es um Ihre persönliche Einstellung bezüglich Herausforderungen im Alltag geht.

Bitte lesen Sie jede der Aussagen sorgfältig durch und schätzen Sie dann ein, wie sehr diese auf Sie zutrifft oder nicht zutrifft. Dabei gibt es keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten, einzig ihre eigene Meinung ist wichtig. Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt.

Es gibt für Sie vier verschiedene Antwortmöglichkeiten:

- (1) stimmt nicht
- (2) stimmt kaum
- (3) stimmt eher
- (4) stimmt genau

Kreuzen Sie bitte jeweils das für Sie entsprechende Kästchen an. Antworten Sie zügig und achten Sie bitte darauf, keine Zeile auszulassen.

	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	1	2	3	4
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	1	2	3	4

Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	1	2	3	4
In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	1	2	3	4
Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	1	2	3	4
Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	1	2	3	4
Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	1	2	3	4
Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	1	2	3	4
Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	1	2	3	4
Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	1	2	3	4

Veränderungsstadienskala (VSS: Heidenreich et al., 2001)

Die nächsten Fragen sollen uns helfen, das Behandlungsangebot in der Klinik oder Praxis durch eine psychologische Beratung zu verbessern. Jede Aussage beschreibt, wie eine Person sich fühlen könnte, wenn Sie Probleme in Ihrem Leben angehen oder eine psychologische Beratung beginnen möchte. Vielleicht werden Sie manchmal den Eindruck haben, dass eine Aussage nicht richtig passt. Geben Sie aber trotzdem immer an, mit welcher Sie am ehesten übereinstimmen bzw. wie stark Sie diese ablehnen. Bitte kreuzen Sie jeweils das an, was Sie genau jetzt empfinden, nicht was Sie zu einem früheren Zeitpunkt empfunden haben oder wie Sie sich gerne fühlen würden. Beziehen Sie sich für alle Aussagen auf das Problem, weshalb Sie die Klinik aufgesucht haben. Geben Sie bitte auch das Problem mit eigenen Worten an: Problem:

Bitte kreuzen Sie jeweils die Zahl an, die am besten angibt, wie stark Sie der Aussage zustimmen oder wie stark Sie sie ablehnen. Für jede der Fragen des Fragebogens gibt es fünf mögliche Antworten:

- 1 - überhaupt nicht zutreffend**
- 2 - ein wenig zutreffend**
- 3 - ziemlich zutreffend**
- 4 - stark zutreffend**
- 5 - sehr stark zutreffend**

	überhaupt nicht zutreffend	ein wenig zutreffend	ziemlich zutreffend	stark zutreffend	sehr stark zutreffend
1. Ich habe persönlich keine Probleme die verändert werden müssten.	1 ☐	2	3	4	5 ☐
2. Ich denke, ich bin	1	2	3	4	5

jetzt so weit, mich in einigen Bereichen zu verbessern.	☐				☐
3. Ich bin dabei, etwas gegen die Probleme zu tun, die mich belasten.	1 ☐	2	3	4	5 ☐
4. Es könnte sich lohnen, an meinem Problem zu arbeiten.	1 ☐	2	3	4	5 ☐
5. Ich bin kein Problemfall; deshalb macht es keinen Sinn für mich, dass ich eine Psychologische Beratung erhalte.	1 ☐	2	3	4	5 ☐
6. Ich mache mir Sorgen, ich könnte wieder in ein Problem geraten, das ich schon verändert habe, deshalb such ich Hilfe durch eine psychologische Beratung.	1 ☐	2	3	4	5 ☐
7. Endlich tue ich etwas gegen mein Problem.	1 ☐	2	3	4	5 ☐
8. Ich habe schon daran gedacht, etwas	1 ☐	2	3	4	5 ☐

an mir zu verändern.					
9. Ich habe mit Erfolg an meinem Problem gearbeitet, aber ich weiß nicht, ob ich alleine weiterhin durchhalten kann.	1 ☐	2	3	4	5 ☐
10. Manchmal ist mein Problem schwierig, aber ich arbeite daran.	1 ☐	2	3	4	5 ☐
11. Eine psychologische Beratung ist eine ziemliche Zeitverschwendung für mich, weil das Problem nichts mit mir zu tun hat.	1 ☐	2	3	4	5 ☐
12. Ich hoffe, mir wird geholfen, mich selbst besser zu verstehen.	1 ☐	2	3	4	5 ☐
13. Ich vermute ich habe Schwächen, aber es gibt nichts, was ich wirklich verändern müsste.	1 ☐	2	3	4	5 ☐

14. Ich arbeite wirklich hart daran mich zu verändern.	1 ☐	2	3	4	5 ☐
15. Ich habe ein Problem, und ich denke wirklich, dass ich daran arbeiten sollte.	1 ☐	2	3	4	5 ☐
16. Das was ich schon geändert habe, ist nicht so leicht beizubehalten, wie ich gehofft hatte, und ich suche eine psychologische Beratung, um einen Rückfall zu verhindern.	1 ☐	2	3	4	5 ☐
17. Auch wenn es mir nicht immer gelingt mich zu verändern, so arbeite ich doch zumindest an meinen Problemen.	1 ☐	2	3	4	5 ☐
18. Ich dachte, wenn ich mein Problem einmal gelöst habe, wäre ich es los, aber manchmal kämpfe ich immer noch damit.	1 ☐	2	3	4	5 ☐

19. Ich wünschte, ich hätte mehr Ideen, wie ich mein Problem lösen kann.	1 ☐	2	3	4	5 ☐
20. Ich habe schon angefangen, an meinem Problem zu arbeiten, aber ich hätte gerne Hilfe.	1 ☐	2	3	4	5 ☐
21. Vielleicht kann mir durch eine psychologische Beratung geholfen werden.	1 ☐	2	3	4	5 ☐
22. Vielleicht brauche ich jetzt einen Schubs, um die Veränderungen aufrechtzuerhalten, die ich schon gemacht habe.	1 ☐	2	3	4	5 ☐
23. Es könnte sein, dass ich zu dem Problem etwas beigetragen habe, aber eigentlich glaube ich das nicht.	1 ☐	2	3	4	5 ☐
24. Ich hoffe, dass ein psychologischer Berater einen guten Rat für mich hat.	1 ☐	2	3	4	5 ☐

25. Jeder kann darüber reden, dass er sich verändern will; ich tue was dafür.	1 ☐	2	3	4	5 ☐
26. Dieses ganze Gerede über Psychologie ist langweilig. Die Leute sollten ihre Probleme einfach vergessen.	1 ☐	2	3	4	5 ☐
27. Ich suche eine psychologische Beratung, um einen Rückfall vorzubeugen.	1 ☐	2	3	4	5 ☐
28. Es ist frustrierend, aber ich fürchte, ein Problem, von dem ich dachte, dass ich es gelöst habe, könnte wieder auftauchen.	1 ☐	2	3	4	5 ☐
29. Jeder Mensch hat Sorgen, deshalb sollte ich meine Zeit nicht damit verbringen, darüber nachzudenken.	1 ☐	2	3	4	5 ☐
30. Ich arbeite aktiv an meinem Problem.	1 ☐	2	3	4	5 ☐

31. Ich würde lieber lernen, mit meinen Fehlern umzugehen, als den Versuch zu machen, sie zu verändern.	1 ☐	2	3	4	5 ☐
32. Nach allem was ich unternommen habe, um mein Problem zu verändern, verfolgt es mich doch immer wieder.	1 ☐	2	3	4	5 ☐

Testformular des deutschen BSRI

Auf der nächsten 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.

Schreiben Sie in das Kästchen hinter bzw. neben der Eigenschaft die zugehörige Ziffer!

- 1 = die Eigenschaft trifft NIE oder FAST NIE zu
- 2 = die Eigenschaft trifft GEWÖHNLICH NICHT zu
- 3 = die Eigenschaft trifft MANCHMAL, aber SELTEN zu
- 4 = die Eigenschaft trifft GELEGENTLICH zu
- 5 = die Eigenschaft trifft OFT zu
- 6 = die Eigenschaft trifft MEISTENS zu
- 7 = die Eigenschaft trifft IMMER zu

Beschreiben Sie sich selbst:

hat Führungseigenschaften		sinnlich		benutzt keine barschen Worte	
romantisch		vertrauenswürdig		eingebildet	
gesellig		sachlich		furchtlos	
tritt bestimmt auf		fröhlich		verspielt	
abhängig		überspannt		gesetzentreu	
nervös		nicht leicht beeinflussbar		scharfsinnig	
ehrgeizig		nachgiebig		verführerisch	
weichherzig		zuverlässig		stumpf	
gesund		unerschrocken		wetteifernd	
respekteinflößend		bescheiden		achtet auf die eigene äußere Erscheinung	
bemüht sich, verletzte Gefühle zu besänftigen		unpraktisch		gewissenhaft	
steif		intelligent		sicher	
kann andere kritisieren, ohne sich dabei unbehaglich zu fühlen		empfänglich für Schmeicheleien		leidenschaftlich	
glücklich		fleißig		unhöflich	
gründlich		hartnäckig		zeigt geschäftsmäßiges Verhalten	
verteidigt die eigene Meinung		empfindsam		herzlich	
feinfühlig		niedergeschlagen		aufmerksam	
teilnahmslos		ist bereit, etwas zu riskieren		konsequent	
entschlossen		selbstaufopfernd		liebt Sicherheit	
		geschickt		vergesslich	
		kraftvoll			

Lebenslauf

Lebenslauf

PERSÖNLICHE

DATEN

Valerie Wiener
 Geblergasse 74/13
 A-1170 Wien
 0043/699/17009008
 valerie.wiener@gmx.at

AUSBILDUNG

Universität Wien 2004-heute
 Psychologie

Technische Universität Wien 2003-2004
 Architektur

Bundesoberstufenrealgymnasium Dornbirn Schoren Matura 1999-2003

Bundesgymnasium Bregenz Gallusstrasse 1995-1999

Diverse Praktika

Justizanstalt Josefstadt 07/2010-08/2010

Aufgabengebiet: Klinisch- psychologische Betreuung

Stiftung Maria Ebene 07/2009-09/2009

Aufgabengebiet: Klinisch- psychologische Betreuung

Kinder- und Jugendneuropsychiatrische Ambulanz Feldkirch 07/2008-08/2008

Aufgabengebiet: Klinisch-psychologische Diagnostik

BERUFSERFAHRUNG

Thalia Wien 10/2013 - 03/2014

Aufgabengebiet: Verkaufsberatung

Thalia Wien 09/2012- 10/2013

Aufgabengebiet: stv. Filialleitung

Thalia Wien 11/2011- 09/2012

Aufgabengebiet: Verkaufsberatung

Werkstätten- und Kulturzentrum Wien 02/2005-11/2011

Aufgabengebiet: Bürotätigkeiten

Volksoper Wien 04/2004-07/2004

Kornmarkttheater Bregenz 07/2003-09/2003

Aufgabengebiet: Bühnenbildassistentz

Diverse Sommer-Ferialtätigkeiten

Gasthaus Kesselhaus 2005-2007

Rhein-Neckar-Dreieck Essen 07/2002-08/2002

Europaparlament Brüssel 07/2001-08/2001

Aufgabengebiet: Bürotätigkeiten

SPRACHEN

Deutsch – Muttersprache

Englisch – sehr gut in Wort und Schrift

Französisch – Maturaniveau

WEITERE QUALIFIKATIONEN

EDV Kenntnisse, MS Office, Adobe Photoshop & InDesign, SPSS, Wiener Testsystem