



universität  
wien

## DIPLOMARBEIT

Titel der Arbeit

**Gesundheitsbezogene Maßnahmen im Bereich der  
Substanzabhängigkeit**

—

**Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstkonzept und  
Behandlungsmotivation im Rahmen von Quasi-  
Zwangsbehandlungen (Therapie statt Strafe)**

Verfasserin

Daniela Burtscher

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im November 2012

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







## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich versichere hiermit, dass 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

Das Aussprechen von Dank geschieht häufig nur als eine Geste, die wie selbstverständlich und ganz nebenbei eingesetzt wird. Hier und an dieser Stelle handelt es sich jedoch nicht um ein kurzes und oberflächliches „Danke“, sondern um ein Dankeschön, das von Herzen kommt.

Im Verlauf der letzten Jahre sind mir viele Menschen begegnet, die mich geprägt haben und ohne die ich heute nicht dort stünde, wo ich nun angelangt bin. Der Abschluss einer Diplomarbeit bedeutet nicht nur das nahe und erfolgreiche Ende eines Studiums, sondern auch den Aufbruch in einen neuen Lebensabschnitt und damit einen geeigneten Zeitpunkt, Vergangenes Revue passieren zu lassen.

Inzwischen beschäftige ich mich seit beinahe 10 Jahren mit Menschen und ihren Geschichten, die nicht den gesellschaftlichen Erwartungen entsprechen, sondern deren Alltag von schwierigen Lebensumständen, sozialer Marginalisierung sowie psychischer und physischer Belastung gezeichnet ist und die dennoch immer wieder ganz erstaunliche Ressourcen offenbaren. Für jede einzelne Erfahrung in diesem Zusammenhang bin ich zutiefst dankbar und daher möchte ich mich an erster Stelle bei all jenen Klienten und Klientinnen bedanken, die ich während meiner Tätigkeiten in den letzten Jahren kennenlernen und ein Stück weit begleiten durfte und die mit mir ihre Erfahrungen geteilt und mir ihr Vertrauen entgegengebracht haben. Ihnen fühle ich mich sehr verbunden und sie haben mich viel lernen lassen.

Ganz besonders danke ich auch den Klienten und Klientinnen des Schweizer Haus Hadersdorf, ohne deren Teilnahme an der Studie die Durchführung dieser Diplomarbeit nicht möglich gewesen wäre. Mir ist durchaus bewusst, wie viel Überwindung, Mühe und Anstrengung es unter den gegebenen Umständen kosten kann, nicht nur seine Zeit zur Verfügung zu stellen, sondern sich auch auf Fragen möglichst offen einzulassen, die zu einer Konfrontation mit der eigenen Problematik führen. Dafür gebührt jedem Teilnehmer und jeder Teilnehmerin Anerkennung und Respekt.

Hand in Hand damit gilt mein Dank natürlich nicht nur den Klienten und Klientinnen, sondern auch jenen Menschen, die ihnen täglich Hilfestellung bieten und ihr Möglichstes zur Verbesserung ihrer Lebensumstände beitragen. In diesem Sinne möchte ich mich bei Frau Mag.<sup>a</sup> Susanne Mair und dem Team der ambulanten Drogenberatungsstelle Clean Bregenz bedanken, die mich während einer sommerlichen Anstellung in ihren Kreis aufnahmen und mir, begleitet von ihrem Rückhalt, erste Schritte im Arbeitsfeld der Drogenhilfe ermöglichten und mir damit eine neue Zukunftsperspektive eröffneten.

Das Thema Abhängigkeit hat mich in den folgenden Jahren nicht mehr losgelassen und hat mich schließlich über meine Diplomarbeit in die Vorbetreuungsstelle des Schweizer Haus Hadersdorf geführt, wo mich Frau Mag.<sup>a</sup> Angelika Treidt mit ihrem Team über die vielen Monate, in denen ich die Erhebung zu dieser Studie durchgeführt habe, unterstützt hat und mir bei Schwierigkeiten und Problemlagen solidarisch zur Seite stand.

Selbstverständlich möchte ich mich auch bei Frau Univ.-Prof. Dr. Ilse Kryspin-Exner für die universitäre Betreuung meiner Diplomarbeit bedanken. Die Einrichtung des Forensik-Arbeitskreises war für mich persönlich eine Bereicherung, erfüllte er doch genau mein wissenschaftliches Interessensgebiet. Obwohl ich mir der eingeschränkten Möglichkeiten an der Universität Wien bewusst bin, so hoffe ich doch, dass dieser Forschungsschwerpunkt künftig nicht wieder gänzlich aufgegeben wird. Im Rahmen der Betreuung des Forensik-Arbeitskreises danke ich außerdem Frau Mag.<sup>a</sup> Julia McElheney, die mir während ihrer Tätigkeit an der Universität bei Fragen zur Seite stand und für meine Anliegen ein offenes Ohr hatte.

Ein ganz großes Dankeschön möchte ich meiner Kollegin Enea Katharina Beathalter aussprechen, die mit viel Engagement die Herausforderung der Katamnese-studie angenommen hat und die in verlässlicher, hilfsbereiter und mitunter auch sehr humorvoller Zusammenarbeit ein gutes Stück des langen Diplomarbeit-Weges mit mir gemeinsam zurückgelegt hat.

Danken möchte ich auch meinen Freundinnen, die bei Schreibblockaden gute Tipps zur Hand hatten und meine Erfolge, aber auch meine Sorgen mit mir geteilt haben. Besonderer Dank gebührt Janina Kurzmann, die mich mit großartiger Unterstützung und Freundschaft sowohl durch die guten als auch durch die krisenbehafteten Tage begleitet und durch ihr Interesse meine Begeisterung für meine Arbeit mit mir geteilt hat und wann immer nötig moralische und motivationale Hilfestellung geleistet hat.

Meinen Eltern und meiner Familie danke ich von ganzem Herzen, dass sie mir mein Studium ermöglicht und mich in den vergangenen Jahren liebevoll unterstützt haben. Sie haben stets an mich und meine Fähigkeiten geglaubt und sind mir immer mit Offenheit und Wärme sowie Respekt für meine Vorhaben zur Seite gestanden.



# INHALTSVERZEICHNIS

<b>I EINLEITUNG .....</b>	<b>1</b>
<b>II THEORIE .....</b>	<b>3</b>
<b>1. Entwicklung und gegenwärtige Situation drogenspezifischer Aspekte in unserer Gesellschaft: konstituierende Faktoren für Gesundheitsbezogene Maßnahmen im Suchtbereich.....</b>	<b>4</b>
1.1 Historie: Handhabung von Drogen – ein Thema so alt wie der Mensch? .....	4
1.2 Vom Konsum zur Abhängigkeit – Stadien und Merkmale .....	6
1.3 DSM-IV und ICD-10: Diagnose als Chance auf Behandlung im Justizsystem.....	7
1.3.1 DSM-IV: Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit.....	8
1.3.2 ICD-10: Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeitssyndrom.....	9
1.4 Substanzkonsum und Substanzabhängigkeit: Ätiologie, Epidemiologie und soziale Zusammenhänge .....	11
1.4.1 Ätiologie.....	11
1.4.2 Epidemiologie: Verbreitung und wesentliche Charakteristika .....	12
1.4.3 Soziale und gesellschaftliche Zusammenhänge .....	14
<b>2. Gesundheitsbezogene Maßnahmen im Bereich der Substanzabhängigkeit .....</b>	<b>17</b>
2.1 Substanzkonsum und Kriminalität .....	17
2.2 Gesundheitsbezogene Maßnahmen: Alternativen zur Bestrafung .....	20
2.2.1 Quasi-Zwangsbehandlung und das Prinzip „Therapie statt Strafe“ .....	21
2.2.2 Rechtliche Rahmenbedingungen zum Prinzip „Therapie statt Strafe“ in Österreich: Gesetzeslage, Vorgehen und aktuelle Daten.....	24
2.2.3 Beratung, Behandlung und Betreuung – Konzepte und Regelungen .....	27
<b>3. Selbstwirksamkeitserwartung und Selbstkonzept: Ressourcen im Rahmen der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen .....</b>	<b>29</b>
3.1 Selbstwirksamkeitserwartung .....	29
3.1.1 Definition und theoretische Einordnung der Selbstwirksamkeitserwartung .....	29
3.1.2 Entstehung und Auswirkungen von Selbstwirksamkeitserwartung .....	30
3.1.3 Selbstwirksamkeitserwartung, Abhängigkeit und Delinquenz.....	31
3.2 Selbstkonzept .....	33
3.2.1 Definition und theoretische Einordnung des Selbstkonzepts.....	33
3.2.2 Entstehung und Auswirkungen des Selbstkonzepts .....	34
3.2.3 Selbstkonzept, Abhängigkeit und Delinquenz.....	35
<b>4. Behandlungsmotivation .....</b>	<b>37</b>
4.1 Behandlungsmotivation: Ansätze, Definition, Theorien.....	37
4.2 Behandlungsmotivation: Voraussetzung oder Ziel im Kontext von Abhängigkeit und Quasi-Zwang? .....	40
4.3 Die Konsistenztheorie von Grawe: Motivationale Schemata.....	42
4.3.1 Motivationale Schemata im Kontext von Abhängigkeit und Quasi-Zwang.....	44
4.4 Behandlungsmotivation als Prozess: Veränderungsbereitschaft und das transtheoretische Modell der Veränderung .....	44
4.4.1 Veränderungsbereitschaft im Kontext von Abhängigkeit und Quasi-Zwang.....	49
<b>III EMPIRIE .....</b>	<b>53</b>
<b>5. Zielsetzung und Fragestellungen .....</b>	<b>53</b>
5.1 Entstehungsgeschichte.....	53
5.2 Ziele .....	54
5.3 Fragestellungen .....	54
5.3.1 Forschungsfrage 1: Charakteristika .....	55

5.3.2 Forschungsfrage 2: Ist-Zustand – Ausprägung der einzelnen Konstrukte .....	55
5.3.3 Forschungsfrage 3: Zusammenhänge der Konstrukte .....	56
<b>6. Methode .....</b>	<b>57</b>
6.1 Untersuchungsdesign.....	57
6.2 Rekrutierung der Stichprobe .....	58
6.2.1 Zielpopulation.....	58
6.2.2 Die Institution: Das Schweizer Haus Hadersdorf (SHH).....	58
6.2.2.1 Geschichte.....	59
6.2.2.2 Behandlungskonzept des Schweizer Haus Hadersdorf.....	59
6.2.2.3 Forschung im Schweizer Haus Hadersdorf.....	60
6.2.3 Die Stichprobe: Ein- und Ausschlusskriterien.....	61
6.3 Prozess der Datengewinnung .....	61
6.3.1 Vorgehen – vom Erstkontakt zur Teilnahme an der Studie .....	62
6.3.1.1 Niedrigschwelligkeit .....	62
6.3.1.2 Aufklärung, Freiwilligkeit, Verschwiegenheit und Anonymität.....	63
6.3.1.3 Objektivität.....	64
6.3.1.4 Zumutbarkeit.....	64
6.4 Untersuchungsinstrumente .....	65
6.4.1 Anamnesefragebogen: Soziodemographisches Datenblatt .....	65
6.4.2 Verfahren zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung.....	66
6.4.3 Verfahren zur Erfassung des Selbstkonzepts.....	67
6.4.4 Verfahren zur Erfassung der Behandlungsmotivation.....	67
6.4.4.1 Veränderungsbereitschaft.....	68
6.4.4.2 Motivationale Schemata.....	68
6.5 Ausblick: Untersuchungsdesign der Katamnesestudie.....	69
<b>7. Hypothesen .....</b>	<b>71</b>
7.1 Selbstwirksamkeitserwartung und Veränderungsbereitschaft .....	71
7.2 Selbstkonzept und Veränderungsbereitschaft .....	71
7.3 Motivationale Schemata und Veränderungsbereitschaft .....	72
7.4 Motivationale Schemata und Selbstwirksamkeitserwartung.....	72
7.5 Motivationale Schemata und Selbstkonzept .....	72
7.6 Selbstwirksamkeitserwartung und Selbstkonzept.....	73
<b>8. Datenauswertung.....</b>	<b>74</b>
8.1 Fehlende Werte.....	74
8.2 Reliabilitätsanalysen.....	74
8.3 Voraussetzungen .....	75
8.4 Eingesetzte statistische Verfahren.....	76
<b>9. Ergebnisdarstellung .....</b>	<b>77</b>
9.1 Beschreibung der Stichprobe.....	77
9.2 Ergebnisse zur Forschungsfrage 1: Charakteristika – Deskriptivstatistik der Stichprobe .....	79
9.2.1 Soziodemographische Daten 1: Alter und Geschlecht .....	79
9.2.2 Soziodemographische Daten 2: Lebensmittelpunkt und Staatsbürgerschaft.....	80
9.2.3 Soziodemographische Daten 3: Bildung und Erwerbstätigkeit.....	80
9.2.4 Soziodemographische Daten 4: Familienstand und aktuelle Wohnsituation.....	81
9.2.5 Drogenspezifische Aspekte der Biographie: Familiärer Hintergrund und Erstkonsum ..	82
9.2.6 Drogenspezifische Aspekte der Biographie: Behandlungserfahrung.....	84
9.2.7 Forensische Aspekte der Biographie: Delinquenz – Vorstrafen, Delikte, Haft .....	85
9.2.8 Situation zum Zeitpunkt der Erhebung: Aktuelle Abhängigkeitsproblematik, Leit- und Begleitdroge und Teilnahme am Substitutionsprogramm.....	87
9.2.9 Situation zum Zeitpunkt der Erhebung: Richterliche Weisung und der Weg in die Behandlung .....	93
9.2.10 Abschluss der Erhebungsphase: Verlauf und Behandlungsstatus.....	95
9.3 Ergebnisse zur Forschungsfrage 2: Ist-Zustand – Ausprägung der einzelnen Konstrukte ...	97
9.3.1 Ist-Zustand: Ergebnisse zur Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung .....	97
9.3.2 Ist-Zustand: Ergebnisse zur Ausprägung der Bereiche des Selbstkonzepts .....	98
9.3.2.1 Leistungsbereich.....	100
9.3.2.2 Bereich der allgemeinen Selbstwertschätzung.....	101

9.3.2.3 Bereich der Stimmung und Sensibilität .....	101
9.3.2.4 Psychosozialer Bereich.....	102
9.3.2.5 Die Selbstkonzepte als eine Einheit.....	103
9.3.3 Ist-Zustand: Ergebnisse zur Ausprägung der Behandlungsmotivation .....	103
9.3.3.1 Ist-Zustand: Ergebnisse zur Ausprägung der Veränderungsbereitschaft.....	104
9.3.3.4 Ist-Zustand: Ergebnisse zur Ausprägung der motivationalen Schemata.....	107
9.4 Ergebnisse zur Forschungsfrage 3: Zusammenhänge der Konstrukte – Überprüfung der Zusammenhangshypothesen .....	110
9.4.1 Selbstwirksamkeitserwartung und Veränderungsbereitschaft .....	110
9.4.2 Selbstkonzept und Veränderungsbereitschaft .....	113
9.4.3 Motivationale Schemata und Veränderungsbereitschaft.....	115
9.4.4 Motivationale Schemata und Selbstwirksamkeitserwartung .....	116
9.4.5 Motivationale Schemata und Selbstkonzept .....	116
9.4.6 Selbstwirksamkeitserwartung und Selbstkonzept .....	117
<b>10. Diskussion .....</b>	<b>118</b>
10.1 Durchführung der Studie und Arbeit mit der Klientengruppe.....	118
10.2 Diskussion wesentlicher Charakteristika .....	120
10.3 Diskussion der Ausprägung der Konstrukte Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstkonzept und Behandlungsmotivation .....	126
10.4 Diskussion der Zusammenhänge der Konstrukte Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstkonzept und Behandlungsmotivation.....	131
10.5 Schlussbemerkung .....	134
<b>11. Limitationen und Kritik .....</b>	<b>137</b>
<b>12. Ausblick .....</b>	<b>139</b>
<b>IV LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>141</b>
<b>V TABELLENVERZEICHNIS.....</b>	<b>155</b>
<b>VI ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....</b>	<b>157</b>
<b>VII ANHANG .....</b>	<b>159</b>
<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>161</b>
<b>Abstract (Deutsch) .....</b>	<b>166</b>
<b>Abstract (Englisch) .....</b>	<b>167</b>
<b>Informationsblatt.....</b>	<b>168</b>
<b>Einverständniserklärung .....</b>	<b>169</b>
<b>Soziodemographisches Datenblatt .....</b>	<b>170</b>
<b>Curriculum Vitae.....</b>	<b>174</b>



*In der vorliegenden Arbeit wird aus Gründen besserer Lesbarkeit die maskuline Form verwendet.  
Selbstverständlich schließt dies stets beide Geschlechter mit ein.*



# I EINLEITUNG

Während einer Tätigkeit im psychosozialen Bereich kommt es zu einer Konfrontation mit mannigfachen Sachverhalten: Mit praktischen und alltäglichen, mit familiären, sozialen, hochemotionalen und mit Vorurteilen behafteten, mitunter auch mit beängstigenden und bedrohlichen, aber auch mit belebenden und für die Entwicklung eines jeden Beteiligten förderlichen. So sehr sich diese Aspekte auch voneinander unterscheiden mögen, eines bleibt ihnen jedoch gemeinsam: Sie alle sind Facetten des Menschlichen. Innerhalb dieses Arbeitsfeldes gilt es, den Menschen als Mittelpunkt und Basis für jede Art von unterstützendem Kontakt, seien es Präventionsprogramme, Interventionen, Beratung oder Behandlung, wahrzunehmen und zwar mit all seinen Bedürfnissen, Wünschen, Ressourcen und Problemlagen in Interaktion mit seiner Umwelt.

Die vorliegende Arbeit ist als Abschlussarbeit eines Psychologiestudiums im Rahmen des Forensik-Arbeitskreises am *Institut für Angewandte Psychologie: Gesundheit, Entwicklung und Förderung* der Fakultät für Psychologie an der Universität Wien entstanden und widmet sich einer sehr spezifischen Klientengruppe innerhalb des psychosozialen Arbeitsbereichs. Das Augenmerk liegt auf jenen Personen, die von einer Abhängigkeitsproblematik betroffen und durch ebendiese mit dem Gesetz in Konflikt geraten sind. Der Gesetzgeber erkennt die bestehende Substanzabhängigkeit als krankheitswertig an und berücksichtigt die daraus resultierenden besonderen Bedürfnisse der betroffenen Menschen durch ein Angebot an differenzierten Behandlungsmöglichkeiten. Im Rahmen der gesundheitsbezogenen Maßnahmen im Suchtbereich ist es daher möglich, dass Personen, die in Zusammenhang mit ihrer Substanzabhängigkeit ein Delikt begangen haben, durch eine richterliche Weisung als Alternative zur Haftverbüßung eine Therapie statt Strafe in Anspruch nehmen können (Gegenhuber, Werdenich, & Kryspin-Exner, 2009; Litzka, Matzka, & Zeder, 2009).

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit soll der Raum für eine Auseinandersetzung mit diesem Teilaspekt der gesundheitsbezogenen Maßnahmen im Bereich der Substanzabhängigkeit geschaffen werden. An der Schnittstelle von Forensik und Abhängigkeit soll eine Analyse der Charakteristika der betroffenen Klienten erfolgen sowie die Zusammenhänge von Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstkonzept und Behandlungsmotivation bei Quasi-Zwangsbehandlungen untersucht werden. Die durchgeführte Studie setzt sich als Ziel, den gegenwärtigen Ist-Zustand zu erfassen und dient als Ausgangspunkt für eine daraus hervorgehende Katamnesestudie.

In unserer Gesellschaft existiert eine Vielzahl an Meinungen und Ansichten bezüglich des Umgangs mit Drogen und Abhängigkeit. Deren Diskussion bringt immer wieder Vorurteile, Ausgrenzung und Stigmatisierung Betroffener zutage, wobei sich die an dieser Stelle berücksichtigte Klientengruppe mit doppelter Stigmatisierung einerseits durch die Abhängigkeitserkrankung und andererseits durch ihre delinquenten Handlungen konfrontiert sieht. Sowohl in der Forschung als auch in der Praxis beruhen leider noch immer viele Annahmen hinsichtlich relevanter Charakteristika im Bereich des Substanzmissbrauchs und der Substanzabhängigkeit auf Schätzungen und Spekulationen (vgl. Dittrich, Kocsis, Haller, & Lochs, 2002; Gegenhuber et al., 2009; Weigl, Busch, Grabenhofer-Eggerth, Türscherl, & Wirl, 2011). Nach einer Forschungswelle in den 1980er und 1990er Jahren (vgl. Wagner & Werdenich, 1998) rückt allerdings erst in der jüngsten Zeit eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Thematik wieder verstärkt ins Zentrum. Seither haben bezüglich der sozialen, gesellschaftlichen und politischen Haltung gegenüber drogenspezifischen Aspekten und damit verbundenen Bewältigungsmöglichkeiten einige Veränderungen stattgefunden. Nun nehmen sich Forscher und Praktiker dieser Thematik in Zusammenarbeit wieder an und sind um eine möglichst objektive Erfassung der Situation und um bestmögliche Interventionsmöglichkeiten für betroffene Personen bemüht. Dazu soll die vorliegende Arbeit einen Beitrag leisten und stellt die bisher wenig beachtete Gruppe der Klienten, die in Zusammenhang mit einer Abhängigkeitsproblematik und der daraus resultierenden Delinquenz auf Grund einer richterlichen Weisung eine Behandlung beginnen, in den Mittelpunkt.



## II THEORIE

Im Zuge der vorliegenden Arbeit wird vor dem Hintergrund der gesundheitsbezogenen Maßnahmen, die in Österreich im Bereich der Abhängigkeit gesetzt werden können, der Zusammenhang der Konstrukte Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstkonzept und Behandlungsmotivation im Rahmen von Quasi-Zwangsbehandlungen beleuchtet. Ziel ist eine Zustandsanalyse dieser Konstrukte sowie eine umfassende Charakterisierung der Stichprobe aus Klienten, die auf Grund einer richterlichen Weisung ihre Behandlung beginnen.

Aus dem beschriebenen Forschungsthema ergeben sich inhaltlich verschiedene Bausteine, welche die theoretische Basis für die durchgeführte Studie bilden. Erstens gilt es, die Entwicklung und die gegenwärtige Situation bezüglich der Haltung gegenüber drogenspezifischen Aspekten in unserer Gesellschaft zu beschreiben und konstituierende Faktoren zu identifizieren, die den Einsatz gesundheitsbezogener Maßnahmen einerseits erforderlich und notwendig, andererseits aber auch im Sinne von Gesundheitsförderung möglich machen. Zweitens ist der besondere Status von Klienten mit richterlicher Weisung zu berücksichtigen und das System der gesundheitsbezogenen Maßnahmen im Bereich der Substanzabhängigkeit und der damit verbundenen Quasi-Zwangsbehandlung zu beschreiben. Der dritte Baustein umfasst die sozialpsychologischen Konstrukte der Selbstwirksamkeitserwartung und des Selbstkonzepts in Hinblick auf die Zielpopulation und der vierte Baustein schließlich Ansätze, Theorien und Modelle zur Behandlungsmotivation. Im Folgenden soll nun dieser theoretische Rahmen aufgespannt und maßgebliche Aspekte vorgestellt werden.

# 1. ENTWICKLUNG UND GEGENWÄRTIGE SITUATION DROGENSPEZIFISCHER ASPEKTE IN UNSERER GESELLSCHAFT: KONSTITUIERENDE FAKTOREN FÜR GESUNDHEITSBEZOGENE MAßNAHMEN IM SUCHTBEREICH

## ***1.1 Historie: Handhabung von Drogen – ein Thema so alt wie der Mensch?***

Der Konsum von rauscherzeugenden Substanzen ist Bestandteil in jedem Kulturkreis, er ist ubiquitär und seit jeher untrennbar mit der Geschichte des Menschen verknüpft. Die Geschichtsschreibung belegt immer wieder, wie verwoben die Verwendung von Drogen mit bestimmten Gesellschaften und Kulturen ist und welche Rolle sie in der historischen Entwicklung annehmen kann. Dies reicht von deren Einsatz zur Herbeiführung von Trancezuständen bei mystischen und religiösen Ritualen, wie sie beispielsweise bei den indianischen Kulturen im Südwesten Nordamerikas durchgeführt wurden, bis hin zu erbittertem Kampf um eine Substanz, wie der Opiumkrieg zwischen England und China von 1840 bis 1842 eindrücklich belegt, in dem es unter anderem aus wirtschaftlichen Interessen um die Erhaltung des Opiumhandels ging (Kuntz, 2011; Sauer & Weilemann, 2000).

Wie Sauer und Weilemann (2000) feststellen, lässt sich im Laufe der letzten zwei Jahrhunderte eine starke Zunahme der Verwendung von Rauschmitteln verzeichnen. Durch die beginnende Isolierung der eigentlichen Wirkstoffe im 19. Jahrhundert ergab sich die Möglichkeit zur synthetischen Herstellung und Modifizierung ebendieser Wirkstoffe. Morphin, Kokain, Heroin, MDMA – heute als Ecstasy bekannt – und viele andere Substanzen konnten nun für den medizinischen Gebrauch in großem Umfang von pharmazeutischen Firmen hergestellt werden. Allerdings führte dies auch zu vermehrtem Missbrauch der Substanzen. Die Zunahme von Todesfällen durch Intoxikationen sowie eine steigende Zahl der an einer Substanzabhängigkeit erkrankten Menschen gaben den Anstoß zur Entwicklung der ersten gesetzlichen Restriktionen zu Beginn des 20. Jahrhunderts, die sich dieser Problematik annehmen sollten. So wurde 1912 von der internationalen Opiumkommission zur Einschränkung und Kontrolle des Opiumhandels eine Unterdrückung des Missbrauchs von Opium, Morphin und Kokain sowie ihrer Verarbeitung und Derivate beschlossen. 1924 und 1925 wurde dieser Beschluss auf Cannabis-Produkte ausgeweitet. 1914 wurde durch den *Harrison Narcotic Act* der Einsatz von Opiaten und Kokain nur noch zum medizinischen Gebrauch zugelassen, der freie

Verkauf wurde verboten. 1920 wurde im ehemaligen Deutschen Reich das erste Opiumgesetz erlassen. Dennoch verminderte sich das Problem des Drogenabusus nicht, im Gegenteil, es blieb weiter bestehen und wurde durch neue Substanzen und einen wachsenden illegalen Drogenhandel immer komplexer. Der Konsum von Cannabis, Kokain und Aufputschmittel wurde immer populärer und blieb nicht mehr auf einzelne Gesellschaftsklassen beschränkt, sondern weitete sich auf alle Bevölkerungsgruppen aus (Sauer & Weilemann, 2000). Als Reaktion auf die zunehmende Drogenproblematik wurden bestehende Gesetze wie das deutsche Betäubungsmittelgesetz im Jahr 1972 (Sauer & Weilemann, 2000) und das österreichische Suchtgiftgesetz im Jahr 1971 (Litzka et al., 2009) revidiert und dabei die besonderen gesundheitlichen Belastungen, die durch eine Abhängigkeit entstehen, berücksichtigt. In der Gegenwart mündet diese Entwicklung in Österreich in den Beschlüssen des Gesetzgebers durch das Suchtmittelgesetz, wie beispielsweise der Möglichkeit zur Therapie statt Strafe nach § 39 (Litzka et al., 2009), sowie in regen Diskussionen über Legalisierung oder Teillegalisierung bestimmter Substanzen. Des Weiteren trägt sie zum Aufbau von Substitutionsprogrammen und der Einrichtung von zahlreichen Präventionsprojekten, Anlaufstellen und Beratungs- und Behandlungseinrichtungen für von Abhängigkeit betroffene Menschen und deren Angehörige bei (vgl. Sauer & Weilemann, 2001; Sucht- und Drogenkoordination Wien, 2012).

Basis für all diese Entwicklungen ist jedoch, dass das Problem der Abhängigkeit in seiner heutigen Definition als Krankheit verstanden wird, aus der vielfältige Schwierigkeiten und ernsthafte physische, psychische und oftmals auch juristische Konsequenzen für den Betroffenen hervorgehen (Dilling & Freyberger, 2011; Saß, Wittchen, & Zaudig, 1998; Weltgesundheitsorganisation, 2006). Dies spiegelt sich seit jeher in der Bedeutung des Wortes *Sucht* wieder. Entgegen der häufigen Annahme, das Wort *Sucht* stamme von *Suche* ab, entspringt es etymologisch dem mittelhochdeutschen *siech* beziehungsweise dem alt- und mittelhochdeutschen *suht*. Beide beziehen sich in ihrer Bedeutung auf Krankheit, Gebrechen, Verfall und Siechtum (Kuntz, 2011; Schneider, 2010). In den letzten Jahren gab es jedoch auf Grund der negativen Besetzung des Begriffs Bestrebungen, eine neutralere Bezeichnung zu finden. So wird gegenwärtig der Suchtbegriff als solcher als eher veraltet betrachtet und anstatt seiner der Terminus *Abhängigkeit* verwendet. Auch die gängigen Diagnosemanuale wie die *Internationale Klassifikation psychischer Störungen* (ICD-10, Dilling & Freyberger, 2011) und das *Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen* (DSM-IV, Saß et al., 1998) verwenden den Begriff *Abhängigkeit*. Allerdings existieren hierzu auch kritische Stimmen, denn einerseits werden *Sucht* und *Abhängigkeit* vielfach weiterhin synonym verwendet,

andererseits kommt es immer wieder zu Wortneuschöpfungen wie *süchtige Abhängigkeit* oder *Suchtabhängigkeit*, um allen Aspekten abhängigen beziehungsweise süchtigen Verhaltens gerecht zu werden (Kuntz, 2011; Schneider, 2010). Auch die österreichische Gesetzgebung verwendet den Begriff der Sucht bereits in der Bezeichnung *Suchtmittelgesetz* (Litzka et al., 2009). Da die vorliegende Arbeit im Forschungsbereich der klinischen Psychologie anzusiedeln ist, orientiert sich die Wahl der Termini an der Haltung von DSM-IV und ICD-10, beziehungsweise an den in der Literatur verwendeten Begriffen und betrachtet Sucht und Abhängigkeit weitgehend als Synonyme. Von jedweder negativen Bewertung von Menschen, die mit einer Abhängigkeitsproblematik konfrontiert sind, wird, auf Grund der Konnotation des Wortes, selbstverständlich Abstand genommen.

## **1.2 Vom Konsum zur Abhängigkeit – Stadien und Merkmale**

Nachdem im vorigen Kapitel festgehalten wurde, dass Substanzkonsum krankheitswertigen Charakter annehmen kann, stellt sich nun die Frage, ab wann eine Person als abhängig anzusehen ist. Welche Kriterien machen eine konsumierende Person zu einer abhängigen und welche Stadien werden bis dorthin durchlaufen?

Grundsätzlich zeigen Menschen eine hohe Affinität dazu, Dinge besonders gerne zu tun, die Lust erzeugen und Unlust vermeiden. Generell kann jedes menschliche Verhalten süchtig entgleisen, wobei durch das Suchtverhalten beziehungsweise durch die konsumierte Substanz eine für unbefriedigend oder unerträglich gehaltene Situation scheinbar gebessert wird. Sobald die Wirkung der Substanz nachlässt, kommt es jedoch erneut zur Konfrontation mit der Realität. Dieses sogenannte *Kontrastphänomen* lässt einen *Circulus vitiosus*<sup>1</sup> entstehen, dessen Hauptelemente das unbezwingbare Verlangen nach dem Suchtmittel und der Kontrollverlust sind. Bei klinisch relevanter Abhängigkeit werden dadurch grundlegende Lebensbereiche zerstört und dem süchtigen Verhalten kommt damit eine selbstzerstörerische Komponente zu. So können beispielsweise Anforderungen im Berufsleben nicht mehr erfüllt werden, innerhalb der Familie kommt es zu Konflikten und der Gesundheitszustand verschlechtert sich (Laux, 2005; Tretter, 2008).

Wird von Abhängigkeit gesprochen, so tritt diese nie plötzlich auf. Vielmehr handelt es sich um eine Entwicklung hin zu einem problematischen Verhalten, die aus einem komplexen Bedingungsgefüge hervorgeht. Abhängigkeit entsteht in einem Prozess, der sich über mehrere Stufen erstreckt. In Anlehnung an die aus dem Jahr 1960 stammende Typologie zum Krankheitskonzept von Alkoholismus von Jellinek, die in ähnlicher Form

---

<sup>1</sup> lat.: Teufelskreis; gleichzeitig bestehende Krankheitsprozesse, die sich gegenseitig ungünstig beeinflussen (Dudenredaktion, 2007).

auch auf andere Suchtmittel angewandt werden kann (1960, zitiert nach Tretter, 2008, S. 4f) können verschiedene Phasen unterschieden werden, die ineinander übergehen und, sofern sie nicht unterbrochen werden, letzten Endes in einer Abhängigkeit münden. Ausgehend von anfänglicher Abstinenz kann sich über einen Gelegenheitskonsum ein Gewohnheitskonsum entwickeln. In der Folge kommt es zu schädlichem Gebrauch und Missbrauch der konsumierten Substanz. Dieses Stadium beinhaltet bereits körperliche, psychische und auch soziale Beeinträchtigungen. Als Konsequenz ergibt sich die Abhängigkeit von der Substanz. Dem Impuls zum Konsum kann nicht entgegengewirkt werden, Abstinenzperioden können nicht mehr eingehalten sowie der Konsum nicht kontrolliert werden. Es besteht jedenfalls psychische, häufig auch körperliche Abhängigkeit (Kuntz, 2011; Tretter, 2008). In welchem Ausmaß die betroffene Person an die Substanz gebunden ist zeigt sich, wenn es ihr aus bestimmten Gründen nicht möglich ist zu konsumieren: In diesem Fall treten Entzugssymptome auf, die je nach konsumierter Substanz auf unterschiedliche Art und Weise und in unterschiedlicher Intensität ausgeprägt sein können. Zu einem krankheitswertigen Geschehen wird das Verhalten vor allem dadurch, da es trotz der dadurch entstehenden Störungen psychischer, körperlicher und sozialer Funktionen aufrechterhalten wird (Kuntz, 2011; Laux, 2005; Tretter, 2008).

### ***1.3 DSM-IV und ICD-10: Diagnose als Chance auf Behandlung im Justizsystem***

Sowohl das DSM-IV (Saß et al., 1998) als auch die ICD-10 (Dilling et al., 2005; Dilling & Freyberger, 2011) sehen Diagnosekriterien in Zusammenhang mit Substanzkonsum vor. Im DSM-IV ordnen sie sich als diagnostische Kategorie unter dem Begriff *Störungen im Zusammenhang mit Psychotropen Substanzen* ein, in der ICD-10 finden sie sich im Kapitel F1 *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen*. Auch wenn das Stellen einer Diagnose vor allem seit der Antipsychiatriebewegung<sup>2</sup> immer wieder auf Grund der Gefahr damit einhergehender Stigmatisierung umstritten ist, muss im Zusammenhang mit der Thematik dieser Arbeit die evidente Verbindung von Substanzkonsum und Kriminalität (siehe Kapitel 2.1) berücksichtigt werden und eine Diagnose primär als Beschreibung des vorliegenden Phänomens und damit als Hilfestellung und Hinweis zur Behandlung verstanden werden (Gegenhuber et al., 2009; Höld, 2007; Payk, 2010). Das Justizsystem trägt dem Rechnung, indem es in den

---

<sup>2</sup> Die Antipsychiatriebewegung war eine politisch und sozial motivierte Strömung der 1960er Jahre, die sich gegen die klassische Psychiatrie wendete, diese in ihrem Umgang mit Betroffenen in Frage stellte, psychische Krankheit zum Mythos erklärte und sie als „gesunde Reaktion“ auf Unterdrückung und Ausbeutung verstand (Möller, Laux, & Deister, 2005; Payk, 2010).

gesetzlichen Bestimmungen festhält, dass in Zusammenhang mit delinquentem Agieren auf Grund einer bestehenden Substanzabhängigkeit und den damit verbundenen medizinischen, psychischen und sozialen Problemen ein Antrag auf Therapie statt Strafe gestellt werden und ein Richter eine Weisung zur Therapie aussprechen kann (Gegenhuber et al., 2009; Litzka et al., 2009). Daraus resultiert die Notwendigkeit einer fundierten Diagnose und Begutachtung, um die begrenzten Therapieplätze adäquat vergeben zu können. Im Folgenden werden dazu entscheidende diagnostische Aspekte erläutert.

### 1.3.1 DSM-IV: Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit

Diagnosen, die in Verbindung mit psychotropen Substanzen stehen, beziehen sich im DSM-IV (Saß et al., 1998) auf Störungen, die von der missbräuchlichen Einnahme von Drogen, inklusive Alkohol, über Nebenwirkungen eines Medikaments bis zum Einfluss toxischer Stoffe reichen. Allgemein wird bei *Störungen im Zusammenhang mit Psychotropen Substanzen* zwischen zwei Gruppen differenziert: *Störungen durch Substanzkonsum* und *Substanzinduzierte Störungen*. Letztere umschließt unter anderem Substanzintoxikation, Substanzentzug, substanzinduziertes Delir oder eine substanzinduzierte psychotische Störung. Störungen durch Substanzkonsum beinhalten sowohl das Phänomen des *Substanzmissbrauchs* als auch der *Substanzabhängigkeit*.

*Substanzmissbrauch* wird als unangepasstes Muster von Substanzgebrauch verstanden, das in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden führt, wobei sich mindestens eines von vier definierten Kriterien (F1x.1) innerhalb desselben 12-Monats-Zeitraums manifestiert. Zu den Kriterien zählt wiederholter Substanzgebrauch, der erstens zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger beruflicher, privater oder schulischer Verpflichtungen führt und durch den es zweitens zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann. Das dritte Kriterium bezieht sich auf wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz durch den Substanzgebrauch. Das vierte Kriterium betont die Fortsetzung des Substanzgebrauchs trotz ständiger und wiederkehrender sozialer Probleme, die durch die Auswirkungen der psychotropen Substanz verursacht oder verstärkt werden. Die Symptome dürfen jedoch niemals die Kriterien für eine Substanzabhängigkeit der jeweiligen Substanzklasse erfüllen (Saß et al., 1998).

Bezüglich der *Substanzabhängigkeit* ist festzuhalten, dass es sich bei ihrem Hauptmerkmal um ein Muster kognitiver, verhaltensbezogener und physiologischer Symptome handelt, die anzeigen, dass die betroffene Person den Konsum der Substanz fortsetzt, obwohl einschneidende substanzbezogene Probleme auftreten (Saß et al., 1998). Substanzabhängigkeit wird folgendermaßen definiert: „Es liegt ein Muster

wiederholter Substanzanwendung vor, das normalerweise zu Toleranzentwicklung, Entzugerscheinungen und dem unwiderstehlichen Drang („Craving“) zur Drogeneinnahme führt“ (Saß et al., 1998, S. 223). Damit führt ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens drei der folgenden diagnostischen Kriterien (F1x.2) manifestieren, die zu irgendeiner Zeit in demselben 12-Monats-Zeitraum auftreten (Saß et al., 1998):

- (1) Toleranzentwicklung, definiert durch eines der folgenden Kriterien:
  - a. Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung [...],
  - b. deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis.
- (2) Entzugssymptome [...].
- (3) Die Substanz wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.
- (4) Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, 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) Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzgebrauchs aufgegeben oder eingeschränkt.
- (7) Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch die Substanz verursacht oder verstärkt wurde [...]. (S. 227)

Zusätzlich zu diesen Kriterien wird bestimmt, ob eine Substanzabhängigkeit mit oder ohne körperlicher Abhängigkeit vorliegt, das heißt ob die Kriterien der Toleranzentwicklung oder Entzugerscheinungen vorhanden sind oder nicht und wie sich der Verlauf der Abhängigkeit gestaltet (Saß et al., 1998).

### 1.3.2 ICD-10: *Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeitssyndrom*

Ähnlich dem DSM-IV bietet die ICD-10 (Dilling & Freyberger, 2011) die Möglichkeit, zwischen *Intoxikationen* (F1x.0), *schädlichem Gebrauch* (F1x.1),

*Abhängigkeit* (F1x.2) sowie *anderen Störungen* (F1x.3 bis F1x.9) zu unterscheiden, die durch den Konsum psychotroper Substanzen beziehungsweise Substanzklassen verursacht wurden. Zudem kann die Diagnose *Störung durch multiplen Substanzgebrauch* (F19) gestellt werden, sofern die Substanzaufnahme chaotisch und wahllos erfolgt oder wenn Bestandteile verschiedener Substanzen untrennbar vermischt sind und nicht präzise identifiziert werden können. Charakteristisch hierfür ist, dass zwei oder mehr psychotrope Substanzen konsumiert werden, ohne dass ersichtlich ist, welche Substanz am meisten zur präsenten Störung beiträgt. Für die vorliegende Arbeit von besonderem Interesse sind die Kategorien *schädlicher Gebrauch* und *Abhängigkeitssyndrom*. Aus diesem Grund werden sie nachstehend kurz umrissen.

*Schädlicher Gebrauch* wird definiert als Konsum psychotroper Substanzen, der zu Gesundheitsschädigung führt, die als körperliche oder psychische Störung auftreten kann, wie beispielsweise eine Hepatitisinfektion durch den Gebrauch verunreinigter Injektionsnadeln oder eine depressive Episode durch massiven Alkoholkonsum. Zugehörig ist dem schädlichen Gebrauch auch der Begriff des Missbrauchs psychotroper Substanzen (Dilling & Freyberger, 2011).

Das *Abhängigkeitssyndrom* kann sich nach ICD-10 adäquat zum DSM-IV auf eine Substanz oder Substanzgruppe oder aber auf ein weites Spektrum unterschiedlicher Substanzen beziehen und mit oder ohne körperliche Symptome definiert werden. Für den Verlauf ist allerdings eine etwas facettenreichere Differenzierung vorgesehen. So berücksichtigt die Klassifikation neben gegenwärtiger Abstinenz und verschiedenen Remissionsarten auch die Erfassung der Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm im Sinne kontrollierter Abhängigkeit, um den Verlauf der Abhängigkeit besser charakterisieren zu können. Untenstehend werden die maßgeblichen diagnostischen Kriterien für ein Abhängigkeitssyndrom (F1x.2) aufgelistet (Dilling & Freyberger, 2011):

A. Drei oder mehr der folgenden Kriterien sollten zusammen mindestens einen Monat lang bestanden haben, falls sie nur für eine kürzere Zeit gemeinsam aufgetreten sind, sollten sie innerhalb von zwölf Monaten wiederholt bestanden haben.

- (1) Ein starkes Verlangen (Craving) oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren.
- (2) Verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch, d.h. über Beginn, Beendigung oder die Menge des Konsums [...].



- (3) Ein körperliches Entzugssyndrom [...], wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird [...].
- (4) Toleranzentwicklung gegenüber den Wirkungen der Substanz.
- (5) Einengung auf den Substanzgebrauch [...].
- (6) Anhaltender Substanzgebrauch trotz eindeutig schädlicher Folgen [...].

(S. 77f)

### **1.4 Substanzkonsum und Substanzabhängigkeit: Ätiologie, Epidemiologie und soziale Zusammenhänge**

Im vorhergehenden Kapitel wurde definiert, welche Kriterien die Störungsbilder bestimmen, von denen die Menschen betroffen sind, die im Mittelpunkt der gegenwärtigen Arbeit stehen. Als Konsequenz daraus stellt sich die Frage, welche Ursachen zur Entwicklung einer Abhängigkeitsproblematik beitragen, wie sich ihr Auftreten und ihre Verteilung in der Bevölkerung gestalten und welche problematischen sozialen Aspekte und Zusammenhänge für die Betroffenen bestehen.

#### **1.4.1 Ätiologie**

Welche Bedingungen müssen zusammentreffen, damit Substanzabhängigkeit entsteht? Ätiologisch betrachtet umfasst Substanzabhängigkeit ein multifaktorielles Geschehen, wobei ihre Entstehung von den drei Faktoren Droge, Individuum und soziales Umfeld bedingt wird (AKH consilium, 2009; Laux, 2005; Tretter, 2008). Hinsichtlich des Faktors Droge ist anzumerken, dass die meisten psychotropen Substanzen die Dopamin-Freisetzung steigern und so Euphorie und Wohlbehagen auslösen. Neben Dopamin wird auch Glutamat als wesentliche Komponente für am sogenannten *Suchtgedächtnis* beteiligte Lernprozesse beschrieben, das sich durch Neuroadaptation entwickelt. Zudem existiert eine genetische Vulnerabilität für Abhängigkeitserkrankungen. Außerdem kann die Vermittlung vorerst angenehmer Empfindungen durch den Substanzkonsum als positive Verstärkung zu Lern- beziehungsweise Konditionierungsprozessen führen. Neben der Verfügbarkeit der Droge spielt auch ihre Dosis, Applikationsart, Suchtpotenz und ihre Wirkung, wie beispielsweise Enthemmung und Kontaktförderung, eine Rolle. Ein weiterer Faktor zur Entstehung von Abhängigkeit bezieht sich auf die Persönlichkeit des

Individuums und damit auf Aspekte wie verminderte Frustrationstoleranz, Selbstbild, erlebte Selbstwirksamkeit, erhöhten Reizhunger und Stimmungslabilität. Motive für den Substanzkonsum können sich folglich über den Wunsch nach Lösung von Verstimmungszuständen, Spannungen und Ängsten bis zur Schmerzlinderung im Sinne der Selbstmedikationshypothese (AKH consilium, 2012) erstrecken. Wichtige Motive sind außerdem Leistungssteigerung, aber auch Einsamkeit, Erlebnissuche als Flucht aus dem als frustrierend erlebten Alltag und Betäubung. Hand in Hand gehen damit umweltbezogene Faktoren wie „Broken-Home“-Erfahrungen, fehlende Leitbilder und Erziehungsfehler, Gruppenzwänge, Konfliktsituationen in Partnerschaft, Schule oder Beruf und soziokulturelle Einflüsse wie Konsumsitten und staatlich-gesetzgeberische Restriktionen (AKH consilium, 2009; Laux, 2005; Tretter, 2008).

#### *1.4.2 Epidemiologie: Verbreitung und wesentliche Charakteristika*

Wissenschaftliche Schätzungen zu Inzidenz- und Prävalenzraten problematischen Drogenkonsums sind nach wie vor von Schwierigkeiten hinsichtlich des Zugangs zu präzisen Daten, einer Dunkelziffer und der dieser Zielpopulation zugrunde liegenden Ghost-Case-Problematik<sup>3</sup> geprägt (Weigl et al., 2011). Dennoch können durch verbesserte nationale und internationale Dokumentationssysteme und eine möglichst konsequente Datenerfassung über verschiedenste Betreuungseinrichtungen und Institutionen hinweg Aussagen zu Prävalenz und Inzidenz getroffen werden (vgl. Grabenhofer-Eggerth, Busch, Kellner, Kerschbaum, & Türscherl, 2011; United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2012; Weigl et al., 2011).

Im jährlichen *World Drug Report* der *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC, 2012) wird aktuell festgestellt, dass das Ausmaß des globalen, illegalen Substanzkonsums zwischen 3.4 und 6.6 Prozent in der erwachsenen Gesamtbevölkerung liegt. 10 bis 13 Prozent dieser konsumierenden Personen weisen eine Substanzabhängigkeit und beziehungsweise oder eine Störung durch Substanzkonsum auf. Die Gefährlichkeit und nachhaltig negativen Wirkungen zeigen die Daten zur Prävalenz bei Personen mit injizierendem Drogengebrauch bezüglich HIV mit etwa 20 Prozent, Hepatitis C mit 46.7 Prozent und Hepatitis B mit 14.6 Prozent, die zur globalen Krankheitslast beitragen. Ebenso präsentiert die Analyse der Sterbestatistik ein eindrückliches Bild: Einer von 100 Todesfällen unter Erwachsenen ist auf illegalen Drogenkonsum zurückzuführen (UNODC, 2012). Insgesamt ist die Lebenserwartung von Menschen mit einer Alkohol- und

---

<sup>3</sup> Als „Ghost Case“ werden Fälle bezeichnet, bei denen ein Fehlen des Betreuungsendes vorliegt und der entsprechende Klient über die Jahre weiter als in einer laufenden Behandlung befindlich in die Statistik eingeht (Weigl et al., 2011).

Drogenabhängigkeit merklich reduziert, wobei schätzungsweise 10 bis 15 Prozent der solchermaßen belasteten Personen Suizid begehen. Die Folgen einer Abhängigkeits-erkrankung sind für die Betroffenen und ihre Angehörigen häufig sehr schwer zu ertragen. Körperliche Schädigungen, schwerste psychische und soziale Probleme bis hin zum verfrühten Tod sind die Konsequenzen, die aus einer Substanzabhängigkeit erwachsen können und nicht nur Menschen mit Abhängigkeit selbst betreffen, sondern auch Dritte wie Angehörige, Opfer von Unfällen, die durch Substanzkonsum geschehen sind oder Neugeborene mit Erkrankungen durch die Abhängigkeit ihrer Mütter (Laux, 2005).

Weltweit ist die meistkonsumierte illegale Substanz nach wie vor Cannabis, wohingegen für die Substanzklasse der Opiode die größte Nachfrage an Behandlung besteht (UNODC, 2012). Auch in Österreich finden sich hohe Lebenszeitprävalenzraten für Cannabis von etwa 30 bis 40 Prozent bei jungen Erwachsenen, gefolgt von Konsum-erfahrungen von zwei bis vier Prozent für Ecstasy, Kokain und Amphetamine sowie rund ein bis zwei Prozent für Opiate. Eine Verbreiterung des Substanzspektrums konnte in den letzten Jahren zudem für den Probier- und Experimentierkonsum festgestellt werden. Meist ist der Konsum von illegalen Substanzen jedoch auf eine kurze Lebensphase beschränkt. Im Rahmen eines problematischen Drogenkonsums, der bereits mit körperlichen, psychischen und sozialen Problemen einhergeht, spielt der polytoxikomane Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten eine zentrale Rolle. Aktuelle Schätzungen legen hierfür eine Prävalenzrate von 25.000 bis 37.000 Personen in Österreich nahe. Im Vergleich dazu wird die Prävalenz für die Abhängigkeit von der legalen Substanz Alkohol auf fünf Prozent geschätzt, womit 350.000 Personen der österreichischen Bevölkerung von einer Alkoholabhängigkeit betroffen wären. In Substitutionsbehandlung befanden sich 2009 zwischen 27 und 52 Prozent der Personen mit problematischem Drogenkonsum (Weigl et al., 2011).

Neben den allgemeinen Daten zum Drogengebrauch ist für ein konstruktives Vorgehen im Umgang mit konsumierenden Personen wichtig festzustellen, welche Personengruppen hauptsächlich betroffen sind. Hohe Prävalenzraten für nahezu sämtliche Substanzen weisen Personen zwischen 18 und 24 Jahren auf, wobei Substanzmissbrauch und daraus folgend eine Intoxikation überwiegend die erste Störung in Verbindung mit psychotropen Substanzen ist und üblicherweise zwischen dem 10. und 20. Lebensjahr das erste Mal auftritt. Substanzabhängigkeit und Entzugssymptome können allgemein in jedem Lebensalter auftreten, ihre Entwicklung geschieht jedoch meist zwischen dem 20. und 50. Lebensjahr (Saß et al., 1998). Während demzufolge der erstmalige Konsum illegaler Substanzen in der Jugend oder im jungen Erwachsenenalter stattfindet, setzt sich in derselben Population der legale Konsum von Nikotin und Alkohol mit zunehmendem Alter in größeren Proportionen fort. Differenzen im illegalen Substanz-

konsum treten außerdem in Bezug auf die Geschlechtszugehörigkeit auf. Die Geschlechterverteilungen scheinen abhängig von der Substanzklasse zu sein, wobei Störungen in Zusammenhang mit psychotropen Substanzen generell mehr bei Männern als bei Frauen diagnostiziert werden (Saß et al., 1998; UNODC, 2012). Charakteristisch für illegalen Drogenkonsum ist eine Konzentration auf junge, vornehmlich männliche Personen, die in urbanen Umgebungen leben. Der Anteil an Frauen in niederschweligen oder längerfristigen Betreuungseinrichtungen beträgt zwischen 21 und 29 Prozent, wobei etwa die Hälfte sowohl der Männer als auch der Frauen der Altersgruppe zwischen 20 und 29 Jahren zuzuordnen ist (Grabenhofer-Eggerth et al., 2011; UNODC, 2012). Aktuelle Studien zeigen ähnliche Ergebnisse der Geschlechterverteilung (vgl. Dittrich, Kocsis, & Haller, 2003; Gegenhuber et al., 2009). In jüngster Zeit konnte dokumentiert werden, dass der illegale Substanzkonsum von Männern jenen von Frauen zwar in großem Maße übertrifft, Frauen jedoch höhere Raten bezüglich des missbräuchlichen Konsums von Medikamenten, insbesondere Tranquilizern und Sedativa, aufweisen. Zudem gibt es unabhängig von Alter und Geschlecht Hinweise darauf, dass diese Medikamente zunehmend in Kombination mit illegalen Substanzen und bei multiplen Substanzgebrauch genutzt werden, um deren Wirkung zu verstärken oder auszugleichen (UNODC, 2012).

Aus diesen Daten wird deutlich, dass schädlicher Substanzgebrauch und Abhängigkeit nicht als Randphänomene unserer Gesellschaft zu betrachten sind, sondern über die Geschlechter und das Alter hinweg eine große Zahl an Menschen sowie deren Angehörige und deren soziales Umfeld betreffen. Um ein konsistenteres Gesamtbild zu erhalten, müssen zudem Informationen zu deren Lebenssituation und die sozialen Gegebenheiten berücksichtigt werden.

### *1.4.3 Soziale und gesellschaftliche Zusammenhänge*

Die Entwicklung der gegenwärtig weltweit sehr komplexen illegalen Drogenproblematik wird durch ein breites Spektrum an gesellschaftlichen Faktoren bedingt. So sind soziodemographische Trends wie die Alters- und Geschlechterverteilung in der Bevölkerung und die Urbanisierungsrate wesentlich für das Konsumverhalten. Großer Einfluss kommt auch sozioökonomischen Faktoren zu. Während die Höhe des verfügbaren Einkommens den Erwerb illegaler Substanzen im Sinne der Leistbarkeit begünstigen dürfte, tragen im Gegensatz dazu jedoch auch ein hoher Grad an sozialer Ungleichheit und Arbeitslosigkeit bei Betroffenen zu einer Hinwendung zu Drogen bei. Überdies kommt soziokulturellen Faktoren sowie sozialen und politischen Ereignissen eine tragende Rolle zu. Die Veränderung des traditionellen Wertesystems beeinflusst die

Entwicklung der Problematik ebenso wie die Verfügbarkeit von Drogen sowie die Wahrnehmung der mit ihnen verbundenen Gefahren (UNODC, 2012).

Eine der Schlüsselschwierigkeiten, die durch illegalen Substanzkonsum für die Gesellschaft entstehen, sind die bedeutenden negativen gesundheitlichen Konsequenzen und die damit verbundene finanzielle Belastung. Aktuell werden weit weniger finanzielle Ressourcen für die Behandlung von Problematiken in Zusammenhang mit Substanzkonsum aufgebracht als notwendig wären, sodass weniger als eine von fünf Personen, die eine Behandlung bräuchten, diese auch tatsächlich erhalten (UNODC, 2012). Neben den massiven gesundheitlichen Folgen inklusive somatischer und psychiatrischer Komorbiditäten, wie beispielsweise Infektionskrankheiten, Depressionen oder psychotischen Störungen, betreffen die wichtigsten sozialen Probleme, mit denen drogenkonsumierende Personen umzugehen haben, besonders die Bereiche Wohnungslosigkeit, Arbeitslosigkeit und Schulden. In Österreich leben lediglich etwas mehr als ein Drittel (36 Prozent) der Personen, die sich innerhalb der Drogenhilfe in niederschwelliger Begleitung befinden, in gesicherten Wohnverhältnissen, für längerfristig betreute Personen liegt die Rate der ungesicherten Wohnverhältnisse bei etwa 10 Prozent (Grabenhofer-Eggerth et al., 2011; Weigl et al., 2011). Bezüglich der höchsten abgeschlossenen Schulbildung können knapp 60 Prozent der über 19-jährigen Klienten der österreichischen Drogenbetreuungseinrichtungen einen Pflichtschulabschluss vorweisen, ein Viertel verfügt darüber hinaus auch über einen Lehrabschluss. Ferner existieren hinsichtlich der Bildung Unterschiede in Hinsicht auf die Geschlechtszugehörigkeit. So sind Frauen in den Kategorien zu höheren Bildungsabschlüssen wie berufsbildende mittlere Schulen oder AHS und BHS stärker vertreten als Männer. Betreffend der Arbeitslosigkeit lässt sich festhalten, dass im stationären Bereich die Erwerbstätigkeit mit etwa acht Prozent am geringsten ist, gefolgt von Personen in niederschwelliger Begleitung mit etwa 10 Prozent. Im Bereich der längerfristigen ambulanten Betreuung sind 26 Prozent der Frauen und 31 Prozent der Männer erwerbstätig (Grabenhofer-Eggerth et al., 2011; Weigl, Busch, Haas, Knaller, Türscherl, & Wirl, 2010; Weigl et al., 2011). Ihr Einkommen bestreiten diese Klienten primär aus Notstandshilfe, Sozialhilfe und Arbeitslosengeld (Grabenhofer-Eggerth et al., 2011; Weigl et al., 2011).

Abschließend bleibt zu betonen, dass sich die soziale Situation der vom österreichischen Drogenhilfssystem erfassten Personen hinsichtlich Wohnsituation, Schulbildung, Erwerbstätigkeit und Einkommen relativ zur Gesamtgesellschaft eindeutig schlechter präsentiert. Nicht zu folgern ist daraus jedoch, dass eine Drogenproblematik primär bei sozial Benachteiligten auftritt, sondern vorerst lediglich, dass diese Gruppe

eher vom System der Drogenhilfe erfasst wird als Personen, die noch über soziale und finanzielle Ressourcen verfügen (Haas, Busch, Horvath, Türscherl, Weigl, & Wirl, 2006; Weigl et al., 2010; Weigl et al., 2011).

## **2. GESUNDHEITSBEZOGENE MAßNAHMEN IM BEREICH DER SUBSTANZABHÄNGIGKEIT**

Wanke (1985, zitiert nach Tretter, 2008) beschreibt die Konsequenzen von problematischem Drogengebrauch folgendermaßen: „Sucht ist ein unabweisbares Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand, dem die Kräfte des Verstandes untergeordnet werden. Es verhindert die freie Entfaltung der Persönlichkeit und mindert die sozialen Chancen des Individuums“ (S. 5). Neben den bereits genannten Aspekten betrifft ein gravierender Problembereich die Kriminalisierung von Personen mit einer Substanzabhängigkeit. Diese liegt darin begründet, dass mit illegalem Substanzkonsum delinquente Handlungen verbunden sind und es in der Folge zu einer Minderung der sozialen Chancen kommt. Der Umgang mit delinquentem Verhalten und die gesellschaftliche, politische und juristische Haltung gegenüber Substanzabhängigkeit ist ausschlaggebend für den Einsatz gesundheitsbezogener Maßnahmen im Bereich der Substanzabhängigkeit und stellt damit einen Grundpfeiler der vorliegenden Studie dar. Daher wird im nachstehenden Kapitel zunächst auf die Verbindung von Substanzkonsum und Kriminalität eingegangen, da sich daraus die besondere Vorgehensweise der Justiz im Zusammenhang mit Delikten, die auf Grund einer bestehenden Abhängigkeit begangen werden, ergibt. Daran anknüpfend werden die wichtigsten Elemente der gesundheitsbezogenen Maßnahmen und der darin inkludierten Quasi-Zwangsbehandlung zur Hilfestellung für von Abhängigkeit und Delinquenz betroffene Personen berichtet.

### ***2.1 Substanzkonsum und Kriminalität***

Heckmann, Kerschl und Steffan (2003) betonen die markante Verbindung von Drogenkonsum und kriminellem Verhalten, da „[...] Drogenkonsum per se als deviantes kriminelles Verhalten definiert ist. Der Gesetzesverstoß wird zum konstitutiven Element einer Krankheit“ (S. 2). Die Beziehung zwischen Drogenkonsum und Delinquenz ist jedoch niemals als einfache Verbindung zu verstehen, sondern ergibt sich aus verschiedensten Einflussfaktoren (vgl. Best, Man, Gossop, Harris, Sidwell, & Strang, 2001; Heckmann et al., 2003; Köchl & Jagsch, 2009; McBride & McCoy, 1993; Newcomb, Galaif, & Vargas Carmona, 2001; Stevens et al., 2003). Ansätze zur Erklärung delinquenten Verhaltens in Zusammenhang mit Substanzkonsum reichen von Gründen der Beschaffungskriminalität über eher biologische Annahmen, die durch den Drogenkonsum von kognitiven Veränderungen im Gehirn ausgehen, die kriminelles Verhalten

begünstigen, bis hin zu der Theorie, dass die Prohibition der betreffenden Substanzen zu einem illegalen Markt führt, der Gewalt und Kriminalität fördert. Überlegungen gibt es zudem dazu, dass durch Kriminalität ein Einkommen erzielt wird, das Drogenkonsum leistbar macht. Angeführt wird außerdem der Kontakt mit Subkulturen durch Drogenkonsum, der wiederum kriminelles Verhalten fördert, ebenso wie Armut, die dann allerdings sowohl Drogenkonsum als auch Kriminalität bedingen kann. Auch wenn diese Ansätze nicht als kausale Erklärungen herangezogen werden können, so ist doch eine starke empirische Evidenz für die statistische Überschneidung von Substanzkonsum und delinquentem Verhalten gegeben. Drogenkonsum kann nicht als direkte, einzige Ursache für kriminelles Verhalten gesehen werden, vielmehr handelt es sich um ein komplexes Geflecht verschiedenster Faktoren (vgl. Heckmann et al., 2003; Köchl & Jagsch, 2009; McBride & McCoy, 1993; Stevens et al., 2003; Weigl et al., 2011).

Definitiv festzuhalten ist eine positive Korrelation der Dauer der Abhängigkeit mit der Dauer von Gefängnisaufenthalt sowie der Dauer von genutzten psychosozialen Interventionen. So drängen im Leben von Personen mit einer Abhängigkeitsproblematik Haft und Therapie die in privaten Lebensbezügen verbrachte Zeit zurück (Sickinger & Kindermann, 1992). Hedrich (1992) weist auf den Anstieg der Schwere der Delikte mit zunehmender Zahl an Strafverhandlungen hin. Ist der Tatbestand der ersten und zweiten Verhandlung „Drogenbesitz“, verändert er sich bis zur vierten Verhandlung häufig zu „Drogenhandel“. Mit erhöhtem Drogengebrauch erhöht sich die Hinwendung zu delinquentem Verhalten und die Zahl krimineller Handlungen steigt. Unterschiede zeigen sich hier in der Geschlechtszugehörigkeit. Drogenabhängige Männer und Frauen haben eine signifikant verschiedene Anzahl von Strafverfahren und Vorstrafen und unterscheiden sich in der Schwere der Delikte. Männer und Frauen weisen zwar die gleiche Zahl an Delikten vor, das Risiko einer Strafanzeige einschließlich einer Strafverhandlung ist für Männer hingegen ungleich höher. Dies weist darauf hin, dass geschlechtsspezifische Umgangsweisen und geschlechtsrollenorientierte Verhaltensweisen im Justizsystem üblich sind (Dobler-Mikola, 2000; Heckmann et al., 2003).

Die Tragweite der Verbindung von Substanzkonsum und Kriminalität spiegelt die aktuelle Situation bezüglich der Rechtssprechung wider. In den letzten Jahren kam es wiederholt zu einem Anstieg der Anzeigen und Verurteilungen wegen Verstößen gegen das Suchtmittelgesetz. Die Zahl der Anzeigen betrug im Jahr 2010 in Österreich 23.853 und liegt damit höher als in den beiden vorangegangenen Jahren (Weigl et al., 2011). Im Sicherheitsbericht des Bundesministeriums für Justiz (BMJ, 2010) werden 4.363 Verurteilungen auf Grund von Drogendelikten für das Jahr 2010 vermerkt und damit ein Anstieg gegenüber dem Vorjahr um 11.1 Prozent. Hohe Zahlen für begangene



delinquente Handlungen können auch bei Personen ermittelt werden, die sich innerhalb einer Einrichtung des Drogenhilfssystems befinden. So haben Gegenhuber et al. (2009; Gegenhuber, 2008) in ihrer Studie über die Patientenstruktur und Motivationslage bei Therapie statt Strafe für drogenabhängige Straftäter unter anderem das kriminelle Verhalten erfasst. Insgesamt wurden dabei 150 Personen befragt, die entweder freiwillig oder auf Grund einer gerichtlichen Therapieaufgabe eine Behandlung ihrer Drogenabhängigkeit begannen. Von dieser Gesamtstichprobe aus 150 Teilnehmern gaben 92 Prozent der Personen an, schon einmal in ihrem Leben eine kriminelle Handlung begangen zu haben. Das erste Delikt wurde im Durchschnitt im Alter von 17 Jahren begangen, wobei bei etwa 75 Prozent der Befragten das Drogenerstkonsumalter vor der Begehung der ersten Straftat lag. 85,7 Prozent nannten als Motiv für die als letztes begangene Straftat den Bedarf an Drogen beziehungsweise Geld. Etwa ein Drittel aller Personen (36.67%) verübte in den letzten 30 Tagen vor Behandlungsbeginn beziehungsweise vor der Verhaftung strafbare Handlungen. In der Studie konnte kein signifikanter Unterschied hinsichtlich des kriminellen Verhaltens zwischen Personen festgestellt werden, die ihre Behandlung mit oder ohne richterliche Weisung begannen. Diese Resultate lassen den Schluss zu, dass Personen, die ihre Behandlung ohne eine Therapieaufgabe beginnen, nicht weniger strafbare Handlungen begehen, sondern dass sie zumindest aktuell nicht strafrechtlich verfolgt werden. Weitere Studien hierzu kommen zu ähnlichen Schlüssen (vgl. Köchl & Jagsch, 2009; Marshall & Hser, 2002)

Diese Daten belegen, dass im Bereich der Drogenabhängigkeit dem Strafvollzug und der Haft eine bedeutende Rolle zukommt. Gefängnisinsassen gehören zu einer vulnerablen Gruppe, die mit unterschiedlichen Schwierigkeiten und Risikofaktoren konfrontiert ist. In europäischen Gefängnissen ist der Anteil an Drogenkonsumenten höher als in der Allgemeinbevölkerung (EMCDDA, 2002; Köchl & Jagsch, 2009). Der Anteil intravenös konsumierender, drogenabhängiger Inhaftierter variiert zwischen 20 und 30 Prozent. Berücksichtigt man zusätzlich den Konsum anderer Drogen wie Cannabis oder Medikamentenmissbrauch, so kann bei bis zu 50 Prozent der inhaftierten Personen von einem regelmäßigen Konsum ausgegangen werden (Weigl et al., 2011). Im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung weisen sie eine fünf- bis zehnmal höhere HIV- und Hepatitis-C-Prävalenz auf. Das Risiko für Neuinfektionen in Haft ist durch gemeinsam benutztes Spritzbesteck, Tätowierungen und ungeschützten Geschlechtsverkehr ebenso erhöht. Positiv anzumerken ist, dass Substitutionsbehandlungen in Haft weitergeführt oder begonnen werden können (Haas et al., 2006). Längere Aufenthaltszeiten in Haft haben jedoch negative Auswirkungen auf die Chancen zur Überwindung der Abhängigkeit und der Delinquenz. Ebenso konnte eine damit einhergehende Minderung der Behandlungsmotivation festgestellt werden (Projektgruppe Rauschmittelfragen, 1991).

Dem gegenüber steht andererseits ein stabilisierender Aspekt eines Aufenthalts in der Justizanstalt. Die Vollstreckung einer Haftstrafe bietet die Chance, eine Behandlung der Abhängigkeitserkrankung zu beginnen, da es durch die reglementierte Lebensweise in der Haftsituation zu physischer und psychischer Stabilisierung kommen kann. Wichtig ist in diesem Zusammenhang professionelle Unterstützung und eine Planung der Weiterbetreuung nach der Haftentlassung (Haas et al., 2006). Hilfestellungen während und nach der Haftentlassung sind wesentlich, da diese einen Risikofaktor darstellt. So sind Überdosierungen und damit verbundene Todesfälle direkt nach der Haftentlassung, besonders wenn keine Betreuung durch die Suchthilfe vorliegt, ein ernstzunehmendes Problem.

Maßnahmen, deren Ziel es ist, möglichst viele drogenkonsumierende Personen in das Suchthilfesystem einzubinden und dort zu halten, können einen wesentlichen Beitrag zur Entschärfung dieser Situation leisten. Eine entsprechende Behandlung der Abhängigkeitsproblematik trägt zur Reduzierung von Substanzkonsum und Kriminalität und den damit verbundenen Risiken und negativen körperlichen, psychischen und sozialen Konsequenzen bei. Das System der gesundheitsbezogenen Maßnahmen mit dem Prinzip „Therapie statt Strafe“ stellt daher einen wichtigen Baustein aller Konzepte und Pläne im Bereich Drogen und Substanzabhängigkeit dar (Haas et al., 2006; Stevens et al., 2003; Weigl et al., 2011).

## ***2.2 Gesundheitsbezogene Maßnahmen: Alternativen zur Bestrafung***

Der aufgezeigte Zusammenhang von Substanzkonsum und delinquentem Verhalten macht deutlich, dass bei der Vorgehensweise bei Delikten in Verbindung mit vorhandenem Substanzmissbrauch sowie Substanzabhängigkeit spezielle Aspekte bedacht werden müssen. Typisch für eine Abhängigkeitsproblematik ist, dass das gesundheitsschädliche Verhalten trotz negativer Konsequenzen aufrechterhalten wird. Der daraus entstehende Kreislauf von Beschaffung, Konsum, Kontakt zur Drogenszene und Inhaftierung kann durch das Verbüßen einer Haftstrafe auf Grund der Schwere der Erkrankung nur selten durchbrochen werden. Das österreichische Justizsystem berücksichtigt daher, dass bei drogenabhängigen Straftätern neben medizinischen vor allem psychische und soziale Probleme im Vordergrund stehen und hat sich dem Grundsatz „Helfen statt Strafen“ verpflichtet. Damit ist es möglich, über richterliche Weisungen zur Behandlung der Abhängigkeitsproblematik einen Strafaufschub bei unbedingten Freiheitsstrafen zu gewähren und eine Therapieauflage zusammen mit bedingten Freiheitsstrafen und bedingten oder vorzeitigen Entlassungen aus der Haft

auszusprechen (Dittrich et al., 2003; Gegenhuber, 2008; Gegenhuber et al., 2009; Knecht & Banzer, 1998; Köchl & Jagsch, 2009; Litzka et al., 2009). Zur Erfüllung dieses Grundsatzes steht betroffenen Personen im Rahmen der im Suchtmittelgesetz verankerten gesundheitsbezogenen Maßnahmen ein differenziertes Behandlungsspektrum als Alternative zur Haftverbüßung zur Verfügung. Erwähnenswert dabei ist, dass die Umsetzung der Maßnahmen in Österreich nicht innerhalb von Spezialeinrichtungen erfolgt, sondern vielmehr das gesamte Spektrum der Drogenhilfe zur Verfügung steht. (Gegenhuber et al., 2009; Haas et al., 2006; Litzka et al., 2009). Der Begriff der gesundheitsbezogenen Maßnahmen wird im § 11 Absatz 2 des Suchtmittelgesetzes definiert und umfasst ärztliche Überwachung des Gesundheitszustandes einschließlich Harnkontrollen, ärztliche Behandlung einschließlich der Entzugs- und Substitutionsbehandlung, klinisch-psychologische Beratung und Betreuung, Psychotherapie sowie psychosoziale Beratung und Betreuung. Des Weiteren ist im Suchtmittelgesetz (Litzka et al., 2009) festgehalten, dass die gesundheitsbezogenen Maßnahmen „[...] notwendig und zweckmäßig und nach den Umständen möglich, zumutbar und nicht offenbar aussichtslos“ (S. 66) sein müssen.

Die Verordnung gesundheitsbezogener Maßnahmen geschieht stets im Spannungsfeld von justiziellem Zwang und Freiwilligkeit der Entscheidung zur Inanspruchnahme der Interventionsmöglichkeiten. Aus diesem Grund wird im Zusammenhang mit dem Einsatz gesundheitsbezogener Maßnahmen von Quasi-Zwangsbehandlung gesprochen. Nachstehend wird auf dieses wichtige Element als Ausdruck der Beziehung zwischen Strafe und Hilfe eingegangen.

### *2.2.1 Quasi-Zwangsbehandlung und das Prinzip „Therapie statt Strafe“*

Das Prinzip „Helfen statt Strafen“ kann in Österreich bis in das Jahr 1971 zurückverfolgt werden, als im damaligen Suchtgiftgesetz verankert wurde, drogenabhängige Straftäter, die sich einer ärztlichen Behandlung und Überwachung unterziehen, straflos zu lassen (Gegenhuber et al., 2009). Auch andere Länder wie Großbritannien, die USA, Italien, Spanien oder die Niederlande haben ähnliche Programme implementiert (Stevens et al., 2005). In den letzten Jahren wurde in diesem Sinne, nicht zuletzt durch eine Novellierung des Suchtmittelgesetzes, verstärkt die Strategie verfolgt, Straftäter mit einer Drogenproblematik anstelle des Strafvollzugs zu einer Therapie zu verpflichten. Die Anwendung der genannten gesundheitsbezogenen Maßnahmen setzt allerdings immer die Einwilligung des betroffenen potentiellen Klienten voraus. Daher wird in diesem Zusammenhang von *Quasi-Zwangsbehandlung (Quasi-Compulsory-Treatment, QCT, Anmerkung der Verfasserin)* gesprochen, da trotz des Zwangscharakters eine

Wahlfreiheit für den Klienten vorhanden ist. Die Quasi-Zwangsbehandlung wird durch das Justizsystem angeregt, verordnet und überwacht und findet außerhalb von Gefängnissen als Alternative zur Haftverbüßung statt. Im deutschen Sprachraum ist aus diesem Grund der Begriff „*Therapie statt Strafe*“ Usus und wird meist synonym mit dem Begriff der Quasi-Zwangsbehandlung verwendet (Gegenhuber et al., 2009; Köchl & Jagsch, 2009; Stevens et al., 2005).

Quasi-Zwangsbehandlung respektive das Prinzip „*Therapie statt Strafe*“ verfolgt verschiedene Ziele. Behandlungsformen außerhalb des Strafvollzugs sind dem dualen Anliegen der Förderung der psychischen Gesundheit sowie der Legalbewährung der Klienten verpflichtet. Somit sollen Gesundheitsrisiken, das Rückfallrisiko und kriminelle Handlungen reduziert werden. Eine besondere Herausforderung in der Zusammenarbeit mit forensischen Klienten besteht in der Balance zwischen dem individuellen Recht auf Behandlung und Lebensqualität und dem Recht der Allgemeinheit auf Sicherheit. Dadurch entsteht eine hohe Verantwortung für die behandelnden Personen (Heckmann et al., 2003; Knecht & Banzer, 1998; Stevens et al., 2003).

Die Anwendung von Quasi-Zwangsbehandlungen bringt ethische Implikationen mit sich, die besonders die Frage der Freiwilligkeit und Selbstbestimmung betreffen. In den meisten Ländern, wie auch in Österreich, erfolgt die Entscheidung für die gesundheitsbezogene Maßnahme nur mit Einwilligung des drogenabhängigen Straftäters. Hierbei handelt es sich allerdings um eine eingeschränkte Entscheidungsmöglichkeit, da als Alternative lediglich der Strafvollzug zur Verfügung steht. Lange Zeit galt für eine erfolgreiche therapeutische Behandlung die Prämisse der Freiwilligkeit. Allerdings ist diese nicht immer adäquat, da sie schwer erreichbare Personengruppen wie beispielsweise Menschen mit einer Abhängigkeitsproblematik, Personen, die Sexualdelikte begangen haben, Insassen von Justizvollzugsanstalten, aber auch Kinder und Jugendliche, die auf die Initiative Dritter angewiesen sind, ausschließt. Vielmehr sind variable Therapiekonzepte nötig, die auf die Besonderheiten der jeweiligen Klientengruppe abgestimmt sind. Kontextbedingungen wie gerichtliche Auflagen, Therapieweisungen und *Therapie statt Strafe* sollten demzufolge nicht als Einschränkungen, sondern als Ressourcen verstanden werden, die den Faktor Quasi-Zwang konstruktiv nutzen und für ebendiese schwer erreichbaren Personengruppen einen Zugang zu Behandlung möglich machen (Brugger & Holzbauer, 1998; Gegenhuber et al., 2009; Köchl & Jagsch, 2009; Rotthaus, 1998).

Dem hinzuzufügen ist, dass psychosoziale Interventionen häufig auf Grund internen oder externen Drucks begonnen werden. So besteht auch bei Klienten außerhalb geschlossener Institutionen kaum vollkommene Freiwilligkeit. Der wahrgenommene Druck

kann sich auf den erlebten Leidensdruck beziehen, aber auch auf die Bemühungen durch Dritte, wie Familienangehörige, Freunde, Arbeitgeber, andere Personen oder Behörden, die betroffene Person einer Behandlung zuzuführen (Gegenhuber et al., 2009; Rotthaus, 1998; Werdenich & Wagner, 1998; Wild, Newton-Taylor, & Alletto, 1998). Für Klienten mit einer Abhängigkeitsproblematik können nach Bühringer et al. (1989) vier verschiedene Kategorien von Zwängen, die auf sie ausgeübt werden, differenziert werden. Die Kategorien gliedern sich in justizielle, soziale, körperliche/emotionale und therapeutische Zwänge. Zu einer ähnlichen Einteilung kommen in einer aktuelleren Studie Marlowe, Merikle, Kirby, Festinger und McLellan (2001), die in ihrer Untersuchung zu dem wahrgenommenem Zwang, in eine Behandlung einzusteigen, mittels einer Clusteranalyse fünf verschiedene Muster identifizieren konnten, von denen sich Klienten zu Beginn einer Behandlung unter Druck gesetzt fühlen. Diese Muster beinhalten sozialen, finanziellen, familiären und justiziellen Zwang sowie Druck auf Grund medizinischer und psychiatrischer Probleme.

Diese Ausführungen verdeutlichen, dass Klienten nicht durch das Vorhandensein oder Fehlen eines einzigen Markers, wie zum Beispiel die Zuweisung durch die Justiz, in Zwangsklienten oder Freiwillige eingeteilt werden können (Gegenhuber et al., 2009). Gegenhuber et al. (2009) konnten zeigen, dass es keinen signifikanten Unterschied in der Wahrnehmung von externem Zwang zwischen Klienten mit und ohne Therapieaufgabe gibt. Lediglich die Analyse der Unterschiede bezüglich des Drucks durch die Justiz weist signifikante Resultate auf. Demnach fühlen sich zwei Drittel der Klienten mit Therapieaufgabe von Vertretern der Justiz unter Druck gesetzt. Bei den Klienten ohne richterliche Weisung liegt dieser Anteil bei 25 Prozent. Ein bedeutendes Resultat der Studie ist jedoch auch, dass in beiden Gruppen der interne, also durch den Klienten selbst, wahrgenommene Zwang wesentlich höher ist als der durchschnittlich wahrgenommene externe Zwang. Offenbar kommt dem Leidensdruck durch die Folgen des Substanzkonsums bei der Entscheidung, eine Behandlung zu beginnen, eine größere Rolle zu als dem Zwang aus einer externen Quelle.

Wagner, Knecht und Bolterauer (1997) machen überdies darauf aufmerksam, dass eine gerichtliche Therapieaufgabe nicht mit Zwang gleichzusetzen ist, sondern als nützliches Instrument betrachtet werden sollte, um eine Behandlung in Gang zu bringen. Zwang allein kann einseitig durchgesetzt werden, eine Auflage zur Behandlung erfordert hingegen enge Kooperation zwischen Gerichten, behandelnden Personen, Bewährungshelfern und dem Klienten. Im Sinne einer Initialzündung für eine Kontaktaufnahme und als Einstieg in eine Behandlung soll sie dazu dienen, den Bewegungsspielraum des Klienten in eine gesundheitsförderliche und Risiko reduzierende Richtung wieder zu erweitern anstelle ihn wie im Strafvollzug zu

beschränken. In der Folge ist die Motivierung zur Mitarbeit ein kontinuierlicher und zentraler Bestandteil erfolgreichen therapeutischen Bemühens. Behandlung im Quasi-Zwangskontext muss stets als gemeinsame Arbeit aller Beteiligten verstanden werden, im Rahmen derer die Ressourcen des Klienten aktiviert werden und ein Beitrag zur Gesundheitsförderung geleistet wird (Brugger & Holzbauer, 1998; Dahle, 1998; Höld, 2007; Pfäfflin & Mergenthaler, 1998).

Auch wenn die gegenwärtige Forschungslage zur Wirkungsweise von Quasi-Zwangsbehandlungen noch hinsichtlich einer differenzierten und breit angelegten Betrachtung zu vertiefen ist, so zeigen sich inzwischen nach anfänglich ambivalenten Ergebnissen (vgl. Stevens et al., 2003) durchaus positive Befunde für den Einsatz von Quasi-Zwangsbehandlungen und dem Prinzip „Therapie statt Strafe“. In jüngster Zeit kamen Schaub et al. (2010) in ihrer kulturübergreifenden Studie zum Vergleich von freiwilliger Behandlung versus Behandlung unter Quasi-Zwang bei 845 drogenabhängigen Klienten im Verlauf von 18 Monaten zu dem Schluss, dass eine Quasi-Zwangsbehandlung die gleiche Effektivität zeigt wie eine Behandlung unter freiwilliger Teilnahme. Sowohl Substanzkonsum als auch Delinquenz verringerten sich. Gleichzeitig kam es zu einer Verbesserung der Gesundheit und der sozialen Integration in beiden Gruppen. Eine ähnliche Reduktion bezüglich Substanzkonsum und Delinquenz sowie eine Verbesserung in sozialen Belangen und der Lebensqualität als Folge von Quasi-Zwangsbehandlung konnte zudem in weiteren Studien erfasst werden (vgl. Köchl & Jagsch, 2009; McSweeney, Stevens, Hunt, & Turnbull, 2007).

Abschließend soll betont werden, dass im Zentrum der Bemühungen im Rahmen von Quasi-Zwangsbehandlungen immer eine Verbesserung der Lebenssituation aller involvierten Personen steht. Höld (2007) fasst dieses Ansinnen mit folgender Aussage zusammen: „Ein Ineinandergreifen von exekutiven Maßnahmen und psychosozialen Methoden soll eine Schnittstelle für den Prozess der Gesundheitsförderung werden“ (S. 62).

### *2.2.2 Rechtliche Rahmenbedingungen zum Prinzip „Therapie statt Strafe“ in Österreich: Gesetzeslage, Vorgehen und aktuelle Daten*

In der jüngsten Novelle des österreichischen Suchtmittelgesetzes wird der bereits eingeschlagene Weg des Ausgleichs zwischen strafrechtlichen, gesundheitspolitischen und sozialpolitischen Maßnahmen zur Bekämpfung des Suchtgiftmissbrauchs fortgesetzt (BMJ, 2010; Litzka et al., 2009). Die Verpflichtung zu den gesundheitsbezogenen

Maßnahmen erfolgt über die Regelungen des Suchtmittelgesetzes, wobei das österreichische Justizsystem hierzu auf verschiedenen Stufen aufbaut, anhand derer die betroffenen Personen motiviert beziehungsweise (quasi-) gezwungen werden sollen, Angebote zur Behandlung und Betreuung anzunehmen. Am Beginn steht dabei die Intervention der Gesundheitsbehörde, nach der jeder, der als drogenabhängig und behandlungsbedürftig definiert wird, verpflichtet ist, sich einer Behandlung zu unterziehen. Die nächste Stufe betrifft strafrechtliche Maßnahmen und Auflagen, wie etwa die Zurücklegung einer Anzeige, den Aufschub der Strafverfolgung oder des Strafverfahrens verbunden mit Auflagen der Betreuung und medizinischen Kontrolle. Darüber hinaus sind im Strafrecht bedingte Strafen möglich, die mit Weisungen, sich einer Behandlung zu unterziehen, verknüpft werden können. Die darauf folgende Stufe beinhaltet die unbedingte Freiheitsstrafe. Diese kann für Personen mit einer Substanzabhängigkeit unter bestimmten Bedingungen bis zu zwei Jahren aufgeschoben werden, innerhalb derer dem Betroffenen die Möglichkeit gegeben wird, eine Behandlung in Anspruch zu nehmen. Dies betrifft konkret den § 39 zum Prinzip „Therapie statt Strafe“ und wird weiter unten ausführlich definiert. Bis zu dieser Stufe ist die Einwilligung des Klienten Voraussetzung für die Anwendung der gesundheitsbezogener Maßnahmen, hier kann daher von Quasi-Zwang gesprochen werden. Auf der obersten Stufe steht allerdings die Unterbringung in einer Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher nach § 22 des Strafgesetzbuchs, bei der das Gericht eine Zwangsbehandlung anordnen kann (Bachner-Foregger, 2012; Gegenhuber, 2008; Litzka et al., 2009).

In der vorliegenden Arbeit liegt der Fokus auf den Regelungen zu den mittleren Bausteinen der vorgestellten Stufen, nämlich auf den Anordnungen, die in Verbindung mit richterlicher Weisung zu Therapie und Strafaufschub stehen. Das Prinzip „Therapie statt Strafe“ kommt im österreichischen Suchtmittelrecht vor allem in den §§ 35 bis 41 des Suchtmittelgesetzes zum Ausdruck und umfasst die folgenden strafrechtlichen Bestimmungen (Litzka et al, 2009):

- § 35 Vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft.
- § 36 Überwachung der gesundheitsbezogenen Maßnahme und Durchführung der Bewährungshilfe.
- § 37 Vorläufige Einstellung durch das Gericht.
- § 38 Nachträgliche Fortsetzung des Strafverfahrens, endgültiger Rücktritt von der Verfolgung und endgültige Einstellung des Strafverfahrens.
- § 39 Aufschub des Strafvollzugs.

§ 40 Nachträgliche bedingte Strafnachsicht und Absehen vom Widerruf.

§ 41 Kostentragung. (S. 274 bis 344)

Besonders der Strafaufschub gemäß § 39 des Suchtmittelgesetzes wird in den letzten Jahren verstärkt angewendet. Demzufolge kann eine unbedingte Freiheitsstrafe dann bis zu zwei Jahren aufgeschoben werden, wenn der Strafraumen eine zweijährige Freiheitsstrafe nicht übersteigt oder eine Geldstrafe betrifft. Bei Delikten in Zusammenhang mit der Beschaffungskriminalität kann das Gericht auch dann einen Strafaufschub mit Weisung zur Therapie aussprechen, wenn der Strafraumen maximal fünf Jahre beträgt. Dies geschieht unter der Voraussetzung, dass die Person gewillt ist, sich den gesundheitsbezogenen Maßnahmen im Sinne einer ambulanten oder stationären Behandlung zu unterziehen. Voraussetzung für den Erhalt der Weisung ist zudem das Stellen eines Antrags durch die straffällig gewordene Person selbst und eine Begutachtung durch einen Sachverständigen. Der Strafaufschub ist nur dann ausgeschlossen, wenn von einer Gefährlichkeit der Person auf Grund der Anwendung erheblicher Gewalt im Rahmen der Straftat ausgegangen wird. Der Aufschub des Strafvollzugs muss überdies nicht sofort zur Gänze gewährt werden, sondern kann vom Fortschreiten der Therapie abhängig gemacht werden. So müssen regelmäßig Bestätigungen über Beginn und Verlauf der Behandlung beim zuständigen Gericht eingehen. Wird der Weisung Folge geleistet und die Behandlung erfolgreich absolviert, so erfolgt eine Umwandlung der unbedingten in eine bedingte Strafe. Bricht der Klient seine Behandlung ab oder beginnt die ihm auferlegte gesundheitsbezogene Maßnahme gar nicht erst, erfolgt nach einer Mahnung durch das Gericht in letzter Konsequenz ein Widerruf der Weisung und die Haftstrafe muss angetreten werden (Litzka et al., 2009).

Die Kosten der Behandlung können in aller Regel nicht von den betroffenen Personen selbst getragen werden. Nach § 41 des Suchtmittelgesetzes besteht daher für die gesundheitsbezogenen Maßnahmen eine subsidiäre Kostentragungspflicht des Bundes. Die Höhe der Kosten für die entsprechenden Therapieleistungen wird über Verträge mit jenen drogentherapeutischen Einrichtungen geregelt, die nach § 15 zur Umsetzung der gesundheitsbezogenen Maßnahmen anerkannt sind (BMJ, 2010; Litzka et al., 2009).

In den letzten Jahren ist eine kontinuierliche Zunahme der richterlichen Weisungen zur Therapie zu beobachten. Exemplarisch seien hier die Daten zum Aufschub des Strafvollzugs nach § 39 des Suchtmittelgesetzes auf Grundlage des Sicherheitsberichts des Bundesministeriums für Justiz (BMJ, 2010) und des jährlichen Berichts zur Drogensituation des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen (Weigl et al., 2011) angeführt: Waren es im Jahr 2001 noch 254 Fälle, in denen ein Strafaufschub gewährt



wurde, so lag diese Zahl im Jahr 2005 bereits bei 452, im Jahr 2009 bei 624 und die aktuellsten verfügbaren Daten für das Jahr 2010 zeigen einen Strafaufschub in 733 Fällen. Auch die Diversionsangebote im Sinne eines Absehens von einer Strafverfolgung zugunsten einer Resozialisierung des Täters gemäß den §§ 35 und 37 haben stark zugenommen. Sie sind im Vergleich zum Vorjahr um 10 Prozent gestiegen.

### *2.2.3 Beratung, Behandlung und Betreuung – Konzepte und Regelungen*

Aus der bisherigen Darstellung der individuellen, gesundheitlichen, gesellschaftlichen und juristischen Brisanz der Thematik geht hervor, dass ein fundiertes Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungskonzept für ein qualifiziertes Angebot vonnöten ist, um den Anforderungen eines differenzierten Behandlungsspektrums zur Erfüllung der gesundheitsbezogenen Maßnahmen gerecht zu werden.

Die österreichische Gesundheitspolitik stützt sich diesbezüglich auf vier Säulen, welche das Drogenhilfssystem konstituieren. Die erste Säule besteht aus Maßnahmen zur Suchtprävention, die zweite widmet sich Beratung, Behandlung und Betreuung drogenabhängiger Menschen und ihrer Angehörigen. Die dritte Säule bezieht sich auf arbeitsmarktpolitische Maßnahmen und soziale Integration und die vierte Säule auf den öffentlichen Raum und das Thema Sicherheit. Das übergeordnete Ziel lautet, dass so wenige Menschen wie möglich Drogen konsumieren und dass jene, welche davon nicht abzuhalten sind, so wenig Schaden wie möglich nehmen (Sucht- und Drogenkoordination Wien, 2012).

Ausschlaggebend für den Erfolg einer solchen Politik sind eine fortlaufende Qualitätssicherung sowie eine funktionierende Vernetzung der verschiedenen Institutionen und Betreuungseinrichtungen untereinander. Im Mittelpunkt soll stets der Mensch mit seiner Problematik, seinem Leidensdruck, aber auch seinen Ressourcen stehen und im Rahmen einer ganzheitlichen und sozial nachhaltigen Betreuung sowohl objektiv als auch subjektiv eine Verbesserung seiner gesundheitlichen Situation und seiner gesellschaftlichen Integration erfahren. Umfassende und aufeinander abgestimmte Angebote durch multiprofessionelle Teams müssen daher darauf abzielen, die negativen Konsequenzen des Drogenkonsums auf sozialer, psychischer und physischer Ebene zu verhindern und zu reduzieren, das Überleben zu sichern und die Lebensbedürfnisse sowie eine medizinische Grundversorgung abzudecken. Zu diesem Zweck stehen betroffenen Personen die Angebote niederschwelliger Begleitung und Betreuung, wie aufsuchende Suchtarbeit, kostenloser Sprizentausch, Notschlafstätten, Ambulatorien und Tageszentren mit Aufenthaltsmöglichkeiten und medizinischer Wundversorgung zur Verfügung. Rechtliche Beratung, Finanz- und Schuldenberatung sind zudem wichtig.

Essentiell sind Substitutionsprogramme sowie ambulante und stationäre Betreuung im Sinne von Beratung, Behandlung und Therapie (Dittrich et al., 2003; Sucht- und Drogenkoordination Wien, 2012).

Das genannte Maßnahmenspektrum steht auch Klienten zur Verfügung, die auf Grund einer richterlichen Weisung eine Drogenhilfseinrichtung aufsuchen. Aus der einheitlichen Dokumentation der Klienten und Klientinnen der österreichischen Drogen-einrichtungen geht hervor, dass für 36 Prozent aller Klienten, die eine ambulante Betreuung in Anspruch nehmen und für 32 Prozent aller Klienten, die eine stationäre Betreuung erhalten, eine Auflage oder Weisung bezüglich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme besteht. Festzuhalten ist außerdem, dass Frauen deutlich seltener auf Grund einer Auflage oder Weisung eine Behandlung beginnen und die Häufigkeit zudem mit dem Alter sinkt (Grabenhofer-Eggerth et al., 2010). Die gesundheitsbezogenen Maßnahmen ermöglichen eine differenzierte Therapieanwendung, womit gewährleistet werden soll, dass der Aufwand der Maßnahmen in einem balancierten Verhältnis zum Schweregrad der Abhängigkeit steht. So soll für jeden Klienten möglichst eine erfolgversprechende Behandlung unter Ausnützung aller nötigen medizinischen, psychiatrischen und soziorhabilitativen Möglichkeiten erfolgen. Neben der stationären Langzeittherapie stehen dazu ferner die stationäre Kurzzeittherapie, die ambulante Psychotherapie, die Drogenberatung und die Substitutionstherapie zur Verfügung (Dittrich et al., 2003; Litzka et al., 2009).

Einschränkend muss hinzugefügt werden, dass die Absolvierung gesundheits-bezogener Maßnahmen nur in Einrichtungen möglich ist, die durch den § 15 des Sucht-mittelgesetzes anerkannt und damit berechtigt sind, Klienten mit richterlicher Weisung zu betreuen. Die Anerkennung setzt voraus, dass die Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungstätigkeit grundsätzlich abstinentenorientiert erfolgt und eine gesellschaftliche Wiedereingliederung anstrebt. Die Einrichtung muss über einen mit Fragen des Suchtgiftmissbrauchs vertrauten Arzt sowie über ebenso qualifiziertes Personal für die Durchführung der klinisch-psychologischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Maßnahmen verfügen (Fabrizy, 2009; Litzka et al. 2009). In Kapitel 6.2.2 der vorliegenden Arbeit wird eine solchermaßen anerkannte Einrichtung und ihr Behandlungskonzept vorgestellt.

Obwohl das Prinzip „Therapie statt Strafe“ in Österreich ständig erweitert wird, ist über die teilnehmenden Klienten dieser Maßnahme noch immer wenig bekannt (Dittrich et al., 2002; Gegenhuber et al., 2009). Die vorliegende Arbeit will daher zur Beschreibung dieser besonderen Klientengruppe einen Beitrag leisten.

### **3. SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG UND SELBSTKONZEPT: RESSOURCEN IM RAHMEN DER BEHANDLUNG VON ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN**

Das nachfolgende Kapitel widmet sich der Auseinandersetzung mit den sozialpsychologischen Konstrukten der Selbstwirksamkeitserwartung und des Selbstkonzepts, die als bedeutsame Faktoren für die Erklärung von Therapieerfolgen erkannt wurden und in verschiedenen Theorien und Modellen wie der sozialkognitiven Theorie von Bandura (1997) ihren Eingang fanden. An dieser Stelle wird eine Darstellung der Konstrukte gegeben sowie eine Brücke zu den thematischen Bausteinen Abhängigkeit und Quasi-Zwangsbehandlung dieser Arbeit geschaffen.

#### ***3.1 Selbstwirksamkeitserwartung***

Im Folgenden soll kurz umrissen werden, wie sich das sozialpsychologische Konstrukt der Selbstwirksamkeitserwartung definiert und in welchem theoretischen Kontext es steht. Anschließend wird auf die Entstehung der Selbstwirksamkeitserwartung und ihre Bedeutung für die psychische Gesundheit eingegangen. Abschließend wird der aktuelle Bezug der Thematik zu dieser Arbeit diskutiert.

##### ***3.1.1 Definition und theoretische Einordnung der Selbstwirksamkeitserwartung***

Das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung basiert auf der sozial-kognitiven Theorie von Bandura (1997), der zufolge kognitive, motivationale, emotionale und aktionale Prozesse durch subjektive Überzeugungen gesteuert werden. Diese Überzeugungen betreffen Handlungs-Ergebnis-Erwartungen beziehungsweise Konsequenzerwartungen und Selbstwirksamkeitserwartungen beziehungsweise Kompetenzüberzeugungen.

Die Selbstwirksamkeitserwartung beinhaltet damit die Überzeugung eines Individuums, einen Handlungsverlauf so organisieren und ausführen zu können, dass eine zukünftige Situation bewältigt werden kann. Der Begriff *subjektive Kompetenzerwartung* ist daher gleichbedeutend (Bandura, 1997; Schwarzer, 2004; Trimmel, 2003). Auf dieser Grundlage wird Selbstwirksamkeitserwartung definiert „als die subjektive Gewissheit,

neue oder schwierige Anforderungssituationen auf Grund eigener Kompetenz bewältigen zu können“ (Schwarzer, 2004, S. 12). Diese Anforderungssituationen beziehen sich allerdings nicht auf einfache Routineaufgaben, sondern auf Aufgaben, deren Schwierigkeitsgrad Handlungsprozesse der Ausdauer und der Anstrengung für die Bewältigung erforderlich macht. Damit beinhaltet die Kompetenzerwartung einen ständigen Selbstbezug, denn es stellt sich die Frage nach der persönlichen Verfügbarkeit von Handlungen und dem Gefühl, sich zu deren Bewältigung in der Lage zu fühlen. Diese persönliche Einschätzung eigener Handlungsmöglichkeiten repräsentiert die zentrale Komponente der Wahrnehmung von Selbstwirksamkeit (Schwarzer, 2004). Bandura (1997) beschreibt Selbstwirksamkeitserwartung in diesem Zusammenhang folgendermaßen:

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 [...]. (S. 11)

### *3.1.2 Entstehung und Auswirkungen von Selbstwirksamkeitserwartung*

Nach Bandura (1997) gibt es vier wesentliche Quellen für den Erwerb von Kompetenzerwartungen. Den stärksten Einfluss besitzen direkte, erworbene Erfahrungen im Sinne von Handlungsergebnissen, die sich als Erfolg oder Misserfolg gestalten. Darauf folgen indirekte, stellvertretende Erfahrungen durch Beobachtung von Verhaltensmodellen, woraus Schlussfolgerungen für die eigene Kompetenz gezogen werden. Die dritte Quelle entspringt symbolischer Erfahrung und umfasst Aussagen anderer Personen, Fremdbewertung, soziale Einflussnahme oder auch Selbstinstruktionen. Schließlich wird noch die Wahrnehmung eigener Gefühlserregung beziehungsweise Emotionen genannt, die Informationen über die eigene Befindlichkeit in Anforderungssituationen liefert (Schwarzer, 2004; Trimmel, 2003).

Die Selbstwirksamkeitserwartung ist damit eine wichtige Voraussetzung für kompetente Selbst- und Handlungsregulation. Selbstwirksamkeitserwartungen sind unabdingbar dafür, dass Anforderungen angenommen und mit Ausdauer bewältigt werden. Eine geringe Kompetenzüberzeugung führt eher zu Angst, Vermeidungsverhalten, geringerer Ausdauer und Anstrengung. Ein adäquater Umgang mit gestellten

Anforderungen ist eine wichtige Voraussetzung für hohe Motivation und hohes Leistungsniveau, für psychisches und körperliches Wohlbefinden und für hohe Berufs- und Lebenszufriedenheit. Daher ist es wichtig, solche Kompetenzen zu stärken und zu fördern. Gerade auch hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens kommt dem Konstrukt der Selbstwirksamkeitserwartung eine besondere Bedeutung zu. Ungünstige soziale Einstellungen beziehungsweise Kompetenzdefizite wie niedriger Selbstwert und geringe Selbstwirksamkeitserwartung stellen Risikofaktoren für psychische Probleme dar (Pinquart, 2011; Schwarzer, 2004; Trimmel, 2003).

### *3.1.3 Selbstwirksamkeitserwartung, Abhängigkeit und Delinquenz*

Im Kontext der Stärkung und Förderung der Selbstwirksamkeitserwartung im Sinne eines Schutzfaktors vor der Entstehung psychischer Störungen, der Gesundheitsförderung und der individuellen Ressourcennutzung im Rahmen der Behandlung wird nachstehend die Selbstwirksamkeitserwartung in Zusammenhang mit Aspekten einer Drogenproblematik und deren Behandlung betrachtet.

Die aktuelle Forschungslage präsentiert eine Reihe an Studien zum Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitserwartung und Krankheitsbewältigung bei verschiedensten somatischen und psychischen Störungsbildern. Für eine erfolgreiche Bewältigung von Suchtverhalten kann die Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung als Schlüsselement angesehen werden. Das Konstrukt der Selbstwirksamkeitserwartung wurde daher in Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankungen für die Entwicklung von Modellen zur Rückfallprävention herangezogen und in Theorien der Verhaltensänderung integriert. So führt beispielsweise die eigene Kompetenzüberzeugung, mit Situationen, die zu einem Substanzkonsum führen könnten, umgehen und sie bewältigen zu können, zu einer Reduzierung des Rückfallrisikos (Coon, Pena, & Illich, 1998; DiClemente, Prochaska, & Gibertini, 1985; Schwarzer, 2004). Kritisch anzumerken ist, dass sich die Forschung in der Vergangenheit hauptsächlich auf Untersuchungen der Selbstwirksamkeitserwartung im Rahmen von Alkohol- und Nikotinproblematiken konzentriert hat und weniger auf ihre Zusammenhänge bezüglich Behandlungsbeginn und Entwicklung im Behandlungsverlauf bei Personen mit illegalem Substanzkonsum. Dazu existieren bisher nur bedingt Ergebnisse, wobei einige der Forschungsergebnisse, die für die Studie im Rahmen dieser Diplomarbeit von Interesse sind, an dieser Stelle vorgestellt werden.

Es wird angenommen, dass die Selbstwirksamkeitserwartung hinsichtlich der Überzeugung, eine Drogenproblematik bewältigen zu können, im Verlauf einer Behandlung steigt (Coon et al., 1998; Schwarzer, 2004). Coon et al. (1998) führten dazu

eine Untersuchung mit 186 Teilnehmern durch, von denen über die Hälfte (61 Prozent) Kokain konsumierten. Bei 25 Prozent lag ein Alkoholmissbrauch und bei 8 Prozent der Konsum von Cannabis als Leitdroge vor. Die Selbstwirksamkeitserwartung wurde zu drei Zeitpunkten erhoben: Das erste Mal vor Behandlungsbeginn, das zweite Mal bei Behandlungsende und das dritte Mal einen Monat nach der Behandlung. Es konnte über alle drei Messzeitpunkte eine Verbesserung der wahrgenommenen Selbstwirksamkeitserwartung, den Konsum von Drogen vermeiden zu können, festgestellt werden. Auffallend war zudem, dass Personen, die einen Monat nach der Behandlung angaben abstinent zu sein, eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung aufwiesen, als Personen, die seit dem Behandlungsende wieder Drogen konsumiert hatten. Daraus folgt, dass die Selbstwirksamkeitserwartung mit der Aufrechterhaltung der Abstinenz und damit der Rückfallprävention verbunden ist. Zu ganz ähnlichen Ergebnissen kommen auch Heckmann et al. (2003), die darauf hinweisen, dass die Selbstwirksamkeitserwartung bei Klienten mit erfolgreichem Abschluss einer Behandlung ausgeprägter ist, als bei Klienten, die eine Behandlung abbrechen.

Im Gegensatz dazu konnten Schaub et al. (2010) bei Klienten, die eine Behandlung auf Grund einer richterlichen Weisung begannen, keine signifikante Veränderung der Selbstwirksamkeitserwartung von Beginn der Behandlung weg über den Therapieverlauf feststellen. Ebenso fanden Köchl & Jagsch (2009) keine signifikante Veränderung bei Klienten mit richterlicher Weisung zur Therapie in der Veränderung ihrer Selbstwirksamkeitserwartung über einen siebenwöchigen Therapieverlauf.

Auch wenn sich die Ergebnisse in ihren Aussagen unterscheiden, so konnte das Konstrukt der Selbstwirksamkeitserwartung als wichtige Komponente der Behandlungsmotivation und der Veränderungsbereitschaft problematischer Verhaltensweisen im Rahmen von Substanzabhängigkeit identifiziert werden (vgl. DiClemente et al., 1985; Gegenhuber, 2008; Schwarzer, 2004). Die besondere Stellung der Selbstwirksamkeitserwartung innerhalb motivationaler Modelle und dazugehörige Forschungsergebnisse werden an betreffender Stelle (siehe Kapitel 4.4) dargestellt.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass die Entwicklung, Förderung und Aufrechterhaltung einer positiven Selbstwirksamkeitserwartung innerhalb einer Behandlung Klienten mit Ressourcen ausstatten kann um einen erfolgreichen Fortschritt ihrer Situation zu erleben und diesen beizubehalten (Coon et al., 1998).

### **3.2 Selbstkonzept**

Ähnlich wie die Selbstwirksamkeitserwartung ist das Selbstkonzept ein sozialpsychologisches Konstrukt, das mit menschlichem Handeln und Funktionieren im sozialen Kontext verbunden ist. Nachstehend wird wie zuvor für die Selbstwirksamkeitserwartung definiert, was das Konstrukt des Selbstkonzepts ausmacht, wie es entsteht und inwieweit es in Zusammenhang mit psychischer Gesundheit, insbesondere mit Abhängigkeitserkrankungen, steht.

#### *3.2.1 Definition und theoretische Einordnung des Selbstkonzepts*

Bandura (1997) beschreibt das Selbstkonzept, häufig auch als Selbstbild bezeichnet, folgendermaßen: „The self-concept is a composite view of oneself that is presumed to be formed through direct experience and evaluations adopted from significant others“ (S. 10). In seiner heutigen Konzeption wird das Selbstkonzept als eine dynamische, kognitive Struktur verstanden, die intra- und interpersonale Verhaltensweisen und Prozesse motiviert, strukturiert, interpretiert, vermittelt und reguliert. Das Selbstkonzept umfasst verschiedenste Komponenten und Entwürfe des Individuums über sich selbst, wie Erinnerungen an sich selbst, aber auch Überzeugungen über Traits, Motive, Werte und Fähigkeiten. Im Selbstkonzept enthaltene Schemata über das Selbst machen es möglich, Informationen über sich selbst zu strukturieren und zu verarbeiten. Sie beeinflussen aber auch die Art und Weise, in der Informationen über andere Menschen verarbeitet werden. Dies führt dazu, dass Handlungen anderer auf Grundlage dessen interpretiert werden, was man über sich selbst zu wissen glaubt. Zudem wird unterschieden zwischen dem Ist-Zustand und den potentiellen Selbst, also den idealen Selbst, die man gerne werden möchte, aber auch jenen, die man fürchtet zu werden. Hier handelt es sich um positive und negative Bewertungen des eigenen Selbst, was in der Ausbildung des Selbstwertgefühls resultiert, und um Annahmen davon, was andere über einen denken (Bandura, 1997; Brown, 1998, zitiert nach Zimbardo & Gerrig, 2004, S. 633; Oerter, Altgassen, & Kliegel, 2011).

Diesem Ansatz des dynamischen, multidimensionalen Selbstkonzepts folgend, geht Deusinger (1986) von verschiedenen Selbstkonzepten als System von Einstellungen des Individuums aus, das die Persönlichkeit konstituiert. Sie beschreibt das Selbstkonzept als ein „[...] konsistentes, aber änderbares Konzeptmuster des Individuums zur eigenen Person [...]“ (Deusinger, 1986, S. 11). In diesem System von Einstellungen können vier große Bereiche unterschieden werden, die sich aus verschiedenen Selbstkonzepten

zusammensetzen und Interkorrelationen aufweisen. Der erste Bereich betrifft die Leistung und beinhaltet Selbstkonzepte zur eigenen allgemeinen Leistungsfähigkeit, Problembewältigung und Verhaltens- und Entscheidungssicherheit. Der zweite Bereich bezieht sich auf die allgemeine Selbstwertschätzung und umfasst damit das Selbstkonzept über den eigenen Selbstwert. Im dritten Bereich der Stimmung und Sensibilität handelt es sich um das Selbstkonzept der eigenen Empfindlichkeit und Gestimmtheit. Im vierten Bereich werden schließlich Selbstkonzepte zum psychosozialen Bereich zusammengefasst. Dazu gehören Selbstkonzepte über die eigene Standfestigkeit gegenüber Gruppen und Bedeutsamen anderen, Einschätzungen der eigenen Kontakt- und Umgangsfähigkeit, aber auch Selbstkonzepte zur erlebten Wertschätzung und Irritierbarkeit durch andere sowie Gefühle und Beziehungen zu anderen (Deusinger, 1986).

### *3.2.2 Entstehung und Auswirkungen des Selbstkonzepts*

Selbstkonzepte entstehen durch die individuelle Sozialisation. Sie entwickeln sich vor allem in der Interaktion und im sozialen Vergleich mit Bedeutsamen anderen, wie Eltern, Geschwister, Freunde, Bezugs-, aber auch Autoritätspersonen. Selbstkonzepte und Einstellungen zur eigenen Person werden somit gelernt und entstehen im Zusammenhang mit beziehungsweise als Aspekt der Persönlichkeitsstruktur. Mit zunehmendem Alter werden immer mehr Aspekte der eigenen Person wahrgenommen, differenziert und integriert. Die erlernten Einstellungen spiegeln die individuellen Unterschiede der erfahrenen Umwelt und der individuellen Lern- und Verstärkungsbedingungen wider und beinhalten auch interindividuelle Differenzen in der genetischen Ausstattung des Individuums. Die Dynamik und Bewegung des Selbst im Sinne der kontinuierlichen Ausdifferenzierung und Veränderung der Einstellungen geschieht durch den sozialen Kontext (Deusinger, 1986; Hannover, 1997).

Die Selbstkonzepte nehmen in unterschiedlichster Weise Einfluss auf menschliches Handeln, Fühlen und Denken. So sind die im Selbstkonzept enthaltenen möglichen Selbst bedeutend für die Motivation von Verhalten. Sie treiben Handlungen an, indem sie Vorstellungen darüber enthalten, in welche positive oder negative Richtung eine Entwicklung durch das bestimmte Handeln gehen könnte (Zimbardo & Gerrig, 2004).

Deusinger (1986) stellt die Ausprägung der Selbstkonzepte in eine wechselseitige Verbindung mit der psychischen Stabilität eines Individuums. Sie geht davon aus, dass psychisch gesunde Menschen eher dazu neigen, günstige Selbstkonzepte zu entwickeln. Umgekehrt führen möglichst positive Selbstkonzepte zu psychischer Stärke und Stabilität.



### 3.2.3 Selbstkonzept, Abhängigkeit und Delinquenz

Aus den angeführten Quellen zur obigen Beschreibung des Selbstkonzepts wird deutlich, dass es sich hierbei um ein Konstrukt handelt, das vor zwei bis drei Jahrzehnten stärker beforscht wurde. Aktuell liegen für dieses interessante Konzept über das Selbst besonders in Zusammenhang mit Abhängigkeit und Delinquenz kaum Forschungsergebnisse vor. Für die besondere Thematik der Quasi-Zwangsbearbeitung und des Prinzips „Therapie statt Strafe“ können derzeit keine Resultate aus wissenschaftlichen Studien festgestellt werden. Zudem bezieht sich ein Großteil der vorhandenen Forschungsarbeiten im Bereich der Abhängigkeit auf Alkohol (vgl. Bauer & Baab, 1995; Deusinger, 1986; Zingg, 2010) und kaum auf illegale Substanzen.

Durchaus wird allerdings Menschen mit einer Abhängigkeitsproblematik häufig eine geringere psychische Stabilität zugeschrieben. Sie werden als Personen charakterisiert, die selbstunsicher sind und Schwierigkeiten in der Bewältigung ihrer Alltagsprobleme haben (Deusinger, 1986). Demzufolge sollten sich ihre Selbstkonzepte von denen der Normalpopulation unterscheiden und sich in einer weniger günstigen Selbstwahrnehmung und Selbstbewertung äußern. In Untersuchungen an 193 alkoholabhängigen Personen konnte Deusinger (1986) im Vergleich zu 193 Personen aus der Normalpopulation zeigen, dass es Differenzen in der Selbstbeurteilung besonders in den Selbstkonzeptbereichen der Leistung, der allgemeinen Selbstwertschätzung und des psychosozialen Bereichs gibt. Die Gruppe der Personen mit einer Abhängigkeitsproblematik zeigte durchwegs niedrigere und ungünstigere Ausprägungen ihrer Selbstkonzepte und damit ihrer psychischen Stabilität. Ähnliche Schlussfolgerungen zogen auch Harten und Röhling (1992) aus ihrer Studie zu subjektiven Theorien über eine Suchtpersönlichkeit. Sie ließen 700 Personen aus 48 Eigenschaften jeweils fünf Eigenschaften auswählen, die das Selbstbild und die Persönlichkeit eines Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung beschreiben. Dabei zeigte sich, dass zumindest zum damaligen Erhebungszeitpunkt noch immer ein Bild bestand, das Personen mit einer Abhängigkeitsproblematik als willensschwach, leicht deprimiert, haltlos, unausgeglichen, unsicher und hilflos charakterisierte. In einer Untersuchung zu Selbstkonzept und Persönlichkeitsstruktur alkoholauffälliger Kraftfahrer zeigte sich zudem, dass diese in Fremdbeurteilungen als wenig sozial resonant sowie als eher dominant, depressiv und verschlossen eingeschätzt wurden. Mit zunehmender Anzahl der Trunkenheitsfahrten verschob sich sowohl das Selbstbild der Kraftfahrer als auch das Fremdbild in eine verstärkt negative Richtung (Bauer & Baab, 1995).

In einer aktuellen Untersuchung zur Veränderung von Kontrollüberzeugungen und kognitiver Leistungsfähigkeit bei alkoholabhängigen Klienten während einer stationären

Therapie konnte Zingg (2010) zeigen, dass während der Behandlung insbesondere bei Klienten mit einem ungünstigeren Kontrollüberzeugungsstil eine positive Veränderung des Selbstkonzepts stattfand. Zudem zeichneten sich Klienten, die bereits während der Behandlung rückfällig wurden, im Vergleich zu abstinenten Klienten schon zu Behandlungsbeginn durch ein niedrigeres Selbstkonzept aus.

Bezüglich des Zusammenhangs zwischen Selbstkonzept und Delinquenz gibt es unterschiedliche Herangehensweisen. So erfolgt eine Auseinandersetzung mit dem Selbstkonzept von straffällig gewordenen Personen entweder als Folge von Etikettierung und Institutionalisierung im Sinne der Labeling-Hypothese oder mit dem Selbstkonzept als Bedingung für Devianz und Kriminalität (Lehner, 1999). Über die Ausprägung des Selbstkonzepts bei delinquenten Menschen herrscht eine unklare Forschungslage vor. Es existieren sowohl Untersuchungen, die nahelegen, dass Personen mit delinquentem Verhalten eine negativere Selbstbeurteilung zeigen (vgl. Dillig, 1983), als auch Untersuchungen, die keinen Unterschied (vgl. Deusinger, 1986; Lösel, 1983) oder sogar ein positiveres Selbstkonzept (vgl. Lösel, 1983) von delinquenten im Vergleich zu nicht-delinquenten Personen ermittelt haben.

Abschließend ist zu den sozialpsychologischen Konstrukten der Selbstwirksamkeitserwartung und des Selbstkonzepts festzuhalten, dass sie als Schutzfaktoren dienen können und im Behandlungsverlauf als protektive Ressourcen eingesetzt werden sollten. Ihre Förderung kann zu einer psychischen Stabilisierung, zur Prävention von Rückfällen und zur Aufrechterhaltung der Abstinenz sowie zu einer positiveren Einschätzung der eigenen Persönlichkeit, der eigenen Kompetenzen und der Handlungsfähigkeit beitragen (Schwarzer, 2004). Die mangelnde Forschungslage zu der Ausprägung und der Veränderung des Selbstkonzepts bei Klienten mit einer Abhängigkeitsproblematik und einer richterlichen Weisung zur Therapie macht eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dieser Thematik notwendig.

## 4. BEHANDLUNGSMOTIVATION

Als letzter theoretischer Baustein dieser Arbeit wird auf den Aspekt der Behandlungsmotivation eingegangen, dem eine tragende Rolle im Behandlungsgeschehen zugeschrieben wird. Anzumerken ist, dass hierbei die Begriffe Behandlungsmotivation und Therapiemotivation synonym verwendet werden. Nachstehend wird zuerst eine Auswahl der mannigfaltigen Ansätze zur Behandlungsmotivation beschrieben, die im historischen Verlauf als besonders bedeutend erachtet wurden. Daran anknüpfend steht die Frage nach der Behandlungsmotivation im Spannungsfeld von Abhängigkeit, Freiwilligkeit und Quasi-Zwang zur Diskussion. Abschließend wird auf zwei theoretische Konzepte zur Behandlungsmotivation Bezug genommen, welche die theoretische Basis der in der vorliegenden Studie eingesetzten Verfahren zur Erhebung der Behandlungsmotivation bilden, nämlich einerseits die Konsistenztheorie von Grawe (2000, 2004) und andererseits das transtheoretische Modell der Veränderung von Prochaska und DiClemente (1983). Die genannten Konzepte werden zudem im Kontext von Abhängigkeit und Quasi-Zwangsbehandlung diskutiert.

### ***4.1 Behandlungsmotivation: Ansätze, Definition, Theorien***

Die Beschäftigung mit dem Konstrukt der Behandlungsmotivation blickt auf eine lange Tradition zurück, aus der unterschiedliche Ansätze, Definitionen und Theorien hervorgegangen sind. Auch wenn es noch immer Diskrepanzen hinsichtlich ihrer Beschreibung gibt und auf Grund der Vielschichtigkeit, Komplexität und Dynamik des Konstrukts keine einheitliche Definition vorliegt, so gilt die Behandlungsmotivation dennoch als eine bedeutende unspezifische Wirkvariable bei der Behandlung psychischer Störungen und als förderliche Bedingung für den Behandlungserfolg. Da unterschiedliche Methoden bei ähnlichen Ausgangslagen ähnliche Ergebnisse in der Behandlung erzielten, wurde der Effekt unspezifischer Wirkfaktoren wie die Behandlungsmotivation als Erklärung herangezogen. Neben der therapeutischen Beziehung gilt die Behandlungsmotivation als prominenteste unspezifische Wirkvariable (Veith, 1997). Nachfolgend wird nun ein Überblick über das Konstrukt der Behandlungsmotivation gegeben.

Veith (1997) führt an, dass bezüglich der Definition von Therapiemotivation zumindest darüber Einigkeit herrsche, dass sie die Motivation für ein zielgerichtetes

Verhalten beschreibt. Meichenbaum und Turk (1994) bezeichnen Therapiemotivation als „Mitwirkungsbereitschaft“ und definieren sie als

[...] ein aktives, vom Patienten bewusst eingegangenes auf Kooperation zielendes Engagement, um ein therapeutisches Resultat zu erzielen oder präventiv etwas für seine Gesundheit zu tun. Therapiemotivation beinhaltet die Möglichkeit einer freien Wahl und die Anerkennung einer mit dem Therapeuten auf Gegenseitigkeit beruhenden Beziehung bei der Planung und Durchführung einer Behandlung. (S. 15)

Diese Definition betont die aktive Rolle des Klienten im therapeutischen Prozess und sieht Therapiemotivation als komplexes, dynamisches Phänomen, das sich permanent ändern kann. Determinanten der Therapiemotivation stellen Persönlichkeitsmerkmale des Klienten, Charakteristika der Behandlung, die vorliegende Diagnose, die Therapeut-Klient-Beziehung sowie das klinische Setting dar, wobei die genannten Faktoren nicht voneinander unabhängig sind, sondern sich überlappen (Meichenbaum & Turk, 1994). Zu einer ähnlichen Einteilung kommt Veith (1997) und geht von verschiedenen Zielklassen der Behandlungsmotivation aus. So bezieht sich Behandlungsmotivation darauf, Hilfe für die Bewältigung psychischer Probleme zu finden und betrifft die angestrebten Veränderungen von Symptomen oder Problemverhalten, womit die Veränderungsmotivation einen zentralen Aspekt der Behandlungsmotivation darstellt.

Verbreitung hat ein Modell zur Motivation gefunden, das in seinem Kerngedanken bereits auf Freud zurückgeht und vielfach weiterentwickelt wurde. Es umschreibt Therapiemotivation mit dem Begriffspaar *Leidensdruck versus Krankheitsgewinn*, zwei entgegengesetzt wirkenden Bestrebungen, wobei Therapiemotivation häufig mit Leidensdruck als motivationsfördernde Komponente gleichgesetzt wird. Therapiemotivation setzt sich somit aus fördernden und hemmenden Kräften zusammen. Auch wenn sich dieses Modell in der Praxis oftmals bewährt hat, so gibt es doch bestimmte Patientengruppen, für welche es unpassend ist. So wurde das Konzept unter anderem für Menschen mit einer Abhängigkeitsproblematik und für straffällige Personengruppen als unangemessen kritisiert und für letztere Gruppe auch empirisch belegt (Dahle, 1998). Gründe hierfür sind darin zu finden, dass dieses klassische Modell nur das Motiv der Linderung des Leidens berücksichtigt und andere Handlungsmotive, die ebenfalls wesentlich für das Zustandekommen von Behandlungsmotivation und Handlung sind, außer Acht lässt. Dazu zählen

die Hoffnung der betroffenen Person, dass die Handlung eine geeignete Strategie zur Erreichung der Ziele darstellt, ebenso wie die Erwartung, dass ein anderer Weg zur Zielerreichung nicht passender wäre und die Überzeugung, über die zur Umsetzung der Handlung erforderlichen Kompetenzen und Möglichkeiten zu verfügen (Dahle, 1998; Petry, 1993).

Dollard und Miller (1950) beschreiben in einer Weiterentwicklung dieses psychoanalytischen Grundgedankens Behandlungsmotivation als Annäherungs- und Vermeidungskonflikt. Dabei handelt es sich um zwei gegenläufige Motivationstendenzen, nämlich einerseits die Motivation, eine Therapie aufzusuchen und andererseits die Motivation, eine Therapie zu vermeiden. Zusammen bewirken diese beiden Kräfte die Motivation, sich in eine Behandlung zu begeben und beeinflussen das Motivationsgeschehen im Therapieverlauf. Die Therapievermeidungstendenz wird nach Dollard und Miller (1950) hauptsächlich durch angstbezogene Affekte bestimmt, wie die Angst, verrückt zu sein oder es zu werden, Angst vor der Auslieferung an den Therapeuten, aber auch vor negativer Bewertung durch die Peer-Gruppe, vor der unbekanntem Situation oder vor der Konfrontation mit dem Problem. Demgegenüber steht im Sinne der Annäherung die Therapieaufsuchungstendenz, die ihr Gewicht durch den Leidensdruck erhält. Hierzu zählen neben der Belastung durch die Symptome auch das Leiden auf Grund der durch die Symptomatik blockierten Lebensziele und der Druck, der durch das soziale Umfeld auf den Klienten ausgeübt wird.

Einen weiteren Ansatz der Definition von Behandlungsmotivation liefert Rogers (1961), der sie als Spezialfall der Selbstaktualisierungstendenz versteht und damit als Tendenz, die eigenen Fähigkeiten und Kapazitäten zu aktivieren und in Richtung größerer Reife und Selbstkongruenz zu wachsen.

Eine andere Sichtweise bieten die kognitiven Motivationstheorien, die ursprünglich auf den sogenannten Erwartungs-mal-Wert-Theorien basieren (Trimmel, 2003; Veith, 1997). So stellt Krause (1966) in seiner kognitiv orientierten Definition der Behandlungsmotivation nicht nur den Kosten-Nutzen-Aspekt in den Vordergrund, sondern beschreibt sie erstmals als prozessabhängiges und veränderbares Phänomen. Je nach Phase des Therapieverlaufs, wie beispielsweise das Aufsuchen der Therapie, das Anvertrauen an den Behandler oder das Beenden der Behandlung, verändert sich auch die Behandlungsmotivation.

Rief, Exner und Martin (2006) führen neben Veränderungswissen und Veränderungskompetenz die Motivation als eine der Hauptdeterminanten zur erfolgreichen Veränderung im Rahmen einer Therapie an und unterscheiden zwischen Behandlungsmotivation und Veränderungsmotivation. Während die Behandlungsmotivation Verhaltensweisen wie die Aufnahme einer Behandlung, Bereitschaft zur

längerfristigen Mitarbeit oder Offenheit und Vertrauen im Kontakt mit dem Behandler bestimmt, beinhaltet die Veränderungsmotivation das Bestreben, Verhaltensweisen im Umgang mit der Symptomatik sowie psychosoziale Aspekte der Lebenswelt des Klienten zu verändern.

Neben dieser allgemeinen Betrachtung der Motivation ist eine Berücksichtigung abhängigkeitspezifischer Aspekte relevant. Nach Petry (1993) lassen sich drei grundlegende Bestimmungsstücke der Behandlungsmotivation bei Abhängigkeits-erkrankungen unterscheiden. Differenziert werden kann zwischen der Behandlungsdisposition, die aus der subjektiven Auseinandersetzung des Betroffenen mit der schrittweisen Suchtentwicklung resultiert und sich in generalisierten Einstellungs- und Erwartungsstrukturen äußert sowie der Behandlungsbereitschaft, also der Bereitwilligkeit des Patienten, ein bestehendes Behandlungsangebot anzunehmen. Davon lässt sich noch der äußere Aspekt der Behandlungsaktivität abgrenzen, das heißt das beobachtbare Verhalten der Therapieaufnahme und -beendigung.

#### ***4.2 Behandlungsmotivation: Voraussetzung oder Ziel im Kontext von Abhängigkeit und Quasi-Zwang?***

Eng verknüpft mit der Frage nach dem Vorhandensein der Behandlungsmotivation ist seit jeher die Frage der Freiwilligkeit und die Frage nach dem subjektiv wahrgenommenen Zwang zur Behandlung (siehe auch Kapitel 2.2.1). Lange Zeit war die Ansicht dominierend, dass Behandlung die Freiwilligkeit des Klienten voraussetzt und eine Behandlung, die unter Zwang begonnen wird, aussichtslos ist. Besonders Klienten, die im Zuge des Strafvollzugs oder als Alternative zu diesem auf Grund einer richterlichen Weisung eine Behandlung beginnen, sehen sich häufig mit dem Stigma der fehlenden Behandlungsmotivation konfrontiert. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass mangelnde Behandlungsmotivation nicht nur eine Schwierigkeit bei delinquenten Personengruppen darstellt, sondern sich als allgemeines Problem sozial randständiger Bevölkerungsgruppen mit niedrigem Bildungsniveau präsentiert (Dahle, 1998; Gegenhuber et al., 2009). Hinzu kommt, wie bereits erwähnt wurde, dass kaum eine Behandlung unter völliger Freiwilligkeit begonnen wird, sondern verschiedenste Arten von Druck auf den Klienten ausgeübt werden können (siehe Kapitel 2.2.1). Besonders im Bereich der Behandlung von Klienten mit einer Substanzabhängigkeit spielt externer Zwang eine große Rolle (Gegenhuber, 2008). Dabei liegt ein Hemmnis der Behandlungsmotivation darin, dass die Wahrnehmung von Freiheitsbeschränkung beziehungsweise

eingeschränkter Wahlfreiheit Reaktanz<sup>4</sup> hervorruft. Allerdings lässt sich andererseits die Hoffnung auf positive Auswirkungen einer Teilnahme an der Behandlung, im Sinne einer Sanktionserleichterung, als geeignetes Motiv für therapiebezogene Handlungen erkennen. Damit können erste Schritte zu einer Behandlung gesetzt werden (Dahle, 1998).

Um der Frage nachzugehen, ob Therapiemotivation für eine Behandlung von Beginn an vorhanden sein muss, stellt Dahle (1998) fest, dass elementare Voraussetzungen einer erfolversprechenden Behandlung auch im forensischen Bereich folgende drei Kriterien umfassen: Therapiebedürftigkeit, Therapiefähigkeit und Therapiemotivation. Dabei bestimmen motivationale Faktoren das Klientenverhalten in der Interaktion mit dem Therapeuten maßgeblich und damit auch die Erfolgsaussichten der Maßnahme. Andererseits ist Behandlungsmotivation durch die Art und Qualität der Behandlung und die Inhalte der ersten Behandlungsschritte beeinflussbar. Damit lässt sich Behandlungsmotivation nicht notwendigerweise als Voraussetzung, sondern auch als erstes Therapieziel begreifen. Somit kann die Ausübung justizieller Einflussnahme tatsächlich eine motivationsfördernde Wirkung zeigen und eine Behandlung initiieren, sodass erste Schritte in Richtung einer Änderung des Problemverhaltens gesetzt werden können. Motivation geschieht und entwickelt sich in der Folge durch eigenen Antrieb und durch die Auseinandersetzung mit den gesetzlichen Regelungen und Normen (Dahle, 1998; Heckmann et al., 2003; Höld, 2007). Behandlungsmotivation sollte als mehrdimensionales Konstrukt verstanden werden, wodurch im Rahmen einer Behandlung an diejenigen Dimensionen des Motivationsprofils angeknüpft werden kann, die gut ausgeprägt sind und die weniger gut entwickelten Dimensionen gefördert werden (Dahle, 1995, zitiert nach Pfäfflin & Mergenthaler, 1998, S. 21). Notwendig sind also Behandlungskonzepte, welche die unterschiedlichen Elemente von Druck, Kontrolle und Zwang berücksichtigen und dahingehend nutzen, dass eine Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung für Veränderung geschaffen wird (Rotthaus, 1998).

Somit lässt sich die Frage nach der Behandlungsmotivation als Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie dahingehend beantworten, dass sie nicht von Beginn an gegeben sein muss, sondern im Sinne eines Ziels therapeutischer Interventionen im Laufe der Behandlung erarbeitet und gefördert werden sollte, um gute Behandlungsergebnisse zu erzielen.

Für die vorliegende Arbeit im Spannungsfeld von Substanzabhängigkeit und Delinquenz werden vor allem zwei theoretische Konzepte der Behandlungsmotivation herangezogen, die im Folgenden beschrieben werden.

---

<sup>4</sup> Reaktanz wird definiert als die negative Reaktion auf die Bedrohung oder Einschränkung der Handlungsfreiheit im Sinne von Widerstand einer Person gegen den von einer anderen Person ausgeübten Druck in Richtung einer Beschränkung der Wahl zwischen Handlungsalternativen und geht mit der Verweigerung von erbetener Hilfeleistung einher (Häcker & Stapf, 2004; Hogg & Vaughan, 2011).

### **4.3 Die Konsistenztheorie von Grawe: Motivationale Schemata**

Der konsistenztheoretische Ansatz von Grawe (2000, 2004) geht davon aus, dass sich bei jedem Menschen entwicklungsgeschichtlich motivationale Schemata bilden und in Verbindung mit den Grundbedürfnissen entstehen. Dies sind die vier Grundbedürfnisse nach 1) Orientierung und Kontrolle, 2) Lustgewinn und Unlustvermeidung, 3) das Bindungsbedürfnis und 4) das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz. Motivationale Schemata dienen als wichtige Motivationsquelle und werden im Laufe der Entwicklung individuell ausdifferenziert. Nach Grawe (2000) beinhalten motivationale Schemata Wahrnehmungsbereitschaften, Handlungsbereitschaften, emotionale Reaktionsbereitschaften und motivationale Bereitschaften. Die motivationalen Bereitschaften werden auch als Intentionen bezeichnet und verbinden die genannten Teile zu einer Funktionseinheit. Somit beeinflussen motivationale Schemata das psychische Geschehen und bringen es in Richtung bestimmter Ziele in Gang. Ziele sind in diesem Sinne „die erwünschten Individuums/Umgebungs-Bezüge, deren Erreichen oder Annäherung von positiven und deren Ausbleiben oder Behinderung von negativen Emotionen begleitet ist“ (Grawe, 2000, S. 339).

Grundsätzlich wird zwischen intentionalen Schemata, auch als Annäherungsschemata bezeichnet, und Vermeidungsschemata unterschieden. Annäherungsschemata entwickeln sich um die Grundbedürfnisse herum und „[...] sind darauf ausgerichtet, etwas anzustreben, herzustellen, herbeizuführen oder sich einem gewünschten Zustand zu nähern. Sie sind durch eine positive Tendenz ‚hin zu etwas‘ gekennzeichnet“ (Grawe, 2000, S. 355). Grundlage für ihre Entwicklung sind einerseits angeborene Bedürfnisse, andererseits die Sozialisation des Individuums. Je differenzierter ein intentionales Schema ausgebildet ist, um so eher hat das Individuum die Möglichkeit, das dahinterstehende Bedürfnis zu befriedigen. Menschen mit reichhaltigen intentionalen Schemata sollten daher öfter positive Emotionen erleben und damit über eine gute Basis für seelische Gesundheit verfügen. Sind die intentionalen Schemata hingegen weniger ausgebildet und das Anspruchsniveau bezüglich der Bedürfnisbefriedigung hoch, können die hohen Sollwerte nicht durch die eigenen Fähigkeitskomponenten der intentionalen Schemata erreicht werden. Es entsteht Inkongruenz zwischen dem Ist- und dem Soll-Zustand, wodurch negative Emotionen ausgelöst werden, die sich auf eine geringere Ausrichtung der psychischen Aktivität auf die Realisierung positiver Intentionen auswirken können. Aus dieser Konstellation heraus können psychische Störungen entstehen (Grawe, 2000).

Im Gegensatz zu den intentionalen Schemata entstehen Vermeidungsschemata durch die Verletzung der Grundbedürfnisse. Die Bedürfnisbefriedigung wird dann durch



die Aktivität von Vermeidungsschemata verhindert. Flucht, Abwehr und Vermeidung sind überlebenswichtige Bestandteile und führen zu einer Vermeidung von aversiven Empfindungen und Ist-Soll-Inkongruenzen. Abweichungen von Zielen sollen so vermieden werden, womit das vorwegnehmende und reaktive Vermeiden als eine Grundform motivationaler Schemata aufgefasst werden kann. Nach Grawe (2000) bilden sich Vermeidungsschemata „[...] um ein negativ definiertes Ziel, einen Individuums-Umweltbezug, der vermieden werden soll. Vermieden wird damit gleichzeitig die negative Emotion, die aufträte, wenn das Vermeidungsziel gefährdet oder nicht erreicht wird“ (S. 358). Der Einfluss eines Vermeidungsschemas bezieht sich nicht nur auf das Verhalten, sondern hemmt auch das Erleben und damit verbundene Wahrnehmungen, Erinnerungen, Gedanken und Gefühle (Grawe, 2000). Auf Basis dieser Annahmen kann festgestellt werden, wie sehr eine Person an positiven Verstärkern im Sinne von Annäherungszielen oder negativen Verstärkern und bedrohlichen Aspekten der Umwelt im Sinne von Vermeidungszielen orientiert ist (Grosse Holtforth & Grawe, 2002).

Den Grundbedürfnissen und motivationalen Schemata ist die Forderung nach Konsistenz der psychischen Prozesse als höchstes Prinzip des psychischen Geschehens übergeordnet. Psychische Prozesse sind darauf ausgerichtet, die Grundbedürfnisse eines Menschen gleichzeitig möglichst gut zu befriedigen. Je konsistenter die psychischen Prozesse sind, desto wirksamer kann die Bedürfnisbefriedigung sein. Somit bedeutet ein hohes Ausmaß an Inkonsistenz seelisches Leiden und menschliches Unglück. Die Konsistenz kann sowohl durch inkongruente Wahrnehmungen als auch durch Schemata-Konflikte im Sinne von Diskordanz beeinträchtigt werden. Inkongruenz entsteht, wenn das Individuum Wahrnehmungen macht, die nicht mit den Schemata übereinstimmen und stark gegen wichtige Schemata und damit verbundene Grundüberzeugungen verstoßen. Diskordanz meint das Konfliktieren motivationaler Schemata untereinander. Dabei werden mehrere motivationale Schemata zur selben Zeit aktiviert, deren gleichzeitige Realisierung sich gegenseitig ausschließt. Durch die Verletzung der Grundbedürfnisse und der damit verbundenen Entwicklung von Vermeidungsstrategien stellen Schemata-Konflikte und Inkongruenz eine bedeutende Quelle psychischer Störungen dar, die in der Behandlung berücksichtigt werden müssen. Daher sollte es zu den Behandlungszielen gehören, Vermeidungsziele zu vermindern und Annäherungsziele zu fördern, da das Annäherungsverhalten durch das Vermeidungsverhalten gehemmt wird (Grawe, 2000, 2004).

#### *4.3.1 Motivationale Schemata im Kontext von Abhängigkeit und Quasi-Zwang*

Untersuchungen, die sich der Frage der Annäherungs- und Vermeidungsmotivation bei Klienten widmen, die eine Behandlung bei bestehender Substanzabhängigkeit auf Grund einer richterlichen Weisung beginnen, stehen großteils noch aus. Erst in jüngster Zeit haben sich zwei Kolleginnen im Rahmen des Forensik-Arbeitskreises, in welchem auch die vorliegende Arbeit entstanden ist, mit dieser Thematik auseinandergesetzt. So haben Leeb (2011) und Zwettler (2011) im Zuge ihrer Diplomarbeiten an 61 Personen mittels des *Fragebogens zur Analyse Motivationaler Schemata* (FAMOS, Grosse Holtforth & Grawe, 2002) untersucht, ob es einen Unterschied zwischen substanzabhängigen Klienten mit richterlicher Weisung und substanzabhängigen Klienten, die aus anderen Motiven eine ambulante Behandlung beginnen, hinsichtlich der Ausprägung ihrer Annäherungs- und Vermeidungsschemata gibt. Leeb (2011) konnte in einer Querschnittstudie keine signifikanten Unterschiede in der Annäherungsmotivation sowie in der Vermeidungsmotivation zwischen der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe feststellen. In der zugehörigen Katamnesestudie konnte auch Zwettler (2011) im Behandlungsverlauf der ambulanten Therapie nach einem sechsmonatigen Katamesezeitraum keine signifikanten Veränderungen bezüglich der motivationalen Schemata festhalten. Sowohl die Annäherungs- als auch die Vermeidungsziele blieben über die Zeit hinweg unverändert und es zeigten sich weder zwischen als auch innerhalb der beiden Gruppen Niveauunterschiede in den motivationalen Schemata. Diese Resultate sprechen dafür, dass Klienten, die sich auf Grund einer richterlichen Weisung in einer Behandlung befinden, keine geringere Behandlungsmotivation aufweisen als Klienten, die aus anderen Motiven eine Behandlung in Anspruch nehmen (Leeb, 2011; Zwettler, 2011).

#### ***4.4 Behandlungsmotivation als Prozess: Veränderungsbereitschaft und das transtheoretische Modell der Veränderung***

Wie aus den oben beschriebenen Theorien hervorgeht, besteht eine Vielzahl an möglichen Herangehensweisen an das Konstrukt der Behandlungsmotivation. Ziel ist es nun, integrative Modelle zu schaffen, welche die Behandlungsmotivation therapieschulen-unabhängig beschreiben und methodenübergreifend einsetzbar sind (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992). Einer der ersten Versuche hierzu wurde von Krause (1966) unternommen, der Behandlungsmotivation als veränderbares und prozess-

abhängiges Phänomen verstand. Mittels des prozessabhängigen Charakters kann die Behandlungsmotivation nach Veith (1997) in die drei Komponenten Hilfesuchen, Veränderungsmotivation sowie therapeutische Beziehung eingeteilt werden. Veränderungsmotivation definiert sich als Aspekt der Motivation mit der Ausrichtung, Veränderungen hinsichtlich eines bestimmten und meist konkreten Problemverhaltens zu erzielen. In erster Linie geht es hierbei um die Veränderung des Verhaltens, wobei die Behandlung selbst als Mittel zum Zweck angesehen werden kann (Gegenhuber, 2008).

Unter dem Aspekt der Behandlungsmotivation als Prozess sind Stadien- oder Stufenmodelle von besonderer Bedeutung. Stadienmodelle gehen davon aus, dass im Laufe der Verhaltensänderung verschiedene Stufen durchlaufen werden müssen, wobei das Ziel der Verhaltensänderung das höchste zu erreichende Stadium darstellt. Im Falle der Substanzabhängigkeit kann dies beispielsweise das Erreichen und Aufrechterhalten der Abstinenz sein (Gegenhuber, 2008). Im Bereich der Behandlungsmotivation in Zusammenhang mit Abhängigkeitsproblematiken ist das am weitesten verbreitete prozessorientierte Stadienmodell das transtheoretische Modell der Veränderung von Prochaska und DiClemente (1983; Prochaska et al., 1992). Das transtheoretische Modell der Veränderung beschreibt Verhaltensänderung als einen Prozess, bei dem verschiedene Phasen der Veränderungsbereitschaft, sogenannte *stages of change*, in zeitlicher Folge durchlaufen werden. Da sich dieses Modell explizit auf Abhängigkeits-erkrankungen bezieht und einen wichtigen Baustein zur Erfassung der Behandlungsmotivation in der vorliegenden Studie bildet, wird es im Folgenden näher beschrieben.

Ursprünglich wurde das transtheoretische Modell der Veränderung im Bereich der Raucherentwöhnung entwickelt und wird gegenwärtig in vielen Bereichen des Gesundheitsverhaltens zum Einsatz gebracht und für diese in der Forschung auch bestätigt (Schwarzer, 2004). Das zentrale Konstrukt des Modells sind die Stufen der Veränderung, also die einzelnen Stadien, die im Zuge einer Verhaltensänderung durchlaufen werden müssen. Daneben sind Prozesse der Verhaltensänderung, die Selbstwirksamkeitserwartung und die Entscheidungsbalance aus positiven und negativen Handlungsergebniserwartungen sowie die Versuchung für das Gesundheitsverhalten maßgeblich und stehen mit den Stadien in Verbindung (DiClemente et al., 1985; McConaughy, DiClemente, Prochaska, & Velicer, 1989; Prochaska et al., 1992; Schwarzer, 2004; Velicer, DiClemente, Rossi, & Prochaska, 1990).

Im Prozess der Verhaltensänderung werden dem transtheoretischen Modell zufolge die nachstehenden Stadien (Abbildung 1) durchlaufen (Prochaska et al., 1992; Warschburger, 2009):

- I. Das erste Stadium bildet die Phase der *Absichtslosigkeit (Precontemplation)*. Auf dieser Stufe sind sich Individuen ihres Problemverhaltens noch nicht bewusst und streben in naher Zukunft keine Verhaltensänderung an, zumindest nicht innerhalb der nächsten sechs Monate. Wird in dieser Phase eine Behandlung begonnen, so geschieht dies meist auf externen Druck durch die Familie, Arbeitgeber oder das Gericht.
- II. Im zweiten Stadium, der Stufe der *Absichtsbildung (Contemplation)*, besteht Ambivalenz gegenüber dem Problemverhalten. Personen sind sich nun dessen bewusst, dass ein Problem existiert, können sich jedoch noch nicht zu einer Handlung entschließen. Vor- und Nachteile einer Verhaltensänderung werden durchdacht und sich einerseits mit den als positiv erlebten Aspekten der Abhängigkeit und andererseits mit dem Maß an Anstrengung und Mühe, die eine Bewältigung des Problemverhaltens mit sich bringen würde, auseinandergesetzt. Auch wenn hier noch keine Handlung gesetzt wird, so wird eine Verhaltensänderung innerhalb der nächsten sechs Monate in diesem Stadium ernsthaft erwogen.
- III. Das dritte Stadium bildet die Phase der *Vorbereitung (Preparation)*. Die Intention zur Änderung des Problemverhaltens und das tatsächliche Verhalten spielen inzwischen eine wichtige Rolle. Die Entscheidung, innerhalb des nächsten Monats eine Handlung zu setzen, wird getroffen, wobei im letzten Jahr bereits erfolglose Versuche zur Verhaltensänderung unternommen wurden. Es kommt zu ersten kleinen Änderungen des Problemverhaltens, wie beispielsweise einer Reduktion des Substanzkonsums.
- IV. In der vierten Stufe des Prozesses, dem Stadium der *Handlung (Action)*, kommt es zu einer tatsächlichen Änderung des problematischen Verhaltens. Das Handlungsstadium ist gekennzeichnet durch eine Modifizierung des Verhaltens hin zu einem gewünschten Kriterium und einer offenkundigen Anstrengung, diese Änderung zu erreichen. Im Falle einer Abhängigkeitsproblematik ist dieses Kriterium häufig die Abstinenz oder stabile Substitution ohne illegalen Beikonsum. Wird das angestrebte Verhalten für zumindest einen

Tag bis sechs Monate aufrechterhalten, erfolgt die Klassifizierung in diese Stufe.

- V. Die fünfte Stufe, das Stadium der *Aufrechterhaltung (Maintenance)* wird erreicht, wenn das geänderte Verhalten für mindestens sechs Monate beibehalten werden kann. Das Stadium ist gekennzeichnet durch Bemühungen, Rückfällen präventiv vorzubeugen und den erreichten Erfolg zu festigen.
- VI. Das Stadium der *Stabilisierung (Maintenance)* wurde im Bereich der Raucherentwöhnung als sechste Stufe dem Modell hinzugefügt (Prochaska, Redding, & Evers, 2008). Im Rahmen der Stabilisierung kommt es zu einer vollkommenen Zuversicht bezüglich der Aufrechterhaltung des geänderten Verhaltens. Im Falle von Abhängigkeitserkrankungen ist auf Grund deren Komplexität und Schwere allerdings nicht von einer absoluten und dauerhaften Freiheit von Rückfallsgedanken auszugehen. Daher erscheint eine Unterteilung in die Phase der Stabilisierung für Menschen mit einer Abhängigkeit von illegalen Substanzen nicht sinnvoll (Gegenhuber, 2008).

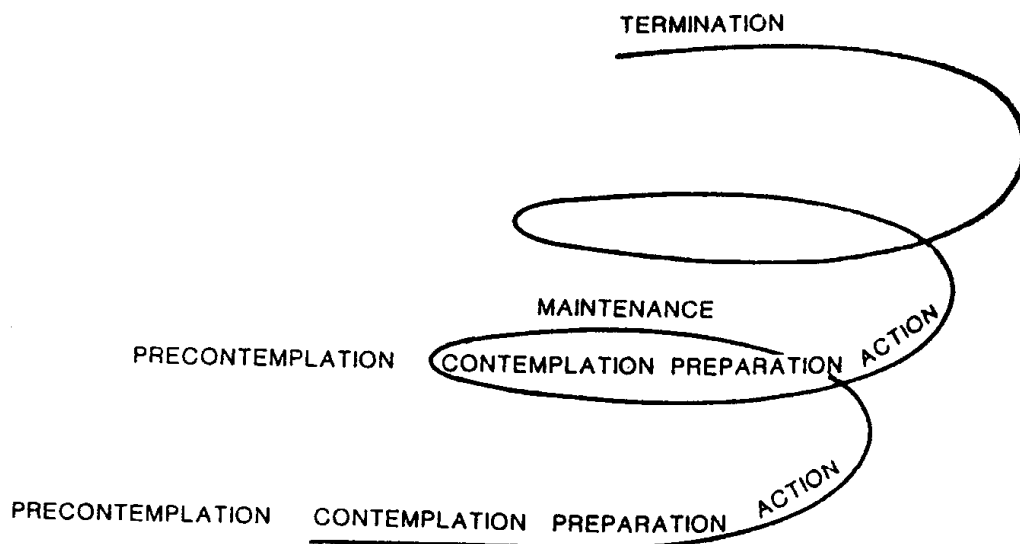


Abbildung 1. Spiralmodell der Stadien der Veränderung (Prochaska et al., 1992, S. 1104).

Über die Zeit werden so die verschiedenen Stadien durchlaufen, wobei Prochaska et al. (1992) davon ausgehen, dass sich Klienten bei Behandlungsbeginn üblicherweise in Vorbereitung auf die ersten Handlungen im Stadium der Absichtsbildung befinden. Mit zunehmender Veränderungsbereitschaft und Engagement in der Therapie reduziert sich auch der Widerstand der Klienten gegen die Behandlung:

Patients entering therapy could usually be characterized as prepared for action because their highest score was on the contemplation scale and second highest was on the action scale. [...] over time, patients who remained in treatment progressed from being prepared for action into taking action. That is, they shifted from thinking about their problems to doing things to overcome them. (Prochaska et al., 1992, S. 1106)

Eine Besonderheit des transtheoretischen Modells ist seine dynamische, spiralförmige Konzeption und damit die Inkludierung der Rückfallmöglichkeit in das Problemverhalten. Die Verweildauer in den jeweiligen Stadien ist individuell sehr unterschiedlich. Um eine erfolgreiche Verhaltensänderung zu erzielen ist aber das Durchlaufen aller Phasen notwendig. Gerade im Bereich der Substanzabhängigkeit ist ein lineares Durchlaufen der Stadien beim ersten Veränderungsversuch selten. Die dynamische Konzeption des Modells lässt Rückfälle in vorherige Stadien zu, wobei davon ausgegangen wird, dass Individuen aus ihren Fehlern lernen und beim nächsten Versuch der Verhaltensänderung erfolgreicher sind. Ein Rückfall ist somit keine Niederlage, sondern vielmehr eine Möglichkeit, durch die konstruktive Verarbeitung des Geschehens Bewältigungsstrategien für zukünftige Risikosituationen zu erlernen (Gegenhuber, 2008; Prochaska et al., 1992).

Neben den Stadien bilden die Prozesse der Veränderung das zweite Kernkonstrukt im transtheoretischen Modell. Stadienspezifisch können verschiedene Strategien der Verhaltensänderung eingesetzt werden. Diese Veränderungsprozesse im Sinne von therapeutischen Wirkprinzipien tragen dazu bei, das nächsthöhere Veränderungsstadium zu erreichen. Die eingesetzten Strategien lassen sich verschiedenen Therapieschulen zuordnen, woraus sich der transtheoretische Charakter des Modells ergibt. Generell werden zehn verschiedene Prozesse unterschieden, die sich zwei Strategien zuordnen lassen. So zählen zu den kognitiv-affektiven Strategien die Steigerung des Problembewusstseins (*consciousness raising*), das emotionale Erleben (*dramatic relief, emotional arousal*), die Neubewertung der persönlichen Umwelt (*environmental reevaluation*), die Neubewertung des Selbst (*self-reevaluation*) und das Wahrnehmen förderlicher Umweltbedingungen (*social liberation*). Verhaltensorientierte Strategien beinhalten Prozesse der Selbstverpflichtung (*self-liberation, commitment*), der Kontrolle der Umwelt (*stimulus control*), der Gegenkonditionierung (*counterconditioning*), des Nutzens hilfreicher Beziehungen (*helping relationship*) sowie der Verstärkung (*reinforcement management, reward*) (Prochaska et al., 1992; Warschburger, 2009).

Zusätzlich dazu enthält das Modell zwei weitere wichtige Konstrukte, nämlich einerseits die Entscheidungsbalance, die motivationale und kognitive Aspekte der Entscheidungsfindung beinhaltet, indem die Vor- und Nachteile einer Verhaltensänderung und des bestehenden Problemverhaltens erfasst werden, und andererseits die Selbstwirksamkeitserwartung (DiClemente et al., 1985; Prochaska et al., 1992; Schwarzer, 2004; Velicer et al., 1990; Warschburger, 2009). Für die Kernvariable der Selbstwirksamkeitserwartung konnte gezeigt werden, dass eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung mit einer größeren Aktivität der Veränderungsprozesse einhergeht. Die Selbstwirksamkeitserwartung kann somit als abhängige Variable im Veränderungsprozess gesehen werden und nimmt über die verschiedenen Stadien hinweg zu (DiClemente et al., 1985; Velicer et al., 1990).

#### *4.4.1 Veränderungsbereitschaft im Kontext von Abhängigkeit und Quasi-Zwang*

Der Einsatz des transtheoretischen Modells der Veränderung hat sich in den letzten Jahren vor allem im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen etabliert und wird sowohl in der Forschung als auch in der Behandlung häufig als theoretische Basis herangezogen. Bis dato existieren allerdings nur bedingt empirische Forschungsarbeiten, die sich mit dem Zusammenhang zwischen externem Zwang und der Veränderungsbereitschaft nach dem transtheoretischen Modell beschäftigen (Gegenhuber, 2008).

Eine Auseinandersetzung mit dieser Thematik erfolgte durch Gütlich, Heidenreich und Hoyer (1998), die an 32 Teilnehmern untersuchten, wie sich Personen im deutschen Maßregelvollzug von jenen in einer stationären Behandlungseinrichtung hinsichtlich ihrer Veränderungsmotivation unterscheiden. Aus ihrer Studie resultierten Ergebnisse, die nahelegen, dass Personen im Maßregelvollzug eher Einstellungen aufweisen, die dem Stadium der Absichtslosigkeit zuzuordnen sind. Personen in stationärer Drogenentwöhnungsbehandlung wiesen hingegen Einstellungen auf, die eine Zuteilung zu den Stadien der Absichtsbildung und der Aufrechterhaltung erlauben. Callaghan, Hathaway, Cunninghama, Vettese, Wyatt und Taylor (2005) stellten in Zusammenhang mit stationärer Behandlung bei 130 Klienten, die von einer Substanzabhängigkeit betroffen waren, fest, dass Personen im Stadium der Absichtslosigkeit signifikant häufiger die Behandlung abbrachen als Personen, die sich im Stadium der Absichtsbildung oder Handlung befanden. Somit lässt sich festhalten, dass die Veränderungsmotivation zu Beginn der Behandlung einen Einfluss auf den weiteren Therapieverlauf und -erfolg hat, der umso größer ist, je höher die Stadienzugehörigkeit zu Behandlungsbeginn ist. Zudem korreliert die Veränderungsmotivation positiv mit der Verweildauer in der Behandlung (Gegenhuber, 2008). Dazu konnten Gegenhuber, Werdenich und Kryspin-Exner (2008) in

einer Evaluationsstudie zu justiziellem Zwang, Motivation und Therapieerfolg zeigen, dass zwischen der Phase der Motivation und dem Behandlungsfortschritt eine generelle Tendenz im Verlauf zu erkennen ist. Auch wenn ihre Ergebnisse nicht signifikant waren, so konnten sie doch festhalten, dass über die Hälfte der Klienten, die sich zu Beginn der Behandlung im Stadium der Handlung befanden, 18 Monate danach die Behandlung entweder erfolgreich abgeschlossen haben oder sich noch in dieser befanden. Behandlungsabbrüche konnten am häufigsten unter jenen Klienten verzeichnet werden, die sich zu Behandlungsbeginn im Stadium der Absichtslosigkeit befanden. Diese Personen brachen zudem die Behandlung eher dann ab, wenn sie nicht auf Grund des Drucks durch die Justiz begonnen wurde.

Schaub et al. (2010) konnten in ihrem Vergleich von Klienten, die eine Behandlung unter Quasi-Zwang begannen und Klienten, die ohne richterliche Weisung eine Behandlung begannen, in einer Längsschnittstudie keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich der Veränderungsbereitschaft feststellen. Sie kamen damit zu dem Schluss, dass Behandlungen unter Quasi-Zwang gleich effektiv sind wie freiwillig begonnene Behandlungen, sofern sie im gleichen Setting stattfinden. Auch Marshall und Hser (2002) fanden keine Unterschiede in der Behandlungsmotivation zwischen Klienten, die auf Grund delinquenter Verhaltensweisen mit dem Justizsystem in Kontakt standen, deren Behandlung jedoch nicht vom Gericht angeordnet wurde, und Klienten ohne aktuellem Kontakt zum Justizsystem. Allerdings stellten sie in einem Gesamtvergleich aller involvierten Gruppen Unterschiede zwischen Klienten mit richterlicher Weisung und jenen Klienten fest, die gänzlich ohne Auflage oder lediglich mit Kontakt zum Justizsystem, jedoch noch ohne richterliche Weisung eine Behandlung in Anspruch nahmen. Hier zeigten sich im Vergleich mit beiden anderen Gruppen in der Gruppe der Klienten mit richterlicher Weisung signifikant niedrigere Ergebnisse hinsichtlich der Problemerkennung, dem Wunsch nach Hilfe und der Veränderungsbereitschaft.

McSweeney et al. (2007) konnten ebenso keine signifikanten Unterschiede zwischen Klienten mit und ohne richterlicher Weisung zur Behandlung in den Stadien der Veränderungsbereitschaft feststellen. Sie weisen darauf hin, dass der Beginn der Behandlung einer Substanzabhängigkeit als Teil einer gerichtlichen Anordnung nicht zwangsläufig die Wahrscheinlichkeit eines Behandlungserfolgs durch eine Reduktion der Motivation vermindert. Vielmehr betonen sie, dass es zwar eine Verbindung zwischen dem Rechtsstatus des Klienten und dem wahrgenommenen Zwang zur Behandlung gibt, dieser die Veränderungsbereitschaft aber nicht reduziert. Adäquat dazu zeigten Stevens et al. (2006) in einer Studie zum Zusammenhang von Rechtsstatus, wahrgenommenem Zwang und Motivation im Rahmen von Quasi-Zwangsbehandlungen bei 845 Menschen mit einer Substanzabhängigkeit in über fünf europäischen Ländern, dass Personen, die



eine Behandlung unter Quasi-Zwang begannen, zwar einen größeren Druck zur Behandlung verspürten, dies aber nicht zu einer höheren oder niedrigeren Motivation im Vergleich zu Klienten ohne richterlicher Weisung führte. Zudem hielten sie einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Art der Behandlung, früheren Behandlungserfahrungen und der Motivation fest. So befanden sich Personen in stationärer Behandlung bezüglich der Veränderungsbereitschaft eher im Stadium der Absichtsbildung und weniger im Stadium der Handlung. Personen mit geringerer Motivation konnten tendenziell auf vermehrte frühere Behandlungserfahrungen zurückblicken. Gregoire und Burke (2004) fanden hingegen einen positiven Zusammenhang zwischen justiziellem Zwang und der Behandlungsmotivation und folgerten daraus, dass Druck durch die Justiz die Veränderungsbereitschaft erhöhen und damit den Behandlungserfolg verbessern würde.

Zusammenfassend bleibt zu betonen, dass richterlich ausgeübter Zwang zumindest keinen negativen Einfluss auf die Veränderungsmotivation eines Klienten zu haben scheint, sondern dass justizieller Zwang Personen, die ihrem Problemverhalten gegenüber ambivalent eingestellt sind und sich im Stadium der Absichtsbildung befinden, vielmehr dazu bewegt, in einer Behandlung zu bleiben. Ohne diesen externen Motivator wird die Behandlung eher abgebrochen (Gegenhuber et al., 2008). Der Beginn einer Behandlung unter Quasi-Zwang kann daher ein sehr nützlicher und wertvoller Weg für Klienten zur Besserung ihrer Lebensumstände sein, gerade dann, wenn zwar eine Drogenproblematik vorliegt, die davon betroffene Person jedoch ohne den Anstoß des Justizsystems keine Hilfe in Anspruch nehmen würde. In diesem Zusammenhang muss Motivation als dynamisch und veränderbar verstanden werden, die sich durch die Qualität der angebotenen professionellen therapeutischen Unterstützung entwickeln kann (Stevens et al., 2006). Nicht zuletzt erscheint der Einsatz des transtheoretischen Modells der Veränderung an dieser Stelle auch deswegen als besonders geeignet, da im Rahmen von Abhängigkeitserkrankungen und Quasi-Zwangsbehandlung Freiwilligkeit und Behandlungsmotivation zu Behandlungsbeginn fraglich sind und das transtheoretische Modell der Veränderung dem entgegenkommt, indem es Motivation nicht per se voraussetzt, sondern von einer Zunahme der Veränderungsbereitschaft über die Zeit und über die Stadien hinweg ausgeht und diese damit als zu förderndes und aufzubauendes Therapieziel begreift.



### III EMPIRIE

Die folgenden Kapitel dienen der Darstellung der geleisteten empirischen Arbeit. Zielsetzung und Fragestellungen werden definiert, das Studiendesign und der Prozess der Datengewinnung erläutert sowie die daraus resultierenden Ergebnisse präsentiert.

#### 5. ZIELSETZUNG UND FRAGESTELLUNGEN

##### 5.1 Entstehungsgeschichte

Der vorangestellte Teil dieser Arbeit widmete sich der Beschreibung der anfangs umrissenen drei theoretischen Bausteine und der Erfassung des aktuellen Forschungsstandes, welche die wissenschaftliche Basis für die durchgeführte Studie bilden. Wie daraus hervorgeht, existieren bereits Untersuchungen zu den einzelnen Konstrukten der Selbstwirksamkeitserwartung, des Selbstkonzepts und der Behandlungsmotivation, teilweise auch bezüglich spezifischer Klientengruppen (vgl. Bandura, 1997; Coon et al., 1998; Dahle, 1998; Deusinger, 1986; Dittrich et al., 2003; Gegenhuber, 2008; Gegenhuber et al., 2009; Prochaska & DiClemente, 1983; Prochaska et al., 1992). Die vorliegende Studie hat ihren Fokus auf jene Klienten innerhalb der klinischen Gruppe abhängiger Personen gerichtet, die ihre Behandlung auf Grund einer richterlichen Weisung beginnen beziehungsweise beginnen müssen und damit innerhalb dieser Population eine eigene Einheit bilden. In jüngerer Zeit rückte eine Diskussion der Besonderheiten und Bedürfnisse der Betroffenen bezüglich Freiwilligkeit, Motivation, Lebensqualität sowie kognitiver, emotionaler und sozialer Komponenten wieder verstärkt in das Zentrum der Aufmerksamkeit (vgl. Gegenhuber et al., 2009; Köchl & Jagsch, 2009). Im Zuge dieser Entwicklung entstand auch am *Institut für Angewandte Psychologie: Gesundheit, Entwicklung und Förderung* an der Fakultät für Psychologie der Universität Wien eine Gruppe aus Studentinnen, die sich innerhalb des forensischen Forschungsschwerpunktes jener Zielpopulation annahm und einen Beitrag zur Beschreibung und Analyse dieser Besonderheiten und Bedürfnisse leisten möchte. So steht die vorliegende Studie in einer Reihe mit den großteils zeitlich parallel

durchgeführten und kürzlich abgeschlossenen Arbeiten der Kolleginnen Sabine Leeb (2011), Marianne Zwettler (2011) und Silke Schnaitmann (2012), sowie der Katamnesestudie zu dieser Arbeit, die in Zusammenarbeit mit der Kollegin Enea Katharina Beathalter durchgeführt wurde (voraussichtlicher Abschluss Herbst/Winter 2012).

## **5.2 Ziele**

Auch wenn bereits Untersuchungen zur Veränderung der beschriebenen Komponenten im Behandlungsverlauf bestehen (vgl. Köchl & Jagsch, 2009), so finden sich dennoch nur bedingt Aussagen dazu, wie sich deren Ausprägung zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns darstellt und durch welche Merkmale sich die Gruppe der Klienten mit einer richterlichen Weisung auszeichnet. Hier setzt die Studie an: Im Rahmen einer Zustandsanalyse ist es erstens das Ziel, die Charakteristika der Zielpopulation der abhängigen Klienten mit richterlicher Weisung festzuhalten und eine ausführliche deskriptive Stichprobenbeschreibung zu liefern. Zweitens wird die Ausprägung der einzelnen Konstrukte Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstkonzept und Behandlungsmotivation zu Behandlungsbeginn festgehalten. Drittens werden die Konstrukte miteinander in Beziehung gesetzt und ihre Zusammenhänge herausgearbeitet. Zudem soll eine gute Datenbasis für die zugehörige Katamnesestudie geschaffen werden, deren Resultat die Darstellung der Veränderung der Konstrukte im Behandlungsverlauf sein wird.

## **5.3 Fragestellungen**

Aus den genannten Zielen ergeben sich diverse Fragestellungen, die sich in die folgenden drei Bereiche aufgliedern lassen: Innerhalb des ersten Bereichs stellt sich die Frage nach den wesentlichen Charakteristika der Zielpopulation. Der zweite Bereich widmet sich der Frage nach der aktuellen Ausprägung der Konstrukte Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstkonzept und Behandlungsmotivation. Im Rahmen des dritten Bereichs erfolgt die Aufarbeitung der Frage nach den Zusammenhängen der einzelnen Konstrukte.

### *5.3.1 Forschungsfrage 1: Charakteristika*

Der erste Forschungsaspekt beschäftigt sich mit den wesentlichen Merkmalen der Klienten, die auf Grund einer richterlichen Weisung am Beginn einer stationären Therapie stehen. In der Literatur wird immer wieder angeführt, dass eine Sammlung der mit dieser spezifischen Gruppe verbundenen Charakteristika noch ausständig ist und sich zu sehr auf Schätzungen und Annahmen verlassen wird (vgl. Dittrich et al., 2002; Gegenhuber et al., 2009). Zur Verbesserung dieser Situation möchten die aktuellen Untersuchungen (Leeb, 2011; Zwettler, 2011) zusammen mit der vorliegenden Arbeit einen Beitrag leisten. Diese Untersuchung soll dabei in Abgrenzung zu den Arbeiten von Leeb (2011) und Zwettler (2011) zum ambulanten Setting den Fokus auf die Beschreibung der Klientengruppe mit richterlicher Weisung zu einer stationären Behandlung richten. Bezüglich der Charakteristika der Zielgruppe ist zu klären, wie sich die soziodemographische Lage der Klienten verhält, unter welchen Bedingungen sie leben und von welchen Faktoren ihr sozialer Alltag geprägt ist. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die drogenspezifischen und mit Kriminalität in Verbindung stehenden Aspekte ihrer Lebensgeschichte gelegt.

### *5.3.2 Forschungsfrage 2: Ist-Zustand – Ausprägung der einzelnen Konstrukte*

Im Sinne einer Zustandsanalyse befasst sich die zweite Forschungsfrage mit dem Ist-Zustand der Konstrukte Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstkonzept und Behandlungsmotivation. Um Aussagen zu deren Ausprägung innerhalb der untersuchten Stichprobe treffen zu können, werden die erhobenen Daten der Klienten mit richterlicher Weisung zur stationären Therapie mit jenen adäquater Normierungsstichproben verglichen.

In Hinblick auf die Ausprägung der einzelnen Konstrukte stellt sich die Frage, über welchen Ist-Zustand Klienten mit richterlicher Weisung zur stationären Therapie hinsichtlich der Ausprägung ihrer Selbstwirksamkeitserwartung und ihres Selbstkonzepts verfügen. Die Analyse dieser Konstrukte erscheint mitunter deshalb besonders interessant, da sie als wichtige protektive Ressourcen und als Faktoren für den Behandlungserfolg gelten (Bandura, 1997; Deusinger, 1986; Schwarzer, 2004). Daher soll im Zuge der vorliegenden Untersuchung erfasst werden, inwieweit sie der Gruppe der Klienten mit richterlicher Weisung als potentielle Ressourcen und Schutzfaktoren zur Verfügung stehen. Zudem sind diese Konstrukte in der bisherigen Forschung im Kontext von Abhängigkeit und Quasi-Zwangsbehandlung nur bedingt behandelt worden.

Bedeutsam ist auch die Frage danach, wie es um die Behandlungsmotivation, die als wesentlicher Faktor für einen Behandlungserfolg, aber auch als Behandlungsziel, gilt (Dahle, 1998; Meichenbaum & Turk, 1994), bei Klienten mit richterlicher Weisung bestellt ist, die am Beginn ihrer Behandlung stehen. Um die Behandlungsmotivation zu erfassen, wird auf zwei verschiedene theoretische Ansätze zurückgegriffen. Erstens wird nach der Veränderungsbereitschaft und damit dem Stadium der Motivation, in dem sich die Klienten zum Zeitpunkt der Untersuchung nach dem transtheoretischen Modell von Prochaska und DiClemente (1983) befinden, gefragt. Prochaska et al. (1992) gehen davon aus, dass sich Klienten bei Behandlungsbeginn üblicherweise im Stadium der Absichtsbildung befinden, während Gütlich et al. (1998) in ihrer Studie zu Behandlungsmotivation unter justiziellem Zwang zeigten, dass bei Personen im Maßregelvollzug hauptsächlich das Stadium der Absichtslosigkeit vorherrschte. Die Zielpopulation der vorliegenden Untersuchung vereinigt sowohl forensische als auch klinisch relevante Merkmale in sich. Eine Auseinandersetzung mit der Thematik der Veränderungsbereitschaft im Rahmen von Quasi-Zwangsbehandlungen erscheint daher als besonders interessant. Zweitens sollen die motivationalen Schemata hinsichtlich Annäherung und Vermeidung der Klienten berücksichtigt werden, da die Orientierung an eher positiven oder negativen Verstärkern eine entscheidende Rolle für die Behandlungsplanung und den Behandlungserfolg spielen können (Grosse Holtforth & Grawe, 2002).

### 5.3.3 Forschungsfrage 3: Zusammenhänge der Konstrukte

Nachdem die Charakteristika und die Ausprägungen erarbeitet wurden, stellt sich im dritten Forschungsaspekt die Frage, wie die einzelnen Konstrukte miteinander verbunden sind und was dies für die Klienten zu Behandlungsbeginn bedeutet. In einem weiteren Schritt der Zustandsanalyse wird daher mittels Korrelationsberechnungen und multipler linearer Regressionsanalysen dargelegt, wie die Konstrukte zueinander in Beziehung gesetzt werden können. Dabei ergeben sich sechs verschiedene Kombinationsmöglichkeiten, die in der untenstehenden Tabelle 1 aufgelistet werden.

Tabelle 1

*Kombinationsmöglichkeiten der theoretischen Konstrukte in Bezug auf ihre Zusammenhänge*

Kombinationsmöglichkeiten der theoretischen Konstrukte
1. Selbstwirksamkeitserwartung + Veränderungsbereitschaft
2. Selbstkonzept + Veränderungsbereitschaft
3. Motivationale Schemata + Veränderungsbereitschaft
4. Motivationale Schemata + Selbstwirksamkeitserwartung
5. Motivationale Schemata + Selbstkonzept
6. Selbstwirksamkeitserwartung + Selbstkonzept

## 6. METHODE

Im Rahmen des nächsten Abschnitts erfolgt die Darstellung des Studiendesigns, wobei zunächst auf die Art der gewählten Untersuchung und die Überlegungen zur Wahl und Rekrutierung der Stichprobe eingegangen wird. Anschließend wird der Prozess der Datengewinnung beschrieben. Dabei wird den Kriterien der Niederschwelligkeit, Aufklärung, Freiwilligkeit, Verschwiegenheit, Anonymität, Objektivität und Zumutbarkeit besondere Beachtung geschenkt. Abschließend werden die verwendeten Untersuchungsinstrumente präsentiert und zu illustrativen Zwecken Beispiele aus den Verfahren der Fragebogenbatterie angeführt.

### 6.1 *Untersuchungsdesign*

Die vorliegende Untersuchung wurde als quasiexperimentelle Querschnittstudie konzipiert, die im Sinne einer Zustandsanalyse mittels einer adäquat ausgewählten Fragebogenbatterie die Charakteristika der nicht randomisierten klinischen Stichprobe der Klienten mit richterlicher Weisung sowie die Ausprägungen und Zusammenhänge der einzelnen psychologischen Konstrukte Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstkonzept und Behandlungsmotivation erfassen soll. Der daraus resultierende Ist-Zustand dient in weiterer Folge als Datenbasis für eine Katamnesestudie, im Zuge derer die Veränderungen der Ausprägungen und Zusammenhänge der Konstrukte im Behandlungsverlauf untersucht werden.

In einem Erhebungszeitraum von 10 Monaten konnten über die Vorbetreuungsstelle des Schweizer Haus Hadersdorf (SHH), in der Menschen mit einer Abhängigkeitsproblematik sowohl mit als auch ohne richterliche Weisung auf eine ambulante oder stationäre Behandlung vorbereitet werden (SHH, 2012a, 2012b), aus 136 Kontakten zu Klienten mit richterlicher Weisung zu einer stationären Therapie 42 Teilnehmer gewonnen werden. In durchschnittlich einstündigen Einzelsitzungen wurde mit den Klienten ein Anamnesegespräch mithilfe eines halbstandardisierten Fragebogens geführt und in möglichst standardisierter Form eine Fragebogenbatterie vorgegeben. Dabei wurde darauf geachtet, nur diejenigen Klienten auszuwählen, die auf Grund einer Weisung zur stationären Therapie die Vorbetreuungsstelle aufsuchten. Diese Selektion war essentiell um die Realisierbarkeit der Katamnesestudie zu gewährleisten, da diese den Verlauf im Rahmen der stationären Behandlung beobachten möchte. Am Ende des

letzten Erhebungsmonats wurde noch einmal erfasst, in welchem Betreuungsstatus sich die Teilnehmer zu jenem Zeitpunkt befanden.

## **6.2 Rekrutierung der Stichprobe**

Um die Selektion der Stichprobe aufzuzeigen wird in den nachfolgenden Ausführungen die Zielpopulation definiert sowie die Institution, in der die Erhebung durchgeführt wurde, beschrieben. Daran anknüpfend werden die Ein- und Ausschlusskriterien für die potenziellen Teilnehmer erläutert.

### **6.2.1 Zielpopulation**

Diese Arbeit widmet sich denjenigen Menschen, die durch eine Substanzabhängigkeit in schwerwiegende psychische, körperliche, soziale und rechtliche Schwierigkeiten geraten sind. Besonderes Interesse gilt dabei jenen Personen, die auf Grund ihrer begangenen Delikte von justiziellem Druck betroffen sind. Da durch das Rechtssystem in Österreich im Sinne der gesundheitsbezogenen Maßnahmen eine Behandlung unter Quasi-Zwang ermöglicht und richterliche Weisungen zur Therapie statt Strafe mit der Gewährung eines Strafaufschubs ausgesprochen werden können (Litzka et al., 2009), existiert innerhalb der Population der Menschen mit einer Substanzabhängigkeit eine Teilgruppe, die auf Grund des Eingreifens der Justiz eine Behandlung in Anspruch nimmt.

Um eine möglichst homogene Stichprobe aus der Zielpopulation ziehen zu können, wurde diese noch weiter eingegrenzt. Richterliche Weisungen können sowohl für eine ambulante als auch für eine stationäre Behandlung der Abhängigkeit, inklusive weiterer Auflagen wie beispielsweise Bewährungshilfe, erteilt werden (Litzka et al., 2009). Im Zusammenhang mit dieser Untersuchung wurden jedoch nur jene Klienten berücksichtigt, die auf Grund einer richterlichen Weisung zu einer stationären Therapie am Beginn ihrer Behandlung standen.

### **6.2.2 Die Institution: Das Schweizer Haus Hadersdorf (SHH)**

Der Zugang zu der beschriebenen Zielpopulation und damit zur Stichprobe wurde durch die Zusammenarbeit mit dem Schweizer Haus Hadersdorf ermöglicht. In seiner



vollen Bezeichnung präsentiert sich das Schweizer Haus Hadersdorf als *Evangelisches Haus Hadersdorf - Wobes. Medizinische, Psychologische und Psychotherapeutische Gesundheits- und Heilstätte Schweizer Haus Hadersdorf (SHH) GmbH* und ist eine Einrichtung für stationäre, dezentrale und ambulante Drogentherapie. Das Schweizer Haus Hadersdorf wird vom Bundesministerium für Justiz, vom Bundesministerium für Gesundheit sowie von der Sucht- und Drogenkoordination Wien gefördert (SHH, 2009, 2012b).

#### 6.2.2.1 Geschichte.

Das Zentrum der Einrichtung, die Liegenschaft zur stationären Therapie in Hadersdorf im 14. Wiener Gemeindebezirk, kann auf eine bewegte Vergangenheit zurückblicken. War sie Ende des 19. Jahrhunderts noch in ritterlichem Besitz, so wurde sie um die Jahrhundertwende von der Kaufmannsfamilie Gerngross erworben. Während des zweiten Weltkriegs kam es auf Grund der grausamen Herrschaft des Regimes der Nationalsozialisten zur Emigration und Deportation der Familie Gerngross und das Grundstück fiel an das Hilfswerk der evangelischen Kirchen der Schweiz. Während des Krieges diente es als Kommandozentrale der deutschen Luftwaffe und dann bis 1946 als Lazarett der russischen Armee (SHH, 2009).

Seit dem Jahr 1947 wird der Standort jedoch als soziale Einrichtung geführt, lange Zeit als Waisenheim. 1948 wurde diese Widmung auch in einer Nutzungsklausel für soziale Zwecke im Kaufvertrag des *Vereins zur Förderung des Hilfswerkes der Evangelischen Kirchen der Schweiz* fixiert. Beinahe 50 Jahre später erfolgte schließlich 1997 die Gründung des *Evangelischen Haus Hadersdorf - Wobes. Medizinische, Psychologische und Psychotherapeutische Gesundheits- und Heilstätte Schweizer Haus Hadersdorf (SHH) GmbH*. Ein Jahr darauf wurde das Schweizer Haus Hadersdorf als Einrichtung für stationäre, dezentrale und ambulante Drogentherapie eröffnet und ist heute eine nach dem § 15 des Suchtmittelgesetzes anerkannte Einrichtung (SHH, 2009, 2012b).

#### 6.2.2.2 Behandlungskonzept des Schweizer Haus Hadersdorf.

Das Schweizer Haus Hadersdorf hat sich als Ziel gesetzt, durch Beratung, ärztliche Behandlung sowie kurz- und mittelfristige Therapien substanzabhängige Menschen auf ihrem Weg zur Drogenabstinenz zu begleiten und sie bei der Resozialisierung zu unterstützen. Ein besonderer Aspekt im Gegensatz zu anderen Einrichtungen ist, dass die Teilnahme an einem Substitutionsprogramm nicht nur

ambulant, sondern auch im stationären Bereich angeboten wird. Der Grundsatz des Schweizer Haus Hadersdorf lautet, dass Abstinenz in Etappen erreichbar sein kann. Daher sind Menschen, die an einem Substitutionsprogramm teilnehmen, nicht nur in der Einstiegsphase, sondern auch in der stationären Behandlung willkommen (SHH, 20012a, 2012b).

Um die Erreichung dieser Ziele bemüht sich ein multiprofessionelles Team aus Ärzten, Sozialarbeitern, Psychotherapeuten, klinischen und Gesundheitspsychologen und Arbeitstherapeuten. Dabei ist die Betreuung der Klienten auf etwa ein Jahr ausgerichtet. Der Therapieverlauf gliedert sich in vier Phasen. Die *Einstiegsphase* über die Vorbetreuungsstelle im fünften Wiener Gemeindebezirk dient der Abklärung, Neuorientierung und der Behandlungsplanung und dauert je nach individueller Situation und verfügbaren Plätzen in der stationären Therapie ungefähr zwei Monate. Nach Vereinbarung ist auch eine Vorbetreuung in Justizanstalten möglich. Daran anschließend erfolgt die vier- bis sechsmonatige *stationäre Behandlungsphase*, in der ein konzentriertes Therapieprogramm mit dem Fokus auf dem Aufbau von Alltagskompetenz und ein arbeitstherapeutisches Training stattfinden. Ressourcen dafür stehen für etwa 35 Klienten zur Verfügung, die in dieser Zeit in kleinen Frauen- und Männerwohngruppen innerhalb des stationären Hauses leben. In der *Übergangs- und Orientierungsphase* wird parallel zur laufenden Therapie der weitere Verlauf der Behandlung geplant. Schlussendlich leben die Klienten in der *dezentralen Phase*, die ebenfalls auf circa sechs Monate angelegt ist, außerhalb des Schweizer Haus Hadersdorf in einer betreuten Wohnung. Arbeitsprojekte, nachgehende sozialarbeiterische Betreuung, medizinische Versorgung und intensive Therapie werden kontinuierlich fortgeführt (SHH, 2009, 2012a, 2012b).

#### 6.2.2.3 *Forschung im Schweizer Haus Hadersdorf.*

Die Durchführung der hier präsentierten Studie war nicht zuletzt dadurch möglich, dass die Mitglieder des Schweizer Haus Hadersdorf innerhalb der Institution eine rege Forschungskultur etabliert haben und daher auf das Ansuchen um Zugang zu der benötigten Klientengruppe, nach Abklärung der organisatorischen Möglichkeiten, mit Offenheit reagiert wurde. Das Schweizer Haus Hadersdorf führt immer wieder wissenschaftliche Projekte durch und beteiligt sich an Forschungs Kooperationen auf nationaler und internationaler Ebene (SHH, 2009, 2012b).

### **6.2.3 Die Stichprobe: Ein- und Ausschlusskriterien**

In die Stichprobe wurden volljährige Männer und Frauen einbezogen, die an einer Substanzabhängigkeit leiden und die auf Grund einer richterlichen Weisung zur stationären Therapie eine Behandlung beginnen. Daher wurde der Kontakt zu den in Frage kommenden Klienten in der Vorbetreuungsphase hergestellt und die Erhebung in der Zeit vor der geplanten Aufnahme in die stationäre Therapie durchgeführt. Voraussetzung für die Teilnahme an der Erhebung war, nach erfolgter Aufklärung mit dem Schwerpunkt auf der Information über die Studie und der Betonung der Freiwilligkeit und Anonymität, die Unterzeichnung einer Einverständniserklärung. Ausdrücklich eingeschlossen in die Erhebung wurden Klienten, die noch keinen körperlichen Entzug abgeschlossen hatten und bei denen somit noch Substanzkonsum vorlag. Ebenfalls inkludiert wurden Klienten, die sich in einem Substitutionsprogramm befanden. Dieses Vorgehen kommt der realen Situation im Arbeitsalltag der Einrichtung entgegen. In der Vorbetreuungsphase ist der größte Teil der Klienten nicht abstinent. Die meisten Klienten beginnen die stationäre Phase in der Folge substituiert oder entschließen sich kurz vor der stationären Aufnahme zu einem körperlichen Entzug in einer Klinik und wechseln dann von dort direkt in die stationäre Therapie (A. Treidt, persönliche Kommunikation, Mai 2011).

Von der Teilnahme ausgeschlossen wurden Minderjährige sowie Klienten, die auf Grund von akutem Drogeneinfluss in ihren kognitiven Leistungen massiv eingeschränkt waren, körperliche Schwierigkeiten und Schmerzen hatten oder aggressives Verhalten zeigten. Die Durchführung der Erhebung wurde gestoppt, sofern Entzugserscheinungen oder anderweitige physische oder psychische Schwierigkeiten auftraten und der Teilnehmer die Fragebogenbatterie nicht konzentriert beantworten konnte. In diesem Fall wurde ein Ersatztermin angeboten. Selbstverständlich wurden auch diejenigen Personen aus der Studie ausgeschlossen, die von der Teilnahme zurücktreten wollten und somit das Einschlusskriterium der Freiwilligkeit gewahrt.

## **6.3 Prozess der Datengewinnung**

Im Zuge der Planung und Durchführung der Studie wurde großen Wert darauf gelegt, die problematische Lebenssituation, in der sich Menschen, die an einer Substanzabhängigkeit leiden, befinden und die daraus resultierende oftmals schwierige Alltagsgestaltung zu berücksichtigen. Im folgenden Abschnitt werden daher das Vorgehen

bei der Kontaktaufnahme mit den Klienten und die Datengewinnung beschrieben und anschließend die eingesetzten Untersuchungsinstrumente diskutiert.

### *6.3.1 Vorgehen – vom Erstkontakt zur Teilnahme an der Studie*

Im Prozess der Datengewinnung können unterschiedliche Schritte differenziert werden, die zum Teil fließend ineinander übergehen. Generell wurde im Erstkontakt mit einem potenziellen Teilnehmer ein kurzes Vorgespräch geführt, in dem sich die Testleiterin vorstellte, über die Studie informierte, wobei die Freiwilligkeit an der Teilnahme sowie die Anonymität und Verschwiegenheit betont wurden, und ein Informationsblatt aushändigte. Bei Interesse konnte die Untersuchung entweder gleich im Anschluss durchgeführt oder ein Termin vereinbart werden. Im Zuge des Erhebungstermins wurden die Inhalte des Informationsblattes noch einmal besprochen und die schriftliche Einverständniserklärung eingeholt. Daran anknüpfend wurde ein Anamnesegespräch geführt und dann die einzelnen Fragebögen vorgegeben. Die Erhebung wurde in Einzeltestungen durchgeführt, wobei sämtliche Termine innerhalb der Räumlichkeiten der Vorbetreuungsstelle des Schweizer Haus Hadersdorf im fünften Wiener Gemeindebezirk stattfanden.

Da die teilnehmenden Personen einer sehr belasteten klinischen Gruppe angehören, die unter großem inneren wie äußerem Druck steht (vgl. Gegenhuber et al., 2009), wurden alle verfügbaren Möglichkeiten genutzt, um durch die Teilnahme an der Erhebung keine zusätzliche Belastung zu erzeugen. Den Kriterien der Niedrigschwelligkeit, Freiwilligkeit, Anonymität und Verschwiegenheit sowie der Objektivität und Zumutbarkeit wurde dabei besonders Rechnung getragen.

#### *6.3.1.1 Niedrigschwelligkeit.*

Der Alltag von substanzabhängigen Klienten mit richterlicher Weisung gestaltet sich oft schwierig. Essentielle Lebensbereiche wie Arbeit, eine feste Übernachtungsmöglichkeit oder ausreichende Nahrung sind dabei häufig nicht gesichert. Der Substanzkonsum und die damit nötige Substanzbeschaffung nehmen sehr viel Zeit des Tages in Anspruch und die gesundheitlichen Einschränkungen durch die Wirkungen und Nebenwirkungen sowie die Entzugserscheinungen können gravierend sein. Daher ist die Einhaltung von Terminen jedweder Art für die Betroffenen eine Herausforderung und der Zugang zu Betreuungs- und Beratungseinrichtungen sollte möglichst unkompliziert

erfolgen können. Das Schlüsselwort hierzu lautet niedrigschwellige, akzeptanzorientierte Drogenarbeit (Schneider, 1997, 2006).

Die Vorbetreuungsstelle des Schweizer Haus Hadersdorf arbeitet in diesem Sinne und bietet ihren Klienten eine konstante Anlaufstelle (SHH, 2012b). Um die Kontaktaufnahme zu erleichtern, wurde das Vorgehen daran angepasst und die Testleiterin war daher zu den Öffnungszeiten der Vorbetreuungsstelle im Rahmen von circa 30 Stunden pro Woche anwesend und stand für Vorgespräche, Fragen und Durchführung der Erhebung konsequent zur Verfügung. Die Terminvereinbarungen, aber auch Terminverschiebungen, Absagen oder spontane Teilnahmen an der Erhebung konnten so flexibel gehandhabt werden. Wann immer möglich, wurden Untersuchungstermine außerdem an die regulären Beratungstermine der Klienten gekoppelt, damit für sie der zeitliche Aufwand möglichst gering blieb.

#### *6.3.1.2 Aufklärung, Freiwilligkeit, Verschwiegenheit und Anonymität.*

Zu den wichtigsten berufsethischen Richtlinien klinischer und Gesundheitspsychologen gehört es, die Verantwortung gegenüber Klienten, die aus dem Kontakt zu ihrem Leben erwächst, wahrzunehmen und ihnen mit Respekt und Loyalität zu begegnen. Vollständige Information und Transparenz über die Tätigkeit, das Sicherstellen der freiwilligen Teilnahme und besonders die Wahrung der Verschwiegenheit einschließlich der Gewährleistung der Anonymität bilden die Grundpfeiler einer Beziehung zu den Menschen, mit denen Psychologen arbeiten. Dies gilt auch für die Beziehung zu Probanden, die an einer Studie mitwirken (Bundesministerium für Gesundheit [BMG], 2012).

In der durchgeführten Untersuchung wurde darauf geachtet, diesen Prinzipien gerecht zu werden. Die Interessenten wurden in Vorgesprächen sowohl mündlich als auch mithilfe eines Informationsblattes über das Anliegen der Untersuchung unterrichtet und es stand ihnen frei, sich jederzeit über die auf dem Informationsblatt angegebenen Kontaktdaten bei Fragen an die Testleiterin zu wenden. Da vermieden werden sollte, dass die Interessenten die Teilnahme als weiteren Zwangsfaktor empfinden, wurde von Anfang an darauf hingewiesen, dass diese nichts mit ihrer Behandlung oder der Erfüllung ihrer richterlichen Auflage zu tun hat und freiwillig erfolgt sowie die Zustimmung zur Mitwirkung an der Studie jederzeit zurückgezogen werden kann, ohne dass dabei Nachteile für die betreffende Person entstehen. Des Weiteren wurde ausdrücklich zugesichert, Informationen und Daten vertraulich und anonym gegenüber Dritten zu behandeln und nur für wissenschaftliche Zwecke im Zuge der Durchführung der Diplomarbeit zu verwenden. Dies erscheint in diesem Zusammenhang besonders wichtig, da im Rahmen der

Anamnese und auch der verwendeten Verfahren sehr intime und juristisch problematische Aspekte der Biographie erfragt wurden. Mit der glaubhaften Zusicherung von Freiwilligkeit, Verschwiegenheit und Anonymität sollte zudem Tendenzen zur möglichen Verzerrung der Antworten entgegengewirkt werden. Sowohl die Antworttendenz der Fremdtäuschung, in der eine Person bewusst versucht die Testergebnisse zu beeinflussen, als auch die Antworttendenz der Selbsttäuschung, in der eine Person sich nicht darüber bewusst ist, dass sie verzerrend antwortet, stellen bei dem Einsatz von Fragebögen immer wieder ein Problem dar (Čarná & Seelmann, 2011). Durch die Transparenz und die Gewährleistung der genannten Kriterien sollte den Klienten ein maximales Maß an Offenheit und Vertrauen möglich gemacht werden.

#### *6.3.1.3 Objektivität.*

Um das Gütekriterium der Objektivität bezüglich der Untersucherleiterunabhängigkeit (Čarná & Seelmann, 2011; Kubinger, 2006) bestmöglich zu erfüllen, wurden die Testbedingungen so konstant und standardisiert wie möglich gehalten. In der Regel fanden die Erhebungstermine am Vormittag oder frühen Nachmittag in Einzeltestungen statt. Das Anamnesegespräch wurde mithilfe eines halbstandardisierten Fragebogens (siehe Kapitel 6.4.1) geführt, während bei der Instruktion zu den Fragebögen auf die standardisierte Vorgabe durch die Instruktion in den Manualen geachtet wurde.

#### *6.3.1.4 Zumutbarkeit.*

Damit das Gütekriterium der Zumutbarkeit gewährleistet werden kann, dürfen Teilnehmer an einer Studie weder zeitlich, inhaltlich, psychisch oder körperlich übermäßig beansprucht werden. Auch die Wahrung der Intimsphäre durch die glaubhafte Zusicherung der Anonymität einer Studie sowie ein expliziter Hinweis auf den Datenschutz zu Beginn der Untersuchung verbessern die Zumutbarkeit (Čarná & Seelmann, 2011; Kubinger, 2006). Die Grundsätze für die Forschung in den Ethikrichtlinien sehen vor, dass körperliche und seelische Belastungen in der Untersuchungssituation nur in einem verantwortbaren Ausmaß, unter Einhaltung aller möglichen Vorsichtsmaßnahmen und unter der Voraussetzung der Freiwilligkeit sowie der Wahrung der Würde der Person auftreten dürfen (BMG, 2012).

Um diesen Aspekten nachzukommen, wurde wie beschrieben auf die Einhaltung der Freiwilligkeit, der Verschwiegenheit und Anonymität sowie der Niedrigschwelligkeit geachtet. In der Untersuchungssituation selbst lag der Fokus auf der Achtsamkeit

gegenüber den Bedürfnissen des Teilnehmers. Die Testung konnte jederzeit unterbrochen und kurze Pausen eingelegt werden. Bei Unsicherheiten und Fragen stand die Testleiterin zur Verfügung. Sofern die Dauer der Untersuchung körperlich oder psychisch zu belastend war oder zeitlich für den Teilnehmer nicht organisierbar war, konnten auch mehrere Termine vereinbart werden.

## **6.4 Untersuchungsinstrumente**

Der folgende Abschnitt widmet sich der Beschreibung der eingesetzten Verfahren. Nach dem Vorgespräch und der Einholung der schriftlichen Einverständniserklärung wurde ein halbstandardisiertes Anamnesegespräch mit dem Teilnehmer geführt. Die Vorgabe der anschließenden Fragebogenbatterie erfolgte im Paper-Pencil-Format, wobei dem Teilnehmer keine zeitliche Beschränkung auferlegt wurde und er jederzeit Erklärungen zu den einzelnen Items einholen konnte. Die Auswahl der Verfahren, anhand derer die einzelnen Konstrukte Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstkonzept und Behandlungsmotivation operationalisiert wurden, erfolgte theoriegeleitet in Bezug auf die Zielpopulation. Außerdem wurde im Rahmen des Forensik-Arbeitskreises darauf geachtet, dieselben Verfahren in den unterschiedlichen Studien (vgl. Leeb, 2011; Zwettler, 2011) zu verwenden, sofern dieselben Konstrukte erhoben wurden, um eine spätere Vergleichbarkeit der Resultate zu ermöglichen.

Zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung wurde die *Skala zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung* (SWE) von Schwarzer und Jerusalem (1999) eingesetzt und das Konstrukt des Selbstkonzepts wurde mittels der *Frankfurter Selbstkonzeptskalen* (FSKN) von Deusinger (1986) erhoben. Die Behandlungsmotivation wurde durch die *Veränderungsstadienskala* (VSS) von Heidenreich, Hoyer und Fecht (2001) sowie durch den *Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata* (FAMOS) von Grosse Holtforth und Grawe (2002) operationalisiert.

### **6.4.1 Anamnesefragebogen: Soziodemographisches Datenblatt**

Die Konstruktion des Anamnesefragebogens orientierte sich an gebräuchlichen Inhalten zur Erhebung der wichtigsten biographischen und soziodemographischen Daten, wobei sie dem Grundsatz der „Sammlung der typischerweise mit dem gegebenen Sachverhalt in Verbindung stehenden Informationen“ (Kubinger, 2006, S. 162) folgte. Der

Anamnesefragebogen wurde im Sinne eines halbstandardisierten Interviewleitfadens verwendet und im Gespräch mit dem Teilnehmer erarbeitet.

Mittels des Anamnesefragebogens wurden relevante soziodemographische Daten wie Alter, Geschlecht, Bildungsgrad und Berufstätigkeit, aber auch die aktuelle Wohnsituation und der Familienstand erfasst. Der inhaltliche Schwerpunkt wurde auf die aktuell vorliegende Abhängigkeitsproblematik sowie die damit einhergehende Verlaufsgeschichte bezüglich familiärem Hintergrund, bisherigen Behandlungsversuchen, Delinquenz und Verurteilungen gelegt.

#### 6.4.2 Verfahren zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung.

Zur Operationalisierung des Konstrukts der Selbstwirksamkeitserwartung wurde die *Skala zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung* (SWE, Schwarzer & Jerusalem, 1999) eingesetzt. Ihren theoretischen Hintergrund bilden das Selbstwirksamkeitskonzept und die sozialkognitive Theorie von Bandura (1997). Die SWE ist ein Verfahren zur Erfassung der optimistischen Kompetenzerwartung, womit das Vertrauen darauf, eine schwierige Lage zu meistern und den Erfolg der eigenen Kompetenz zuzuschreiben, gemeint ist. Die Skala misst die subjektive Überzeugung, kritische Anforderungssituationen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können. Dies inkludiert neue oder schwierige Situationen aus allen Lebensbereichen sowie Barrieren, die es zu überwinden gilt. Die SWE soll somit die konstruktive Lebensbewältigung vorhersagen (Schwarzer & Jerusalem, 1999).

Die SWE ist ein eindimensionales Verfahren und kann sowohl bei Jugendlichen als auch bei Erwachsenen ab einem Alter von 12 Jahren bis ins hohe Alter eingesetzt werden. Sie besteht aus 10 gleichsinnig gepolten Items mit vierstufigem Antwortformat von 1 (*stimmt nicht*) bis 4 (*stimmt genau*), wobei die Durchführungsdauer durchschnittlich vier Minuten beträgt. Bezüglich der Gütekriterien kann die interne Konsistenz der Skala mit Werten zwischen .76 und .90 als gut angesehen werden, auch die Kriteriumsvalidität ist gegeben. Zudem liegen geschlechts- und altersspezifische Normwerte aus dem Jahr 2001 vor (Schwarzer & Jerusalem, 1999; Schumacher, Klaiberg, & Brähler, 2001).

*Beispielitem aus der SWE* (Schwarzer & Jerusalem, 1999):

„Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.“



### 6.4.3 Verfahren zur Erfassung des Selbstkonzepts.

Die Ausprägung des Selbstkonzepts wurde mittels der *Frankfurter Selbstkonzeptskalen* (FSKN, Deusinger, 1986) erhoben. In ihrer theoretischen Konzeption der Skalen versteht Deusinger (1986) das Selbstkonzept als „Einstellungen des Individuums im Sinne von Attitüden zur eigenen Person [...], das sind Kognitionen des Individuums über – wie auch Emotionen und Verhalten des Individuums gegenüber sich selbst“ (S. 11). Sie geht von einem dynamischen System von Selbstkonzepten aus, die persönlichkeitskonstituierend wirken und in unterschiedlichem Ausmaß miteinander interagieren.

Die FSKN greifen diese Struktur auf und erfassen mit 10 eindimensionalen Skalen die vier Aspekte des Selbst, nämlich die Bereiche *Leistung, Selbstwertschätzung, Stimmung und Sensibilität* sowie den *psychosozialen Bereich*. Die Skalen können bei Jugendlichen ab 13 Jahren und bei Erwachsenen eingesetzt werden. Das Antwortformat ist sechsstufig von 1 (*trifft sehr zu*) bis 6 (*trifft gar nicht zu*), wobei nicht alle Items gleichsinnig gepolt sind. Die Durchführungsdauer beträgt im Durchschnitt 15 bis 25 Minuten. Das Verfahren weist eine Reliabilität von .40 bis .95 (Split-half) und .45 bis .94 (Cronbach's  $\alpha$ ) auf, die Übereinstimmungsvalidität ist mittelmäßig bis niedrig, die diskriminante Validität ist gegeben. Neben alters- und geschlechtsspezifischen Normwerten liegen unter anderem Normwerte für alkoholabhängige und delinquente Personen vor (Deusinger, 1986). Kritisch hervorzuheben ist hier jedoch, dass seit der Konstruktion der FSKN im Jahr 1986 keine neue Normierung stattgefunden hat und die Normwerte somit veraltet sind.

*Beispielitem aus den FSKN, Skala zur Standfestigkeit gegenüber Gruppen und bedeutsamen anderen* (Deusinger, 1986):

„Es beunruhigt mich, wenn ich den Eindruck erhalte, dass jemand eine andere Auffassung hat als ich.“

### 6.4.4 Verfahren zur Erfassung der Behandlungsmotivation.

Im Rahmen der Erfassung der Behandlungsmotivation wurden zwei verschiedene Verfahren eingesetzt, um einerseits die Bereitschaft zur Veränderung und andererseits die motivationalen Schemata bezüglich Annäherungs- und Vermeidungsverhalten festzustellen.

#### 6.4.4.1 Veränderungsbereitschaft.

Mithilfe der für den Abhängigkeitsbereich entwickelten *Veränderungsstadienskala* (VSS, Heidenreich et al., 2001) kann die Veränderungsmotivation über die einzelnen Veränderungsstadien nach dem transtheoretischen Modell von Prochaska und DiClemente (1983) erhoben werden. Mit der VSS lässt sich somit feststellen, in welchem Stadium der Veränderungsbereitschaft sich die Probanden gerade befinden. Als Vorlage für das deutschsprachige Verfahren diente die amerikanische Originalversion *University of Rhode Island Change Assessment Scale* (URICA) zur Erfassung der „Stages of Change“ (McConaughy et al., 1989). Die faktorielle Bestimmung durch eine Hauptkomponentenanalyse ergab vier Dimensionen, die den Veränderungsstadien *Absichtslosigkeit* (*Precontemplation*), *Absichtsbildung* (*Contemplation*), *Handlung* (*Action*) und *Aufrechterhaltung* (*Maintenance*) entsprechen. Damit konnte in der VSS die Faktorenstruktur der URICA repliziert werden, da diese ebenfalls das Veränderungsstadium *Vorbereitung* (*Preparation*) nicht enthält. Die daraus hervorgehende VSS besteht aus 32 gleichsinnig gepolten Items mit fünfstufigem Antwortformat von 1 (*überhaupt nicht zutreffend*) bis 5 (*sehr stark zutreffend*). Kritisch anzumerken ist, dass die Ergebnisse zur Konstruktvalidität noch unbefriedigend sind, ebenso wie die teils hohen Skaleninterkorrelationen, vor allem zwischen den Stadien *Absichtsbildung* und *Handlung* ( $r = .62$ ) (Heidenreich et al., 2001).

*Beispielitem aus der VSS, Stadium Aufrechterhaltung* (Heidenreich et al., 2001):

„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.“

#### 6.4.4.2 Motivationale Schemata.

Die motivationalen Schemata der an der Studie teilnehmenden Personen wurden mit dem *Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata* (FAMOS, Grosse Holtforth & Grawe, 2002) operationalisiert. Die theoretische Fundierung des Fragebogens bildet die Konsistenztheorie von Grawe (2000, 2004), die in Kapitel 4.3 im Rahmen dieser Arbeit beschrieben wurde. Der Einsatz des FAMOS macht es möglich, die beschriebenen motivationalen Ziele im Sinne der Annäherungs- und Vermeidungsschemata und mögliche Inkonsistenzen zu erfassen und damit die Entstehungsquellen psychischer Störungen effizient zu operationalisieren. Der Fragebogen kann bei Erwachsenen ab 18

Jahren sowohl im Kontext von Behandlungsplanung und Therapie, als auch im Rahmen wissenschaftlicher Fragestellungen angewendet werden. Er umfasst 94 Items, die inhaltlich zwei Blöcken zugeordnet sind und sich in die *Annäherungsziele* mit 12 Skalen und die *Vermeidungsziele* mit 9 Skalen aufspalten lassen. Im Sinne der Annäherungsziele sollen die gleichsinnig gepolten Items in einem fünfstufigen Antwortformat nach Wichtigkeit (1 = *überhaupt nicht wichtig* bis 5 = *außerordentlich wichtig*) bewertet werden. Die Items zu den Vermeidungszielen werden dahingehend beurteilt, wie schlimm die Aussagen für den Betroffenen sind (1 = *überhaupt nicht schlimm* bis 5 = *außerordentlich schlimm*). Die zur Durchführung benötigte Zeit beträgt durchschnittlich 10 bis 20 Minuten. Neben den Gesamtwerten für die Annäherungs- und Vermeidungsziele kann zusätzlich deren Verhältniswert berechnet werden. Die interne Konsistenz der Skalen ist befriedigend bis gut mit einem Cronbach's  $\alpha$  zwischen .49 und .92. Auch die Test-Retest-Reliabilität ist zufriedenstellend (.70 bis .89). Die inhaltliche ebenso wie die Konstruktvalidität sind gegeben (Grosse Holtforth & Grawe, 2002).

*Beispielitem aus dem FAMOS, Teil 1: Annäherungsziele, Skala 9 „Kontrolle“ (Grosse Holtforth & Grawe, 2002):*

„Mich selbst unter Kontrolle zu haben.“

*Beispielitem aus dem FAMOS, Teil 2: Vermeidungsziele, Skala 22 „Hilflosigkeit“ (Grosse Holtforth & Grawe, 2002):*

„Einer Situation ausgeliefert zu sein.“

### **6.5 Ausblick: Untersuchungsdesign der Katamnesestudie**

Bei der Folgestudie zur vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine Längsschnittstudie mit einer abhängigen Stichprobe, die über zwei Erhebungszeitpunkte in einem Zeitintervall von drei Monaten die Ausprägung und Veränderung der Charakteristika sowie der Zusammenhänge der Konstrukte Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstkonzept und Behandlungsmotivation erfassen möchte. Die Daten zum ersten Erhebungszeitpunkt liefert die hier dargestellte Zustandsanalyse. Während des zweiten Erhebungszeitpunktes erfolgt eine Wiederholung der Fragebogenbatterie bei sämtlichen Klienten, die sich jeweils drei Monate nach ihrem ersten Untersuchungstermin in der stationären Behandlungsphase befinden. Auch wenn auf Grund des Zeitintervalls und des notwendigen Übertretens der Klienten von der Vorbetreuungsphase in die stationäre Behandlungsphase mit einer sehr hohen Dropout-Rate zu rechnen ist, wird für die

Katamnesestudie eine Stichprobenzahl von mindestens 10 Teilnehmern angestrebt. Ziel ist es, Rückschlüsse aus dem Behandlungsverlauf zu ziehen und intra- sowie interindividuelle Veränderungen zwischen dem ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt festzuhalten. Die Ergebnisse werden voraussichtlich im Herbst 2012 vorliegen (Beathalter, 2012).

## 7. HYPOTHESEN

Unter Berücksichtigung des theoretischen Rahmens und der ausgewählten Verfahren ergeben sich aus den zu untersuchenden einzelnen Konstrukten Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstkonzept und Behandlungsmotivation sechs Kombinationsmöglichkeiten, um die Zusammenhänge der Konstrukte mittels der folgenden Hypothesen zu überprüfen.

### ***7.1 Selbstwirksamkeitserwartung und Veränderungsbereitschaft***

H<sub>1.0</sub>: Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeitserwartung von substanzabhängigen Personen mit richterlicher Weisung und der jeweiligen Stufe der Veränderung nach dem transtheoretischen Modell, in der sie sich zu Beginn der Behandlung befinden.

H<sub>1.1</sub>: Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeitserwartung von substanzabhängigen Personen mit richterlicher Weisung und der jeweiligen Stufe der Veränderung nach dem transtheoretischen Modell, in der sie sich zu Beginn der Behandlung befinden.

### ***7.2 Selbstkonzept und Veränderungsbereitschaft***

H<sub>2.0</sub>: Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen den Bereichen des Selbstkonzepts von substanzabhängigen Personen mit richterlicher Weisung und der jeweiligen Stufe der Veränderung nach dem transtheoretischen Modell, in der sie sich zu Beginn der Behandlung befinden.

H<sub>2.1</sub>: Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Bereichen des Selbstkonzepts von substanzabhängigen Personen mit richterlicher Weisung und der jeweiligen Stufe der Veränderung nach dem transtheoretischen Modell, in der sie sich zu Beginn der Behandlung befinden.

### ***7.3 Motivationale Schemata und Veränderungsbereitschaft***

H<sub>3.0</sub>: Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Verhältnis von Annäherungs- und Vermeidungszielen von substanzabhängigen Personen mit richterlicher Weisung und der jeweiligen Stufe der Veränderung nach dem transtheoretischen Modell, in der sie sich zu Beginn der Behandlung befinden.

H<sub>3.1</sub>: Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Verhältnis von Annäherungs- und Vermeidungszielen von substanzabhängigen Personen mit richterlicher Weisung und der jeweiligen Stufe der Veränderung nach dem transtheoretischen Modell, in der sie sich zu Beginn der Behandlung befinden.

### ***7.4 Motivationale Schemata und Selbstwirksamkeitserwartung***

H<sub>4.0</sub>: Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Verhältnis von Annäherungs- und Vermeidungszielen und der Selbstwirksamkeitserwartung von substanzabhängigen Personen mit richterlicher Weisung.

H<sub>4.1</sub>: Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Verhältnis von Annäherungs- und Vermeidungszielen und der Selbstwirksamkeitserwartung von substanzabhängigen Personen mit richterlicher Weisung.

### ***7.5 Motivationale Schemata und Selbstkonzept***

H<sub>5.0</sub>: Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Verhältnis von Annäherungs- und Vermeidungszielen und den Bereichen des Selbstkonzepts von substanzabhängigen Personen mit richterlicher Weisung.

H<sub>5.1</sub>: Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Verhältnis von Annäherungs- und Vermeidungszielen und den Bereichen des Selbstkonzepts von substanzabhängigen Personen mit richterlicher Weisung.

### **7.6 Selbstwirksamkeitserwartung und Selbstkonzept**

H<sub>6.0</sub>: Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeitserwartung und den Bereichen des Selbstkonzepts bei substanzabhängigen Personen mit richterlicher Weisung.

H<sub>6.1</sub>: Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeitserwartung und den Bereichen des Selbstkonzepts bei substanzabhängigen Personen mit richterlicher Weisung.

## 8. DATENAUSWERTUNG

Im Rahmen der Auswertung des im Zuge der Erhebung gewonnenen Datenmaterials wurde sowohl für die deskriptive als auch für die inferenzstatistische Berechnung der Ergebnisse das Computerprogramm *IBM SPSS Statistics Version 19 für Windows* eingesetzt. Grundsätzlich wurde für sämtliche inferenzstatistische Berechnungen ein Signifikanzniveau von  $p < .05$  angenommen. Damit wird die alpha-Fehler-Wahrscheinlichkeit auf 5 Prozent festgesetzt. Dies bedeutet, die Wahrscheinlichkeit für das Annehmen der Alternativhypothese, obwohl eigentlich die Nullhypothese gilt, beträgt weniger als 5 Prozent (Bortz & Döring, 2006; Field, 2009).

Im Folgenden werden das Aufbereiten der Daten für die Analyse, die Überlegungen zur Prüfung der Voraussetzungen sowie die eingesetzten statistischen Verfahren beschrieben.

### 8.1 Fehlende Werte

Bei der Erstellung des Datensatzes wurde bei einem Teilnehmer ein fehlender Wert für das Item 44 der FSKN entdeckt. Um den ansonsten vollständig ausgefüllten Fragebogen dennoch verwertbar zu machen, wurde der fehlende Wert durch Interpolation ersetzt. Dabei wurde anhand einer itemzentrierten Schätzung der Median berechnet und anstelle des fehlenden Wertes verwendet. Zudem wurde ein Fragebogen des FAMOS aus dem Datenmaterial ausgeschlossen, da im Zuge der Vorgabe mehr als 5 Prozent der Items von dem Teilnehmer nicht beantwortet wurden und dies als Ausschlusskriterium zu werten ist (Kothgassner & Stetina, 2011).

### 8.2 Reliabilitätsanalysen

Vor der Berechnung der Ergebnisse wurde für sämtliche Verfahren und deren Skalen eine Einschätzung der inneren Konsistenz mittels Reliabilitätsanalysen erstellt, um eine ungenaue und inadäquate Analyse der beschriebenen Forschungsfragen auf Grundlage der vorhandenen Daten durch die Stichprobe zu verhindern. Die Resultate dazu werden jeweils präsentiert, wenn das Datenmaterial aus den eingesetzten Verfahren das erste Mal zur Beschreibung der einzelnen Konstrukte herangezogen wird.



### 8.3 Voraussetzungen

Als Basis zur Entscheidung für den Einsatz der nachfolgend vorgestellten statistischen Verfahren müssen sowohl das Skalenniveau als auch die Verteilung der Daten berücksichtigt werden (Bortz & Döring, 2006; Field, 2009; Bortz & Schuster, 2010).

Bezüglich des Skalenniveaus kann auf Grund der üblichen Forschungspraxis der *Per-Fiat-Messungen*, die davon ausgeht, dass die Bestätigung einer Forschungshypothese durch die Annahme eines falschen Skalenniveaus eher erschwert wird, Intervallskalenniveau angenommen werden. Außerdem ist eine Standardisierung der Antwortmöglichkeiten durch die Likert-Skalierung der Fragebögen gegeben und die Verrechnung der Rohdaten entspricht der Indexbildung. Die genannten drei Punkte stützen die Annahme, dass das Intervallskalenniveau als Voraussetzung für die weitere Berechnung als gegeben angesehen werden kann (Bortz & Döring, 2006).

Als weitere Voraussetzung zu diskutieren ist außerdem die Verteilung der Daten, wobei für die Analyse des Datenmaterials eine Normalverteilung vorliegen sollte. Prinzipiell kann auf Grundlage der Geltung des zentralen Grenzwertsatzes für eine größere Stichprobe ab etwa 30 Personen Normalverteilung angenommen werden (Bortz & Döring, 2006; Field, 2009). Dies ist durch die in der vorliegenden Studie erreichte Stichprobengröße von 42 Teilnehmern erfüllt. Zur Absicherung der Normalverteilung wurde der erstellte Datensatz zudem mit dem Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest überprüft. Dieser fiel für sämtliche Daten der einzelnen Verfahren nicht signifikant aus ( $p > .05$ ), womit deren Normalverteilung zusätzlich bestätigt werden konnte.

Zudem werden an gegebener Stelle die spezifischen Voraussetzungen für den Einsatz der gewählten statistischen Verfahren überprüft. Anzuführen sind hier die Voraussetzung der Homogenität der Varianzen, die mittels Levene-Test für die Durchführung eines *t*-Tests für unabhängige Stichproben festgestellt wird, sowie die Überprüfung der Sphärizität durch den Mauchly's Test für eine Varianzanalyse mit Messwiederholungen. Für den Einsatz einer multiplen linearen Regressionsanalyse muss die Normalverteilung der standardisierten Residuen, ermittelt durch den Kolmogorov-Smirnov-Test, gegeben sein, sowie die Multikollinearität durch Toleranzwerte und die Autokorrelationen mittels Durbin-Watson-Statistik kontrolliert werden. Für den Einsatz bivariater Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson muss sowohl eine Normalverteilung der Daten als auch Intervallskalenniveau vorliegen.

### **8.4 Eingesetzte statistische Verfahren**

Die statistischen Verfahren werden differenziert nach den inhaltlichen Forschungsfragen und den gegebenen statistischen Voraussetzungen eingesetzt. Zur Analyse der ersten Forschungsfrage, der Charakteristika der Stichprobe, wird deskriptivstatistisch gearbeitet.

Um die Ausprägungen der Konstrukte der Selbstwirksamkeitserwartung, des Selbstkonzepts und der Behandlungsmotivation im Rahmen der zweiten Forschungsfrage zu erfassen, werden Mittelwertsvergleiche durch Ein-Stichproben-*t*-Tests durchgeführt und die betreffenden Werte mit den Erwartungswerten der Normierungsstichprobe der Verfahren der Fragebogenbatterie verglichen. Fallen diese Vergleiche signifikant aus, kann von einem Unterschied zur Normierungsstichprobe in der Ausprägung der Konstrukte ausgegangen werden. Außerdem werden, sofern dies für eine Präzisierung der Ergebnisse erforderlich ist, *t*-Tests für unabhängige Stichproben sowie eine Varianzanalyse mit Messwiederholungen durchgeführt (Field, 2009).

Die Überprüfung der Zusammenhangshypothesen im Sinne der dritten Forschungsfrage, die sich auf die Verbindung der einzelnen Konstrukte bezieht, erfolgt durch die Berechnung multipler linearer Regressionsanalysen, bivariater Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson sowie *t*-Tests für unabhängige Stichproben (Field, 2009).

Im Rahmen der Ergebnisdarstellung erfolgt die Angabe der Freiheitsgrade (*degrees of freedom*) in Klammern nach den entsprechenden Prüfgrößen.

$$\textit{Beispiel: } t(37) = -1.75$$

Auf dieselbe Art und Weise werden die zu Kennwerten wie Mittelwert und Median zugehörigen Standardabweichungen präsentiert.

$$\textit{Beispiel: } M(6.29) = 28.05$$

## 9. ERGEBNISDARSTELLUNG

In den folgenden Kapiteln erfolgt die Präsentation der Resultate, die aus der vorliegenden Studie hervorgehen. Um die Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse zu gewährleisten, werden sie detailliert entsprechend der definierten Forschungsfragen dargestellt. Hierzu wird zuerst auf die Durchführung der Untersuchung und die damit verbundenen Konsequenzen aus den Kontakten zu den Teilnehmern bezüglich der Stichprobengröße eingegangen. Daran anschließend erfolgt die Illustration der Resultate hinsichtlich der drei Forschungsfragen, wobei zuerst mittels der Deskriptivstatistik die Charakteristika der Stichprobe festgehalten werden, darauf folgend die Ausprägungen der einzelnen Konstrukte der Selbstwirksamkeitserwartung, des Selbstkonzepts und der Behandlungsmotivation beschrieben werden und abschließend die Zusammenhänge der einzelnen Konstrukte aufgezeigt werden.

### ***9.1 Beschreibung der Stichprobe***

Nachfolgend werden die Anzahl der Kontakte zu potentiellen Studienteilnehmern sowie Ursachen der Ausfälle und der sich daraus ergebende endgültige Stichprobenumfang dargestellt. Durch die niedrighschwellige Konzipierung der Untersuchung war es möglich, einen Großteil der in Frage kommenden Klienten, die ihre regulären Beratungstermine wahrgenommen haben oder spontan die Vorbetreuungsstelle aufsuchten, zu erreichen, über die laufende Studie zu informieren und zur Teilnahme einzuladen. Im Verlauf der 10 Monate, in denen die Erhebung in der Vorbetreuungsstelle des Schweizer Haus Hadersdorf stattfand, erfolgte der Kontakt zu insgesamt 136 Klienten mit richterlicher Weisung zur stationären Therapie. Davon waren 109 Männer (80.15%) und 27 Frauen (19.85%). Nach dem Vorgespräch zur Teilnahme an der Erhebung erklärten sich 108 Personen (79.41%) zur Teilnahme bereit, 28 Personen (20.59%) bekundeten hingegen überhaupt kein Interesse. Von diesen 108 Interessenten mussten 6 Personen auf Grund ihrer fraglichen richterlichen Weisung ausgeschlossen werden und wurden nicht zur Teilnahme zugelassen. In diesen Fällen hatte sich im Rahmen des Vorgesprächs herausgestellt, dass entweder die richterliche Weisung bereits erloschen war und die Behandlung auf freiwilliger Basis begonnen wurde, gerade ein Widerruf der richterlichen Weisung zur stationären Therapie erfolgte und somit ein Haftantritt bevorstand oder noch unklar war, ob die betreffende Weisung von dem zuständigen Richter als ambulante oder stationäre Weisung ausgesprochen werden würde. Mit dem

Ausschluss dieser Klienten wurde das Einschlusskriterium der richterlichen Weisung zur stationären Therapie gewahrt und für die Katamnesestudie sichergestellt, dass für die in die Stichprobe inkludierten Personen ein Wechsel in die stationäre Behandlungsphase vorgesehen war. Zudem wurde von der Befragung einer weiteren potentiellen Teilnehmerin zurückgetreten, da für diese Person eine Sachwalterschaft vorlag.

Nach dem Erstkontakt kam es trotz Interesse bei 16 Klienten zu keiner Terminvereinbarung, da sie keinen regelmäßigen Kontakt zur Vorbetreuungsstelle hielten, wobei 2 Klienten die Teilnahme auf Grund der räumlichen Distanz nicht möglich war, da sie in weiter entfernten Bundesländern lebten und nur telefonisch mit dem Team der Vorbetreuungsstelle bis zur Aufnahme in die stationäre Behandlungsphase in Kontakt standen. Zusätzliche 6 Klienten konnten nicht in die Erhebung mit eingeschlossen werden, da sie kurz nach dem Vorgespräch in Haft gerieten. 3 weitere Klienten zogen ihre Einwilligung an der Teilnahme zurück.

Von den insgesamt 136 potentiellen Teilnehmern konnten über die 10 Monate mit 76 Personen (55.88%) konkrete Terminvereinbarungen getroffen werden. Allerdings hielten von diesen 76 Personen 33 (43.24%) ihre Termine nicht ein und nahmen auch das Angebot flexibler und spontaner Teilnahmen innerhalb der Öffnungszeiten der Vorbetreuungsstelle nicht an und verschoben ihre Ersatztermine mehrfach. Über die Erhebungsmonate konnten letztendlich 43 Teilnehmer für die Untersuchung gewonnen werden. Dieser Stichprobenumfang reduzierte sich schließlich noch um eine Person, da in diesem Fall die Erhebung von Seiten der Testleiterin auf Grund der psychischen Instabilität der Teilnehmerin mit einhergehenden suizidalen Äußerungen gestoppt wurde. Die Klientin wurde einer stützenden Intervention zugeführt. Ihre bis dahin aufgenommenen Daten wurden nicht für die Studie verwendet. Damit besteht der endgültige Stichprobenumfang aus 42 Männern und Frauen mit richterlicher Weisung zur stationären Therapie.

Von den 42 Teilnehmern haben nicht alle Personen sämtliche Verfahren der Fragebogenbatterie bearbeitet. Gründe hierfür sind in der physischen und psychischen Verfassung der Teilnehmer zu suchen sowie in deren zeitlichen Möglichkeiten, auf die Rücksicht genommen wurde. Zudem wurden vereinbarte Folgetermine häufig nicht eingehalten. Das Anamnesegespräch konnte mit allen Teilnehmern vollständig geführt werden. Die Skala zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung (SWE, Schwarzer & Jerusalem, 1999) wurde von 41 Personen vollständig ausgefüllt, die Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN, Deusinger, 1986) von 38 Personen. Bezüglich der Erfassung der Behandlungsmotivation wurde die Veränderungsstadienskala (VSS, Heidenreich et al., 2001) von allen 42 Personen vollständig bearbeitet und der Fragebogen zu Analyse der Motivationalen Schemata (FAMOS, Grosse Holtforth & Grawe, 2002) von 38 Personen.

## **9.2 Ergebnisse zur Forschungsfrage 1: Charakteristika – Deskriptivstatistik der Stichprobe**

In der bereits definierten ersten Forschungsfrage (siehe Kapitel 5.3.1) liegt der Interessensfokus auf den besonderen Charakteristika der Personen, die auf Grund einer richterlichen Weisung zur stationären Therapie eine Behandlung beginnen. Um einen facettenreichen Einblick in die Lebensumstände der betreffenden Menschen zu bekommen und damit eine detaillierte Beschreibung der Stichprobe bieten zu können, wurde im Rahmen der Erhebung mit jedem Untersuchungsteilnehmer ein ausführliches Gespräch anhand eines halbstandardisierten Anamnesefragebogens geführt. Nachstehend werden die aus der Erarbeitung dieses Fragebogens hervorgegangenen Ergebnisse präsentiert. Im Rahmen der Diskussion (siehe Kapitel 10.2) werden die hier dargestellten Resultate repräsentativen Daten aus anderen Studien an der Schnittstelle von Substanzabhängigkeit und Forensik gegenübergestellt sowie mit gesamtgesellschaftlichen Statistiken, Daten und Informationen aus nationalen und internationalen Dokumentationssystemen und aktuellen Berichten zur Drogensituation verglichen.

### **9.2.1 Soziodemographische Daten 1: Alter und Geschlecht**

In der vorliegenden Stichprobe liegt bei der Verteilung des *Geschlechts* der Hauptanteil bei den männlichen Teilnehmern. Von den 42 Teilnehmern sind 34 Personen (81%) Männer und 8 Personen (19%) Frauen. Diese Verteilung entspricht nahezu exakt der Verteilung in der Zielpopulation der 136 Personen, zu denen es im Erhebungszeitraum Kontakte gab.

Das *Alter* der Untersuchungsteilnehmer liegt im Durchschnitt bei 28.05 Jahren, wobei es hier Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu verzeichnen gibt. Die Frauen in der aktuellen Stichprobe sind mit einem Durchschnittsalter von 31 Jahren etwas älter als die Männer mit einem Durchschnittsalter von 27.35 Jahren. Wie in Tabelle 2 ersichtlich, liegt der Range im Alter bei einer Spannweite von 23 Jahren, der jüngste Teilnehmer ist zum Zeitpunkt der Erhebung 19 Jahre alt, der älteste 42 Jahre.

Tabelle 2

*Stichprobenkennwerte zur Altersverteilung*

Geschlecht	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
<i>Männer</i>	34	27.35	5.54	19	41
<i>Frauen</i>	8	31	8.62	21	42
<i>Gesamt</i>	42	28.05	6.29	19	42

*Anmerkungen.* *n* = Stichprobengröße; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *Min* und *Max* geben die Spannweite der Werte an und stellen den minimalen und maximalen Wert der beobachteten Daten dar.

**9.2.2 Soziodemographische Daten 2: Lebensmittelpunkt und Staatsbürgerschaft**

Der *Lebensmittelpunkt* liegt bei 35 der Teilnehmer (83.3%) in Wien als Haupteinzugsgebiet der Vorbetreuungsstelle des Schweizer Haus Hadersdorf, gefolgt von 3 Teilnehmern aus Niederösterreich und je einem Teilnehmer aus den Bundesländern Tirol, Salzburg, Oberösterreich und Burgenland.

Insgesamt sind in der Stichprobe 8 verschiedene Nationalitäten vertreten, wobei 29 Personen (69%) die österreichische *Staatsbürgerschaft* besitzen, darauf folgend 4 Personen (9.4%) die serbische, 3 Personen (7.1%) die türkische und 2 (4.8%) die bosnische Staatsbürgerschaft. Die weiteren Nationen Bulgarien, Rumänien, Deutschland und Thailand sind mit je einem Teilnehmer (jeweils 2.4%) repräsentiert.

**9.2.3 Soziodemographische Daten 3: Bildung und Erwerbstätigkeit**

Bezüglich des Bildungsstands in der Stichprobe zeigt sich, dass 21 Teilnehmer (50%) über einen Hauptschulabschluss verfügen und 10 Personen (23.8%) eine Lehre abgeschlossen haben. Keinerlei abgeschlossene Ausbildung besitzen hingegen 4 der Teilnehmer (9.5%). Eine Person hat einen Universitäts- oder Fachhochschulabschluss (2.4%), je 3 Personen haben eine Berufsschule besucht (7.1%) oder andere Ausbildungsmöglichkeiten genutzt (7.1%). Zudem existieren zwischen den Männern und Frauen hinsichtlich des Ausbildungsstandes Unterschiede in der Stichprobe. Diese sind in der folgenden Abbildung 2 dargestellt.

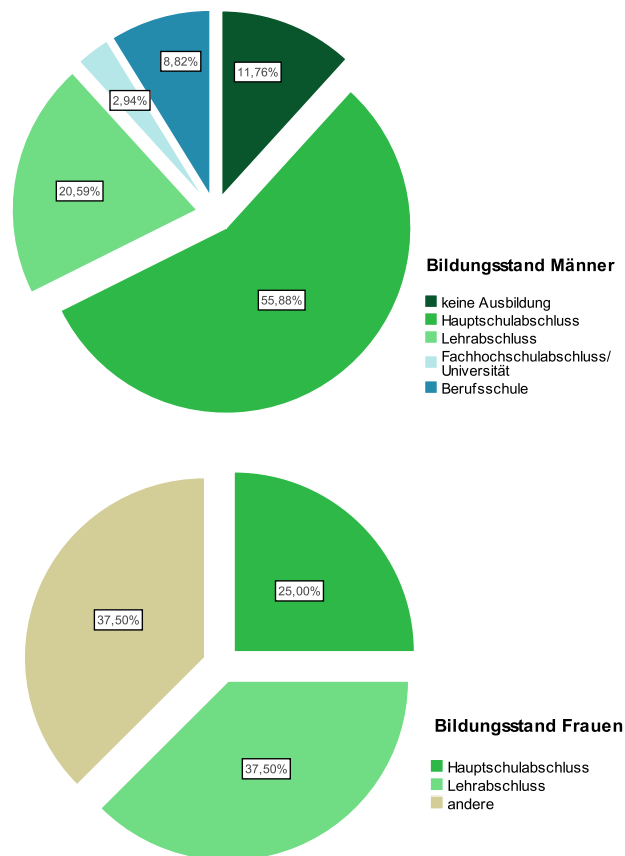


Abbildung 2. Bildungsstand getrennt nach Männern ( $n = 34$ ) und Frauen ( $n = 8$ ).  $n$  entspricht der Stichprobengröße.

Von der Gesamtstichprobe aus 42 Personen gehen zum Zeitpunkt der Erhebung 6 Teilnehmer (14,3%) einer *Erwerbstätigkeit* nach, 5 davon arbeiten in einer Vollzeitanstellung und 1 Person in einer Teilzeitanstellung. 36 Personen (85,7%) gehen derzeit keiner Arbeit nach. In Bezug auf das Geschlecht ist anzumerken, dass sämtliche der 6 arbeitenden Teilnehmer Männer sind, keine der Frauen ist berufstätig.

#### 9.2.4 Soziodemographische Daten 4: Familienstand und aktuelle Wohnsituation

Die deskriptive Analyse des *Familienstandes* ergibt sowohl für Männer als auch für Frauen, dass die Teilnehmer zu 50% in einer festen Partnerschaft, jedoch unverheiratet, leben. Von der Gesamtstichprobe sind 2 Personen (4,8%) verheiratet, 3 Personen (7,1%) geschieden und 16 Personen (38,1%) ohne Partner. Hinsichtlich des Geschlechts unterscheiden sich Männer von Frauen dahingehend, dass weniger Frauen in der Stichprobe ohne Partner sind als Männer. Frauen sind nur zu 25% ledig und ohne Partner, Männer hingegen zu 41,2%.

Zu den Angaben zur *aktuellen Wohnsituation* der Teilnehmer ist anzumerken, dass 35 Personen (83,33%) in gesicherten Wohnverhältnissen mit festem Wohnsitz leben. Ein Teilnehmer steht kurz vor der Haftentlassung und hat im Rahmen seiner Ausgangszeiten,

die für die Vorbereitung auf die Behandlung bestimmt waren, an der Erhebung teilgenommen. Demgegenüber stehen jedoch 6 Teilnehmer (14.3%), davon 5 Männer und 1 Frau, ohne festen Wohnsitz, die entweder übergangsweise bei befreundeten Personen übernachten können oder obdachlos sind. Abbildung 3 zeigt die entsprechenden Verteilungen für die Gesamtstichprobe.

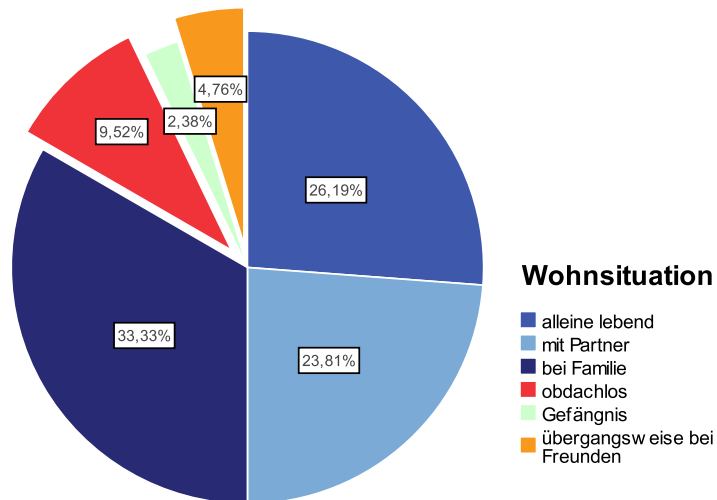


Abbildung 3. Verteilung der Wohnsituation in der Gesamtstichprobe ( $n = 42$ ).  $n$  entspricht der Stichprobengröße.

### 9.2.5 Drogenspezifische Aspekte der Biographie: Familiärer Hintergrund und Erstkonsum

In der erfassten Stichprobe geben zu ihrem *familiären Hintergrund* 16 von 34 Männern (47.1%) an, dass es innerhalb der Familie mindestens einen Angehörigen gibt, der ebenfalls von einer Abhängigkeitsproblematik betroffen ist. Bei den Frauen ist dieser Anteil noch höher, hier liegt die Zahl bei 6 (75%) der 8 Frauen. Für die Gesamtstichprobe bedeutet dies für Teilnehmer mit einem ebenfalls abhängigen Familienmitglied einen Anteil von 52.4%. Dabei ist hinzuzufügen, dass die Häufigkeit der betroffenen Angehörigen über die unterschiedlichen Verwandtschaftsebenen variiert. Die Rangreihung der Nennung von Angehörigen je nach Verwandtschaftsgrad wird in der untenstehenden Tabelle 3 angeführt.



Tabelle 3

*Rangreihung der Angehörigen mit Abhängigkeitsproblematik*

Verwandtschaftsgrad	Häufigkeit der Nennung	Prozent
1. Eltern	11	33.33
2. Geschwister	9	27.27
3. Cousin/Cousine	6	18.18
4. Onkel/Tante	4	12.12
5. andere <sup>a</sup>	2	6.06
6. Großeltern	1	3.03
Gesamt	33	100

<sup>a</sup>andere = Schwager, Urgroßvater.

Im Zuge des Anamnesegesprächs wurde jeder Teilnehmer nach seinem *Erstkonsumalter* bezüglich Alkohol, Zigaretten und Suchtmitteln im Sinne von illegalen Substanzen befragt. Die in Tabelle 4 dargestellten Ergebnisse weisen darauf hin, dass Männer bei ihren ersten Konsumerfahrungen über alle drei Kategorien hinweg durchschnittlich etwas jünger waren als die Frauen der Stichprobe. Bemerkenswert ist außerdem der hohe Range in der Stichprobe. So war die Person mit dem jüngsten Erstkonsumalter von Alkohol gerade einmal 5 Jahre alt, das Höchstalter für den Erstkonsum von Suchtmitteln liegt hingegen bei 30 Jahren. In der Gesamtstichprobe lässt sich jedoch in allen drei Kategorien für den erstmaligen Konsum ein Mindestalter von unter 10 Jahren feststellen. Zusätzlich zeigen die Resultate auf, dass der Erstkonsum von illegalen Substanzen mit einem Durchschnittsalter von 15.50 Jahren allgemein erst dann stattfindet, wenn bereits grundsätzlich legale, aber in diesem Alter noch nicht erlaubte Substanzen wie Alkohol und Zigaretten konsumiert wurden.

Tabelle 4

*Stichprobenkennwerte zum Erstkonsumalter der Substanzklassen Alkohol, Zigaretten und illegale Suchtmittel in Jahren*

Geschlecht	Substanzklasse	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Männer ( <i>n</i> = 34)	Alkohol	13.71	3.08	5	20
	Zigaretten	12.51	2.23	7.5	17
	Suchtmittel	15.10	3.85	7.5	30
Frauen ( <i>n</i> = 8)	Alkohol	15.19	3.82	12	24
	Zigaretten	13.50	2.58	8.5	17
	Suchtmittel	17.19	4.99	11	26
Gesamt ( <i>n</i> = 42)	Alkohol	13.99	3.23	5	24
	Zigaretten	12.70	2.30	7.5	17
	Suchtmittel	15.50	4.11	7.5	30

*Anmerkungen.* *n* = Stichprobengröße; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *Min* und *Max* geben die Spannweite der Werte an und stellen den minimalen und maximalen Wert der beobachteten Daten dar.

### 9.2.6 Drogenspezifische Aspekte der Biographie: Behandlungserfahrung

Wie im theoretischen Teil der vorliegenden Arbeit beschrieben, ist der Verlauf einer Abhängigkeitsproblematik oft langwierig und von Rückfällen geprägt. Dies spiegelt sich auch in der befragten Stichprobe wider. Insgesamt haben bereits 38 der 42 Teilnehmer (90.5%) schon einmal eine *Drogenhilfe* in Anspruch genommen. Die Anzahl der erfolgten Kontakte zu den betreffenden Einrichtungen liegt zwischen 1 und 4, wobei 14 Personen (33.3%) einmal und ebenfalls 14 Personen (33.3%) zweimal eine Behandlung begonnen haben. Weiters haben 7 Personen (16.7%) dreimal und 2 Personen (4.8%) viermal Einrichtungen zur Drogenhilfe aufgesucht. Nur 4 Personen (9.5%) haben vor der Aufnahme in die Vorbetreuungsphase noch nie fachliche Hilfe in Anspruch genommen. Eine Person (2.4%) hat hierzu keine Angaben gemacht.

Zusätzlich zur Anzahl der Behandlungsversuche wurde die *Art der erfolgten Drogenhilfe* erfragt. Dabei wurde zwischen ambulanter und stationärer Behandlung unterschieden. Von den 42 Teilnehmern haben wie erwähnt 4 Personen (9.5%) bisher keine fachliche Unterstützung für ihre Abhängigkeitsproblematik gesucht. Dem gegenüber stehen 20 Personen (47.6%) die bereits mindestens einmal eine stationäre Behandlung begonnen haben und 4 Personen (9.5%) die bereits mindestens einmal eine ambulante Behandlung begonnen haben. Außerdem haben 14 Personen (33.3%) Erfahrungen sowohl mit ambulanter als auch stationärer Behandlung gemacht. Hinsichtlich der Geschlechter zeigt sich eine differente Verteilung, die in Abbildung 4 veranschaulicht wird.

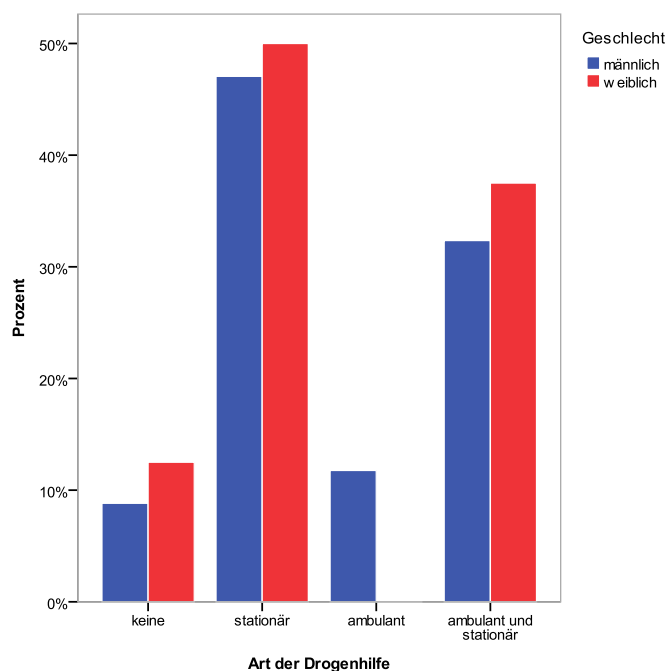


Abbildung 4. Verteilung der Art der Drogenhilfe getrennt nach Männern ( $n = 32$ ) und Frauen ( $n = 8$ ).  $n$  entspricht der Stichprobengröße.

Ebenfalls erfasst wurde die Häufigkeit der *Abbrüche einer Behandlung*. In der Gesamtstichprobe geben 33 der Teilnehmer (78.6%) an, schon mindestens einmal eine Behandlung abgebrochen zu haben. Die Analyse getrennt nach Geschlecht zeigt, dass 27 der 34 Männer (79.4%) und 6 der 8 Frauen (75.0%) Abbrüche begonnener Behandlungen aufweisen. In Bezug auf die Anzahl der Abbrüche ergibt sich eine Häufigkeit zwischen 1 und 4 erfolgten Abbrüchen. In der Teilstichprobe der Männer haben 16 Personen (47.1%) einmal, 9 Personen (26.5%) zweimal und 2 Personen (5.9%) einmal eine Behandlung abgebrochen. Insgesamt 7 Männer (20.6%) haben noch nie eine Behandlung abgebrochen. Von den weiblichen Teilnehmern geben 3 Frauen (37.5%) an, bereits einmal eine Behandlung abgebrochen zu haben. Je 1 Frau (12.5%) hat zweimal, dreimal oder viermal eine Behandlung abgebrochen, 2 Frauen (25%) haben noch nie eine Behandlung abgebrochen. In der nachfolgenden Tabelle 5 werden die Resultate der Gesamtstichprobe zur Dauer der Behandlung in Wochen bis zum Zeitpunkt des jeweiligen Abbruchs präsentiert.

Tabelle 5

*Stichprobenkennwerte zur Behandlungsdauer in Wochen bis zum Abbruch der Behandlung*

Behandlungsdauer <sup>a</sup>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
1. Abbruch	7.89	10.44	0	52
2. Abbruch	7.82	15.42	0	52
3. Abbruch	1.31	5.19	0	24
4. Abbruch	0.57	3.70	0	24

*Anmerkungen.* *n* = Stichprobengröße; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *Min* und *Max* geben die Spannweite der Werte an und stellen den minimalen und maximalen Wert der beobachteten Daten dar.

<sup>a</sup>*n* = 42.

### 9.2.7 Forensische Aspekte der Biographie: Delinquenz – Vorstrafen, Delikte, Haft

Da sämtliche Teilnehmer an der Studie auf Grund einer richterlichen Weisung eine Auflage zur Therapie vorweisen, wurden im Zuge des Erstgesprächs forensische Aspekte in der Biographie berücksichtigt und Vorstrafen, Gründe für diese im Sinne von begangenen Arten von Delikten, erlebter Inhaftierung und die Haftdauer erfasst.

In der Gesamtstichprobe gibt nur 1 Person an, keine *Vorstrafen* zu haben. 41 Personen (97.6%) führen Vorstrafen an. Sämtliche der 34 männlichen Teilnehmer weisen Vorstrafen auf, die Person ohne Vorstrafen ist weiblich. Die Analyse der Anzahl der Vorstrafen ergibt einen Durchschnitt (Standardabweichung in Klammern) von 6.38 (4.87), wobei das Minimum bei keiner Vorstrafe und das Maximum bei 25 Vorstrafen liegt. Etwas unterschiedlich präsentiert sich die Verteilung der Anzahl der Vorstrafen nach Geschlecht. Während die männlichen Teilnehmer durchschnittlich 6.85 (4.96) Vorstrafen aufweisen, liegen die weiblichen Teilnehmer mit einem Mittelwert von 4.38 (4.17) etwas darunter.

Frauen haben zwischen keiner und 10 Vorstrafen, Männer liegen hinsichtlich der Anzahl der Vorstrafen mit einem Minimum von einer und einem Maximum von 25 Vorstrafen deutlich über den Frauen.

Die Vorstrafen können sich auf unterschiedliche *Arten von begangenen Delikten* beziehen. An erster Stelle der Delikte stehen in der Gesamtstichprobe Delikte in Zusammenhang mit der Substanzabhängigkeit, wobei 40 der 42 Teilnehmer (95.2%) auf Grund eines solchen Delikts bereits mindestens einmal verurteilt wurden. Die Hälfte der Teilnehmer, genau 21 Personen (50%), wurde schon mindestens einmal auf Grund eines Eigentumsdeliktes verurteilt. An dritter Stelle stehen die Gewaltdelikte, die bei 20 Personen (47.6%) zu einer Vorstrafe geführt haben. Sonstige Deliktarten werden von vier Personen (9.5%) angegeben. Während die Verteilung der Sucht- und Eigentumsdelikte für Männer und Frauen nahezu gleich ist, zeigen sich Unterschiede in der Häufigkeit der Gewaltdelikte. Von den 8 weiblichen Teilnehmern ist 1 Frau (12.5%) auf Grund eines Gewaltdelikttes verurteilt worden, bei den männlichen Teilnehmern sind es 19 von 34 (55.9%). In der Gesamtstichprobe entspricht dies 20 Personen, die bereits mindestens einmal ein Gewaltdelikt begangen haben. Von diesen 20 Personen sind 19 Personen männlich (95%) und eine Person weiblich (5%). Die untenstehende Abbildung 5 veranschaulicht dies.

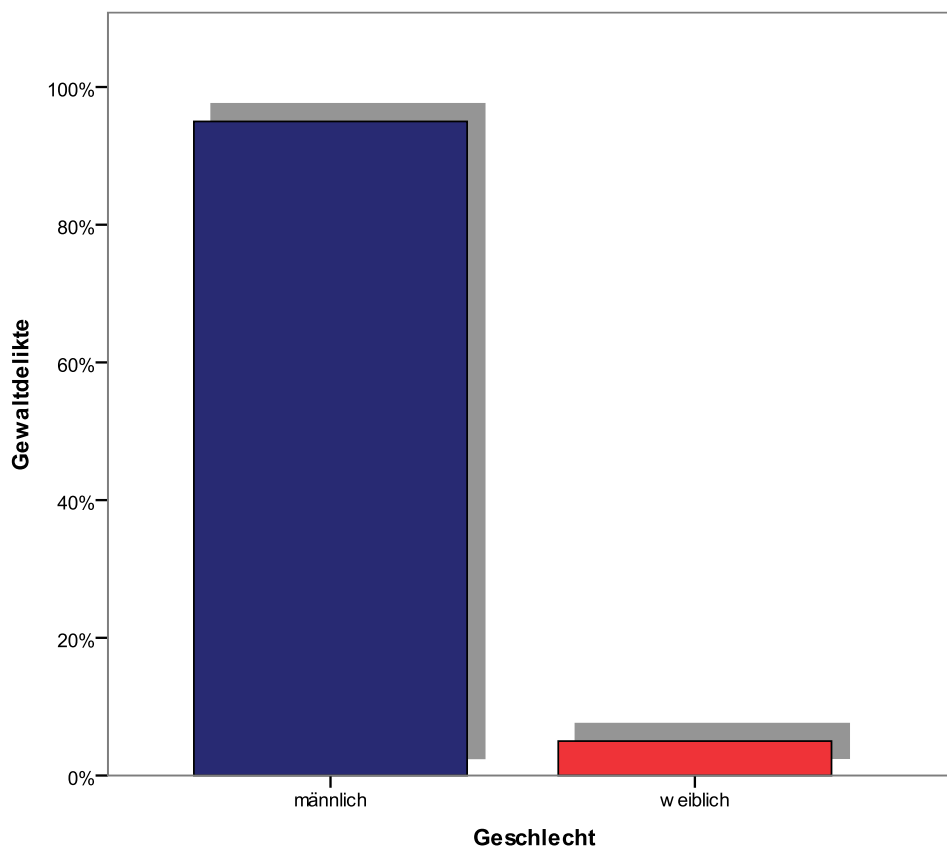


Abbildung 5. Vorstrafen auf Grund von Gewaltdelikten getrennt nach Männern ( $n = 19$ ) und Frauen ( $n = 1$ ).  $n$  entspricht der Stichprobengröße.

Die angeführte Delinquenz hat bei 39 der 42 Teilnehmer (92.9%) bereits mindestens einmal zu einer *Haftstrafe* geführt, wobei die durchschnittliche Anzahl bei 2.74 (1.93) Haftaufenthalten im Gefängnis liegt. Die Höchstzahl liegt bei 8 Haftaufenthalten. In Tabelle 6 sind die Ergebnisse zur Haftdauer während der einzelnen Haftaufenthalte in Monaten aufgelistet.

Tabelle 6

*Stichprobenkennwerte zur Haftdauer in Monaten, getrennt nach Haftaufenthalt*

Haftaufenthalt <sup>a</sup>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
1.	6.31	5.34	0	22
2.	6.79	8.30	0	30
3.	3.26	4.46	0	18
4.	3.57	10.13	0	60
5.	2.71	9.47	0	54
6.	0.69	2.24	0	10
7.	0.44	1.77	0	10
8.	0.02	0.15	0	1

*Anmerkungen.* *n* = Stichprobengröße; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *Min* und *Max* geben die Spannweite der Werte an und stellen den minimalen und maximalen Wert der beobachteten Daten dar.

<sup>a</sup>*n* = 42.

Für die Stichprobe resultiert aus den Monaten in Haft über die einzelnen Haftaufenthalte hinweg eine gesamte Haftdauer von durchschnittlich 23.79 Monaten, wobei bei den weiblichen Teilnehmern eine insgesamt etwas längere Haftdauer als bei den männlichen Teilnehmern vorliegt. Die entsprechenden Ergebnisse hierzu werden in Tabelle 7 präsentiert.

Tabelle 7

*Stichprobenkennwerte zur gesamten Haftdauer in Monaten über alle Haftaufenthalte hinweg*

Geschlecht	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Männer ( <i>n</i> = 34)	23.19	22.83	0	96.5
Frauen ( <i>n</i> = 8)	26.38	39.59	4	117
Gesamt ( <i>n</i> = 42)	23.79	26.24	0	117

*Anmerkungen.* *n* = Stichprobengröße; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *Min* und *Max* geben die Spannweite der Werte an und stellen den minimalen und maximalen Wert der beobachteten Daten dar.

### 9.2.8 Situation zum Zeitpunkt der Erhebung: Aktuelle Abhängigkeitsproblematik, Leit- und Begleitdroge und Teilnahme am Substitutionsprogramm

Im Zuge der Untersuchungsplanung wurde wie eingangs angeführt (siehe Kapitel 6.2.3) aktueller Substanzkonsum durchaus als Einschlusskriterium definiert. Unabhängig davon ob bereits ein körperlicher Entzug stattgefunden hat, liegt jedoch für die Teilnehmer

der Studie eine Abhängigkeitsproblematik vor. Diese wird nachstehend anhand drei verschiedener Kategorien beschrieben, wobei zwischen einer Drogenproblematik im Sinne der Abhängigkeit von illegalen Substanzen, einer Alkoholproblematik sowie einer Medikamentenproblematik differenziert wird. Diese Kategorien können auch gleichzeitig auf einen Teilnehmer zutreffen. Des Weiteren wird dokumentiert, wie viele Teilnehmer derzeit nicht konsumieren, welches ihre meistkonsumierten Substanzen und ihre begleitend konsumierten Substanzen sind und wie viele Personen sich im Substitutionsprogramm befinden.

In Bezug auf die vorliegende *Abhängigkeitsproblematik* wurde im Zuge der Anamnese zwischen einer Substanzabhängigkeit auf Grund einer Drogen-, Medikamenten- oder Alkoholproblematik unterschieden. Hierbei sind Überschneidungen möglich, da bedingt durch multiplen Substanzkonsum beziehungsweise durch verschiedene Konsummuster eine Zugehörigkeit zu mehr als einer der Kategorien vorliegen kann. Es ist festzustellen, dass 40 der 42 Teilnehmer (95.2%) angeben, unter einer Drogenproblematik zu leiden. Jene 2 Teilnehmer (4.8%), die keine Drogenproblematik aufweisen, sind Männer. Einer dieser Männer gibt an, von einer Medikamentenproblematik betroffen zu sein und der andere sowohl von einer Alkohol- als auch von einer Medikamentenproblematik. Von einer Alkoholproblematik sind insgesamt 6 der 42 Teilnehmer (14.3%) betroffen. Dabei handelt es sich bei 4 Personen um männliche Teilnehmer und bei 2 Personen um weibliche Teilnehmerinnen. Im Gegensatz dazu tritt eine Medikamentenproblematik häufiger auf, denn 18 Personen (42.9%) nennen eine Abhängigkeit von Medikamenten. Davon sind 15 Personen Männer und 3 Personen Frauen. Hier sei darauf hingewiesen, dass von den Teilnehmern bei der Angabe der konsumierten Substanzen in der Folge ausschließlich Medikamente genannt wurden, die der Gruppe der Benzodiazepine zuzuordnen sind.

In der Gesamtstichprobe geben zum Zeitpunkt ihrer Befragung 5 Personen (11.9%) an, dass bei ihnen derzeit *kein Substanzkonsum* vorliegt. Hierbei handelt es sich ausschließlich um männliche Teilnehmer, für alle 8 Frauen muss ein aktueller Substanzkonsum bestätigt werden.

Zum Zeitpunkt der Erhebung befinden sich unabhängig von sonstigem etwaigen Substanzkonsum insgesamt 29 Personen (69%) im *Substitutionsprogramm*. Anzumerken ist, dass sämtliche der 8 weiblichen Teilnehmerinnen substituiert sind, bei den männlichen Teilnehmern sind es 21 Personen (61.8%). Die Art des eingenommenen Substitutionsmittels variiert über die Stichprobe, allerdings liegt der Schwerpunkt auf dem Substitutionsmittel *Substitol*. Genaue Angaben dazu werden in der Abbildung 6 präsentiert.

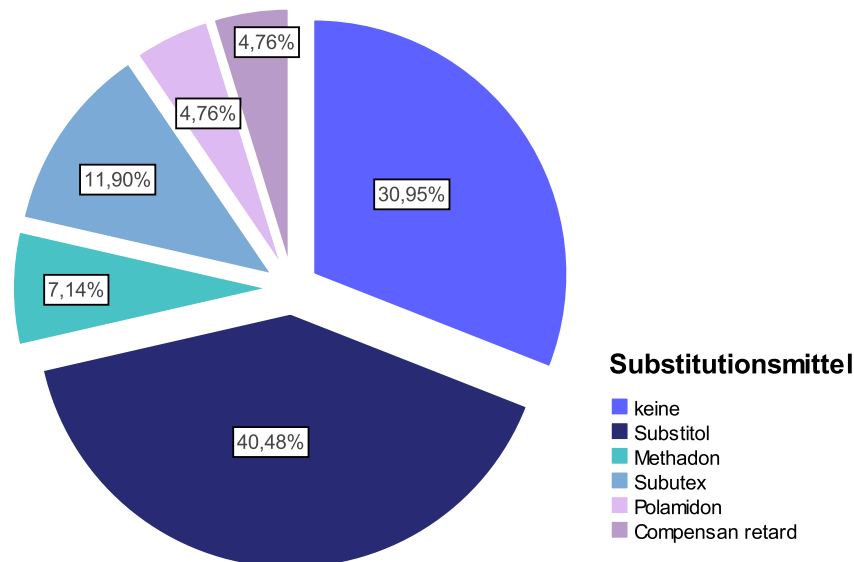


Abbildung 6. Art der konsumierten Substitutionsmittel ( $n = 42$ ).  $n$  entspricht der Stichprobengröße.

Auf Grund des meist multiplen Substanzkonsums erwies sich die Einschätzung der *Leit- und Begleitdroge* für die Teilnehmer als schwierig. Es wurde daher dahingehend verfahren, dass den Teilnehmern die Möglichkeit geboten wurde mehrere Substanzen, die sie am häufigsten konsumierten, zu nennen. Ebenso wurde für die Angaben zu dem begleitenden Substanzkonsum vorgegangen. Die genannten Substanzen wurden für die Analyse in 9 inhaltlich sinnvolle Gruppen sowohl für die Leit- als auch die Begleitdrogen eingeteilt. Nachstehend wird anhand der daraus resultierenden Ergebnisse die Konsumhäufigkeit der verschiedenen Substanzgruppen präsentiert. In der Tabelle 8 wird zur Veranschaulichung die Rangreihung der Leit- und Begleitdrogen illustriert.

Tabelle 8

*Häufigkeit von Leit- und Begleitdroge anhand der 9 Substanzgruppen*

Rang	Leitdroge	Rang	Begleitdroge
1.	Heroin	1.	Cannabis
2.	Substitutionsmittel	2.	Benzodiazepine
3.	Kokain	3.	Kokain und Alkohol
4.	Benzodiazepine	4.	Substitutionsmittel
5.	Opioide	5.	Heroin
6.	Cannabis	6.	Halluzinogene und Metaamphetamine
7.	Halluzinogene	7.	Opioide
8.	Alkohol		
9.	Metaamphetamine		

An vorderster Stelle bei den Angaben zur Leitdroge steht die Nennung von Heroin. 17 Teilnehmer (40.5%) geben diese als eine ihrer meistkonsumierten Drogen an. Als Begleitdroge wird Heroin allerdings lediglich von 2 Personen (4.8%) genutzt. Darauf folgt als zweithäufigste Leitdroge die Substanzgruppe der Substitutionsmittel mit 12 Nennungen (28.6%). Im Sinne einer Begleitdroge wird der Konsum von

Substitutionsmitteln 3 Mal genannt (7.1%), wobei darauf hinzuweisen ist, dass hier strikt nach der Einschätzung der Teilnehmer vorgegangen wurde. Daher fließen sowohl die Nennungen von Personen ein, die sich im Substitutionsprogramm befinden und ihr Substitutionsmittel als Leit- oder Begleitdroge bezeichnen, als auch jene, welche die betreffenden Substanzen auf anderem Wege konsumieren. Als dritthäufigste Leitdroge wird Kokain von 8 Teilnehmern (19%) konsumiert, als Begleitdroge nur von der Hälfte, nämlich von 4 Teilnehmern (9.5%). Darauf folgt die Substanzgruppe der Benzodiazepine, die von 7 der 42 Teilnehmer (16.7%) als Leitdroge bezeichnet wird, als Begleitdroge hingegen von 10 Teilnehmern (23.8%). Daran schließt sich die Substanzgruppe der Opioide als Leitdroge mit 6 Nennungen (14.3%) an. Keiner der Teilnehmer gibt sie als Begleitdroge an. An nächster Stelle steht Cannabis als Leitdroge mit 3 Nennungen (7.1%). Deutlich höher fällt jedoch die Angabe von Cannabis als Begleitdroge mit 15 Nennungen aus (35.7%). Die Substanzgruppe der Halluzinogene wird von 2 Teilnehmern (4.8%) als Leitdroge bezeichnet. Dasselbe gilt für Alkohol, den 2 Teilnehmer (4.8%) als ihre Leitdroge angeben. Als Begleitdroge konsumiert nur 1 Person Halluzinogene (2.4%), allerdings zeigen sich 4 Nennungen (9.5%) von Alkohol als Begleitdroge. Die letzte Substanzgruppe der Metaamphetamine wird von je einem Teilnehmer (2.4%) als Leit- beziehungsweise Begleitdroge definiert. Zudem ist anzumerken, dass 10 der 42 Teilnehmer (23.8%) angeben, keine Begleitdrogen zu konsumieren.

Abschließend werden noch Unterschiede bezüglich der Angaben zur Leit- und Begleitdroge zwischen den *Geschlechtern* berücksichtigt, wobei zur Darstellung der Ergebnisse mittels der Abbildungen 7 bis 10 jeweils die spontane Nennung der ersten Substanz der Teilnehmer verwendet wird. Den Ergebnissen zufolge konsumieren Frauen insgesamt zwar nicht weniger als Männer, jedoch nicht so viele unterschiedliche Substanzen. Wie in Abbildung 7 und 8 ersichtlich liegt ihr Hauptkonsum auf den Substitutionsmitteln, gefolgt von Heroin und des Weiteren zu gleichen Teilen Benzodiazepine und Opioide, während bei den männlichen Teilnehmern sämtliche 9 Substanzgruppen vertreten sind.



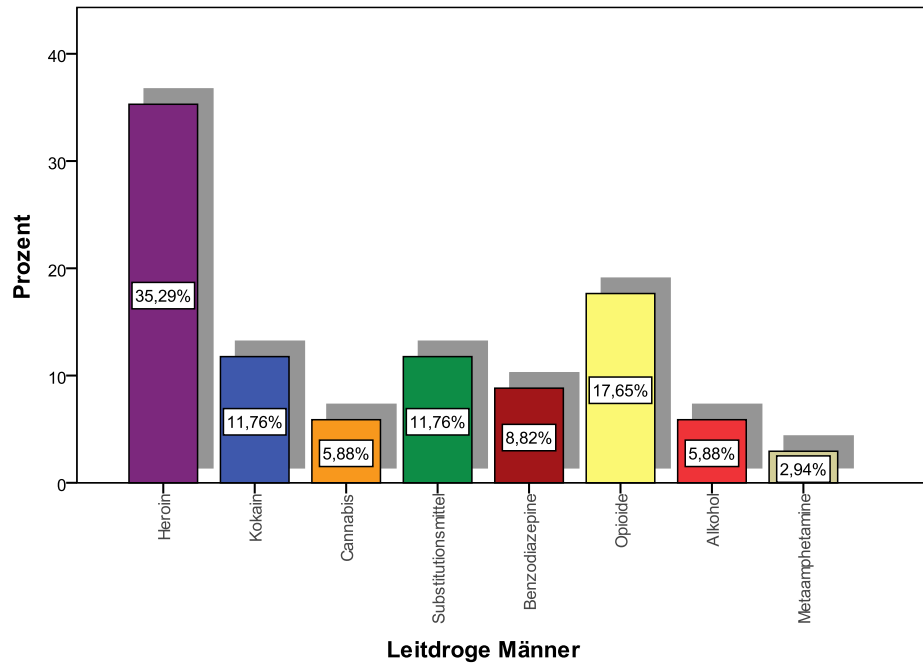


Abbildung 7. Substanzgruppen als Leitdroge bei männlichen Teilnehmern ( $n = 34$ ).  $n$  entspricht der Stichprobengröße.

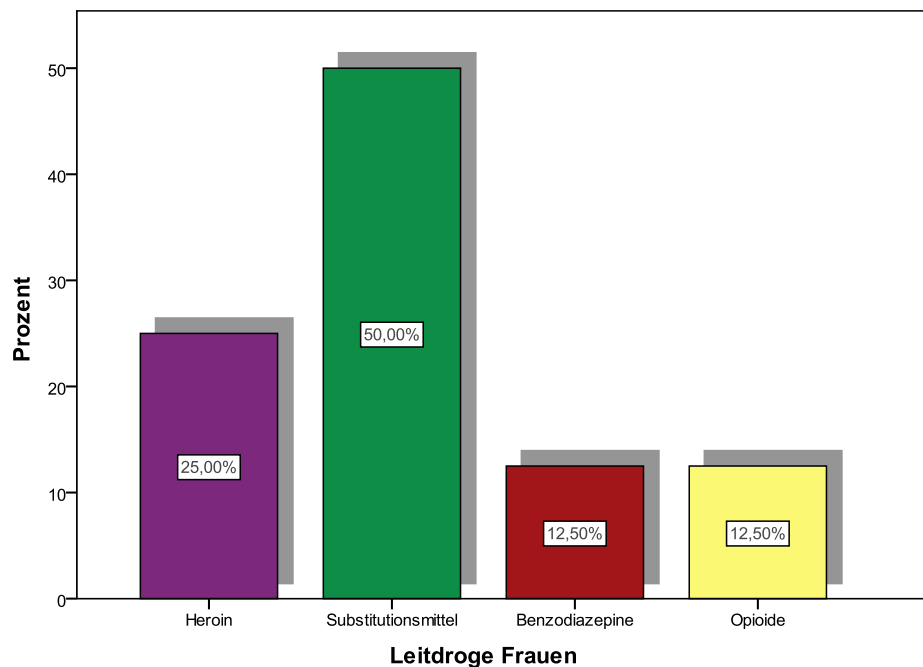


Abbildung 8. Substanzgruppen als Leitdroge bei weiblichen Teilnehmerinnen ( $n = 8$ ).  $n$  entspricht der Stichprobengröße.

Bezüglich des Begleitkonsums lässt sich ein ähnliches Verhältnis wie für den Hauptkonsum feststellen, hier können für die männlichen Teilnehmer 6 Substanzgruppen und für die weiblichen Teilnehmer 4 Substanzgruppen erfasst werden (Abbildung 9 und Abbildung 10).

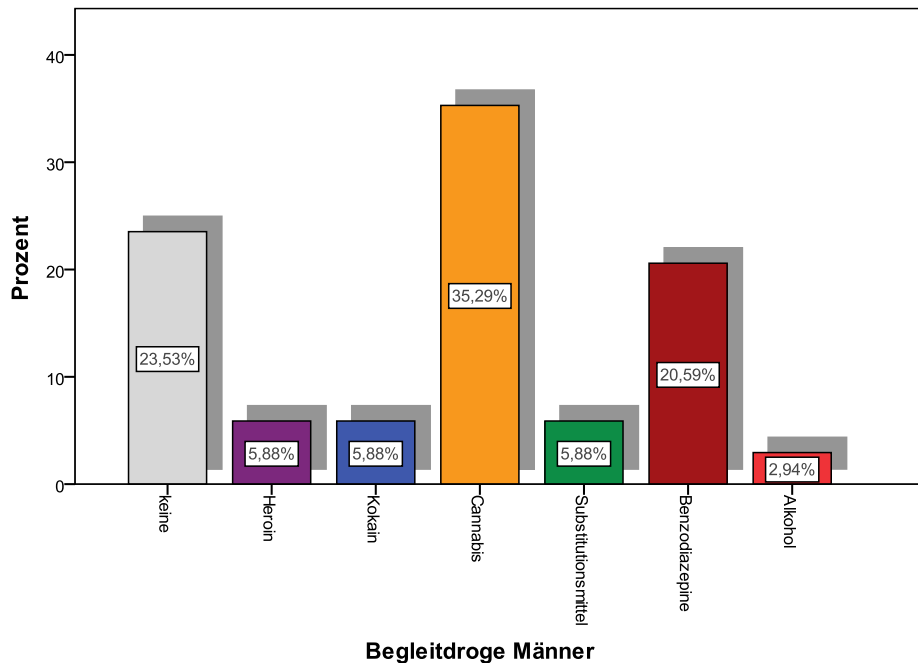


Abbildung 9. Substanzgruppen als Begleitdroge bei männlichen Teilnehmern ( $n = 34$ ).  $n$  entspricht der Stichprobengröße.

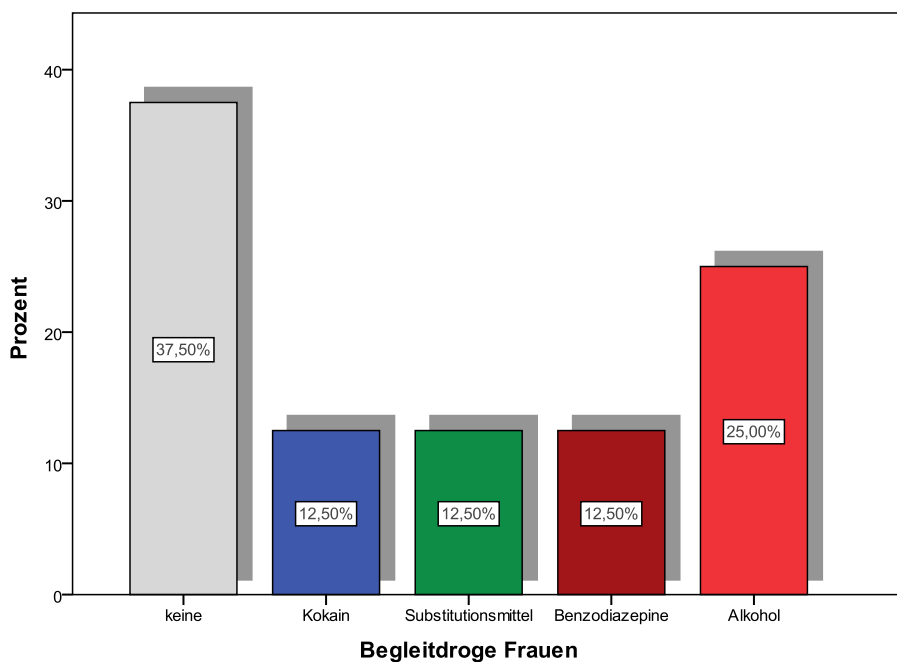


Abbildung 10. Substanzgruppen als Begleitdroge bei weiblichen Teilnehmerinnen ( $n = 8$ ).  $n$  entspricht der Stichprobengröße.

### 9.2.9 Situation zum Zeitpunkt der Erhebung: Richterliche Weisung und der Weg in die Behandlung

Wie in den Einschlusskriterien gefordert, existiert für alle 42 Teilnehmer eine *richterliche Weisung* zu stationärer Therapie. Die *Kosten* für die Behandlung werden, wie in diesen Fällen vom Rechtssystem vorgesehen, für alle Klienten vom Gericht getragen. In der vorliegenden Stichprobe trifft dies mit Ausnahme von einer Person zu, bei der die zuständige Sozialversicherung die Kosten deckt.

Da angenommen wird, dass die in die Stichprobe inkludierten Personen ihre Behandlung unter Druck von verschiedenen Seiten (Gegenhuber et al., 2009) beginnen, wurde in der Anamnese nach dem *Hauptanstoß zur Kontaktaufnahme* mit der Vorbetreuungsstelle gefragt. Dabei wurde erfasst, ob der Kontakt auf Grund des Drucks durch die Justiz, die Familie, eines Arztes, auf Grund eigener Initiative oder aus einer Kombination dieser Möglichkeiten erfolgte. Keine der befragten Personen gibt an, ausschließlich auf Initiative der Familie oder eines Arztes eine Behandlung der Abhängigkeit anzustreben. Die Verteilung der Ergebnisse in der Gesamtstichprobe (Abbildung 11) zeigt ein deutliches Bild: Der Hauptanstoß zur Kontaktaufnahme erfolgt bei 97.6% der Teilnehmer zu nahezu gleichen Teilen entweder auf Grund des Drucks durch die Justiz (31%), eigener Initiative (35.7%) oder einer Kombination aus Druck durch die Justiz und eigener Initiative (31%). Nur ein einziger Teilnehmer gibt an, die Behandlung auf Grund einer Kombination aus Druck durch die Justiz, eigener Initiative und Druck durch die Familie zu beginnen. Hinsichtlich der Verteilung getrennt nach dem Geschlecht ist anzumerken, dass keiner der Männer angibt auf Grund einer Kombination aus Druck durch die Justiz, eigener Initiative und Druck durch die Familie eine Behandlung zu beginnen, sondern ausschließlich entweder aus eigener Initiative (35.3%), weil die Justiz es verlangt (32.4%) oder aus einer Kombination der beiden Kategorien (32.4%). Für die Frauen sind hingegen wie in der Gesamtstichprobe alle vier Kategorien vertreten, wobei 3 von ihnen angeben die Behandlung auf Grund eigener Initiative zu beginnen (37.5%). Jeweils 2 der weiblichen Teilnehmerinnen nennen als Grund für die Kontaktaufnahme den Druck durch die Justiz (25%) und eine Kombination aus Druck durch die Justiz und eigener Initiative (25%). Eine der Frauen gibt an, gibt an, die Behandlung auf Grund einer Kombination aus Druck durch die Justiz, eigener Initiative und Druck durch die Familie zu beginnen (12.5%).

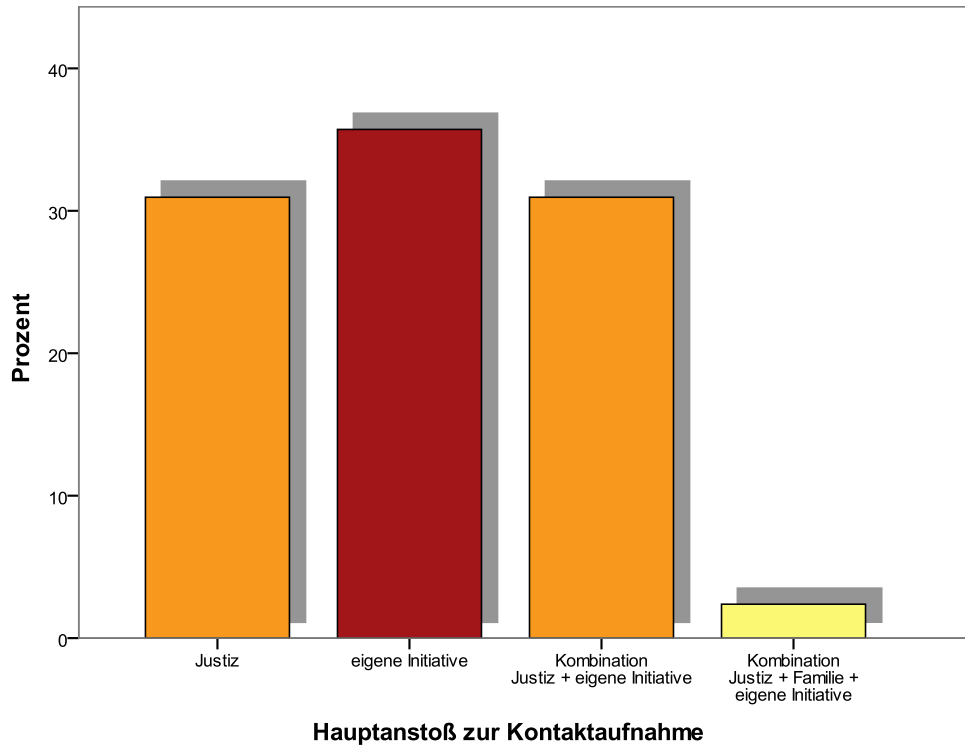


Abbildung 11. Ursachen für den Hauptanstoß zur Kontaktaufnahme ( $n = 42$ ).  $n$  entspricht der Stichprobengröße.

Der Weg in die stationäre Behandlung beginnt für die Teilnehmer jedoch schon vor der ersten Kontaktaufnahme zu der Institution, mit deren Zusammenarbeit sie ihre richterliche Auflage erfüllen möchten. Die Resultate aus der Anamnese dokumentieren, dass 35 der 42 Teilnehmer (83.3%) vor der Kontaktaufnahme zur Vorbetreuungsstelle bereits in einer *anderen Einrichtung* waren oder eine *Drogenhilfe* in Anspruch genommen haben. Mit einer Anzahl von 20 Personen (47.6%) befand sich nahezu die Hälfte der Teilnehmer zuvor in einer stationären Einrichtung zur Drogenhilfe, gefolgt von 12 Personen (28.6%), die direkt vor der Vorbetreuungsphase in Haft waren. Eine ambulante Einrichtung zur Drogenhilfe wurde von 3 Personen (7.1%) aufgesucht, 7 Personen (16.7%) befanden sich vor dem Erstkontakt zur Vorbetreuungsstelle des Schweizer Haus Hadersdorf in keiner anderen Einrichtung. Betrachtet man die Ergebnisse getrennt nach Geschlecht zeigt sich für die Männer eine nahezu gleiche Verteilung wie in der Gesamtstichprobe. Bei den weiblichen Teilnehmerinnen gestaltet sich die Verteilung hingegen etwas anders. Von ihnen war nur eine einzige Person in keiner Einrichtung, 4 der Frauen (50%) befanden sich direkt vor dem Erstkontakt im Gefängnis und 3 Frauen (37.5%) in einer stationären Einrichtung zur Drogenhilfe.

Nach dem beschriebenen Erstkontakt erfolgt die Vorbetreuung der Klienten, im Rahmen derer die Behandlung geplant wird. Diese Einstiegsphase in die Behandlung ist im Schweizer Haus Hadersdorf im Rahmen der *Vorbetreuung* je nach individueller

Sachlage und freien stationären Therapieplätzen auf etwa vier bis acht Wochen festgelegt. Nach dieser Zeit sollte von Seiten der Einrichtung ein stationärer Therapieplatz zur Verfügung gestellt werden können (SHH, 2012a). In der Stichprobe liegt die durchschnittliche Zeit, welche die Teilnehmer zum Zeitpunkt der Erhebung bereits in der Vorbetreuungsphase verbracht haben, mit einem Mittelwert von 9.25 (9.99) Wochen deutlich darüber, wobei das Minimum an in der Vorbetreuungsphase verbrachten Zeit bei 1 Woche und das Maximum bei 40 Wochen liegt. Auf Grund dieser breiten Zeitspanne wird daher zusätzlich der Median als Kennwert, der von extremen Werten relativ unabhängig ist, angeführt (Field, 2009). Dieser ergibt eine Anzahl von 4.50 (9.99) Wochen, in denen sich die Teilnehmer zum Zeitpunkt der Erhebung bereits in der Vorbetreuungsphase befanden.

#### *9.2.10 Abschluss der Erhebungsphase: Verlauf und Behandlungsstatus*

Im Rahmen des Abschlusses der Erhebungsphase wurde am Ende der 10 Monate erfasst, in welcher Behandlungsphase sich die an der Studie teilnehmenden Klienten zu diesem Zeitpunkt befanden und welche Entwicklung sie bis dorthin durchlaufen hatten.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich 10 der 42 Teilnehmer (23.8%) noch in der regulären Vorbetreuungsphase befinden und 9 Teilnehmer (21.4%) den Übergang in die stationäre Behandlungsphase bewältigt haben und sich zum Zeitpunkt des Erhebungsabschlusses in der stationären Einrichtung des Schweizer Haus Hadersdorfs aufhalten. Weitere 3 Personen (7.1%) leben bereits in betreuten Wohnverhältnissen im Rahmen der erweitert stationären Phase. Eine Person hat eine Umwandlung der richterlichen Weisung erreicht und erfüllt ihre Auflage nun durch eine ambulante Behandlung (2.4%) und 1 Person hat die Einrichtung gewechselt (2.4%). Im Gegensatz dazu haben jedoch 13 Personen (31%) ihre stationäre Behandlung zwar begonnen, diese aber wieder abgebrochen oder sind aus der stationären Einrichtung verwiesen worden. Von diesen 13 Personen haben 7 ihre Behandlung selbst abgebrochen, wobei 5 von ihnen nicht in die Vorbetreuungsphase zurückgekehrt sind, 2 Personen haben allerdings den Kontakt zum Team der Vorbetreuungsphase gehalten und streben eine erneute Aufnahme in die stationäre Behandlungsphase an. Von jenen 6 Personen, die aus der stationären Einrichtung verwiesen wurden, steht nur 1 Person in Kontakt mit dem Team der Vorbetreuung und arbeitet an einer Wiederaufnahme, für 5 Personen gibt es hingegen derzeit kein Betreuungsverhältnis. Auf Grund wiederholter Delinquenz befinden sich 3 Personen (7.1%) inzwischen in Haft. Der Aufenthalt von 2 Personen ist gänzlich unbekannt (4.8%). Anzumerken ist, dass es bezüglich des Behandlungsstatus am Ende des Erhebungszeitraumes Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt. Auffallend ist,

dass sich keine der weiblichen Teilnehmerinnen in der Vorbetreuungsphase befindet, vielmehr ist für 4 Frauen (50%) der Übergang in die stationäre Behandlungsphase erfolgt und eine Teilnehmerin befindet sich bereits in der erweitert stationären Phase. Eine der Frauen hat allerdings ihre Behandlung abgebrochen und 2 Teilnehmerinnen sind in Haft geraten. Eine präzise Gegenüberstellung der Teilnehmer getrennt nach deren Geschlecht bietet die nachfolgende Abbildung 12.

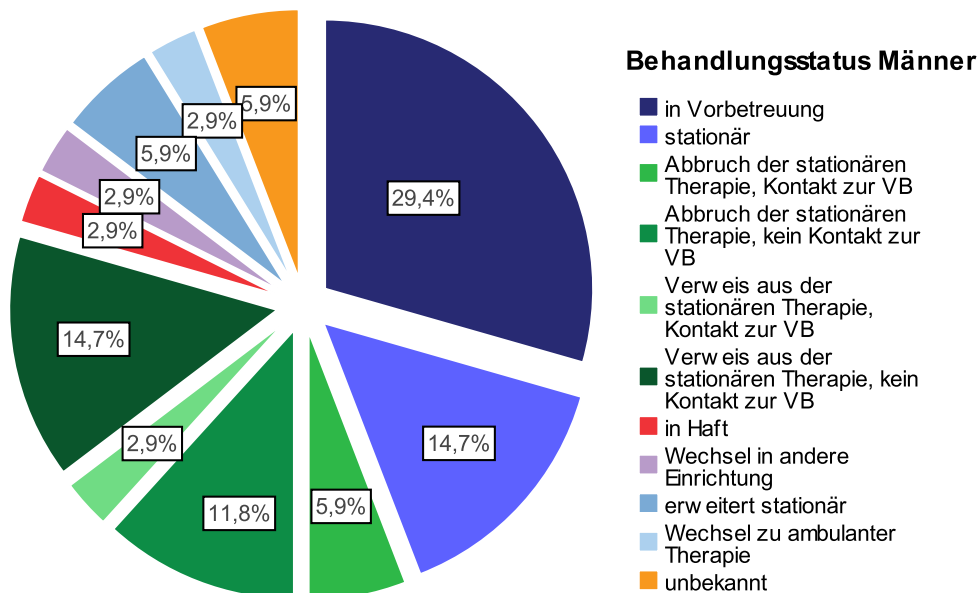
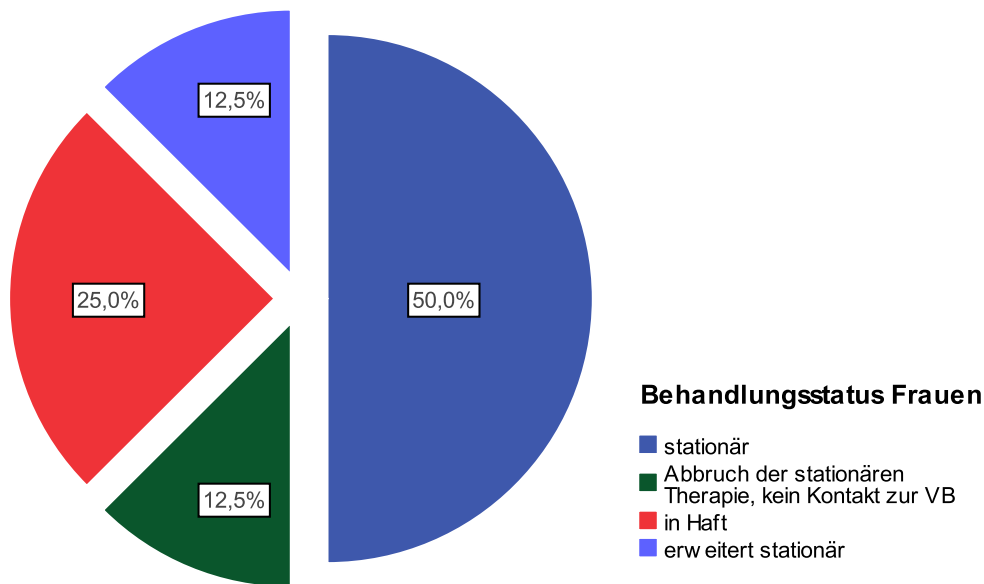


Abbildung 12. Verteilung des Behandlungsstatus für Männer ( $n = 34$ ) und Frauen ( $n = 8$ ).  $n$  entspricht der Stichprobengröße. VB = Vorbetreuungsstelle des Schweizer Haus Hadersdorf.

### **9.3 Ergebnisse zur Forschungsfrage 2: Ist-Zustand – Ausprägung der einzelnen Konstrukte**

Das vorliegende Kapitel widmet sich der Auseinandersetzung mit der Ausprägung der einzelnen Konstrukte der Selbstwirksamkeitserwartung, des Selbstkonzepts und der Behandlungsmotivation in der Stichprobe der Klienten mit einer richterlichen Weisung zur stationären Therapie.

#### **9.3.1 Ist-Zustand: Ergebnisse zur Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung**

Vorausgehend zur Beschreibung der Ausprägung der *Selbstwirksamkeitserwartung* wurde eine Reliabilitätsanalyse zur Prüfung der Messgenauigkeit des eingesetzten Verfahrens, der Skala zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung (SWE, Schwarzer & Jerusalem, 1999), durchgeführt. Für die eindimensionale Skala zeigt der Reliabilitätskoeffizient für die vorliegende Stichprobe von  $n = 41$  ein Cronbach's  $\alpha$  von .79. Dieser Wert übersteigt den Grenzwert von .60 (Bortz & Döring, 2006; Zimbardo, 1995), womit die SWE als ein zuverlässiges Messinstrument gewertet werden kann.

In der vorliegenden Studie interessiert die Forschungsfrage, wie es um die Selbstwirksamkeitserwartung bei Klienten mit richterlicher Weisung zur stationären Therapie bestellt ist. Um hierzu eine adäquate Schlussfolgerung ziehen zu können, wurden die Daten der Stichprobe ( $n = 41$ ) der bevölkerungsrepräsentativen Normierungsstichprobe der SWE ( $N = 2031$ , Schumacher et al., 2001) gegenübergestellt. Es wird geprüft, ob sich die Stichprobe der Klienten mit richterlicher Weisung zur stationären Therapie mit ihrem Selbstwirksamkeitswert,  $M = 29.32$  (4.60), vom Erwartungswert,  $M = 29.38$  (5.36) (Schumacher et al., 2001), signifikant unterscheidet. Die Berechnung eines Ein-Stichproben- $t$ -Tests ergibt mit  $t(40) = -0.088$ ,  $p = .931$  ein nicht signifikantes Ergebnis. Dies bedeutet, dass für die Stichprobe kein Unterschied in der Selbstwirksamkeitserwartung im Vergleich mit der Normierungsstichprobe angenommen werden kann.

Schumacher et al. (2001) haben im Zuge der Normierung deutliche Geschlechtseffekte feststellen können, die für eine signifikant höhere Ausprägung des Skalenwertes bei Männern sprechen. Um diesen Effekt zu berücksichtigen, wird auch hier trotz dem zwar für die spezifische klinische Gruppe repräsentativen, aber statistisch unausgewogenen Verhältnis von Männern ( $n = 33$ ) und Frauen ( $n = 8$ ) in der Stichprobe überprüft, ob ein Unterschied vorliegt. Der Unterschied in der Selbstwirksamkeits-

erwartung zwischen Männern,  $M = 29.67$  (4.77), und Frauen,  $M = 27.88$  (3.72), wird mittels  $t$ -Test für unabhängige Stichproben geprüft. Die Voraussetzung der Homogenität der Varianzen kann durch die Überprüfung durch den Levene-Test mit einem nicht signifikanten Ergebnis von  $p = .434$  als erfüllt angesehen werden. Die Berechnung der Prüfgröße ergibt mit  $t(39) = 0.988$ ,  $p = .329$  ein nicht signifikantes Ergebnis. Es kann somit für diese Stichprobe kein Unterschied in der Selbstwirksamkeitserwartung in Abhängigkeit des Geschlechts beobachtet werden.

Zusätzlich wurde ein Ein-Stichproben- $t$ -Test getrennt für Männer und Frauen gerechnet. Verglichen wurde der Mittelwert der Summenscores der SWE der weiblichen Teilnehmerinnen,  $M = 27.88$  (3.72), mit dem Mittelwert der 31- bis 60-jährigen Frauen der Normierungsstichprobe,  $M = 28.88$  (5.05) (Schumacher et al., 2001), sowie der Mittelwert der männlichen Teilnehmer,  $M = 29.67$  (4.77), mit dem Mittelwert der 14 bis 30-jährigen Männer der Normierungsstichprobe,  $M = 31.15$  (5.66) (Schumacher et al., 2001). Auf Grund des unterschiedlichen Altersdurchschnitts, der in der Stichprobe für Männer bei  $M = 27.35$  Jahren und bei Frauen etwas höher bei  $M = 31.0$  Jahren liegt, wurden die Normwerte unterschiedlicher Altersgruppen herangezogen. Auch hier konnte sowohl für Männer mit  $t(32) = -1.79$ ,  $p = .084$  als auch für Frauen mit  $t(7) = -0.76$ ,  $p = .470$  kein signifikantes Ergebnis festgestellt werden.

### 9.3.2 Ist-Zustand: Ergebnisse zur Ausprägung der Bereiche des Selbstkonzepts

Wie zuvor für die Skala zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung (SWE, Schwarzer & Jerusalem, 1999) wurde auch für das Verfahren, das zur Erhebung der Ausprägung des *Selbstkonzepts* eingesetzt wurde, vor der Auswertung der Ergebnisse eine Reliabilitätsanalyse erstellt. Das Konzept der verwendeten Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN, Deusinger, 1986) geht davon aus, dass jeder Mensch über eine Vielzahl an Selbstkonzepten verfügt, die unterschiedlich ausgebildet sein können. Deusinger (1986) definiert 10 verschiedene Selbstkonzepte, die über die entsprechenden Skalen in den FSKN operationalisiert werden und den vier Bereichen *Leistung*, *allgemeine Selbstwertschätzung*, *Stimmung* und *Sensibilität* sowie dem *psychosozialen Bereich* zugeordnet werden können. Für jede der Skalen wurde eine Reliabilitätsanalyse durchgeführt, deren Ergebnisse in der untenstehenden Tabelle 9 angeführt werden.



Tabelle 9

*Reliabilitätskoeffizienten der Skalen der FSKN nach Cronbach's  $\alpha$* 

Bereich <sup>a</sup>	Skala (Itemanzahl)	Cronbach's $\alpha$
Leistung	FSAL Selbstkonzept der allgemeinen Leistungsfähigkeit (10)	.75
	FSAP Selbstkonzept der allgemeinen Problembewältigung (10)	.74
	FSVE Selbstkonzept der allgemeinen Verhaltens- und Entscheidungssicherheit (6)	.59
allgemeine Selbstwertschätzung	FSSW Selbstkonzept des allgemeinen Selbstwertes (10)	.81
Stimmung und Sensibilität	FSEG Selbstkonzept der eigenen Empfindlichkeit und Gestimmtheit(6)	.63
psychosozialer Bereich	FSST Selbstkonzept der eigenen Standfestigkeit gegenüber Gruppen und bedeutsamen anderen (12)	.78
	FSKU Selbstkonzept zur eigenen Kontakt- und Umgangsfähigkeit (6)	.11
	FSWA Selbstkonzept zur Wertschätzung durch andere (6)	.65
	FSIA Selbstkonzept zur Irritierbarkeit durch andere (6)	.44
	FSGA Selbstkonzept über Gefühle und Beziehungen zu anderen (6)	.28
<b>Gesamt FSKN (78)</b>		<b>.92</b>

*Anmerkungen.* Die Reliabilitätskoeffizienten der Skalen FSKU, FSIA und FSGA erreichen mit ihren markierten Cronbach's  $\alpha$  den Grenzwert von .60 für eine angemessene Reliabilität nicht (Bortz & Döring, 2006; Zimbardo, 1995) und sind daher in weiterer Folge aus der Analyse auszuschließen. FSKN = Frankfurter Selbstkonzeptskalen (Deusinger, 1986);  $n$  = Stichprobengröße.

<sup>a</sup> $n$  = 38.

Für die Skalen der Bereiche *Leistung*, *allgemeine Selbstwertschätzung* sowie *Stimmung und Sensibilität* der FSKN kann eine ausreichende Reliabilität bestätigt werden. Bezüglich des *psychosozialen Bereichs* der FSKN weisen jedoch nur die Skala FSST zum Selbstkonzept der eigenen Standfestigkeit gegenüber Gruppen und bedeutsamen anderen mit Cronbach's  $\alpha$  = .78 sowie die Skala FSWA zum Selbstkonzept zur Wertschätzung durch andere mit Cronbach's  $\alpha$  = .65 angemessene Werte hinsichtlich ihrer Messgenauigkeit auf. Auf Grund der erhobenen Reliabilitätskoeffizienten in der Stichprobe sind die Skalen FSKU zum Selbstkonzept zur eigenen Kontakt- und Umgangsfähigkeit, FSIA zum Selbstkonzept zur Irritierbarkeit durch andere und FSGA zum Selbstkonzept über Gefühle und Beziehungen zu anderen mit Cronbach's  $\alpha$  < .60 in weiterer Folge aus den Analysen auszuschließen. Die betreffenden Resultate werden aus Gründen der Vollständigkeit in der nachstehenden Ergebnisdarstellung zwar angeführt, inhaltlich werden sie jedoch nicht interpretiert.

Im Gegensatz dazu lieferte die Analyse des Gesamtwertes der FSKN, in die sämtliche 78 Items ( $n$  = 38) aufgenommen wurden, ein sehr gutes Ergebnis mit einem Cronbach's  $\alpha$  von .92. Deusinger (1986) sieht die individuelle, diagnostische Auswertung ihres Verfahrens im Verlauf diagnostischer Untersuchungen an sich keinen Gesamtwert vor, präsentiert jedoch zusammengefasste Kennwerte über alle Skalen. Für

die Analyse der Daten im Rahmen der hier geleisteten wissenschaftlichen Arbeit wird die Bildung eines solchen Gesamtwerts über den Summenscore für vertretbar gehalten, da auf Grund der summierten Bewertungen nach Likert (Bortz & Döring, 2006; Field, 2009) davon auszugehen ist, dass je positiver das Gefühl gegenüber der eigenen Person ist, umso mehr Punkte in den FSKN erzielt werden. Damit macht auch eine inhaltliche Interpretation Sinn. Die Reliabilität des Gesamtwertes konnte zumindest bereits gezeigt werden (siehe Tabelle 9).

Wie ist es nun um die vier Bereiche bezüglich der Ausprägung der Selbstkonzepte bei Personen mit richterlicher Weisung zur stationären Therapie bestellt? Um diese Frage zu beantworten, werden die Ergebnisse der Ein-Stichproben-*t*-Tests aller Skalen, getrennt nach den vier Bereichen, präsentiert. Im Rahmen des Mittelwertvergleichs wurden dabei die Mittelwerte der erhobenen Daten in den einzelnen Skalen der aktuellen Stichprobe ( $n = 38$ ) mit der Referenzpopulation der Normierungsstichprobe der FSKN, nämlich der Gesamtstichprobe der männlichen und weiblichen Erwachsenen ( $N = 540$ , Deusinger, 1986), verglichen.

### 9.3.2.1 Leistungsbereich.

Die Ein-Stichproben-*t*-Tests im Zuge der Erfassung des Leistungsbereichs zeigen für alle drei zugehörigen Skalen signifikante Ergebnisse. Die entsprechenden Werte werden in Tabelle 10 aufgelistet.

Tabelle 10

#### *Ein-Stichproben-*t*-Tests zur Erfassung der Selbstkonzepte des Leistungsbereichs*

Skala <sup>a</sup>	<i>M</i> (Stichprobe)	<i>SD</i> (Stichprobe)	<i>M</i> (Norm)	<i>SD</i> (Norm)	<i>t</i>	<i>df</i>	Sig. (2-seitig)
FSAL Selbstkonzept der allgemeinen Leistungsfähigkeit	42.76	7.34	47.1	5.84	-3.64	37	.001*
FSAP Selbstkonzept der allgemeinen Problembewältigung	42.66	7.47	45.8	6.24	-2.59	37	.014*
FSVE Selbstkonzept der allgemeinen Verhaltens- und Entscheidungssicherheit	25.74	4.48	27.8	4.02	-2.84	37	.007*

*Anmerkungen.* *n* = Stichprobengröße; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *t* = *t*-Statistik; *df* = degrees of freedom; Sig. = Signifikanz.

<sup>a</sup>*n* = 38.

\**p* < .05.

Sämtliche Mittelwerte der Skalen in der Stichprobe der Teilnehmer liegen unterhalb den Erwartungswerten der Normierungsstichprobe. Dies bedeutet, dass sich die

Gruppe der Personen mit richterlicher Weisung zur stationären Therapie verglichen mit der Normierungsstichprobe mit einem signifikant negativeren Selbstkonzept bezüglich der eigenen Leistungen beschreibt. Hinsichtlich des Selbstkonzepts zur allgemeinen Leistungsfähigkeit erleben sich die Teilnehmer den Ergebnissen mit  $t(37) = -3.64, p = .001$  zufolge als weniger leistungsfähig und weniger erfolgreich. Die signifikant negativere Beschreibung des Selbstkonzepts zur allgemeinen Problembewältigung mit  $t(37) = -2.59, p = .014$  besagt, dass es die Teilnehmer als schwieriger im Vergleich zur Normierungsstichprobe erleben, Probleme des Alltags selbstständig zu regeln, in erschwerten Situationen durchzuhalten und zuversichtlich in die Zukunft zu blicken. Auch das Selbstkonzept zur allgemeinen Verhaltens- und Entscheidungssicherheit ist mit  $t(37) = -2.84, p = .007$  geringer ausgeprägt als in der Normierungsstichprobe. Die Teilnehmer an der Studie beschreiben sich damit als unsicherer in Bezug auf die Bewertung des eigenen Verhaltens sowie auf individuelle Entscheidungen für Maßnahmen im Alltag.

#### *9.3.2.2 Bereich der allgemeinen Selbstwertschätzung.*

Die Ergebnisse des Ein-Stichproben-*t*-Tests für die Skala FSSW zur allgemeinen Selbstwertschätzung ( $n = 38$ ) zeigen, dass sich die Teilnehmer in diesem spezifischen Selbstkonzept mit  $t(37) = -2.54, p = .016$  signifikant von der Normierungsstichprobe unterscheiden. Der Vergleich des Mittelwerts der Stichprobe,  $M = 44.82$  (8.71), mit dem Mittelwert der Normierungsstichprobe,  $M = 48.4$  (6.49), gibt Aufschluss darüber, dass Personen mit richterlicher Weisung zur stationären Therapie weniger positive Einstellungen aufweisen, die sich auf Selbstachtung, Gefühle der Zufriedenheit, Gefühle der Nützlichkeit und den erlebten sozialen Status beziehen. Nach Deusinger (1986) wird die allgemeine Selbstwertschätzung von anderen Selbstkonzepten mitbestimmt. In unserer Kultur betrifft dies vor allem jene Selbstkonzepte, die sich auf den Leistungsbereich beziehen. Die vorliegende Studie spiegelt mit den ebenfalls niedrigeren Ausprägungen der Selbstkonzepte im Leistungsbereich diesen Zusammenhang wider.

#### *9.3.2.3 Bereich der Stimmung und Sensibilität.*

Für den Bereich der Stimmung und Sensibilität kann hinsichtlich der Skala FSEG zum Selbstkonzept der eigenen Empfindlichkeit und Gestimmtheit kein signifikanter Unterschied zwischen den Teilnehmern an der Studie,  $M = 22.82$  (5.43), und der Normierungsstichprobe,  $M = 23.4$  (4.71), festgestellt werden. In der Beschreibung der Teilnehmer zum Grad der Sensibilität, Empfindlichkeit, Verletzbarkeit und Gestimmtheit ist mit  $t(37) = -0.66, p = .511$  keine Differenz zur Normierungsstichprobe erkennbar.

### 9.3.2.4 Psychosozialer Bereich.

Auf Grund der Ergebnisse der eingangs angeführten Reliabilitätsanalyse werden für die Erfassung der Ausprägung der Selbstkonzepte im psychosozialen Bereich nur die Skala FSST zum Selbstkonzept der eigenen Standfestigkeit gegenüber Gruppen und Bedeutsamen anderen und die Skala FSWA zum Selbstkonzept zur Wertschätzung durch andere berücksichtigt. Für die restlichen Skalen werden die Resultate aus den Ein-Stichproben-*t*-Tests aus Gründen der Vollständigkeit zwar angeführt (siehe Tabelle 11), jedoch aus der Interpretation ausgeschlossen.

Tabelle 11

#### *Ein-Stichproben-t-Tests zur Erfassung der Selbstkonzepte des psychosozialen Bereichs*

Skala <sup>a</sup>	<i>M</i> (Stichprobe)	<i>SD</i> (Stichprobe)	<i>M</i> (Norm)	<i>SD</i> (Norm)	<i>t</i>	<i>df</i>	Sig. (2-seitig)
FSST Selbstkonzept der eigenen Standfestigkeit gegenüber Gruppen und bedeutsamen anderen	56.50	8.95	52.9	9.88	2.48	37	.018*
FSKU Selbstkonzept zur eigenen Kontakt- und Umgangsfähigkeit	26.45	3.83	26.4	3.98	0.08	37	.940
FSWA Selbstkonzept zur Wertschätzung durch andere	25.97	5.44	26.8	4.40	-0.94	37	.355
FSIA Selbstkonzept zur Irritierbarkeit durch andere	25.42	4.10	25.0	4.27	0.63	37	.531
FSGA Selbstkonzept über Gefühle und Beziehungen zu anderen	26.79	4.16	27.9	4.47	-1.65	37	.108

*Anmerkungen.* *n* = Stichprobengröße; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *t* = *t*-Statistik; *df* = degrees of freedom; Sig. = Signifikanz.

<sup>a</sup>*n* = 38.

\**p* < .05.

Wie aus Tabelle 11 ersichtlich ist, weisen die Ergebnisse der Ein-Stichproben-*t*-Tests in den verbleibenden Skalen heterogene Werte hinsichtlich des psychosozialen Bereichs auf. Einerseits beschreiben sich die Teilnehmer an der Studie als signifikant unterschiedlich in ihrer Einschätzung zur eigenen Standfestigkeit gegenüber Gruppen und Bedeutsamen anderen. Der Vergleich mit der Normierungstichprobe fällt auf Grund des höheren Mittelwerts der untersuchten Gruppe von Teilnehmern mit richterlicher Weisung zur stationären Therapie positiv aus. Sie beurteilen ihre Fähigkeit zur Äußerung und Durchsetzung eigener Vorstellungen, Meinungen und Standpunkte in sozialen Auseinandersetzungen mit anderen, auch mit Autoritätspersonen, als ausgeprägter als die durchschnittliche Normierungstichprobe. Dies ist durchaus als auffallendes Ergebnis zu betrachten, da die Skala inhaltlich mit der Skala FSVE zum Selbstkonzept zur

allgemeinen Verhaltens- und Entscheidungssicherheit und der Skala FSWA zum Selbstkonzept zur Wertschätzung durch andere assoziiert ist, in denen gegenteilige Resultate festgestellt wurden. Mögliche Ursachen dafür werden in der Diskussion reflektiert.

Diesem signifikanten Ergebnis steht andererseits innerhalb der Selbstkonzepte des psychosozialen Bereichs die Skala FSWA zum Selbstkonzept zur Wertschätzung durch andere gegenüber, deren Überprüfung keinen signifikanten Unterschied zwischen den Teilnehmern mit richterlicher Weisung zur stationären Therapie und der Normierungsstichprobe aufweist. Hierbei handelt es sich um die wahrgenommene Wertschätzung und das Vertrauen zur eigenen Person durch vorwiegend Bedeutsame andere, namentlich durch die Familie oder wichtige Bezugspersonen. Die Teilnehmer beschreiben sich diesbezüglich entsprechend ähnlich der Normierungsstichprobe.

#### *9.3.2.5 Die Selbstkonzepte als eine Einheit.*

Abschließend werden für die Darstellung der Ausprägung des Selbstkonzepts die beschriebenen Skalen zu einem Gesamtwert zusammengefasst ( $n = 38$ ) und mit der Normierungsstichprobe ( $N = 540$ , Deusinger, 1986) verglichen. Die Bildung des Gesamtwerts erfolgte durch die Mittelung der Summenscores aller Teilnehmer,  $M = 339.92$  (40.48), der mit dem Erwartungswert der Normierungsstichprobe,  $M = 351.4$ , (41.58) verglichen wurde. Die Berechnung des Ein-Stichproben- $t$ -Tests fällt mit  $t(37) = -1.75$ ,  $p = .089$  nicht signifikant aus. Es kann somit kein Unterschied zwischen den Teilnehmern mit richterlicher Weisung zur stationären Therapie und der Normierungsstichprobe in Bezug auf die Ausprägung des Gesamtwerts der zusammengefassten Skalen festgestellt werden.

#### *9.3.3 Ist-Zustand: Ergebnisse zur Ausprägung der Behandlungsmotivation*

Innerhalb der zweiten Forschungsfrage zum Ist-Zustand der einzelnen Konstrukte wird als dritter Aspekt neben der Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung und der Bereiche des Selbstkonzepts nun auf die Ergebnisse zur Ausprägung der Behandlungsmotivation bei Klienten mit richterlicher Weisung zur stationären Therapie, die am Beginn ihrer Behandlung stehen, eingegangen. Zuerst erfolgt die Analyse der Veränderungsbereitschaft, daran anschließend die Erläuterung zu den motivationalen Schemata.

### 9.3.3.1 Ist-Zustand: Ergebnisse zur Ausprägung der Veränderungsbereitschaft.

Die *Veränderungsbereitschaft* wurde mit der Veränderungsstadienskala (VSS, Heidenreich et al., 2001) erhoben. Für das Verfahren wurde wiederum eine Reliabilitätsanalyse erstellt, die für den gesamten Fragebogen ein Cronbach's  $\alpha$  von .86 ergab. Somit kann die Messgenauigkeit insgesamt als gegeben betrachtet werden. Die Skalen der VSS, aus denen sich die Stadien der Veränderung bilden, weisen sehr gute innere Konsistenzen mit einem Cronbach's  $\alpha > .60$  auf, nur die Skala der Absichtslosigkeit liegt etwas unter dem Grenzwert. Die Resultate der Reliabilitätsanalyse werden in Tabelle 12 dargestellt.

Tabelle 12

*Reliabilitätskoeffizienten der Skalen der VSS nach Cronbach's  $\alpha$*

Skala <sup>a</sup>	Itemanzahl	Cronbach's $\alpha$
Absichtslosigkeit	8	.57
Absichtsbildung	8	.84
Handlung	8	.90
Aufrechterhaltung	8	.74
Gesamt	32	.86

*Anmerkungen.* Der Grenzwert für eine angemessene Reliabilität liegt bei Cronbach's  $\alpha \geq .60$  (Bortz & Döring, 2006; Zimbardo, 1995). VSS = Veränderungsstadienskala (Heidenreich et al., 2001);  $n$  = Stichprobengröße.  
<sup>a</sup> $n = 42$ .

In der aktuell durchgeführten Studie ist es das Ziel festzustellen, in welchem Stadium der Veränderungsbereitschaft sich Klienten mit richterlicher Weisung zu Behandlungsbeginn befinden. Heidenreich et al. (2001) empfehlen, die Mittelwerte der einzelnen Skalen zu bilden und diese als kontinuierliche Prädiktoren zu interpretieren. Sie werden als Maß für die Ausprägung der typischen Meinung der Teilnehmer hinsichtlich der *Stages of Change* herangezogen. Für die erhobene Stichprobe wurden die vier Skalenwerte entsprechend den Vorgaben gebildet. Die in Tabelle 13 aufgelisteten Kennwerte zu den einzelnen Stadien *Absichtslosigkeit*, *Absichtsbildung*, *Handlung* und *Aufrechterhaltung* lassen erkennen, dass die höchste Ausprägung des Mittelwertes im Stadium der Absichtsbildung mit  $M = 4.17$  (0.68) liegt.

Tabelle 13

*Stichprobenkennwerte der Stadien der VSS*

Stadium <sup>a</sup>	$M$	$SD$	$Min$	$Max$
Absichtslosigkeit	1.74	0.53	1.00	3.25
Absichtsbildung	4.17	0.68	2.38	5.00
Handlung	3.97	0.83	2.38	5.00
Aufrechterhaltung	3.59	0.71	1.75	4.75

*Anmerkungen.* VSS = Veränderungsstadienskala (Heidenreich et al., 2001);  $n$  = Stichprobengröße;  $M$  = Mittelwert;  $SD$  = Standardabweichung;  $Min$  und  $Max$  geben die Spannweite der Werte an und stellen den minimalen und maximalen Wert der beobachteten Daten dar.

<sup>a</sup> $n = 42$ .

Da sämtliche Teilnehmer zur Ausprägung der einzelnen Skalen, aus denen die Stadien der Veränderungsbereitschaft hervorgehen, in der Gesamtstichprobe beitragen (siehe Tabelle 13), wird mittels einer Varianzanalyse mit Messwiederholungen geprüft, ob sich die Werte der Veränderungsstadienskala in der Gesamtstichprobe unterschiedlich verhalten. Da die Voraussetzung der Sphärizität mit  $p = .001$  nicht anzunehmen ist, ist für die Varianzanalyse mit Messwiederholung die Korrektur nach Greenhouse-Geisser zu verwenden,  $\epsilon = .74$ . Die Berechnung der entsprechenden Prüfgröße fällt mit  $F(2.21, 90.53) = 144.52, p < .001, \eta^2 = .78$  signifikant aus. Dies bedeutet, dass das Niveau in den einzelnen Skalen zur Veränderungsbereitschaft unterschiedlich angegeben wird. Mittels paarweiser Bonferroni-korrigierter post-hoc-Vergleiche zeigt sich, dass alle Vergleiche – bis auf den Vergleich Absichtsbildung versus Handlung – von den Teilnehmern signifikant unterschiedlich bewertet werden (Abbildung 13).

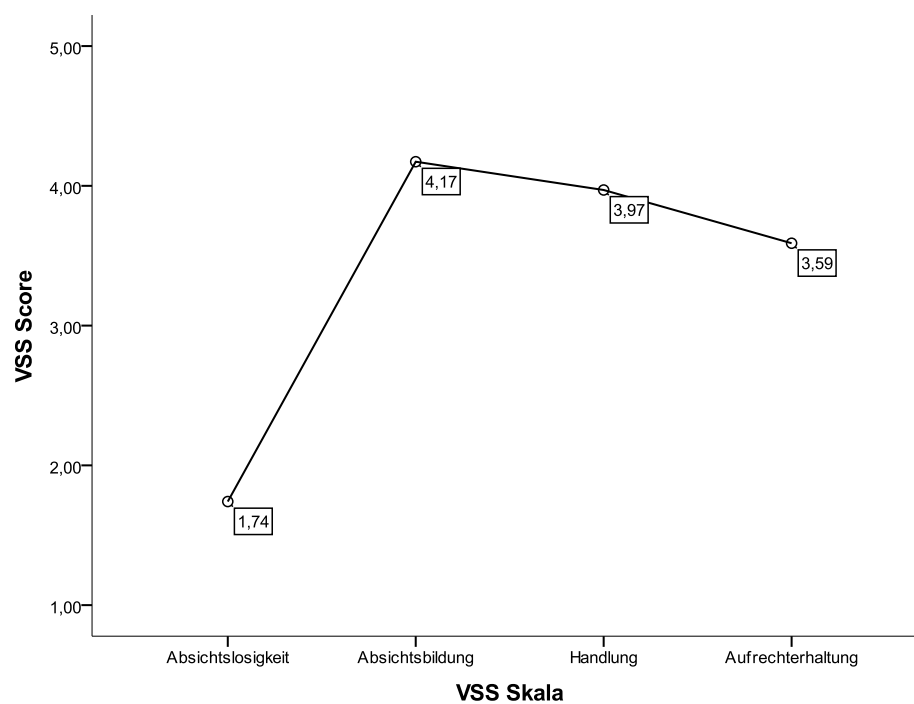


Abbildung 13. Profildigramm zu den Skalen der VSS ( $n = 42$ ). VSS = Veränderungsstadienskala (Heidenreich et al., 2001).  $n$  entspricht der Stichprobengröße.

Auch wenn derzeit zusätzlich zu den Mittelwerten als kontinuierliche Prädiktoren eine distinkte Zuordnung zu den spezifischen Veränderungsstadien nicht befürwortet wird (Fecht et al., 1998, zitiert nach Maurischat, 2001, S. 27), so wird deren Häufigkeitsverteilung in der hier präsentierten Studie dennoch betrachtet. Da es sich um eine Zustandsanalyse handelt und die rein deskriptive Zuordnung der Stadien von Interesse ist, wird dieses Vorgehen unter Berücksichtigung der angeführten Kritik für akzeptabel gehalten. Jeder Teilnehmer wurde demjenigen der vier möglichen Stadien zugeordnet, in welchem er die höchste Ausprägung des Mittelwertes erzielte.

Einschränkend muss hinzugefügt werden, dass fünf der Teilnehmer Werte aufwiesen, die nahelegten, dass sie sich sowohl im Stadium der Absichtsbildung als auch im Stadium der Handlung gleichzeitig befanden. Diesen Fällen wurde stets das niedrigere der zwei Stadien zugeordnet, um die Veränderungsbereitschaft nicht zu überschätzen. Für einen Teilnehmer wurden dieselben Mittelwerte im Stadium Absichtsbildung, Handlung und Aufrechterhaltung festgestellt. Hier wurde die Mitte, das Handlungsstadium, für die Zuordnung ausgewählt. Eine Auseinandersetzung mit dieser Problematik findet im Rahmen der Diskussion in Kapitel 10.3 statt. Die Verteilung der Teilnehmer über die Stadien der Veränderung wird in Abbildung 14 dargestellt.

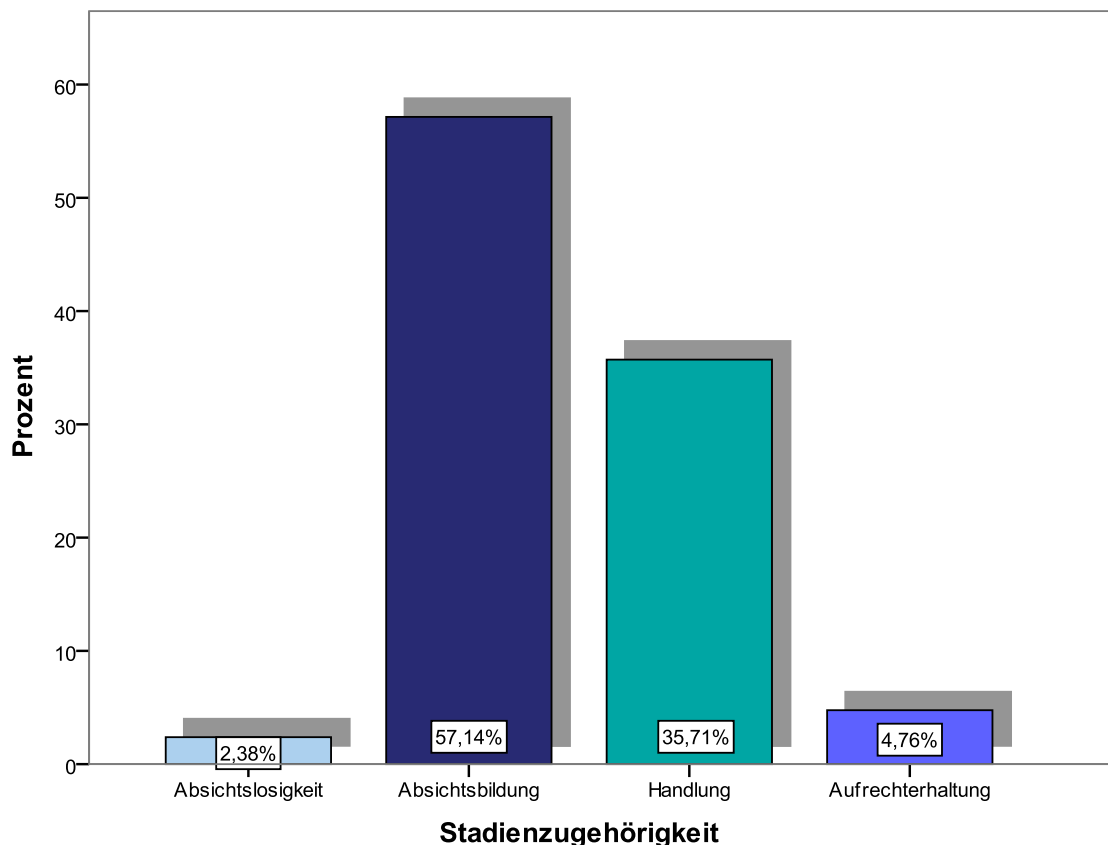


Abbildung 14. Verteilung der Gesamtstichprobe ( $n = 42$ ) über die einzelnen Stadien der Veränderungsbereitschaft (VSS). VSS = Veränderungsstadienskala (Heidenreich et al., 2001).  $n$  entspricht der Stichprobengröße.

Die Analyse der Häufigkeiten stützt den deutlichen Schwerpunkt auf dem Stadium der Absichtsbildung, der bereits aus den in Tabelle 13 angeführten Stichprobenkennwerten ersichtlich ist. Von der Gesamtstichprobe der 42 Teilnehmer befinden sich 24 (57.14%) im Stadium der Absichtsbildung, gefolgt von 15 Teilnehmern im Handlungsstadium (35.71%) und 2 Teilnehmern (4.76%) im Stadium der Aufrechterhaltung. Nur ein Teilnehmer (2.38%) befindet sich im Stadium der Absichtslosigkeit. Über die Hälfte der Personen mit richterlicher Weisung zur stationären Therapie befindet sich diesen Ergebnissen zufolge zu Beginn der Behandlung im Stadium der Absichtsbildung.



### 9.3.3.4 Ist-Zustand: Ergebnisse zur Ausprägung der motivationalen Schemata.

Die Ausprägung der *motivationalen Schemata* wurden mithilfe des Fragebogens zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS, Grosse Holtforth & Grawe, 2002) ermittelt. Die Reliabilitätsanalyse (siehe Tabelle 14) erlaubt bei der gewonnenen Stichprobe mit Cronbach's  $\alpha > .60$  sowohl für die Skala der Annäherungsziele als auch für die Skala der Vermeidungsziele den Einsatz des Verfahrens als zuverlässiges Messinstrument.

Tabelle 14

*Reliabilitätskoeffizienten der Skalen des FAMOS nach Cronbach's  $\alpha$*

Skala	Itemanzahl	<i>n</i>	Cronbach's $\alpha$
Annäherungsziele	57	37	.95
Vermeidungsziele	37	38	.93

*Anmerkungen.* Der Grenzwert für eine angemessene Reliabilität liegt bei Cronbach's  $\alpha \geq .60$  (Bortz & Döring, 2006; Zimbardo, 1995). FAMOS = Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (Grosse Holtforth & Grawe, 2002); *n* = Stichprobengröße.

Die gegenwärtige Untersuchung ist an der Beantwortung der Frage nach der Ausprägung der motivationalen Schemata als wichtige Quelle für die Entstehung von Inkonsistenzen und damit von psychischen Störungen interessiert. Mit dem FAMOS (Grosse Holtforth & Grawe, 2002) sollen daher die Annäherungs- und Vermeidungstendenzen der Personen mit richterlicher Weisung zur stationären Therapie und damit ihre Orientierung an eher positiven oder negativen Verstärkern kenntlich gemacht werden.

Um aus der Zustandsanalyse eine angemessene Schlussfolgerung ziehen zu können, werden die Daten der Gesamtskalen bezüglich der Annäherungsbeziehungsweise der Vermeidungsziele jeweils den Erwartungswerten der Normalpersonen der Normierungsstichprobe (Grosse Holtforth & Grawe, 2002) gegenübergestellt und mittels Ein-Stichproben-*t*-Tests miteinander verglichen. Es wird geprüft, ob das Verhältnis aus Vermeidung und Annäherung in der Stichprobe zu jenem aus der Normierungsstichprobe Unterschiede aufweist. Dieselbe Vorgehensweise wird anschließend für den Verhältniswert zwischen Vermeidungs- und Annäherungszielen angewandt.

Betreffend der Annäherungsziele wird geprüft, ob sich die gesamte Stichprobe der Teilnehmer mit richterlicher Weisung zur stationären Therapie zu Behandlungsbeginn mit ihrer durchschnittlichen Ausprägung in den Annäherungstendenzen,  $M = 3.95$  (0.44) signifikant vom Erwartungswert der Normierungsstichprobe,  $M = 3.68$  (0.38) (Grosse Holtforth & Grawe, 2002) unterscheidet. Die Berechnung eines Ein-Stichproben-*t*-Tests lieferte mit  $t(36) = 3.71$ ,  $p = .001$  ein signifikantes Ergebnis. Getrennt für Männer und Frauen betrachtet zeigen nur die Männer einen signifikanten Unterschied in den

Annäherungstendenzen verglichen mit dem Erwartungswert der Normierungsstichprobe (siehe Tabelle 15).

In Bezug auf die Vermeidungsziele kann in der vorliegenden Studie weder für Männer und Frauen, noch für die Gesamtstichprobe ein signifikanter Unterschied zur Normierungsstichprobe (Grosse Holtforth & Grawe, 2002) festgestellt werden. Die Orientierung an negativen Verstärkern scheint damit nicht anders ausgeprägt zu sein als bei Normalpersonen. Die entsprechenden Ergebnisse des Ein-Stichproben-*t*-Tests sind in Tabelle 15 aufgelistet.

Die Analyse des Verhältniswerts (Normalverteilung kann mit  $p = .179$  auf Grundlage der Überprüfung mittels K-S-Tests angenommen werden) ergibt einen signifikanten Unterschied der Gesamtstichprobe gegenüber dem Erwartungswert der Normierungsstichprobe. Die Resultate zum Verhältniswert besagen, dass die Teilnehmer im Vergleich zur Normierungsstichprobe im Verhältnis weniger an negativen und damit bedrohlichen Aspekten ihrer subjektiven Welt orientiert sind, sondern mehr an den positiven Verstärkern. Ebenso kann dies für die Frauen angenommen werden. Für Männer kann kein signifikanter Unterschied entdeckt werden. Die entsprechenden Werte sind in Tabelle 15 aufgelistet.

Tabelle 15

*Ein-Stichproben-t-Tests zur Erfassung der Annäherungsziele, der Vermeidungsziele und des Verhältniswerts (FAMOS)*

Skala	Geschlecht	<i>n</i>	<i>N</i>	<i>M</i> (Stich- probe)	<i>SD</i> (Stich- probe)	<i>M</i> (Norm)	<i>SD</i> (Norm)	<i>t</i>	<i>df</i>	Sig. (2- seitig)
Annäherungs- ziele	m	30	456	3.96	0.43	3.66	0.37	3.77	29	.001*
	w	7	628	3.90	0.49	3.69	0.38	1.15	6	.294
	Gesamt	37	1087	3.95	0.44	3.68	0.38	3.71	36	.001*
Vermeidungs- ziele	m	31	456	3.43	0.62	3.35	0.39	0.69	30	.496
	w	7	628	3.33	0.34	3.49	0.42	-1.28	6	.247
	Gesamt	38	1087	3.41	0.57	3.43	0.41	-0.24	37	.815
Verhältnis- wert	m	30	456	.88	0.15	.92	0.11	-1.45	29	.158
	w	7	628	.86	0.08	.95	0.11	-2.89	6	.028*
	Gesamt	37	1087	.88	0.14	.94	0.11	-2.77	36	.009*

*Anmerkungen.* FAMOS = Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (Grosse Holtforth & Grawe, 2002); m = männlich; w = weiblich; *n* = Stichprobengröße; *N* = Größe der Normierungsstichprobe; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *t* = *t*-Statistik; *df* = degrees of freedom; Sig. = Signifikanz.

\* $p < .05$ .

Um mögliche Geschlechtseffekte (Grosse Holtforth & Grawe, 2002) innerhalb der erfassten Stichprobe zu berücksichtigen, wird abschließend durch einen *t*-Test für unabhängige Stichproben geprüft, ob ein Unterschied in den Skalen des FAMOS für Männer und Frauen vorliegt, auch wenn das Geschlechterverhältnis für Männer ( $n = 31$ ) und Frauen ( $n = 7$ ) unausgewogen ist. Die Voraussetzung der Homogenität der Varianzen kann durch die Überprüfung mittels Levene-Test sowohl für die Annäherungsziele, die

Vermeidungsziele als auch den Verhältniswert mit nicht signifikanten Ergebnissen als gegeben betrachtet werden. In der nachfolgenden Tabelle 16 werden die Resultate des *t*-Tests für unabhängige Stichproben dargestellt. Sämtliche Skalen weisen nicht signifikante Ergebnisse auf, womit für die Stichprobe kein Unterschied in den motivationalen Schemata in Abhängigkeit des Geschlechts beobachtet werden kann.

Tabelle 16

*Ergebnisse des t-Tests für unabhängige Stichproben zu Geschlechtsunterschieden im FAMOS*

Skala	Geschlecht	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	Sig. (2-seitig)
Annäherungsziele	m	30	3.96	.43	0.29	35	.774
	w	7	3.90	.49			
Vermeidungsziele	m	31	3.43	.62	0.41	36	.682
	w	7	3.33	.34			
Verhältniswert	m	30	.88	.15	0.36	35	.720
	w	7	.86	.08			

*Anmerkungen.* FAMOS = Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (Grosse Holtforth & Grawe, 2002); m = männlich; w = weiblich; *n* = Stichprobengröße; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; *t* = *t*-Statistik; *df* = degrees of freedom; Sig. = Signifikanz.

## **9.4 Ergebnisse zur Forschungsfrage 3: Zusammenhänge der Konstrukte – Überprüfung der Zusammenhangshypothesen**

Im Folgenden werden die Konstrukte der Selbstwirksamkeitserwartung, des Selbstkonzepts und der Behandlungsmotivation in Bezug auf ihre Zusammenhänge untersucht. Die Überprüfung der in Kapitel 7 definierten Zusammenhangshypothesen erfolgt mittels multipler linearer Regressionsanalysen sowie bivariater Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson.

### **9.4.1 Selbstwirksamkeitserwartung und Veränderungsbereitschaft**

Im Rahmen der Analyse der Zusammenhänge interessiert die Frage, ob und inwieweit die Selbstwirksamkeitserwartung in der Stichprobe mit der Veränderungsbereitschaft über die einzelnen Stadien der Veränderung (VSS, Heidenreich et al., 2001) verbunden ist. Es wird geprüft, ob zwischen dem Selbstwirksamkeitskonzept (SWE, Schwarzer & Jerusalem, 1999) und der Veränderungsbereitschaft innerhalb der einzelnen Stadien ein signifikanter Zusammenhang besteht. Das in der gegenwärtigen Studie angenommene Konzept der Veränderungsbereitschaft basiert wie erwähnt auf dem transtheoretischen Modell der Veränderung nach Prochaska und DiClemente (1983; Prochaska et al., 1992), wobei besonders zu erwähnen ist, dass die Selbstwirksamkeitserwartung eine Kernvariable des Modells darstellt, die auch als abhängige Variable gesehen werden kann. In unterschiedlichen Studien konnte bereits gezeigt werden, dass mit zunehmender Stufe der Veränderung auch das Ausmaß an wahrgenommener Selbstwirksamkeit steigt (Gegenhuber, 2008; DiClemente et al., 1985). Daher werden im Folgenden die Ergebnisse einer multiplen linearen Regressionsanalyse dargestellt, die als Kriterium die Selbstwirksamkeitserwartung berücksichtigt und als unabhängige Variablen die vier Stadien der Veränderungsbereitschaft, namentlich Absichtslosigkeit, Absichtsbildung, Handlung und Aufrechterhaltung, heranzieht.

Es wird geprüft, ob die vier einzelnen Stadien der Bereitschaft zur Änderung des Problemverhaltens simultan in einem Zusammenhang mit der Selbstwirksamkeitserwartung stehen. Mittels multipler linearer Regressionsanalyse wird eine Modellprüfung unter Rückwärts-Selektion der unabhängigen Variablen vorgenommen und analysiert, ob die Selbstwirksamkeitserwartung als Kriterium durch die vier Stadien vorhergesagt werden kann. Die Voraussetzungen können unter Beachtung der Normalverteilung der standardisierten Residuen, geprüft mittels Kolmogorov-Smirnov-Test,  $p = .517$  und der nicht gegebenen Multikollinearität (Toleranzwerte sind mit .64 unauffällig) sowie dem

unauffälligen Wert für die Beurteilung von Autokorrelationen mittels Durbin-Watson-Statistik ( $DW = 1.84$ ) als erfüllt bezeichnet werden. Die Modellprüfung ergibt mit  $F(2, 38) = 3.43$ ,  $p = .043$  ein signifikantes Ergebnis. Es können zwei Prädiktoren mit Erklärungswert identifiziert werden (siehe Tabelle 17). Sowohl Handlung als auch Absichtsbildung weisen einen signifikanten Erklärungswert zur Selbstwirksamkeitserwartung auf. Der erklärte Varianzanteil am Kriterium Selbstwirksamkeitserwartung erreicht  $R^2 = 15.3\%$ . Die unabhängigen Variablen Absichtslosigkeit,  $p = .732$ , und Aufrechterhaltung,  $p = .446$ , fallen nicht signifikant aus und sind aus der Modellbildung auszuschließen.

Tabelle 17

*Koeffizienten und Parameter der Modellprüfung für die Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) in Zusammenhang mit der Veränderungsbereitschaft (VSS)*

Modell	nicht stand. Koeffizienten		stand. Koeffizienten	$t$	Sig. (2-seitig)	Toleranz
	$B$	$SE$	$\beta$			
Konstante	29.74	4.35		6.83	<.001*	
Absichtsbildung	-2.57	1.26	-.38	-2.03	.049*	.64
Handlung	2.59	1.02	.47	2.54	.015*	.64

*Anmerkungen.* SWE = Skala zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer & Jerusalem, 1999); VSS = Veränderungsstadienskala (Heidenreich et al., 2001); stand. = standardisiert;  $B$  = unstandardisierter Regressionskoeffizient;  $SE$  = Standardfehler;  $\beta$  = standardisierter Regressionskoeffizient Beta;  $t$  =  $t$ -Statistik; Sig. = Signifikanz.  
\* $p < .05$ .

Zusätzlich zur multiplen linearen Regressionsanalyse erfolgt die Analyse des Zusammenhangs zwischen Veränderungsbereitschaft und Selbstwirksamkeitserwartung mittels Korrelationen. Die Berechnung der entsprechenden Produkt-Moment-Korrelationskoeffizienten ergibt über alle Zusammenhänge hinweg kein signifikantes Ergebnis (siehe Tabelle 18).

Tabelle 18

*Korrelationskoeffizienten nach Pearson zu Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) und Veränderungsbereitschaft (VSS)*

VSS Stadien	SWE Gesamtwert <sup>a</sup>	
	$r$	Sig. (2-seitig)
Absichtslosigkeit	-.129	.420
Absichtsbildung	-.096	.552
Handlung	.246	.121
Aufrechterhaltung	.079	.624

*Anmerkungen.* SWE = Skala zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer & Jerusalem, 1999); VSS = Veränderungsstadienskala (Heidenreich et al., 2001);  $n$  = Stichprobengröße;  $r$  = Korrelationskoeffizient; Sig. = Signifikanz.

<sup>a</sup> $n = 41$ .

Aus der zur Erhebung vorgegebenen Veränderungsstadienskala (VSS, Heidenreich et al., 2001) resultiert für jeden Teilnehmer je ein Wert für jedes Stadium der

Veränderungsbereitschaft. Diese Werte wurden hier zur oben dargestellten Analyse herangezogen. Die Zuordnung der Zugehörigkeit der Teilnehmer zu den einzelnen Stadien mittels der Kennwerte in Kapitel 9.3.3.1 ergab einen deutlichen Schwerpunkt auf den Stadien der Absichtsbildung und der Handlung, ebenso wie die durchgeführte Regressionsanalyse. Auf Grund dieser Ergebnisse wird die Beziehung zwischen Selbstwirksamkeitserwartung und Veränderungsbereitschaft präzisiert und separat für die Stadien Absichtsbildung und Handlung betrachtet. Um zu prüfen, ob es einen Unterschied in der Selbstwirksamkeitserwartung in Abhängigkeit von den Stadien der Absichtsbildung und der Handlung gibt (siehe Tabelle 19), wird ein *t*-Test für unabhängige Stichproben berechnet.

Tabelle 19

*Mittelwert und Standardabweichung der Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) in Abhängigkeit der Stadien der Veränderungsbereitschaft (VSS)*

	VSS Stadienzugehörigkeit	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
SWE Gesamtwert	Absichtsbildung	23	28.30	5.01
	Handlung	15	30.67	3.98

*Anmerkungen.* SWE = Skala zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer & Jerusalem, 1999); VSS = Veränderungsstadienskala (Heidenreich et al., 2001); *n* = Stichprobengröße; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung.

Die Berechnung (Homogenität der Varianzen kann mit  $p = .329$  angenommen werden) ergibt mit  $t(36) = -1.54$ ,  $p = .134$  ein nicht signifikantes Ergebnis. Dies bedeutet, dass die Selbstwirksamkeitserwartung in Abhängigkeit dieser beiden Stadien keinen auffälligen Unterschied aufweist (Abbildung 15). Anzumerken ist, dass diese Prüfung unter Ausschluss von jenen drei Untersuchungsteilnehmern durchgeführt wird, die den Stadien Absichtslosigkeit und Aufrechterhaltung zuzurechnen sind.

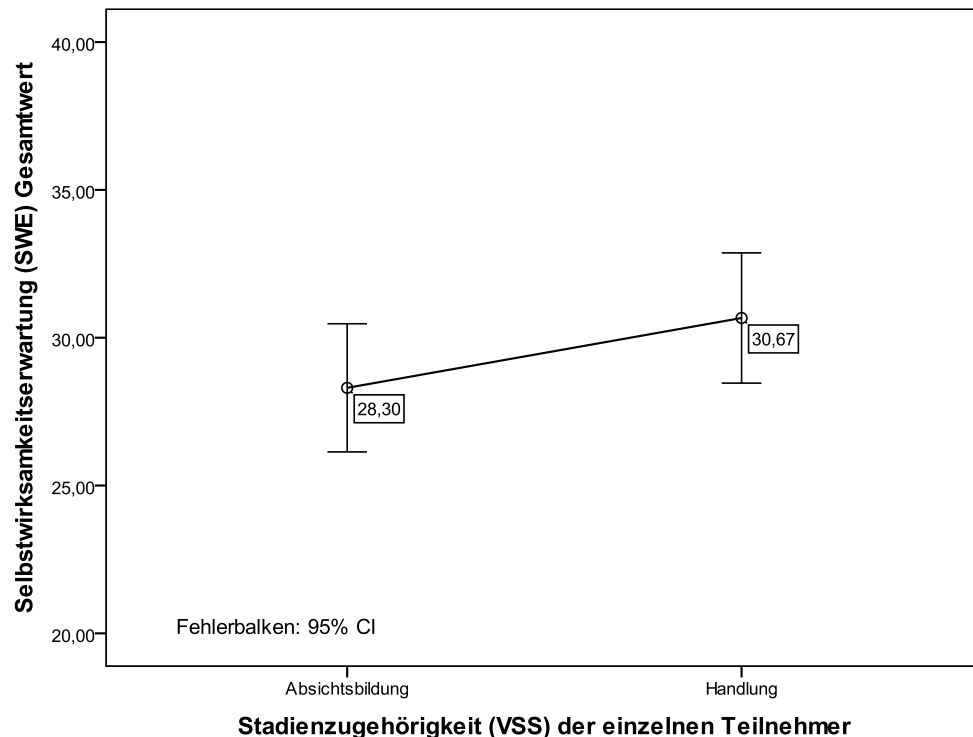


Abbildung 15. Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) in Abhängigkeit der Stadien der Veränderungsbereitschaft (VSS). SWE = Skala zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer & Jerusalem, 1999). VSS = Veränderungsstadienskala (Heidenreich et al., 2001).

#### 9.4.2 Selbstkonzept und Veränderungsbereitschaft

Wie zuvor das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung wird nun das Konstrukt des Selbstkonzepts hinsichtlich seiner Verbindung zur Behandlungsmotivation geprüft. Es wird untersucht, ob zwischen dem Selbstkonzept (FSKN, Deusinger, 1986) und der Veränderungsbereitschaft (VSS, Heidenreich et al., 2001) innerhalb der einzelnen Stadien der Veränderung ein signifikanter Zusammenhang besteht. Wie zuvor für die Selbstwirksamkeitserwartung erfolgt die Analyse mittels multipler linearer Regression sowie Korrelationsberechnungen.

Es wird geprüft, ob die vier einzelnen Stadien der Veränderungsbereitschaft simultan in einem Zusammenhang mit dem Selbstkonzept stehen. Mittels multipler linearer Regressionsanalyse wird eine Modellprüfung unter Rückwärts-Selektion der unabhängigen Variablen vorgenommen und untersucht, ob das Selbstkonzept als Kriterium durch die Veränderungsbereitschaft vorhergesagt werden kann. Die Voraussetzungen können unter Beachtung der Normalverteilung der standardisierten Residuen, geprüft mittels Kolmogorov-Smirnov-Test,  $p = .908$ , der nicht gegebenen Multikollinearität (Toleranzwerte sind mit  $> .50$  unauffällig) sowie dem unauffälligen Wert für die Beurteilung von Autokorrelationen mittels Durbin-Watson-Statistik ( $DW = 2.14$ ) als erfüllt bezeichnet werden. Die Modellprüfung ergibt mit  $F(3, 34) = 6.79$ ,  $p = .001$  ein

signifikantes Ergebnis. Es können drei Prädiktoren mit Erklärungswert identifiziert werden (siehe Tabelle 20). Die Stadien Absichtslosigkeit, Absichtsbildung und Handlung weisen einen signifikanten Erklärungswert zum Selbstkonzept auf. Der erklärte Varianzanteil am Kriterium Selbstkonzept erreicht  $R^2 = 37.5\%$ . Aus der Modellbildung ist die Variable Aufrechterhaltung,  $p = .106$ , auszuschließen. Sie weist keine Signifikanz auf.

Tabelle 20

*Koeffizienten und Parameter der Modellprüfung für das Selbstkonzept (FSKN) in Zusammenhang mit der Veränderungsbereitschaft (VSS)*

Modell	nicht stand. Koeffizienten		stand. Koeffizienten	$t$	Sig. (2-seitig)	Toleranz
	$B$	$SE$	$\beta$			
Konstante	395.22	44.60		8.86	< .001*	
Absichtslosigkeit	-23.47	10.41	-.32	-2.25	.031*	.92
Absichtsbildung	-30.97	9.89	-.53	-3.13	.004*	.65
Handlung	29.28	8.27	.59	3.54	.001*	.66

*Anmerkungen.* FSKN = Frankfurter Selbstkonzeptskalen (Deusinger, 1986); VSS = Veränderungsstadienskala (Heidenreich et al., 2001); stand. = standardisiert;  $B$  = unstandardisierter Regressionskoeffizient;  $SE$  = Standardfehler;  $\beta$  = standardisierter Regressionskoeffizient Beta;  $t$  =  $t$ -Statistik; Sig. = Signifikanz.

\* $p < .05$ .

Die Berechnung der entsprechenden Produkt-Moment-Korrelationskoeffizienten für die Beziehung zwischen Selbstkonzept und Veränderungsbereitschaft ergibt signifikante Zusammenhänge mit  $r = -.327$  im Stadium der Absichtslosigkeit und mit  $r = .367$  im Handlungsstadium. Beides sind mittelhohe Zusammenhänge, wobei festzuhalten ist, dass für das niedrigste Stadium der Veränderungsbereitschaft, das Stadium der Absichtslosigkeit, ein negativer Zusammenhang mit dem Selbstkonzept besteht, für das Handlungsstadium hingegen ein positiver Zusammenhang. Die entsprechenden Werte sind in der nachstehenden Tabelle 21 dokumentiert.

Tabelle 21

*Korrelationskoeffizienten nach Pearson zu Selbstkonzept (FSKN) und Veränderungsbereitschaft (VSS)*

VSS Stadien	FSKN Gesamtwert <sup>a</sup>	
	$r$	Sig. (2-seitig)
Absichtslosigkeit	-.327	.045*
Absichtsbildung	-.101	.547
Handlung	.367	.023*
Aufrechterhaltung	-.137	.411

*Anmerkungen.* FSKN = Frankfurter Selbstkonzeptskalen (Deusinger, 1986); VSS = Veränderungsstadienskala (Heidenreich et al., 2001);  $n$  = Stichprobengröße;  $r$  = Korrelationskoeffizient; Sig. = Signifikanz.

<sup>a</sup> $n = 38$ .

\* $p < .05$ .



### 9.4.3 Motivationale Schemata und Veränderungsbereitschaft

Bei der Prüfung der Verbindung zwischen der Veränderungsbereitschaft (VSS, Heidenreich et al., 2001) und einem weiteren Konstrukt der Behandlungsmotivation, den motivationalen Schemata (FAMOS, Grosse Holtforth & Grawe, 2002), wird für die Analyse zuerst der Verhältniswert zwischen Vermeidungs- und Annäherungszielen herangezogen, da dieser beide Schemata vereint und anschließend die Beziehung zur Veränderungsbereitschaft separat für die Annäherungs- sowie die Vermeidungsziele betrachtet.

Wiederum wird eine multiple lineare Regressionsanalyse mit Rückwärts-Selektion für den Verhältniswert als Kriterium berechnet. Die globale Modellprüfung erreicht keine Signifikanz ( $p > .05$ ). Es sind alle vier unabhängigen Variablen aus der Modellbildung auszuschließen. Der Verhältniswert aus Vermeidung und Annäherung ist diesem Ergebnis zufolge von den Variablen zur Veränderungsbereitschaft, nämlich Absichtslosigkeit, Absichtsbildung, Handlung und Aufrechterhaltung, unabhängig.

In weiterer Folge wird mittels der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson untersucht, ob zwischen den motivationalen Schemata und der Veränderungsbereitschaft innerhalb der einzelnen Stadien ein signifikanter Zusammenhang besteht. Die Berechnung der entsprechenden Produkt-Moment-Korrelationskoeffizienten ergibt keine signifikanten Resultate für alle möglichen Zusammenhänge mit dem Verhältniswert zwischen Vermeidung und Annäherung und den einzelnen Stadien der Veränderungsbereitschaft (siehe Tabelle 22). Anders präsentiert sich die Sachlage bei separater Betrachtung der Zusammenhänge zwischen den Annäherungszielen und der Veränderungsbereitschaft sowie zwischen den Vermeidungszielen und der Veränderungsbereitschaft. Hier können zwar ebenfalls keine bedeutsamen Zusammenhänge zwischen den Vermeidungszielen mit den Stadien der Veränderungsbereitschaft festgestellt werden, jedoch durchwegs signifikant positive, mittelhohe Zusammenhänge zwischen den Annäherungszielen und den Veränderungsstadien der Absichtsbildung, der Handlung und der Aufrechterhaltung (siehe Tabelle 22).

Tabelle 22

Korrelationskoeffizienten nach Pearson zu den motivationalen Schemata (FAMOS) und der Veränderungsbereitschaft (VSS)

VSS Stadien	Verhältniswert VZ/AZ <sup>a</sup>		Annäherungsziele <sup>b</sup>		Vermeidungsziele <sup>c</sup>	
	<i>r</i>	Sig. (2-seitig)	<i>r</i>	Sig. (2-seitig)	<i>r</i>	Sig. (2-seitig)
Absichtslosigkeit	.117	.490	-.104	.539	.081	.629
Absichtsbildung	-.076	.657	.366	.026*	.130	.438
Handlung	-.176	.298	.482	.002*	.130	.539
Aufrechterhaltung	-.021	.903	.482	.005*	.270	.102

Anmerkungen. FAMOS = Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (Grosse Holtforth & Grawe, 2002); VSS = Veränderungsstadienskala (Heidenreich et al., 2001); VZ = Vermeidungsziele; AZ = Annäherungsziele; *n* = Stichprobengröße; *r* = Korrelationskoeffizient; Sig. = Signifikanz.

<sup>a</sup>*n* = 37. <sup>b</sup>*n* = 37. <sup>c</sup>*n* = 38.

\**p* < .05.

#### 9.4.4 Motivationale Schemata und Selbstwirksamkeitserwartung

Äquivalent zu den vorangegangenen Hypothesenprüfungen erfolgt nachstehend die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Selbstwirksamkeitserwartung (SWE, Schwarzer & Jerusalem, 1999) und dem Verhältnis von Annäherungs- und Vermeidungszielen (FAMOS, Grosse Holtforth & Grawe, 2002) in der Stichprobe. Mit einem Korrelationskoeffizienten von  $r = -.012$ ,  $p = .944$  ist jedoch kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeitserwartung und dem Verhältniswert der motivationalen Schemata anzunehmen.

Die Überprüfung des Zusammenhangs der Selbstwirksamkeitserwartung getrennt für die Annäherungs- und Vermeidungsziele ergibt sowohl für die Annäherungsziele ( $n = 37$ ) mit  $r = .167$ ,  $p = .324$  als auch für die Vermeidungsziele ( $n = 38$ ) mit  $r = .121$ ,  $p = .467$  keine signifikanten Resultate.

#### 9.4.5 Motivationale Schemata und Selbstkonzept

Eine weitere Kombination der einzelnen Konstrukte resultiert in der Prüfung, ob zwischen dem Verhältnis von Annäherungs- und Vermeidungszielen und dem Selbstkonzept bei substanzabhängigen Personen mit richterlicher Weisung ein signifikanter Zusammenhang besteht. Der Korrelationskoeffizient zwischen dem Verhältniswert der motivationalen Schemata und dem Selbstkonzept ( $n = 37$ ) erreicht mit  $r = -.224$ ,  $p = .182$  keine Signifikanz.

Ebenso zeigt die Analyse der Beziehung zwischen dem Selbstkonzept und den Annäherungszielen ( $n = 37$ ) mit  $r = .012$ ,  $p = .946$  keinen signifikanten Zusammenhang. Auch die Verbindung zwischen dem Selbstkonzept und den Vermeidungszielen ( $n = 38$ ) mit  $r = -.148$ ,  $p = .377$  weist keine Signifikanz auf.

#### *9.4.6 Selbstwirksamkeitserwartung und Selbstkonzept*

Als letzte Hypothesenprüfung erfolgt entsprechend dem bisherigen Vorgehen die Untersuchung, ob ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeitserwartung und dem Selbstkonzept besteht. Der positive Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeitserwartung und dem Selbstkonzept fällt mit  $r = .589$ ,  $p < .001$  signifikant aus. Es kann angenommen werden, dass eine positive Selbstwirksamkeitserwartung mit einem positiven Selbstkonzept einhergeht.

## 10. DISKUSSION

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, Klienten, die auf Grund einer richterlichen Weisung zur stationären Therapie eine Behandlung beginnen, mit ihren Besonderheiten und Bedürfnissen in den Mittelpunkt des Forschungsinteresses zu stellen. Im Rahmen einer Zustandsanalyse, welche die Datenbasis für eine daraus hervorgehende Katamnesestudie bildet, sollte ein möglichst repräsentatives Bild ihrer gegenwärtigen situativen Lebensbedingungen geschaffen und bestimmte Komponenten, die zum Behandlungsverlauf und -erfolg beitragen können, berücksichtigt werden. So wurden die Ausprägungen und die Zusammenhänge der Konstrukte Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstkonzept und Behandlungsmotivation erfasst.

Nachfolgend wird die Durchführung der Studie unter dem Aspekt der Berücksichtigung der Besonderheiten und Bedürfnisse und des achtsamen Umgangs mit der Klientengruppe diskutiert. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die Einhaltung der Kriterien Niedrigschwelligkeit, Freiwilligkeit, Anonymität und Verschwiegenheit sowie der Objektivität und Zumutbarkeit gelegt, da diese für eine funktionierende Zusammenarbeit mit allen Beteiligten an Forschung und Praxis im klinisch-psychologischen und forensischen Bereich als essentiell erachtet werden. Daran anschließend werden die aus der Untersuchung hervorgehenden Resultate mit bereits bestehenden Ergebnissen empirischer Arbeiten in Verbindung gesetzt und ihre Bedeutung sowie Implikationen für das weitere Vorgehen diskutiert.

### ***10.1 Durchführung der Studie und Arbeit mit der Klientengruppe***

Die Planung der vorliegenden Studie bedeutete neben den wissenschaftlich-theoretischen Überlegungen die Einschätzung der bestmöglichen Herangehensweise an die Erfassung der benötigten Informationen, im Rahmen derer die Achtung der Bedürfnisse und Besonderheiten der potentiellen Teilnehmer eine zentrale Rolle spielte. Da die im Fokus des Interesses stehenden Klienten einer sehr belasteten klinischen Personengruppe angehören, wurde alles daran gesetzt, durch die Teilnahme an der Erhebung keine zusätzliche Belastung zu erzeugen. Daher wurde besonderes Augenmerk auf die Kriterien der Niedrigschwelligkeit, Freiwilligkeit, Anonymität und Verschwiegenheit sowie der Objektivität und Zumutbarkeit gelegt.

Die niedrigschwellige Konzipierung erwies sich im Verlauf der Erhebung als notwendige Voraussetzung, um den Kontakt zur Zielpopulation herzustellen und einen

Großteil der in Frage kommenden Klienten zu erreichen und somit die Ein- und Ausschlusskriterien der Untersuchung einzuhalten. So war es durch die Anpassung an die Arbeitsweise der Vorbetreuungsstelle des Schweizer Haus Hadersdorf möglich, flexibel Vorgespräche, Termine, spontane Teilnahmen, Absagen und aufkommende Fragen von Seiten der Klienten zu handhaben. Im Verlauf eines 10-monatigen Erhebungszeitraumes konnten so aus 136 Kontakten zu Klienten der Einrichtung, die über eine richterliche Weisung zur stationären Behandlung verfügten, 42 Teilnehmer gewonnen werden. Die starke Reduktion aus den erfolgten Kontakten auf jene Klienten, die tatsächlich an der Erhebung teilgenommen haben, liegt nicht zuletzt daran, wie im Rahmen der Arbeit für die gegenwärtige Untersuchung besonders deutlich wurde, dass die Organisation des Alltags und die Einhaltung von Terminen jeglicher Art für die Betroffenen eine große Herausforderung darstellt. Sie sehen sich meist mit gravierenden Schwierigkeiten in essentiellen Lebensbereichen konfrontiert und sind durch die Substanzabhängigkeit und die damit verbundenen physischen, psychischen und sozialen Konsequenzen stark belastet. Dies spricht nicht nur für einen möglichst schwellenfreien Zugang zu Beratungs- und Betreuungseinrichtungen, sondern muss auch in der Durchführung wissenschaftlicher Arbeiten berücksichtigt werden, wenn eine repräsentative Stichprobe erreicht werden will.

Auffälligkeiten zeigten sich in der Information und Aufklärung der Klienten über die Teilnahme an der Studie. Während der Zusicherung von Verschwiegenheit und Anonymität grundsätzlich Vertrauen entgegengebracht wurde, wiesen die Reaktionen der Teilnehmer auf Unsicherheiten bezüglich des Kriteriums der Freiwilligkeit hin. Dies ist insofern nicht verwunderlich, da die Klienten ihre Behandlung auf Grund von externem Zwang durch die Justiz beginnen und unter äußerem wie auch innerem Druck stehen (vgl. Gegenhuber et al., 2009). In diesem Zusammenhang war es besonders wichtig, zu betonen, dass keinerlei Verpflichtung zur Teilnahme an der Studie besteht sowie unter keinen Umständen bei einer Entscheidung gegen die Teilnahme nachteilige Konsequenzen hinsichtlich der Behandlung oder der Erfüllung der richterlichen Weisung entstehen.

Im Sinne der Achtsamkeit gegenüber den Bedürfnissen der Teilnehmer wurde auf die Umsetzung des Kriteriums der Zumutbarkeit geachtet. Dazu trugen nicht nur die niedrighschwellige Konzipierung sowie die Einhaltung der Kriterien Aufklärung und Freiwilligkeit bei, sondern auch die Wahrung der Verschwiegenheit und Anonymität, die unter dem Aspekt der Kenntniserwerb intimer und juristisch problematischer Aspekte der Biographie zusätzliches Gewicht erlangen. Nicht vermeiden ließen sich allerdings zum Teil emotionale Reaktionen auf Fragen aus dem Anamnesegespräch sowie auf Formulierungen bestimmter Items aus der Fragebogenbatterie, die zu einer Konfrontation mit vergangenen Erlebnissen und Handlungen und der aktuellen Problematik führten oder

die Intimsphäre betrafen. In diesen Fällen wurde von Seiten der Testleitung mittels Gesprächsangeboten und Pausen stabilisierend eingegriffen. Zudem wurde darauf geachtet, die Teilnehmer weder zeitlich, inhaltlich noch psychisch oder körperlich übermäßig zu beanspruchen. Besonders hinsichtlich des zeitlichen Aspekts zeigten sich große Unterschiede zwischen den Teilnehmern in der Dauer, die für die Beantwortung der Fragebogenbatterie benötigt wurde. Bedingt wurde dies einerseits durch die vorliegende Substanzabhängigkeit und die damit einhergehenden Folgen sowie durch die Tagesverfassung, andererseits durch den Bildungsstand und die Deutschkenntnisse der Teilnehmer. Da zusätzlich dazu bei einem Großteil der befragten Teilnehmer zum Erhebungszeitpunkt noch aktueller Substanzkonsum vorlag und es damit immer wieder zu Einschränkungen auf Grund von akutem Drogeneinfluss, Entzugserscheinungen oder anderweitiger Schwierigkeiten kam, stellte es sich als wichtig heraus, individuell die jeweilige Situation und den aktuellen Zustand zu berücksichtigen, um ein adäquates weiteres Vorgehen zu ermöglichen. Die Durchführung der Erhebung wurde dahingehend möglichst zumutbar organisiert, indem die Befragung in Einzeltestungen stattfand sowie jederzeit die Möglichkeit bestand, die Erhebung zu verschieben oder auf mehrere Termine aufzuteilen, Pausen einzulegen, Fragen zu stellen oder von der Teilnahme zurückzutreten. Außerdem wurde die Erhebung von der Testleiterin abgebrochen, wenn eine zu starke Belastung oder psychische Instabilität sichtbar wurde.

Im Rahmen dieses Vorgehens konnte in respektvoller Zusammenarbeit mit den teilnehmenden Klienten eine gute Datenbasis für die vorliegende Zustandsanalyse geschaffen werden.

### ***10.2 Diskussion wesentlicher Charakteristika***

Die erste Forschungsfrage im Rahmen der vorliegenden Studie widmete sich einer detaillierten Erfassung und Beschreibung der wesentlichen Merkmale der Klienten, die auf Grund einer richterlichen Weisung am Beginn einer stationären Therapie stehen. Besonders berücksichtigt wurden die soziodemographische Lage der Klienten, Faktoren des sozialen Alltags sowie drogenspezifische und mit Kriminalität in Verbindung stehende Aspekte ihrer Lebensgeschichte sowie die aktuelle Situation zum Zeitpunkt der Erhebung.

Hinsichtlich der **soziodemographischen Daten** bezüglich des Geschlechts und des Alters zeigte sich eine äußerst repräsentative Verteilung. So waren 81 Prozent der 42 Teilnehmer männlich und 19 Prozent weiblich. Dieses Verhältnis entspricht nicht nur nahezu exakt der Verteilung in der Zielpopulation der 136 Klienten, zu denen innerhalb

des zehnmonatigen Erhebungszeitraums Kontakt hergestellt wurde, sondern deckt sich auch mit dem Geschlechterverhältnis in anderen Studien (vgl. Dittrich et al., 2003; Gegenhuber et al., 2009; Grabenhofer-Eggerth et al., 2011; Leeb, 2011) sowie der allgemeinen Betroffenheit von einer Drogenproblematik in der Gesamtbevölkerung, wie der aktuellste *World Drug Report* (UNODC, 2012) zeigt. Auch das Alter mit einem Durchschnitt von 28.05 Jahren erweist sich als repräsentativer Wert. Festzuhalten ist, dass die Frauen der Stichprobe mit einem Durchschnittsalter von 31 Jahren älter als die Männer mit einem Durchschnittsalter von 27.35 Jahren waren. Dies mag darin begründet sein, dass Frauen trotz bestehender Straffälligkeit in der Regel weniger häufig und vor allen Dingen später verurteilt werden als Männer, da es innerhalb des Justizsystems ein geschlechtsspezifisches Vorgehen zu geben scheint (vgl. Dobler-Mikola, 2000; Heckmann et al., 2003). Anzumerken ist außerdem, dass kein Klient älter als 42 Jahre war und sich damit der Großteil der Klienten entsprechend den genannten Vergleichswerten im jungen bis mittleren Erwachsenenalter befand.

Die Analyse der soziodemographischen Faktoren Staatsbürgerschaft und Lebensmittelpunkt ergab nicht nur, dass mit 69 Prozent über die Hälfte der Teilnehmer österreichische Staatsbürger sind, sondern auch, dass der Lebensmittelpunkt bei 83.3 Prozent aller Teilnehmer in Wien liegt. Dieser Schwerpunkt auf das urbane Gebiet und die geringe Aufteilung auf die Bundesländer ergibt sich aus dem Haupteinzugsgebiet der Vorbetreuungsstelle des Schweizer Haus Hadersdorf. Auch wenn Personen mit einer richterlichen Weisung immer wieder direkt aus den Bundesländern durch die dortigen Gerichte in die stationäre Therapie überstellt werden, so durchlaufen die Phase der Vorbereitung auf die Behandlung im Rahmen der Vorbetreuungsstelle doch hauptsächlich jene Personen, die innerhalb des Einzugsgebietes Wien und Umgebung eine Behandlung beginnen.

Bezüglich der Bildung ist festzuhalten, dass nur die Hälfte der teilnehmenden Klienten über einen Hauptschulabschluss verfügt, 23.8 Prozent hatten darüber hinaus einen Lehrabschluss. Beinahe 10 Prozent besitzen hingegen keinerlei Ausbildung. Ein interessantes Detail ergibt sich aus der Analyse der Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts, der zufolge die Frauen in der Stichprobe höher qualifiziert sind als die Männer. Ganz ähnliche Ergebnisse zeigen die jährlichen Berichte zur Drogensituation in Österreich, die von knapp 60 Prozent der über 19-jährigen Klienten mit einem Pflichtschulabschluss ausgehen und explizit auf höhere Bildungsabschlüsse bei Frauen hinweisen (Grabenhofer-Eggerth et al., 2011; Weigl et al., 2010; Weigl et al., 2011).

Hand in Hand mit der höchsten abgeschlossenen Ausbildung zeigt sich in der aktuellen Studie auch in Bezug auf die Erwerbstätigkeit ein ernüchterndes Bild. Gut 85 Prozent der Teilnehmer verfügen über kein eigenes Einkommen und gehen keiner

Tätigkeit nach. An dieser Stelle muss einerseits die Verbindung von einem eher geringen Bildungsstand mit schlechteren Chancen auf dem Arbeitsmarkt berücksichtigt werden. Andererseits ist natürlich zu bedenken, dass sich die teilnehmenden Klienten vor der Vorbetreuungsphase des Schweizer Haus Hadersdorf meist bereits in einer Drogenhilfseinrichtung oder aber in Haft befanden und nun möglichst bald in die stationäre Behandlungsphase übertreten sollen und damit keine Möglichkeit haben, eine Anstellung längere Zeit innezuhaben beziehungsweise eine neue Anstellung zu finden.

Hinsichtlich der Wohnsituation musste festgestellt werden, dass nahezu 15 Prozent der Teilnehmer obdachlos sind oder lediglich übergangsweise bei Freunden und Bekannten über eine Übernachtungsmöglichkeit verfügen und damit in ungesicherten Wohnverhältnissen leben. Die vorliegenden Daten machen die unsicheren und risikobehafteten Lebensumstände der Teilnehmer deutlich und zeigen auf, dass sich auch in dieser Stichprobe, äquivalent zu den vom Drogenhilfssystem erfassten Personen (Haas et al., 2006; Weigl et al., 2010; Weigl et al., 2011), die soziale Situation der Betroffenen hinsichtlich Bildung, Erwerbstätigkeit und Wohnsituation als belastend und im Vergleich zur Gesamtgesellschaft eindeutig schlechter präsentiert.

Die Erfassung **drogenspezifischer Aspekte** der Lebensgeschichte zeigt deutlich, dass der Erstkonsum von Alkohol, Zigaretten und illegalen Suchtmitteln im Durchschnitt im Jugendalter geschieht, wobei sich auf Grund des familiären Hintergrunds häufig eine gewisse Nähe zu diesen feststellen lässt. Zu beobachten ist außerdem, dass der Erstkonsum illegaler Substanzen allgemein erst dann stattfindet, wenn bereits grundsätzlich legale, aber in diesem Alter noch nicht erlaubte Substanzen wie Alkohol und Nikotin konsumiert wurden. Dieses Ergebnis entspricht der Analyse des *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD, Hibell et al., 2011) bezüglich Substanzkonsums bei Schülern in 36 europäischen Ländern. Das Erstkonsumalter bei Nikotin und Alkohol liegt diesem Bericht zufolge im europäischen Durchschnitt bei etwa 13 Jahren, während der Konsum anderer Substanzen in diesem jungen Alter noch selten ist (Hibell et al., 2011).

Charakteristisch ist ferner, dass nahezu alle Teilnehmer bereits von früheren Behandlungserfahrungen ambulanter, stationärer oder kombinierter Art berichten. Gleichzeitig stellte sich heraus, dass beinahe 80 Prozent von ihnen schon mindestens einmal eine Behandlung abgebrochen haben. Auch direkt vor dem aktuellen Behandlungsbeginn befanden sich über die Hälfte der Teilnehmer in ambulanter oder stationärer Behandlung und beinahe ein Drittel in Haft. Des Weiteren deutet das Vorhandensein früherer Behandlungserfahrungen darauf hin, dass bis zu jenem Zeitpunkt, zu dem ein Klient mittels einer richterlichen Weisung zu einer Behandlung



verpflichtet wird, bereits eine längere Krankheitsgeschichte besteht. Ergänzend dazu wurde im Durchschnitt eine längere Verweildauer in der Vorbetreuungsphase zu Behandlungsbeginn festgestellt, als diese vom Behandlungskonzept der Einrichtung vorgesehen wird. Dies mag einerseits daran liegen, dass es für betroffene Klienten oftmals auf Grund ihrer Erkrankung eine große Herausforderung darstellt, ihren Alltag zu organisieren, Termine und Fristen einzuhalten sowie ein Mindestmaß an geforderten Voraussetzungen zu erfüllen. Andererseits ist dieser Umstand auch darin begründet, dass schlichtweg zu wenige Therapieplätze für betroffene Personen zur Verfügung stehen und sich daraus lange Wartezeiten ergeben. So weist das *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC, 2012) darauf hin, dass auf Grund mangelnder finanzieller Ressourcen weniger als eine von fünf Personen, die eine Behandlung bräuchten, diese auch tatsächlich erhalten. Um den weiteren Verlauf nach dem Beginn der Vorbereitung auf die stationäre Behandlungsphase festzustellen und damit eine möglichst umfassende Dokumentation des Behandlungsprozesses zu erreichen sowie eine angemessene Basis für die Katamnesestudie zu liefern wurde zum Ende des Erhebungszeitraumes erfasst, in welcher Behandlungsphase sich die an der Studie teilnehmenden Klienten befinden. Ein Drittel der Klienten hatte zu diesem Zeitpunkt die Behandlung abgebrochen oder war aus der Einrichtung verwiesen worden, über 10 Prozent befinden sich erneut in Haft oder sind nicht mehr auffindbar. Diese Aspekte betonen die Notwendigkeit der Bereitstellung adäquater Ressourcen, akzeptanzorientierter Drogenarbeit und eines angemessenen Umgangs mit Rückfällen. So braucht es nicht nur möglichst barrierefreie Zugänge zu professioneller Hilfe im Sinne niederschwelliger Beratung, Behandlung und Begleitung, sondern auch ein grundlegendes Verständnis von Substanzabhängigkeit, das die Wahrscheinlichkeit von Rückfällen und den oftmals langwierigen Verlauf berücksichtigt und variable Behandlungskonzepte vorsieht. Realisiert wird eine solche Sichtweise in der prozessorientierten und spiralförmigen Konzeption des transtheoretischen Modells der Veränderung (Prochaska et al., 1992).

Die Resultate zu den **delinquenten Aspekten** der Lebensgeschichte zeigen deutlich die ausnehmend starke Verbindung von Substanzkonsum und Kriminalität auf. Bis auf eine Person berichten alle Teilnehmer von Vorstrafen, wobei über 90 Prozent schon mindestens einmal in Haft waren. Obwohl die Teilnehmer vornehmlich unter 30 Jahre alt sind, haben sie bereits etliche Monate bis Jahre ihrer Lebenszeit in Haft verbracht. Delinquente Handlungen und der Kontakt mit dem Justizsystem scheinen ständige Begleiter der befragten Klienten zu sein, die sich nicht nur in jüngerer Vergangenheit und direkt vor Behandlungsbeginn häufig in Haft befanden, sondern auch während der Vorbereitung auf die stationäre Behandlungsphase erneut mit dem Gesetz in

Konflikt gerieten und wiederum inhaftiert wurden. Somit drängen auch hier, wie bereits andernorts gezeigt werden konnte (vgl. Kindermann & Sickinger, 1992), Haft und Therapie die in privaten Lebensbezügen verbrachte Zeit bei Personen mit einer Abhängigkeitsproblematik zurück. Die vorliegenden Ergebnisse weisen auf die enge Verknüpfung von Substanzkonsum und delinquentem Verhalten hin, wie sie bereits in anderen Studien festgestellt wurde (vgl. Best et al., 2001; Heckmann et al., 2003; Köchl & Jagsch, 2009; McBride & McCoy, 1993; Newcomb et al., 2001; Stevens et al., 2003) und unterstützen die Feststellung von Heckmann et al. (2003), die in Zusammenhang mit Substanzabhängigkeit den Gesetzesverstoß als „konstitutives Element einer Krankheit“ (S. 2) bezeichnen. Ein auffallendes Detail zeigte die Analyse der Vorstrafen getrennt nach dem Geschlecht der Teilnehmer. So verfügen Männer durchschnittlich über mehr Vorstrafen als Frauen, was wie das höhere Alter der weiblichen Teilnehmer für einen geschlechtsspezifischen Umgang mit delinquenten Personen innerhalb des Justizsystems spricht (Dobler-Mikola, 2000; Heckmann et al., 2003). Auch die österreichische gerichtliche Kriminalstatistik für das Berichtsjahr 2011 zeigt, dass der Großteil der Verurteilten Männer waren. So betrafen von insgesamt 36461 Verurteilungen auf Grund strafbarer Handlungen nur 5426 Verurteilungen Frauen (Statistik Austria, 2012). Geschlechtsspezifische Unterschiede konnten in der vorliegenden Untersuchung zudem für die Art der begangenen Delikte festgestellt werden. Während die Verteilung der Sucht- und Eigentumsdelikte für Männer und Frauen praktisch äquivalent ist, zeigt sich vorrangig bei Männern das Begehen von Gewaltdelikten. Diese Resultate weisen auf eine repräsentative Verteilung hin und sind vergleichbar mit den Daten der gerichtlichen Kriminalstatistik, im Rahmen derer ebenfalls ein deutlich höherer Anteil an Verurteilungen auf Grund der Deliktgruppe der strafbaren Handlungen gegen Leib und Leben bei Männern als bei Frauen festgehalten wurde. So wurden im Jahr 2011 insgesamt 23.7 Prozent der straffällig gewordenen Männer auf Grund dieser Deliktgruppe verurteilt, bei den straffällig gewordenen Frauen betrug der Anteil 14.3 Prozent (Statistik Austria, 2012).

In Bezug auf die **aktuelle Problematik** zum Zeitpunkt der Erhebung liegt bei fast allen Teilnehmern eine Drogenproblematik vor, gefolgt von einer, häufig begleitenden, Medikamentenproblematik. Hinsichtlich der Medikamentenproblematik ist besonders anzumerken, dass sämtliche der erfassten Medikamente ausschließlich der Gruppe der Benzodiazepine zuzuordnen sind. Dieses Ergebnis spiegelt den aktuellen Trend des kombinierten Konsums von illegalen Substanzen mit Medikamenten, insbesondere Tranquilizer und Sedativa, wider. Dabei stellt das Ziel der Kombination mehrerer Substanzen häufig die Verstärkung oder den Ausgleich von deren Wirkung dar (UNODC, 2012). Auffallend waren in der vorliegenden Untersuchung zudem ein meist multipler

Substanzkonsum sowie ein unterschiedliches Konsummuster von Männern und Frauen. Weibliche Teilnehmer konsumieren zwar nicht weniger, jedoch keine so breite Palette an unterschiedlichen Substanzen. Insgesamt liegt jedoch für die gesamte Stichprobe multipler Substanzkonsum im Sinne polytoxikomanen Drogenkonsums vor, der, wie Weigl et al. (2011) betonen, eine zentrale Rolle im Rahmen des problematischen Drogenkonsums spielt und, wie es auch für die Teilnehmer der aktuellen Studie zutreffend ist, mit körperlichen, psychischen und sozialen Problemen einhergeht.

Ein relevantes Merkmal der befragten Teilnehmer hinsichtlich der aktuellen Problematik präsentiert sich dahingehend, dass sich ein großer Teil von ihnen in einem Substitutionsprogramm befindet. Dies ist insofern positiv zu sehen als eine Teilnahme an einem Substitutionsprogramm zu einer Reduktion delinquenter Handlungen sowie zu einem kontrollierteren und ein Stück weit weniger risikobehafteten Konsum führt (Weigl et al., 2011). Verglichen mit dem Anteil von bis zu 52 Prozent der Personen mit einem problematischen Drogenkonsum, die sich 2009 in Substitutionsbehandlung befanden (Weigl et al., 2011), fällt der Anteil an Personen in Substitutionsbehandlung in der gegenwärtigen Untersuchung mit 69 Prozent deutlich größer aus. Die hohe Substitutionsrate innerhalb der Stichprobe steht in Verbindung mit dem Behandlungskonzept der Einrichtung, in welcher die Untersuchung durchgeführt wurde. Das Schweizer Haus Hadersdorf sieht nach dem Übergang von der Vorbetreuungsphase in die stationäre Behandlungsphase eine Fortsetzung der bestehenden Substitution und in Folge eine langsame Reduzierung des Substitutionsmittels vor.

Der **Weg in die aktuelle Behandlung** erfolgte für alle Teilnehmer über eine richterliche Weisung, wobei für die Kontaktaufnahme zur derzeit betreuenden Institution entsprechend der in diesem Zusammenhang stattfindenden **Quasi-Zwangsbehandlung** von auf den Klienten ausgeübten und von ihm wahrgenommenen verschiedenen Arten von Druck ausgegangen werden kann (vgl. Gegenhuber et al., 2009; Marlowe et al., 2001). Interessanterweise geben die Teilnehmer zu etwa gleichen Teilen an, dass der Hauptanstoß zur Kontaktaufnahme vorrangig auf Grund des justiziellen Drucks, eigener Initiative oder aber auf Grund einer Kombination aus beidem erfolgte. Druck durch die Familie oder einen Arzt als andere externe Quellen scheinen keine tragende Rolle zu spielen. Für die befragten Teilnehmer liegt damit dennoch sowohl externer als auch interner Druck, eine Behandlung zu beginnen, vor. Daraus zeichnet sich eine durchaus positive Wirkungsweise des Faktors Quasi-Zwang ab, da für jene Klienten, die ihre Behandlung nicht nur auf eigene Initiative beginnen, der wahrgenommene externe Druck als erster Schritt in eine Behandlung und damit zu einer Verbesserung der Lebensumstände führen kann. Höld (2007) geht davon aus, dass dieses Spannungsfeld

aus eigenem Antrieb und der Auseinandersetzung mit gesetzlichen Regelungen und Normen die Motivation zur Veränderung des Problemverhaltens fördert und durch den Einsatz der Quasi-Zwangsbehandlung und dem Vorgehen durch das Suchtmittelgesetz eine positive Gesundheitspolitik betrieben werden kann.

### **10.3 Diskussion der Ausprägung der Konstrukte**

#### ***Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstkonzept und Behandlungsmotivation***

Im Rahmen der zweiten Forschungsfrage wurde erfasst, wie bei Klienten mit richterlicher Weisung die Selbstwirksamkeitserwartung und das Selbstkonzept ausgeprägt sind und ihnen in der Folge als potentielle Ressourcen zur Verfügung stehen können. Zudem wurden Aussagen zur Behandlungsmotivation hinsichtlich ihrer Veränderungsbereitschaft und der motivationalen Schemata getroffen.

Bezüglich der **Selbstwirksamkeitserwartung** konnte kein Unterschied zu den Erwartungswerten der Normierungsstichprobe festgestellt werden. Damit verfügen die Teilnehmer zumindest über keine schlechtere Selbstwirksamkeitserwartung als die durchschnittliche Gesamtbevölkerung. Hinsichtlich der gesundheitlichen und justiziellen Problematik, mit der die Teilnehmer in ihrem Alltag umzugehen haben, ist dies als durchaus positiv zu sehen, da auf Grundlage dieser Resultate ihre optimistische Kompetenzerwartung und damit ihr Vertrauen darauf, eine schwierige Lage aus eigener Kraft und durch eigene Kompetenz zu bewältigen, ähnlich gut ausgeprägt zu sein scheint und somit als Ressource und Schutzfaktor dienen kann. Zu ganz ähnlichen Ergebnissen kommen Köchl und Jagsch (2009), die ebenso keinen signifikanten Unterschied von Klienten mit richterlicher Weisung im Vergleich zur Normierungsstichprobe zu Behandlungsbeginn feststellen konnten. Es bleibt abzuwarten, wie sich die Selbstwirksamkeitserwartung im Behandlungsverlauf entwickelt und ob sich im Rahmen dieses Prozesses eine Veränderung ihrer Ausprägung einstellen wird. Die Ergebnisse der Katamnesestudie werden darüber Aufschluss geben, ob es zu einer Steigerung während der Behandlung kommt, die, wie etliche Studien nahelegen (vgl. Coon et al., 1998; Heckmann et al., 2003), in Verbindung mit der Aufrechterhaltung der Abstinenz und der Rückfallprävention steht.

In der vorliegenden Studie konnte in Hinblick auf die Ausprägung des **Selbstkonzeptes** festgestellt werden, dass sich die Teilnehmer sowohl hinsichtlich des Leistungsbereichs in Bezug auf die allgemeine Leistungsfähigkeit, die allgemeine

Problembewältigung und die allgemeine Verhaltens- und Entscheidungssicherheit als auch hinsichtlich des Bereichs der allgemeinen Selbstwertschätzung mit einem signifikant negativeren Selbstkonzept als die Normierungsstichprobe beschreiben. Dieses Ergebnis entspricht Untersuchungen von Deusinger (1986), die ebenfalls für diese Bereiche signifikante Unterschiede in der Selbstbeurteilung erfassen konnte. Die gegenwärtigen Resultate spiegeln zudem den Zusammenhang der Einschätzung des eigenen Selbstwertes im Sinne von Selbstachtung, Gefühlen der Zufriedenheit und der Nützlichkeit sowie dem erlebten sozialen Status mit dem Erleben der eigenen Leistungsfähigkeit wider, wobei die Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit kulturell bedingt den wahrgenommenen Selbstwert mitbestimmt. Beide Bereiche fallen hier signifikant negativ und damit ungünstig für die betroffenen Klienten aus. Für das Selbstkonzept im Bereich der Stimmung und Sensibilität sowie für den psychosozialen Bereich konnten keine Unterschiede zur Normierungsstichprobe erfasst werden, wobei einschränkend hinzugefügt werden muss, dass auf Grund mangelnder Reliabilität nicht alle Skalen zur Beschreibung des psychosozialen Bereichs in die Analyse mit einbezogen wurden. Eine Ausnahme in Hinblick darauf bildet das signifikant positive Ergebnis der Einschätzung zur eigenen Standfestigkeit gegenüber Gruppen und Bedeutsamen anderen. Auffallend ist dieses Resultat vor allem dahingehend, dass Deusinger (1986) nicht nur von einer allgemein ungünstigeren Ausprägung der Selbstkonzepte bei Personen mit einer Abhängigkeitsproblematik ausgeht, sondern die betreffende Skala zusätzlich mit den Bereichen der Leistung und des Selbstwerts assoziiert ist, deren Analyse gegenteilige Resultate erbrachte. Begründbar ist dieses Ergebnis möglicherweise damit, dass die hier befragten Klienten, wie aus der Beschreibung der Charakteristika ersichtlich ist, häufig mit essentiellen Problemen des sozialen, aber auch des wörtlich gemeinten Überlebens konfrontiert sind und sich in einem Milieu bewegen, in dem Widerstand gegen andere bis zu einem gewissen Maß eine Form der Alltagsbewältigung darstellt. Das Thema Standfestigkeit könnte in diesem Zusammenhang von den Klienten als zumindest nach außen hin gezeigte Härte, die es zum Überleben braucht, interpretiert werden. Eine andere Überlegung wäre, dass sich die Klienten zum Zeitpunkt der Erhebung in der Vorbetreuungsphase befinden, während derer sie noch nicht stationär aufgenommen sind und die Werte daher in die Höhe schnellen, da sie sich in dieser Zeit noch im Spannungsfeld zwischen dem neuen Umfeld der Einrichtung, in die sie noch nicht vollständig eingebunden sind, und ihren bisherigen Kontaktpersonen befinden. Gerade in dieser Phase könnte es ein besonderes Maß an Standfestigkeit gegenüber anderen brauchen, um beispielsweise dem Gruppendruck zum Konsum von Suchtmitteln oder zur Begehung weiterer Straftaten zu widerstehen.

Wie erwähnt geht Deusinger (1986) davon aus, dass sich Personen, die von einer Abhängigkeitsproblematik betroffen sind, generell mit einem ungünstigeren Selbstkonzept beschreiben. Auch Bauer und Baab (1995) konnten mit zunehmender Abhängigkeitsproblematik eine Verschiebung des Selbstbildes in eine verstärkt negative Richtung feststellen. Die aktuellen Resultate kommen zumindest für das Selbstkonzept im Bereich der Leistung und der allgemeinen Selbstwertschätzung zu demselben Schluss und bestätigen die Annahme von Deusinger (1986) sowie die Ergebnisse von Baab und Bauer (1995). Entsprechend der von Deusinger (1986) angenommenen wechselseitigen Verbindung von Selbstkonzept und psychischer Stabilität wäre damit auch von einer geringeren psychischen Stabilität der Teilnehmer auszugehen.

Wie zuvor für die Selbstwirksamkeitserwartung bleibt auch die Veränderung der Ausprägung des Selbstkonzepts im Behandlungsverlauf abzuwarten. Anzustreben wäre unter Berücksichtigung dieser Ergebnisse zweifellos eine Förderung des Selbstkonzepts und ein Aufbau desselben als protektive Ressource, nicht zuletzt um eine ungünstige Ausprägung als Risikofaktor künftig zu vermeiden und zu einer Stärkung der psychischen Stabilität und damit zu einem positiven Behandlungsergebnis beizutragen.

Für die **Veränderungsbereitschaft** konnte festgestellt werden, dass sich die Mehrheit der Teilnehmer zum Zeitpunkt der Erhebung im Stadium der Absichtsbildung befindet, gefolgt vom Stadium der Handlung. Zu bedenken ist an dieser Stelle allerdings, dass die Werte von fünf Teilnehmern darauf hinweisen, dass sie sich in beiden der genannten Stadien gleichzeitig befinden und die Werte eines Teilnehmers nahelegen, dass er sich sowohl im Stadium der Absichtsbildung, der Handlung und der Aufrechterhaltung befindet. Eine Ursache hierfür ist einerseits in der dynamischen, spiralförmigen und prozessorientierten Konzeption des transtheoretischen Modells der Veränderung (Prochaska & DiClemente, 1983; Prochaska et al., 1992) zu suchen, die eine stetige Entwicklung der Veränderungsbereitschaft beinhaltet, in der Rückfälle auf frühere Stadien und Übergänge in die nächsthöheren Stadien impliziert sind. Die betreffenden Klienten befinden sich möglicherweise gerade an einer derartigen Schnittstelle zwischen den Stadien. Andererseits muss eine kritische Betrachtung des eingesetzten Verfahrens bedacht werden. So liegt in der derzeit aktuellen Version der Veränderungsstadienskala leider eine hohe Skaleninterkorrelation zwischen den Skalen der Absichtsbildung und der Handlung mit  $r = .62$  vor (Heidenreich et al., 2001) und betrifft damit exakt jene Stadien, für die überlappende Werte bei den Teilnehmern beobachtet werden. Außerdem muss angemerkt werden, dass die Veränderungsstadienskala das Stadium der Vorbereitung, das dem transtheoretischen Modell der Veränderung zufolge zwischen den Stadien Absichtsbildung und Handlung liegt und den Übergang von der

gedanklichen Auseinandersetzung mit dem problematischen Verhalten hin zu konkreten Handlungen zur Veränderung desselben beinhaltet (Prochaska et al, 1992), nicht erfasst. Die auffallende Verteilung gleicher Ausprägungen auf den beiden Stadien liegt damit möglicherweise zusätzlich in einem Fehlen dieses dazwischen liegenden Stadiums der Veränderung begründet und könnte außerdem die hohe Skaleninterkorrelation beeinflussen. Bestärkt wird diese Annahme durch die Durchführung einer Varianzanalyse mit Messwiederholungen und entsprechender post-hoc-Vergleiche, mittels derer aufgezeigt werden konnte, dass nur die Skalen Absichtsbildung und Handlung im Vergleich miteinander nicht unterschiedlich bewertet werden.

Inhaltlich bedeutet der Schwerpunkt auf dem Stadium der Absichtsbildung, dass bei den Teilnehmern zwar noch Ambivalenz gegenüber dem Problemverhalten besteht, ein gewisses Maß an Problembewusstsein jedoch bereits vorhanden ist und eine Verhaltensänderung angedacht wird. Prochaska et al. (1992) gehen davon aus, dass sich Klienten üblicherweise bei Behandlungsbeginn in Vorbereitung auf die ersten Handlungen im Stadium der Absichtsbildung befinden und im Verlauf der Behandlung eine Zunahme der Veränderungsbereitschaft erfolgt. Die gegenwärtige Untersuchung spiegelt diese Auffassung wider. Hervorzuheben ist an dieser Stelle, dass damit kein Unterschied zwischen Klienten, die auf Grund einer richterlichen Weisung und damit externem Zwang ihre Behandlung beginnen und anderen Klienten hinsichtlich der Veränderungsbereitschaft angenommen werden kann. Im Vergleich dazu ist auf eine Studie von Gütlich et al. (1998) hinzuweisen, im Zuge derer gezeigt werden konnte, dass bei Personen im Maßregelvollzug das Stadium der Absichtslosigkeit vorherrscht, während sich Personen in stationärer Drogenentwöhnungsbehandlung vorrangig im Stadium der Absichtsbildung befanden. Auch Stevens et al. (2006) kommen zu dem Schluss, dass sich Personen in stationärer Behandlung eher im Stadium der Absichtsbildung als im Stadium der Handlung befinden. Die Klienten der vorliegenden Studie befinden sich zum Erhebungszeitpunkt zum Teil direkt nach der Haftentlassung, in jedem Fall verfügen sie über eine Konfrontation mit dem Justizsystem im Sinne einer Gerichtsverhandlung, eines regulären Haftaufenthalts oder einer Untersuchungshaft in jüngster Zeit. Allerdings haben sie die Chance, eine drohende Haftstrafe durch die Erfüllung der gerichtlichen Therapieauflage zu verhindern und streben eine Aufnahme in die stationäre Behandlungsphase an. Hier zeigt sich eine Übereinstimmung mit den Ergebnissen von Gütlich et al. (1998) sowie Stevens et al. (2006) und es kann unter dem Aspekt der kontinuierlichen Veränderung der Motivation vermutet werden, dass während des Prozesses der Auseinandersetzung mit der Justiz, der Antragstellung und Begutachtung bis hin zur Kontaktaufnahme mit der Drogenhilfseinrichtung bereits eine Entwicklung der Veränderungsbereitschaft in Richtung des Stadiums der Absichtsbildung stattgefunden

hat. Die hohe Ausprägung auf dem Stadium der Absichtsbildung, gefolgt vom Stadium der Handlung, ist zusätzlich auf Grund der positiven Korrelation zwischen der Veränderungsmotivation und der Verweildauer in der Behandlung als gute Voraussetzung für den Behandlungsbeginn zu werten. Callaghan et al. (2005) konnten dazu in Verbindung mit stationärer Behandlung feststellen, dass Personen im Stadium der Absichtslosigkeit signifikant häufiger eine Behandlung abbrechen als Personen, die sich im Stadium der Absichtsbildung oder der Handlung befinden. Zu ganz ähnlichen Ergebnissen kommen Gegenhuber et al. (2008), die das Stadium der Handlung zu Behandlungsbeginn als besonders günstig für den Behandlungsverlauf definieren konnten. Gegenhuber et al. (2008) weisen darauf hin, dass gerade bei ambivalent eingestellten Personen im Stadium der Absichtsbildung justizieller Zwang als externer Motivator dazu beiträgt, in einer Behandlung zu bleiben. Unter Anbetracht der vorliegenden Ergebnisse schließt sich die gegenwärtige Untersuchung an diesen Standpunkt an und betrachtet den Faktor Quasi-Zwang als konstruktive Möglichkeit, eine Behandlung zu initiieren und mit dem Verständnis von Veränderungsbereitschaft als dynamisches und entwicklungsfähiges Konstrukt eine Verbesserung der Problematik herbeizuführen.

Die Analyse der **motivationalen Schemata** ergab eine signifikante Orientierung der Teilnehmer an den Annäherungszielen. Nicht nur die separate Betrachtung der Annäherungs- und Vermeidungsziele, sondern auch deren Gegenüberstellung mittels des Verhältniswertes zeigte eine stärkere Hinwendung zu den Annäherungszielen und damit eine größere Orientierung an positiven Verstärkern als an negativen und bedrohlichen Aspekten der Umwelt. Dieses Ergebnis entspricht der zentralen Annahme, die hinter dem Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata steht, der zufolge Annäherungsziele bei Klienten, die auf Grund psychischer Schwierigkeiten eine Behandlung aufsuchen, eher stärker ausgeprägt sind als bei gesunden Personen (Grosse Holtforth & Grawe, 2002). Dollard und Miller (1950) gehen davon aus, dass eine gut ausgeprägte Annäherungsmotivation die Therapieaufsuchungstendenz begünstigt. Auch Grawe (2000, 2004) betont in seiner Konsistenztheorie, dass Annäherungsziele eine positive Tendenz hin zu einem gewünschten Zustand fördern. Seiner Theorie zufolge beeinflussen motivationale Schemata generell das psychische Geschehen und bringen es in Richtung bestimmter Ziele in Gang. Überwiegen die Annäherungsziele im Vergleich zu den Vermeidungszielen, ist es einer Person eher möglich, positive Emotionen zu erleben und sich einem gewünschten Zustand zu nähern. Im Kontext des externen Drucks auf Grund richterlicher Weisung zur Behandlung kann eine gut ausgeprägte Annäherungsmotivation für die Tendenz hin zu einem Verhalten hilfreich sein, das die Erfüllung der gerichtlichen



Auflage begünstigt und damit zur Vermeidung negativer Konsequenzen, wie einen Widerruf der Weisung mit nachfolgendem Haftantritt und einer Verschlechterung des psychischen und physischen Zustandes sowie der sozialen Situation, beiträgt.

#### **10.4 Diskussion der Zusammenhänge der Konstrukte Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstkonzept und Behandlungsmotivation**

Die dritte Forschungsfrage zielte darauf ab, die Zusammenhänge der einzelnen Konstrukte zu erfassen. Zu diesem Zweck wurden sie miteinander in Beziehung gesetzt und anhand von sechs Zusammenhangshypothesen überprüft.

In Bezug auf die Beziehung zwischen der **Selbstwirksamkeitserwartung** und der **Veränderungsbereitschaft** wurde entsprechend dem transtheoretischen Modell der Veränderung, das die Selbstwirksamkeitserwartung als abhängige Kernvariable auffasst (DiClemente et al., 1985; Velicer et al., 1990), von den Stadien der Veränderung als Prädiktoren für das Kriterium Selbstwirksamkeitserwartung ausgegangen. Dabei konnten zwei Prädiktoren identifiziert werden. So tragen den Ergebnissen der aktuellen Untersuchung zufolge sowohl das Stadium der Handlung als auch der Absichtsbildung einen signifikanten Erklärungswert zur Selbstwirksamkeitserwartung bei. Anzumerken ist, dass die Stadien der Absichtsbildung und der Handlung bei den befragten Klienten zu Behandlungsbeginn eine große Rolle zu spielen scheinen, da sie sowohl als die vorrangigen Stadien, in denen sich die Teilnehmer zu Beginn ihrer Behandlung befinden, identifiziert werden konnten, als auch in Zusammenhang mit der Selbstwirksamkeitserwartung als Prädiktoren erfasst wurden. Unterstützend dazu konnte in etlichen bisherigen Studien gezeigt werden, dass eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung mit einer größeren Aktivität der Veränderungsprozesse einhergeht und eine Zunahme der Selbstwirksamkeitserwartung über die verschiedenen Stadien hinweg stattfindet (vgl. DiClemente et al., 1985; Gegenhuber, 2008; Schwarzer, 2004; Velicer et al., 1990). Dies macht auch darauf aufmerksam, dass sich eine Förderung der Behandlungsmotivation im Prozess der Behandlung im Sinne eines Therapieziels positiv auf die Selbstwirksamkeitserwartung auswirken kann und damit protektive und für die Behandlung günstige Ressourcen gestärkt werden.

Auf Grund der Nähe der Konstrukte Selbstwirksamkeitserwartung und Selbstkonzept zueinander, wurde für die Beziehung zwischen **Selbstkonzept** und **Veränderungsbereitschaft** eine vergleichbare Ausgangslage angenommen. Unter der

Perspektive des Selbstkonzepts als abhängige Variable konnten drei Prädiktoren identifiziert werden. So weisen die Stadien Absichtslosigkeit, Absichtsbildung und Handlung einen signifikanten Erklärungswert zum Selbstkonzept auf. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass äquivalent zum Zusammenhang zwischen Veränderungsbereitschaft und Selbstwirksamkeitserwartung nach dem transtheoretischen Modell (DiClemente et al., 1985; Velicer et al., 1990) eine ähnliche Verbindung für die Beziehung zwischen der Veränderungsbereitschaft und dem Selbstkonzept vorliegt. Ebenso weisen die berechneten Korrelationen auf einen bedeutenden Zusammenhang zwischen der Veränderungsbereitschaft und dem Selbstkonzept hin. So konnte für das Stadium der Absichtslosigkeit ein signifikant negativer und für das Stadium der Handlung ein signifikant positiver Zusammenhang mit dem Selbstkonzept festgestellt werden. Auffallend ist hier, dass sich die Zusammenhänge über den Phasenverlauf der Veränderungsbereitschaft umdrehen und damit eine positive Entwicklung der Veränderungsbereitschaft in Zusammenhang mit dem Selbstkonzept sichtbar wird. Bedenkt man zudem die eher ungünstige Ausprägung des Selbstkonzepts bei den befragten Teilnehmern zu Behandlungsbeginn, wäre eine Stärkung des Selbstkonzepts im Behandlungsverlauf, wie sie Zingg (2010) während einer stationären Behandlung alkoholabhängiger Klienten feststellen konnte, wünschenswert, um sowohl die Entwicklung von Behandlungsmotivation als auch positive Einstellungen zu sich selbst und damit die psychische Stabilität zu fördern.

Hinsichtlich der Beziehung zwischen der **Veränderungsbereitschaft** und den **motivationalen Schemata** fielen sämtliche berechneten Zusammenhänge nicht signifikant aus, mit Ausnahme der Verbindung zwischen der Veränderungsbereitschaft und den Annäherungszielen. Für diese Beziehung konnten durchwegs positive, mittelhohe Korrelationen zwischen den Annäherungszielen und den Stadien der Absichtsbildung, der Handlung sowie der Aufrechterhaltung festgestellt werden. In einem wechselseitigen Zusammenhang ist demzufolge die Bereitschaft zur Änderung des Problemverhaltens umso größer, je ausgeprägter die Annäherungsziele sind und umgekehrt. Erklärbar ist dieses Ergebnis dahingehend, dass sowohl die motivationalen Schemata als auch die Veränderungsbereitschaft Konstrukte beziehungsweise Komponenten der Behandlungsmotivation darstellen. In der Konsequenz bedeutet dies, dass eine positive Ausprägung der einen Komponente mit einer positiven Ausprägung der anderen Komponente einhergehen sollte, sofern nicht ein inadäquates, inkonsistentes und nachteiliges Muster bezüglich der Behandlungsmotivation vorliegt. Denkbar wäre ein solches Muster beispielsweise dann, wenn die Bereitschaft zur Veränderung zwar bereits in einem fortgeschrittenen Stadium vorhanden ist, die Umsetzung der intendierten

Handlung auf Grund von vorherrschenden Vermeidungsschemata jedoch gehemmt wird. Die hier festgehaltenen Ergebnisse legen nahe, dass im Umgang mit den Klienten sowohl auf deren motivationale Schemata und die dahinter stehenden Grundbedürfnisse der Orientierung und Kontrolle, des Lustgewinns, der Bindung sowie der Selbstwerterhöhung und des Selbstwertschutzes (Grawe, 2000, 2004) geachtet werden sollte, als auch, dass diese mit anderen Aspekten der Behandlungsmotivation wie der Veränderungsbereitschaft in Beziehung gesetzt werden. Für die befragten Klienten konnte, wie bereits in Kapitel 10.3 diskutiert wurde, eine stärkere Orientierung an den Annäherungszielen im Vergleich zu den Vermeidungszielen festgestellt werden. Die positive Korrelation zwischen den Annäherungszielen und der Veränderungsbereitschaft greift dieses Ergebnis auf und spricht für eine relativ günstige Ausprägung des Annäherungsverhaltens und damit für eine Hinwendung zur Inanspruchnahme einer Behandlung.

Des Weiteren wurde das Konstrukt der **motivationalen Schemata** in Beziehung zu dem Konstrukt der **Selbstwirksamkeitserwartung** gesetzt. Die Analyse erbrachte über alle berechneten Zusammenhänge keine signifikanten Resultate. Allerdings hat die Analyse der Ausprägungen gezeigt, dass für die Teilnehmer einerseits eine signifikante Orientierung an positiven Verstärkern und damit an den Annäherungszielen vorliegt und andererseits eine durchschnittlich gute Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung besteht. Pinquart (2011) führt an, dass eine negative Selbstwirksamkeitserwartung und damit die Überzeugung, sich die Bewältigung einer Situation nicht zuzutrauen, Angst und Vermeidungsverhalten zur Folge hat. Dahingehend ist in der vorliegenden Studie keine Tendenz zu einer negativen Selbstwirksamkeitserwartung, die mit Vermeidungsverhalten einhergeht, ersichtlich.

Auch für die Verbindung der **motivationalen Schemata** mit dem **Selbstkonzept** sind über alle berechneten Zusammenhänge keine signifikanten Resultate zu verzeichnen. Selbstkonzepte nehmen an sich Einfluss auf unsere Emotionen, unser Denken und in der Konsequenz auch auf unser Handeln. Somit sind Selbstkonzepte bedeutend für die Motivation von Verhalten, da sie Vorstellungen darüber enthalten, in welche positive oder negative Richtung eine Entwicklung durch ein bestimmtes Verhalten gehen könnte und Handlungen damit antreiben (Deusinger, 1986; Zimbardo & Gerrig, 2004). Möglicherweise liegt ein Grund dafür, dass die Ergebnisse keine Signifikanz erreichen, in der kleinen Stichprobengröße. Dennoch liegt inhaltlich die Vermutung nahe, dass ein günstiges Selbstkonzept eher mit Annäherungsschemata und damit der Lenkung des Verhaltens in eine positive Richtung einhergeht, was letztendlich auch der psychischen Stabilität förderlich ist. Im Gegensatz dazu hängt ein eher ungünstiges

Selbstkonzept tendenziell mit dem Einsatz von Vermeidungsstrategien und der Orientierung an bedrohlichen Aspekten der subjektiven Erfahrungsumwelt zusammen.

Die Analyse der Beziehung zwischen der **Selbstwirksamkeitserwartung** und dem **Selbstkonzept** zeigt einen signifikanten, positiven Zusammenhang zwischen den beiden Konstrukten. Es kann demnach davon ausgegangen werden, dass eine positive Selbstwirksamkeitserwartung mit einem günstigen Selbstkonzept einhergeht. Dieses Ergebnis lässt sich dahingehend interpretieren, dass eine gute Selbstwirksamkeitserwartung im Sinne eines Schutzfaktors förderlich für die psychische Stabilität ist und umgekehrt ein günstiges Selbstkonzept Einstellungen aufweist, die der eigenen Person unter anderem Leistungs- und Problembewältigungsfähigkeiten zusprechen und mit Gefühlen der Selbstwertschätzung verbunden sind. Somit ist ein günstiges Selbstkonzept förderlich für die subjektiven Kompetenzüberzeugungen, schwierige Situationen auf Grund der eigenen Fähigkeiten bewältigen zu können (Bandura, 1997; Deusinger, 1986; Schwarzer, 2004). Die hohe Korrelation zwischen der Selbstwirksamkeitserwartung und dem Selbstkonzept ergibt sich nicht zuletzt auch daraus, dass beide Konstrukte in einem inhaltlich ähnlichen Bereich messen. Die Selbstwirksamkeitserwartung und das Selbstkonzept sind miteinander verbunden, da beide im Zeichen eines Selbstbezugs des Individuums stehen und sich mit Einstellungen hinsichtlich der eigenen Kompetenzen, Fähigkeiten und Vorstellungen über sich selbst auseinandersetzen. Bandura (1997) versteht das Selbstkonzept sogar als Teil der Selbstwirksamkeitserwartung und beschreibt ihren Zusammenhang folgendermaßen: „[...] self-concept largely reflects people’s beliefs in their personal efficacy“ (S. 11).

Festzuhalten bleibt, dass unter dem Aspekt der Zusammengehörigkeit der beiden Konstrukte sowohl die Selbstwirksamkeitserwartung als auch das Selbstkonzept als protektive Ressourcen verstanden werden können, die zur Reduzierung des Rückfallrisikos und einem erfolgreichen Behandlungsverlauf beitragen (vgl. Coon et al., 1998; DiClemente et al., 1985; Heckmann et al., 2003).

### **10.5 Schlussbemerkung**

Mit der vorliegenden Studie konnte durch das Erfassen des Ist-Zustandes ein facettenreicher Einblick in verschiedene Bereiche der Lebens- und Erlebenswelt der Klientengruppe, die auf Grund einer richterlichen Weisung zur stationären Therapie am Beginn ihrer Behandlung steht, erreicht werden. Auf Grund der Analyse der Ergebnisse kann hinsichtlich ihrer Betrachtung vor dem Hintergrund des Faktors Quasi-Zwang der

Nutzen des Einsatzes gesundheitsbezogener Maßnahmen bekräftigt werden. Der externe Druck durch die Justiz zur Umsetzung der auferlegten Maßnahmen trägt bei den befragten Teilnehmern wesentlich dazu bei, den Kontakt zu einer Drogenhilfseinrichtung herzustellen. Damit kann übereinstimmend mit bisherigen Forschungsergebnissen (vgl. Höld, 2007; Köchl & Jagsch, 2009; McSweeney et al., 2007; Schaub et al., 2010) davon ausgegangen werden, dass gesundheitsbezogene Maßnahmen den Beginn einer Behandlung initiieren können und den Einstieg in eine Behandlung ermöglichen, sodass eine Hinwendung zu professioneller Hilfe erfolgt, die vom Klienten vielleicht bereits angedacht wurde, bisher jedoch nicht selbstständig umgesetzt werden konnte. Zudem bewegt der externe Motivator durch die Justiz eher dazu in einer Behandlung zu bleiben und wirkt damit Behandlungsabbrüchen entgegen. Mit dem Ineinandergreifen der gesetzlichen Regelungen und der psychosozialen Behandlungsangebote kann in Folge ein gesundheitsförderlicher Prozess in Gang gesetzt werden, der zu einer Verbesserung des Gesamtzustandes im Sinne der Lebensqualität, einer Verringerung bestehender Risiken, wie beispielsweise fortgesetzter problematischer Substanzkonsum oder die Begehung neuer Straftaten, sowie zu einer Förderung der sozialen Situation beiträgt. Somit werden erste Schritte gesetzt, die teils prekären Lebensbedingungen von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung, die auch für die befragten Teilnehmer bestätigt werden können, in eine positive Richtung zu verändern.

Unterstützt wird dieser Standpunkt durch die Ergebnisse zur Behandlungsmotivation, für die hinsichtlich der Bereitschaft zur Änderung des Problemverhaltens kein Unterschied in den Stadien der Veränderung bei Klienten mit einer richterlichen Weisung zur Behandlung im Vergleich zu den von Prochaska et al. (1992) proklamierten Stadien, in denen auch Klienten ohne eine gerichtliche Therapieauflage ihre Behandlung beginnen, festgestellt werden konnte. Zudem liegt für die Teilnehmer bezüglich der motivationalen Schemata eine Orientierung an den Annäherungszielen vor. Das angeführte Stigma der mangelnden Behandlungsmotivation im Vergleich zu anderen Klientengruppen ist in Anbetracht dieser Ergebnisse keinesfalls aufrechtzuerhalten.

Zusätzlich sollten die festgestellte durchschnittliche Selbstwirksamkeitserwartung sowie das zu Behandlungsbeginn in wesentlichen Bereichen ungünstig ausgeprägte Selbstkonzept der befragten Teilnehmer als potentielle Ressourcen begriffen werden, die durch eine Förderung im Behandlungsverlauf einen bedeutenden Beitrag zu einer psychischen Stabilisierung und damit zur Rückfallprävention sowie einer positiveren Einschätzung der eigenen Persönlichkeit und der eigenen Handlungsfähigkeit leisten können. Dafür spricht auch die sichtbare Steigerung sowohl des Selbstkonzepts als auch der Selbstwirksamkeitserwartung in Zusammenhang mit einer zunehmenden Veränderungsbereitschaft. Hand in Hand damit geht die Auffassung der Behandlungs-

motivation als prozessorientiertes, dynamisches und veränderbares Konstrukt, deren Vorhandensein nicht per se vorausgesetzt wird, sondern ein über die Zeit aufzubauendes Behandlungsziel darstellt.

Abschließend soll darauf hingewiesen werden, dass mit der dargestellten Analyse des Zustandsbildes bezüglich der erfassten Charakteristika, der Ausprägungen und Zusammenhänge der Selbstwirksamkeitserwartung, des Selbstkonzepts und der Behandlungsmotivation und den damit einhergehenden präsentierten Schlussfolgerungen der Einsatz integrativer Behandlungskonzepte für die untersuchte Klientengruppe befürwortet wird. Notwendig sind Behandlungsangebote, die Elemente von Druck, Quasi-Zwang und Kontrolle sinnvoll nutzen und in einer ganzheitlichen Sichtweise unter anderem die Selbstwirksamkeitserwartung, das Selbstkonzept und die Behandlungsmotivation als ineinander übergreifende und zusammenwirkende Faktoren im Behandlungsverlauf verstehen.

## 11. LIMITATIONEN UND KRITIK

Für die vorliegende Studie sind einige Limitationen zu nennen und Kritikpunkte zu diskutieren. Ein solcher Kritikpunkt betrifft die Stichprobengröße von 42 Klienten mit richterlicher Weisung zur stationären Behandlung. Auch wenn insgesamt zu gut dreimal so vielen für die Erhebung in Frage kommenden Klienten wiederholte Kontakte durch die niedrigschwellige Konzipierung der Untersuchung erfolgten und diese zur Teilnahme an der Studie eingeladen wurden, konnte keine größere Stichprobenanzahl in dem sehr langen Erhebungszeitraum von 10 Monaten erreicht werden. Dies ist mit den dieser Klientengruppe inhärenten Charakteristika einer schlechten Erreichbarkeit sowie einer starken physischen, psychischen und sozialen Belastung zu begründen, die sich dahingehend äußert, dass die Einhaltung von Terminen beziehungsweise allgemein das Aufsuchen von Hilfseinrichtungen eine Herausforderung für die Betroffenen bedeutet. Dennoch soll darauf hingewiesen werden, dass sich innerhalb der Stichprobe trotz ihrer kleinen Größe eine repräsentative Abbildung der soziodemographischen, drogenspezifischen und delinquenzbezogenen Aspekte zeigte.

Nicht ausgeschlossen werden können im Zuge des Einsatzes der Fragebogenbatterie Tendenzen zu sozial erwünschtem Antwortverhalten und einer positiven Selbstdarstellung, da ausschließlich Selbsteinschätzungen der Teilnehmer erfasst wurden. Kritisch zu hinterfragen ist außerdem der Einsatz der Frankfurter Selbstkonzeptskalen (Deusinger, 1986), für die seit ihrer Konstruktion im Jahr 1986 keine neue Normierung stattgefunden hat. Neben den veralteten Normwerten enthält das Verfahren zum Teil im heutigen Sprachgebrauch selten gewordene Ausdrücke, die zu Verständnisschwierigkeiten bei den Teilnehmern geführt haben und zusätzliche Erklärungen benötigten. In den Jahren seit der Entstehung des Verfahrens vollzog sich außerdem ein gesellschaftlicher Wandel. So geht Deusinger (1986) noch von einem Frauenbild aus, das die Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit, Intelligenz und des Erfolgs bei weiblichen Personen, insbesondere bei Hausfrauen, über Aspekte der Hauswirtschaft, der Kindererziehung, der Gartenarbeit und der musischen Fähigkeiten definiert. Dieses Rollenbild ist in der Gegenwart nicht mehr adäquat. Daher wurde auf eine geschlechtsspezifische Auswertung des Fragebogens im Sinne des Gütekriteriums der Fairness verzichtet. In Ermangelung aktueller Verfahren zum Selbstkonzept wäre eine überarbeitete Version oder die Konstruktion eines neuen Instruments zur Erfassung des Selbstkonzepts für künftige Diagnostik und Forschung wünschenswert.

Insgesamt ist für die verwendeten Verfahren festzuhalten, dass ihr Sprachniveau für die Stichprobe teilweise nicht angemessen war. Komplizierte oder unübliche Ausdrücke und Satzstellungen ebenso wie, besonders in der Veränderungsstadienskala

(Heidenreich et al., 2001) auftretende, doppelte Verneinungen erschwerten den Teilnehmern die Beantwortung der Items. Für die Gewährleistung der Zumutbarkeit sind eindeutige, klare und verständliche Formulierungen ganz allgemein in der Konstruktion von Fragebogenverfahren zu fordern.

Hinsichtlich der Dauer der Befragung zeigte sich, dass die Teilnehmer länger zur Beantwortung aller Verfahren benötigten, als es den Richtwerten in den jeweiligen Manualen entsprach. Dabei ist zu bedenken, dass dieser Umstand mit der Belastung der Klienten durch die vorhandene Substanzabhängigkeit zusammenhängt. Daher wurde besonders darauf geachtet, für eine angenehme Gesprächsatmosphäre zu sorgen sowie den Klienten Möglichkeiten zu Pausen oder, sofern es notwendig war, eine Aufteilung der Erhebung auf mehrere Termine zu ermöglichen. Anzumerken ist, dass in der Katamnese-studie bereits eine deutliche Verbesserung dieser Situation zu beobachten ist. In der Regel präsentiert sich der Gesamtzustand der Teilnehmer zu diesem Zeitpunkt stabiler und der Substanzkonsum sollte sich auf die Substitutionsmittel sowie die verordneten zusätzlichen Medikamente beschränken. Mit dieser erfreulichen Entwicklung vermindern sich Einschränkungen bezüglich der Konzentration und der momentanen kognitiven Auffassungsfähigkeit, was zu einer weniger mühevollen, dafür aber besser konzentrierten und zügigeren Auseinandersetzung mit den erfragten Inhalten führt.



## 12. AUSBLICK

Im Rahmen der Arbeit des Forensik-Arbeitskreises liegen mit dem Abschluss der hier präsentierten Studie nun Untersuchungen an der Schnittstelle von Forensik und Abhängigkeit vor, in denen die verschiedenen Settings des Strafvollzugs (Schnaitmann, 2012), der ambulanten Drogenhilfe (Leeb, 2011; Zwettler, 2011) sowie der stationären Drogenhilfe im Kontext von Quasi-Zwangsbearbeitungen berücksichtigt wurden. Ausständig sind derzeit noch die Ergebnisse der Katamnesestudie zu dieser Arbeit, durchgeführt von der Kollegin Enea Katharina Beathalter, die im Herbst 2012 erwartet werden.

Während sich die gegenwärtigen Studien auf den Behandlungsbeginn und die Veränderungen der erfassten Charakteristika und Konstrukte im Behandlungsverlauf konzentrieren, wäre in künftigen Untersuchungen eine weitere Beobachtung der Entwicklung bis zum Abschluss der Behandlung und die Durchführung eines Follow-ups nach dem Behandlungsende interessant. Ein solches Design hätte allerdings den zeitlichen Rahmen innerhalb von Diplomarbeiten über die Maßen gesprengt. Die hohe Drop-Out-Rate, die sich auch bereits für die Katamnesestudie zu dieser Arbeit abzeichnet, steht in Zusammenhang mit der großen Zahl an Klienten, die ihre Behandlung trotz der richterlichen Weisung abbrechen. Hier wäre zu überlegen, wie diese Personen dennoch für die Forschung erreicht und in künftige Untersuchungen miteingebunden werden können, um ein möglichst umfassendes Bild der Klientengruppe zu erhalten und Aussagen zur Entwicklung ihrer Selbstwirksamkeitserwartung, ihres Selbstkonzepts und der Behandlungsmotivation treffen zu können. So wäre beispielsweise anzudenken, dass die betroffenen Klienten von vornherein über ungünstigere Ausprägungen der Selbstwirksamkeitserwartung und des Selbstkonzepts verfügen oder Einbrüche in diesen erleben sowie auf bereits durchlaufene Stadien in der Veränderungsbereitschaft zurückfallen können. Zudem hat die Sichtung der aktuellen Datenlage gezeigt, dass die Konstrukte des Selbstkonzepts und der Selbstwirksamkeitserwartung in Zusammenhang mit Quasi-Zwangsbearbeitungen bisher relativ wenig beforscht wurden, obwohl es sich hierbei um potentielle Ressourcen für einen positiven Behandlungsverlauf handelt. Neben den in der vorliegenden Arbeit beleuchteten Ausprägungen und Zusammenhängen der Konstrukte Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstkonzept und Behandlungsmotivation erscheint zudem eine weitere spezifische Betrachtung insbesondere in Bezug auf die Verbindung zwischen ihrer Ausprägung und der Veränderungsbereitschaft im Sinne des transtheoretischen Modells der Veränderung (Prochaska et al., 1992) interessant. So wäre für weitere Studien beziehungsweise im Rahmen der Katamnesestudie, deren Design die Bearbeitung einer solchen Fragestellung möglich macht, eine Untersuchung

der Ausprägung der einzelnen Konstrukte innerhalb der Stadien der Veränderungsbereitschaft anzudenken.

Wünschenswert wäre außerdem eine Zusammenführung der Resultate aus der geleisteten Arbeit des Forensik-Arbeitskreises, die gemeinsam einen facettenreichen Einblick in die Bereiche der Freiwilligkeit, der Motivation und der Lebensqualität sowie kognitiver, emotionaler und sozialer Aspekte bei Menschen, die sich im Spannungsfeld von Substanzabhängigkeit und Delinquenz bewegen, bieten.

## IV LITERATURVERZEICHNIS

- AKH consilium (2012). *Indikationen von A – Z. Medikamenten- und Substanzabhängigkeit*. Wien: Universimed. Verfügbar unter: <http://medikamenten-und-substanzabhaengigkeit.universimed.com/> [11.07.2012].
- Bachner-Foregger, H. (2012). *Strafgesetzbuch. StGB*. Wien: Manz.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.
- Bauer, M., & Baab, R. (1995). Selbstkonzept und Persönlichkeitsstruktur alkoholauffälliger Kraftfahrer: Wie sehen sie sich selbst und wie werden sie von anderen eingeschätzt? *Blutalkohol*, 32(1), 8–25.
- Beathalter, E. K. (2012). *Exposé zur Durchführung einer Diplomarbeit im Fachbereich Klinische Psychologie. Schnittstelle Forensik und Sucht. Gesundheitsbezogene Maßnahmen im Suchtbereich – Veränderung des Zusammenhangs von Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstkonzept und Therapiemotivation im Rahmen von Quasi-Zwangsbearbeitungen (Therapie statt Strafe) – eine katamnestiche Untersuchung*. Unpubliziertes Manuskript, Fakultät für Psychologie, Universität Wien, Wien, Österreich.
- Best, D., Man, L.-H., Gossop, M., Harris, J., Sidwell, C., & Strang, J. (2001). Understanding the developmental relationship between drug use and crime: Are drug users the best people to ask? *Addiction Research & Theory*, 9(2), 151–164.
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7. vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Brown, J. D. (1998). *The self*. New York: McGraw-Hill.
- Brugger, S., & Holzbauer, A. (1998). Die Heilkraft der Staatsgewalt. In E. Wagner & W.

Werdenich (Hrsg.), *Forensische Psychotherapie. Therapeutisches Arbeiten im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle* (S. 13–20). Wien: Facultas.

Bundesministerium für Gesundheit (2012). *Ethikrichtlinie für klinische Psychologinnen und klinische Psychologen sowie für Gesundheitspsychologinnen und Gesundheitspsychologen. Richtlinie des Bundesministeriums für Gesundheit auf Grundlage eines Gutachtens des Psychologenbeirates, veröffentlicht in Psychologie in Österreich Nr. 2/1995, S. 55ff und in den Mitteilungen der Sanitätsverwaltung Heft 7/2001, S. 12ff*. Wien: BMG, Abteilung II/A/3. Verfügbar unter:

[http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/8/1/CH1002/CMS1247144751208/ethikrichtlinie\\_formatiert\\_fuer\\_homepage\\_psy.pdf](http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/8/1/CH1002/CMS1247144751208/ethikrichtlinie_formatiert_fuer_homepage_psy.pdf) [26.05.2012].

Bundesministerium für Justiz (2010). *Sicherheitsbericht 2010. Bericht über die Tätigkeit der Strafjustiz. Bericht der Bundesregierung über die innere Sicherheit in Österreich – Teil des Bundesministeriums für Justiz*. Verfügbar unter: [http://www.justiz.gv.at/internet/file/2c94848525f84a630132fdbd2cc85c91.de.0/d\\_+sicherheitsbericht+2010+-+teil+bmj.pdf](http://www.justiz.gv.at/internet/file/2c94848525f84a630132fdbd2cc85c91.de.0/d_+sicherheitsbericht+2010+-+teil+bmj.pdf) [28.07.2012].

Bühringer, G., Herbst, K., Kaplan, C. D., & Platt, J. J. (1989). Die Ausübung von justitiellem Zwang bei der Behandlung von Drogenabhängigen. In W. Feuerlein, G. Bühringer, & R. Wille (Hrsg.), *Therapieverläufe bei Drogenabhängigen. Kann es eine Lehrmeinung geben?* (S. 43–74). Heidelberg: Springer.

Callaghan, R. C., Hathaway, A., Cunninghama, J. A., Vettese, L. C., Wyatt, S., & Taylor, L. (2005). Does stage-of-change predict dropout in a culturally diverse sample of adolescents admitted to inpatient substance-abuse treatment? A test of the Transtheoretical Model. *Addictive Behaviors*, 30(9), 1834–1847.

Čarná, M., & Seelmann, V. (2011). Möglichkeiten der Verwendung von Fragebogen in der

- klinisch-psychologischen Forschung. In B. U. Stetina, O. D. Kothgassner, & I. Kryspin-Exner (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Forschen in der Klinischen Psychologie* (S. 176–184). Wien: Facultas.
- Coon, G. M., Pena, D., & Illich, P. A. (1998). Self-efficacy and substance abuse: Assessment using a brief phone interview. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(5), 385–391.
- Dahle, K.-P. (1995). *Therapiemotivation hinter Gittern. Zielgruppenorientierte Entwicklung und Erprobung eines Motivationskonstrukts für die therapeutische Arbeit im Strafvollzug*. Regensburg: Roderer.
- 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.
- Deusinger, I. M. (1986). *Die Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., & Gibertini, M. (1985). Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. *Cognitive Therapy and Research*, 9(2), 181–200.
- Dillig, P. (1983). *Selbstbild junger Krimineller. Eine empirische Untersuchung*. Weinheim: Beltz.
- Dilling, H., & Freyberger, H. J. (Hrsg.) (2011). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Weltgesundheitsorganisation* (5. überarb. Aufl.). Bern: Huber.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt M. H. (Hrsg.) (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Weltgesundheitsorganisation* (5. durchg. u. erg. Aufl.). Bern: Huber.
- Dittrich, I., Kocsis, E., & Haller, R. (2003). „Therapie statt Strafe“. Die Anwendung gesundheitsbezogener Maßnahmen bei 200 süchtigen Straftätern. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 26(1), 5–9.

- Dittrich, I., Kocsis, E., Haller, R., & Lochs, A. (2002). Einstellung der Vorarlberger Bevölkerung zum Drogenproblem: Ergebnisse einer repräsentativen Telefonumfrage. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 25(3), 17–22.
- Dobler-Mikola, A. (2000). *Frauen und Männer mit harten Drogen. Eine empirische Analyse der geschlechtsspezifischen Unterschiede im Alltag der Teilnehmer vor und während der heroingestützten Behandlung* (Dissertation). Universität Zürich: Selbstverlag.
- Dollard, J., & Miller, N. E. (1950). *Personality and psychotherapy. An analysis in terms of learning, thinking, and culture*. New York: McGraw-Hill.
- Dudenredaktion (Hrsg.) (2007). *Das Fremdwörterbuch* (9. aktual. Aufl.). Mannheim: Dudenverlag.
- EMCDDA (2002). *Proportion of drug users among prisoners in EU countries*. Verfügbar unter: <http://ar2002.emcdda.europa.eu/pdfs/tab39-en.pdf> [28.07.2012].
- Fabrizy, E. E. (2009). *Das österreichische Suchtmittelrecht. Suchtmittelgesetz idF SMG-Novelle 2008. Verordnungen. Ausführliche Kommentierung* (4. kompl. neu bearb. Aufl.). Wien: Manz.
- Fecht, J., Heidenreich, T., Hoyer, J., Lauterbach, W., & Schneider, R. (1998). Veränderungsstadien bei stationärer Alkoholentwöhnungsbehandlung – Probleme der Diagnostik. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 30(4), 403–419.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS* (3. Aufl.). London: SAGE.
- Gegenhuber, B. (2008). *Veränderungsmotivation im Quasi-Zwangskontext – Eine Untersuchung bei drogenabhängigen Straftätern in Behandlung* (Dissertation). Universität Wien. Verfügbar unter: [http://othes.univie.ac.at/3880/1/2008-10-02\\_9402177.pdf](http://othes.univie.ac.at/3880/1/2008-10-02_9402177.pdf) [28.07.2012].
- Gegenhuber, B., Werdenich, W., & Kryspin-Exner, I. (2008). Justizieller Zwang, Motivation und Therapieerfolg: Eine Evaluationsstudie. In B. Gegenhuber (2008), *Veränderungsmotivation im Quasi-Zwangskontext – Eine Untersuchung bei drogenabhängigen Straftätern in Behandlung* (Dissertation) (S. 117–141).

- Universität Wien. Verfügbar unter: [http://othes.univie.ac.at/3880/1/2008-10-02\\_9402177.pdf](http://othes.univie.ac.at/3880/1/2008-10-02_9402177.pdf) [28.07.2012].
- Gegenhuber, B., Werdenich, W., & Kryspin-Exner, I. (2009). Freiwilligkeit oder Zwang. Über die Patientenstruktur und Motivationslage bei Therapie statt Strafe für drogenabhängige Straftäter. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 3(1), 67–75.
- Grabenhofer-Eggerth, A., Busch, M., Kellner, K., Kerschbaum, H., & Türscherl, E. (2011). DOKLI-Bericht. *Klientenjahrgang 2010. Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI). Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG). Verfügbar unter: [http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/7/8/CH1040/CMS1200304175918/bericht\\_dokli-endbericht\\_klientenjahrgang\\_2010\\_endversion\\_v2\\_lektoriert\\_gesamt\\_0-fehler\\_druck\\_\(fuer\\_homepage\).pdf](http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/7/8/CH1040/CMS1200304175918/bericht_dokli-endbericht_klientenjahrgang_2010_endversion_v2_lektoriert_gesamt_0-fehler_druck_(fuer_homepage).pdf) [28.07.2012].
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie* (2. korr. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). *Psychological therapy*. Göttingen: Hogrefe & Huber.
- Gregoire, T. K., & Burke, A. C. (2004). The relationship of legal coercion to readiness to change among adults with alcohol and other drug problems. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26, 35–41.
- 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.
- Hannover, B. (1997). *Das dynamische Selbst. Die Kontextabhängigkeit selbstbezogener Wissens*. Bern: Hans Huber.
- Harten, R., & Röhling, P. (1992). Gibt es eine Suchtpersönlichkeit [Abstract]? *Drogalkohol*, 16(2), 103–110.

- Haas, S., Busch, M., Horvath, I., Türscherl, E., Weigl, M., & Wirl, C. (2006). *Bericht zur Drogensituation 2006. Im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht und des Bundesministeriums Gesundheit und Frauen*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich ÖBIG. Verfügbar unter: [http://www.praevention.at/upload/documentbox/BERICHT\\_ZUR\\_DROGENSITUATION\\_2006.pdf](http://www.praevention.at/upload/documentbox/BERICHT_ZUR_DROGENSITUATION_2006.pdf) [28.07.2012].
- Häcker, H. O., & Stapf, K.-H. (2004). *Dorsch. Psychologisches Wörterbuch* (14. überarb. u. erw. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Heckmann, W., Kerschl, V., & Steffan, E. (2003). *QCT Europe Literaturübersicht Deutschland*. Verfügbar unter: <http://www.daf-stendal.de/spi%20pdfs/QCTLiteratur.pdf> [28.07.2012].
- Hedrich, D. (1992). Drogenabhängige Frauen und Männer. In W. Kindermann, R. Sickinger, D. Hedrich, & S. Kindermann (Hrsg.), *Drogenabhängig. Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit* (2. Aufl.) (S. 193–234). Freiburg: Lambertus.
- 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.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., & Kraus, L. (2011). *The 2011 European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries*. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs (CAN). Verfügbar unter: [http://www.espad.org/Uploads/ESPAD\\_reports/2011/The\\_2011\\_ESPAD\\_Report\\_FULLL\\_2012\\_10\\_29.pdf](http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2011/The_2011_ESPAD_Report_FULLL_2012_10_29.pdf) [02.11.2012].
- Hogg, M. A., & Vaughan, G. M. (2011). *Social Psychology* (6. Aufl.). London: Pearson.



- Höld, E. (2007). Durch Zwang zur Gesundheit: Durch das Gesetz verordnete Frühintervention, eine Form der indizierten Prävention? *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 30(1), 61–66.
- Jellinek, E. M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Haven: Yale University Press.
- Kindermann, W., Sickinger, R., Hedrich, D., & Kindermann, S. (1992). *Drogenabhängig. Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit* (2. Aufl.). Freiburg: Lambertus.
- Knecht, G., & Banzer, K. (1998). Ambulante oder teilstationäre Therapieangebote für forensische Patienten. Eine sinnvolle Alternative zum Straf- und Maßnahmenvollzug. In E. Wagner, & W. Werdenich (Hrsg.), *Forensische Psychotherapie. Therapeutisches Arbeiten im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle* (S. 281–294). Wien: Facultas.
- Kothgassner, O. D., & Stetina, B. U. (2011). Die Legende perfekter Daten: Operationalisierung und Datenoptimierung in der wissenschaftlichen Praxis. In B. U. Stetina, O. D. Kothgassner, & I. Kryspin-Exner (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Forschen in der Klinischen Psychologie* (S. 130–141). Wien: Facultas.
- Köchel, B., & Jagsch, R. (2009). *Therapie statt Strafe. Gesundheitsbezogene Lebensqualität von „Therapie statt Strafe“ – Klienten und ihre kognitiven und emotionalen Komponenten*. Norderstedt: Books on Demand, GRIN.
- Krause, M. S. (1966). A cognitive theory of motivation for treatment. *Journal of General Psychology*, 75, 9–19.
- Kubinger, K. D. (2006). *Psychologische Diagnostik. Theorie und Praxis psychologischen Diagnostizierens*. Wien: Hogrefe.
- Kuntz, H. (2011). *Drogen & Sucht. Ein Handbuch über alles, was Sie wissen müssen* (2. erw. u. aktual. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Laux, G. (2005). Abhängigkeit und Sucht. In H.-J. Möller, G. Laux, & A. Deister (Hrsg.),

*Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 306–348). Stuttgart: Thieme.

Leeb, S. (2011). *Behandlungsmotivation bei substanzabhängigen Personen im Programm „Therapie statt Strafe“*. *Therapy motivation of drug dependence in quasi-compulsory treatment* (Diplomarbeit). Universität Wien.

Lehner, M. (1999). *Klarheit des Selbstkonzepts, Höhe und Stabilität des Selbstwerts und Therapiemotivation im Maßnahmenvollzug* (Diplomarbeit). Universität Wien.

Litzka, G., Matzka, M., & Zeder, F. (2009). *SMG. Suchtmittelgesetz. Kurzkomentar samt einschlägigen Bestimmungen in EG-Recht, internationalen Verträgen, Verordnungen und Erlässen (2. Aufl.)*. Wien: Manz.

Lösel, F. (1983). *Kriminal-Psychologie: Grundlagen und Anwendungsbereiche*. Weinheim: Beltz.

Marlowe, D. B., Merikle, E. P., Kirby, K. C., Festinger, D. S., & McLellan, A. T. (2001). Multidimensional assessment of perceived treatment-entry pressures among substance abusers. *Psychology of Addictive Behaviors*, *15*(2), 97–108.

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.

Maurischat, C. (2001). *Erfassung der „Stages of Change“ im Transtheoretischen Modell Prochaska's – eine Bestandsaufnahme*. *Forschungsbericht Nr. 154*. Freiburg im Breisgau: Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Verfügbar unter: <http://www.psychologie.uni-freiburg.de/forschung/fobe-files/154.pdf> [25.05.2012].

McBride, D. C., & McCoy, C. B. (1993). The drugs-crime relationship: an analytical framework. *The Prison Journal*, *73*(3 & 4), 257–278.

McConaughy, E. A., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1989). Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy*, *26*(4), 494–503.

McSweeney, T., Stevens, A., Hunt, N., & Turnbull, P. J. (2007). Twisting arms or a helping

- hand? Assessing the impact of „coerced“ and comparable „voluntary“ drug treatment options. *British Journal of Criminology*, 47(3), 470–490.
- Meichenbaum, D., & Turk, D. C. (1994). *Therapiemotivation des Patienten. Ihre Förderung in Medizin und Psychotherapie: ein Handbuch*. Göttingen: Hans Huber.
- Möller, H.-J., Laux, G., & Deister, A. (2005). *Psychiatrie und Psychotherapie* (3. überarb. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Newcomb, M. D., Galaif, E. R., & Vargas Carmona, J. (2001). The drug-crime nexus in a community sample of adults. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15 (3), 185–193.
- Oerter, R., Altgassen, M., & Kliegel, M. (2011). Entwicklungspsychologische Grundlagen. In H.-U. Wittchen, & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. Aufl.) (S. 301–317). Heidelberg: Springer.
- Payk, T. R. (2010). *Psychopathologie. Vom Symptom zur Diagnose* (3. überarb. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Petry, J. (1993). *Behandlungsmotivation. Grundlagen und Anwendungen in der Suchttherapie*. Weinheim: Beltz.
- Pfäfflin, F., & Mergenthaler, E. (1998). Forschungsfragen der forensischen Psychotherapie. In E. Wagner, & W. Werdenich (Hrsg.), *Forensische Psychotherapie. Therapeutisches Arbeiten im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle* (S. 21–36). Wien: Facultas.
- Pinquart, M. (2011). Soziale Bedingungen psychischer Störungen. In H.-U. Wittchen, & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. Aufl.) (S. 319–335). Heidelberg: Springer.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390–395.
- 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.

- Prochaska, J. O., Redding, C. A., & Evers, K. (2008). The transtheoretical model and stages of change. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Hrsg.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (4. Aufl.) (S. 97-122). San Francisco: Jossey-Bass.
- Projektgruppe Rauschmittelfragen (1991). *Forschungsprojekt „Amsel“*. Abschlussbericht (Band 1). Frankfurt: Jugendberatung und Jugendhilfe.
- Rief, W., Exner, C., & Martin, A. (2006). *Psychotherapie. Ein Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rotthaus, W. (1998). Freiwilligkeit und Zwang und was dazwischen liegt. Ein Plädoyer für variable Psychotherapiekonzepte. In E. Wagner, & W. Werdenich (Hrsg.), *Forensische Psychotherapie. Therapeutisches Arbeiten im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle* (S. 271–280). Wien: Facultas.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., & Zaudig, M. (1998). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-IV. Übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association* (2. verb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Sauer, O., & Weilemann, S. (2000). *Drogen. Eigenschaften – Wirkungen – Intoxikationen*. Hannover: Schlütersche.
- Schaub, M., Stevens, A., Berto, D., Hunt, N., Kerschl, V., McSweeney, T., ... Uchtenhagen, A. (2010). Comparing outcomes of „voluntary“ and „quasi-compulsory“ treatment of substance dependence in Europe. *European Addiction Research*, 16, 53–60.
- Schneider, R. (2010). *Die Suchtfibel. Wie Abhängigkeit entsteht und wie man sich daraus befreit. Informationen für Betroffene, Angehörige und Interessierte* (15. korr. Aufl.). Baltmannsweiler: Schneider.
- Schneider, W. (1997). Niedrigschwellige Angebote und akzeptanzorientierte Drogenarbeit.

- Vortragsmanuskript zum Internationalen Suchtkongreß „Der Stellenwert der Suchtkrankheit im Gesundheitssystem“. 27.05. – 01.06. 1996 in Baden bei Wien. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 20,(3/4), 67–70.
- Schneider, W. (2006). *Was ist niedrigschwellige Drogenhilfe?* Verfügbar unter: <http://www.indro-online.de/nda.htm> [25.05.2012].
- Schumacher, J., Klaiber, A., & Brähler, E. (2001). *Bevölkerungsrepräsentative Normierung der Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung* [Manuskriptfassung vom 29.03.2001]. Leipzig: Universität Leipzig. Verfügbar unter: [http://userpage.fu-berlin.de/~health/swe\\_norm.pdf](http://userpage.fu-berlin.de/~health/swe_norm.pdf) [28.05.2012].
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1999). *Skala zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung*. Verfügbar unter: <http://www.selbstwirksam.de/> [25.05.2012].
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie* (3. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Schweizer Haus Hadersdorf (2009). *SHH. Schweizer Haus Hadersdorf. Stationäre, halbstationäre und ambulante Drogentherapie. Festschrift zum 10-jährigen Bestehen & Jahresbericht 2007/2008*. Wien: SHH.
- Schweizer Haus Hadersdorf (2012a). *SHH. Schweizer Haus Hadersdorf. Stationäre, halbstationäre und ambulante Drogentherapie. Informationsbroschüre*. Wien: SHH.
- Schweizer Haus Hadersdorf (2012b). *SHH. Schweizer Haus Hadersdorf. Stationäre, halbstationäre und ambulante Drogentherapie*. Verfügbar unter: <http://www.shh.at/> [27.05.2012].
- Sickinger, R., & Kindermann, W. (1992). Strafe oder Therapie? In W. Kindermann, R. Sickinger, D. Hedrich, & S. Kindermann (Hrsg.), *Drogenabhängig. Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit* (2. Aufl.) (S. 139–192). Freiburg: Lambertus.
- Statistik Austria (2012). *Gerichtliche Kriminalstatistik 2011*. Wien: Verlag Österreich GmbH. Verfügbar unter:

[http://www.statistik.at/web\\_de/services/publikationen/6/index.html](http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/6/index.html) [02.11.2012].

Stetina, B. U., Kothgassner, O. D., & Kryspin-Exner, I. (Hrsg.) (2011). *Wissenschaftliches Arbeiten und Forschen in der Klinischen Psychologie*. Wien: Facultas.

Stevens, A., Berto, D., Kerschl, V., Oeuvcay, K., Van Ooyen, M., Steffan, E., ...

Uchtenhagen, A. (2003). *Summary literature review: the international literature on drugs, crime and treatment. QCT Europe Project*. Canterbury: University of Kent, European Institute of Social Services.

Stevens, A., Berto, D., Heckmann, W., Kerschl, V., Oeuvcay, K., Van Ooyen, M., ...

Uchtenhagen, A. (2005). Quasi-compulsory treatment of drug dependent offenders: an international literature review. *Substance Use and Misuse*, 40, 1–15.

Sucht- und Drogenkoordination Wien (2012). *Strategisches Wirkungsziel der SDW*.

Verfügbar unter: <http://drogenhilfe.at/ueber-uns/> [22.07.2012].

Tretter, F. (2008). *Suchtmedizin kompakt. Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.

Trimmel, M. (2003). *Angewandte Sozialpsychologie. Aspekte zu Motivation, Kognition, Umwelt-, Computer-, Sport- und Gesundheitspsychologie*. Wien: Facultas.

United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC] (2012). *World Drug Report 2012*.

Wien: United Nations. Verfügbar unter: [http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR\\_2012\\_web\\_small.pdf](http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_web_small.pdf) [28.07.2012].

Veith, A. (1997). *Therapiemotivation. Zur Spezifizierung einer unspezifischen Therapievariablen*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Velicer, W. F., DiClemente, C. C., Rossi, J. S., & Prochaska, J. O. (1990). Relapse situations and self-efficacy: an integrative model. *Addictive Behaviors*, 15, 271–283.

Wagner, E., Knecht, G., & Bolterauer, J. (1997). Die Behandlung von Sexualstraftätern in einer forensischen Nachbetreuungsambulanz. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 10, 127–137.

Wagner, E., & Werdenich, W. (Hrsg.) (1998). *Forensische Psychotherapie*.

*Therapeutisches Arbeiten im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle.* Wien: Facultas.

- Wanke, K. (1985). Normal – abhängig – süchtig: Zur Klärung des Suchtbegriffs. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Süchtiges Verhalten* (S. 11–22). Hoheneck: Neuland.
- Warschburger, P. (2009). *Beratungspsychologie*. Heidelberg: Springer.
- Weigl, M., Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Türscherl, E., & Wirl, C. (2011). *Bericht zur Drogensituation 2011. Im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht und des Bundesministeriums für Gesundheit*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich ÖBIG. Verfügbar unter: [http://www.praevention.at/upload/documentbox/drogensituation\\_2011\\_1.pdf](http://www.praevention.at/upload/documentbox/drogensituation_2011_1.pdf) [28.07.2012].
- Weigl, M., Busch, M., Haas, S., Knaller, C., Türscherl, E., & Wirl, C. (2010). *Bericht zur Drogensituation 2010. Im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht und des Bundesministeriums für Gesundheit*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich ÖBIG. Verfügbar unter: [http://www.praevention.at/upload/documentbox/Bericht\\_zur\\_Drogensituation\\_2010.pdf](http://www.praevention.at/upload/documentbox/Bericht_zur_Drogensituation_2010.pdf) [28.07.2012].
- Weltgesundheitsorganisation (2006). *Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Bericht über die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz*. Kopenhagen: WHO. Verfügbar unter: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/96453/E87301G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/96453/E87301G.pdf) [10.05.2012].
- Werdenich, W., & Wagner, E. (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.
- Wild, T. C., Newton-Taylor, B., & Alletto, R. (1998). Perceived coercion among clients

entering substance abuse treatment: structural and psychological determinants.

*Addictive Behaviors*, 23(1), 81–95.

Wittchen, H.-U., & Hoyer, J. (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. Aufl.).

Heidelberg: Springer.

Zimbardo, P. G. (1995). *Psychologie* (6. neu bearb. und erw. Aufl.). Berlin: Springer.

Zimbardo, P. G., & Gerrig, R. J. (2004). *Psychologie* (16. aktual. Aufl.). München:

Pearson.

Zingg, C. (2010). *Kontrollüberzeugungen und kognitive Leistungsfähigkeit bei alkoholabhängigen Patienten. Veränderungen während stationärer Therapie und ein Jahr danach* (Dissertation). Universität Trier. Verfügbar unter:

[http://ubt.opus.hbz-nrw.de/volltexte/2010/592/pdf/Manuskript\\_04.08.10.pdf](http://ubt.opus.hbz-nrw.de/volltexte/2010/592/pdf/Manuskript_04.08.10.pdf)

[28.07.2012].

Zwettler, M. (2011). *Katamnese – Therapiemotivation bei substanzabhängigen Klienten*

*im Programm Therapie statt Strafe* (Diplomarbeit). Universität Wien.



## V TABELLENVERZEICHNIS

<b>Tabelle 1:</b> Kombinationsmöglichkeiten der theoretischen Konstrukte in Bezug auf ihre Zusammenhänge.....	56
<b>Tabelle 2:</b> Stichprobenkennwerte zur Altersverteilung.....	80
<b>Tabelle 3:</b> Rangreihung der Angehörigen mit Abhängigkeitsproblematik.....	83
<b>Tabelle 4:</b> Stichprobenkennwerte zum Erstkonsumalter der Substanzklassen Alkohol, Zigaretten und illegale Suchtmittel in Jahren.....	83
<b>Tabelle 5:</b> Stichprobenkennwerte zur Behandlungsdauer in Wochen bis zum Abbruch der Behandlung.....	85
<b>Tabelle 6:</b> Stichprobenkennwerte zur Haftdauer in Monaten, getrennt nach Haftaufenthalt.....	87
<b>Tabelle 7:</b> Stichprobenkennwerte zur gesamten Haftdauer in Monaten über alle Haftaufenthalte hinweg.....	87
<b>Tabelle 8:</b> Häufigkeit von Leit- und Begleitdroge anhand der 9 Substanzgruppen.....	89
<b>Tabelle 9:</b> Reliabilitätskoeffizienten der Skalen der FSKN nach Cronbach's $\alpha$ .....	99
<b>Tabelle 10:</b> Ein-Stichproben- <i>t</i> -Tests zur Erfassung der Selbstkonzepte des Leistungsbereichs.....	100
<b>Tabelle 11:</b> Ein-Stichproben- <i>t</i> -Tests zur Erfassung der Selbstkonzepte des psychosozialen Bereichs.....	102
<b>Tabelle 12:</b> Reliabilitätskoeffizienten der Skalen der VSS nach Cronbach's $\alpha$ .....	104
<b>Tabelle 13:</b> Stichprobenkennwerte der Stadien der VSS.....	104
<b>Tabelle 14:</b> Reliabilitätskoeffizienten der Skalen des FAMOS nach Cronbach's $\alpha$ .....	107
<b>Tabelle 15:</b> Ein-Stichproben- <i>t</i> -Tests zur Erfassung der Annäherungsziele, der Vermeidungsziele und des Verhältniswerts (FAMOS).....	108
<b>Tabelle 16:</b> Ergebnisse des <i>t</i> -Tests für unabhängige Stichproben zu Geschlechtsunterschieden im FAMOS.....	109
<b>Tabelle 17:</b> Koeffizienten und Parameter der Modellprüfung für die Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) in Zusammenhang mit der Veränderungsbereitschaft (VSS).....	111
<b>Tabelle 18:</b> Korrelationskoeffizienten nach Pearson zu Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) und Veränderungsbereitschaft (VSS).....	111
<b>Tabelle 19:</b> Mittelwert und Standardabweichung der Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) in Abhängigkeit der Stadien der Veränderungsbereitschaft (VSS).....	112
<b>Tabelle 20:</b> Koeffizienten und Parameter der Modellprüfung für das Selbstkonzept (FSKN) in Zusammenhang mit der Veränderungsbereitschaft (VSS).....	114
<b>Tabelle 21:</b> Korrelationskoeffizienten nach Pearson zu Selbstkonzept (FSKN) und Veränderungsbereitschaft (VSS).....	114

**Tabelle 22:** Korrelationskoeffizienten nach Pearson zu den motivationalen Schemata (FAMOS) und der Veränderungsbereitschaft (VSS).....116

## VI ABBILDUNGSVERZEICHNIS

<b>Abbildung 1:</b> Spiralmodell der Stadien der Veränderung (Prochaska et al., 1992, S. 1104).....	47
<b>Abbildung 2:</b> Bildungsstand getrennt nach Männern ( $n = 34$ ) und Frauen ( $n = 8$ ).....	81
<b>Abbildung 3:</b> Verteilung der Wohnsituation in der Gesamtstichprobe ( $n = 42$ ).....	82
<b>Abbildung 4:</b> Verteilung der Art der Drogenhilfe getrennt nach Männern ( $n = 32$ ) und Frauen ( $n = 8$ ).....	84
<b>Abbildung 5:</b> Vorstrafen auf Grund von Gewaltdelikten getrennt nach Männern ( $n = 19$ ) und Frauen ( $n = 1$ ).....	86
<b>Abbildung 6:</b> Art der konsumierten Substitutionsmittel ( $n = 42$ ).....	89
<b>Abbildung 7:</b> Substanzgruppen als Leitdroge bei männlichen Teilnehmern ( $n = 34$ ).....	91
<b>Abbildung 8:</b> Substanzgruppen als Leitdroge bei weiblichen Teilnehmerinnen ( $n = 8$ ).....	91
<b>Abbildung 9:</b> Substanzgruppen als Begleitdroge bei männlichen Teilnehmern ( $n = 34$ ).....	92
<b>Abbildung 10:</b> Substanzgruppen als Begleitdroge bei weiblichen Teilnehmerinnen ( $n = 8$ ).....	92
<b>Abbildung 11:</b> Ursachen für den Hauptanstoß zur Kontaktaufnahme ( $n = 42$ ).....	94
<b>Abbildung 12:</b> Verteilung des Behandlungsstatus für Männer ( $n = 34$ ) und Frauen ( $n = 8$ ).....	96
<b>Abbildung 13:</b> Profildiagramm zu den Skalen der VSS ( $n = 42$ ).....	105
<b>Abbildung 14:</b> Verteilung der Gesamtstichprobe ( $n = 42$ ) über die einzelnen Stadien der Veränderungsbereitschaft (VSS).....	106
<b>Abbildung 15:</b> Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) in Abhängigkeit der Stadien der Veränderungsbereitschaft (VSS).....	113



## VII ANHANG



## ZUSAMMENFASSUNG

Im Rahmen der vorliegenden Studie war es das Ziel, die klinische Gruppe der Klienten mit einer Abhängigkeitsproblematik, die auf Grund einer richterlichen Weisung am Beginn ihrer Behandlung stehen, in das Zentrum des Forschungsinteresses zu rücken und ihre Besonderheiten und Bedürfnisse zu erfassen. Die dazu an der Schnittstelle von Forensik und Abhängigkeit konzipierte quasiexperimentelle Querschnittuntersuchung widmete sich im Sinne einer Zustandsanalyse der Beschreibung charakteristischer Merkmale dieser speziellen Klientengruppe sowie der Erfassung der Ausprägung und Zusammenhänge der Konstrukte Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstkonzept und Behandlungsmotivation im Rahmen von Quasi-Zwangsbehandlungen. Zudem lieferte sie die Datenbasis für eine daraus hervorgehende Katamnese studie.

Damit basiert die gegenwärtige Studie auf drei theoretischen Bausteinen. Der erste Baustein widmet sich den besonderen Bedürfnissen von Menschen, die eine Substanzabhängigkeit aufweisen. Die Entwicklung einer Abhängigkeit zieht für Betroffene meist massive physische, psychische und soziale Schwierigkeiten nach sich. Das österreichische Suchtmittelgesetz trägt dieser Problematik Rechnung, indem es ihren krankheitswertigen Charakter anerkennt und die Möglichkeit bietet, richterliche Weisungen zur Behandlung auszusprechen sowie einen Strafaufschub zu gewähren. In diesem Sinne steht im Rahmen der gesundheitsbezogenen Maßnahmen im Bereich der Substanzabhängigkeit und der damit verbundenen Quasi-Zwangsbehandlung in Folge ein differenziertes Behandlungsspektrum als Alternative zur Haftverbüßung zur Verfügung (vgl. Litzka, Matzka, & Zeder, 2009). Der zweite Baustein umfasst die sozialpsychologischen Konstrukte der Selbstwirksamkeitserwartung und des Selbstkonzepts, deren Ausprägungen im Sinne von Risiko- und Schutzfaktoren sowohl als mögliche Erklärung psychischer Probleme herangezogen werden können als auch als Faktoren für Therapieerfolge (vgl. Bandura, 1997; Deusinger, 1986; Schwarzer, 2004). Im dritten Baustein wird die Behandlungsmotivation als für den Therapieverlauf und -erfolg bedeutendes, prozessorientiertes Geschehen im Sinne des transtheoretischen Modells von Prochaska und DiClemente (1983, Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992) sowie der theoretische Ansatz der motivationalen Schemata (Grawe, 2000, 2004) berücksichtigt.

Vor diesem theoretischen Hintergrund erfolgte die Auseinandersetzung mit drei ausgewählten Forschungsaspekten. Erstens sollten wesentliche Merkmale der Klienten mit richterlicher Weisung zu Behandlungsbeginn erfasst werden. Dabei war zu klären, wie sich ihre soziodemographische Lage verhält und von welchen Faktoren ihr sozialer Alltag

geprägt ist. Besonderes Augenmerk wurde auf die drogenspezifischen und mit Kriminalität in Verbindung stehenden Aspekte ihrer Lebensgeschichte gelegt. Zweitens stellte sich in Hinblick auf den Ist-Zustand der theoretischen Konstrukte die Frage, über welche Ausprägung die befragten Teilnehmer bezüglich ihrer Selbstwirksamkeitserwartung und ihres Selbstkonzepts verfügen können und wie es um ihre Behandlungsmotivation, konkret um die Veränderungsbereitschaft und ihre motivationalen Schemata, bestellt ist. Drittens war festzustellen, wie die Konstrukte der Selbstwirksamkeitserwartung, des Selbstkonzepts und der Behandlungsmotivation zusammenhängen und zueinander in Beziehung gesetzt werden können.

Die Stichprobe setzte sich aus 42 Klienten und Klientinnen mit richterlicher Weisung zur stationären Behandlung der Vorbetreuungsstelle des Schweizer Haus Hadersdorf, einer Einrichtung für stationäre, dezentrale und ambulante Drogentherapie, zusammen, die über einen 10-monatigen Erhebungszeitraum aus 136 Erstkontakten zur Zielpopulation rekrutiert werden konnte. Auf Grund der sozialen, physischen und psychischen Belastung wurde im Zuge der Kontaktierung und im Verlauf der Erhebung besonders auf die Einhaltung der Kriterien Niedrigschwelligkeit, Aufklärung und Freiwilligkeit, Verschwiegenheit und Anonymität sowie Zumutbarkeit und Objektivität geachtet. Im Rahmen von Einzeltestungen wurde nach einem ausführlichen Anamnesegespräch mittels eines halbstandardisierten Interviewleitfadens die *Skala zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung* (SWE, Schwarzer & Jerusalem, 1999) sowie die *Frankfurter Selbstkonzeptskalen* (FSKN, Deusinger, 1986) eingesetzt. Die Erfassung der Behandlungsmotivation erfolgte einerseits über die *Veränderungsstadienskala* (VSS, Heidenreich, Hoyer, & Fecht, 2001) und andererseits über den *Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata* (Grosse Holtforth & Grawe, 2002).

Bezüglich der ersten Forschungsfrage zeigt die Analyse der Charakteristika ein Bild, das von sozialen Missständen geprägt ist. Sowohl die Faktoren der Bildung und der Erwerbstätigkeit inklusive eigenem Einkommen, als auch die Wohnsituation im Sinne ungesicherter Wohnverhältnisse präsentieren sich als nachteilig für die betroffenen Klienten. Die Erfassung drogenspezifischer Aspekte der Lebensgeschichte hat ergeben, dass der Erstkonsum von Alkohol, Zigaretten und illegalen Suchtmitteln im Durchschnitt im Jugendalter stattfand und sich auf Grund des familiären Hintergrunds häufig eine Nähe zu diesen feststellen lässt. Hinsichtlich der bisherigen Behandlungserfahrung ist festzuhalten, dass über 90 Prozent der Teilnehmer bereits mindestens einmal eine Behandlung ihrer Substanzabhängigkeit begonnen haben, nahezu 80 Prozent jedoch auch schon mindestens einmal eine Behandlung abgebrochen haben. Die aktuelle



Problematik zum Zeitpunkt der Erhebung konzentrierte sich auf den Konsum illegaler Substanzen, gefolgt von Medikamenten und Alkohol. In Bezug auf die delinquenten Aspekte der Lebensgeschichte ist anzumerken, dass bis auf eine Person sämtliche Teilnehmer Vorstrafen aufweisen und über 90 Prozent mindestens einmal in Haft waren, wobei sich die Delikte auf Straftaten in Zusammenhang mit der Substanzabhängigkeit konzentrieren, gefolgt von Eigentums- und Gewaltdelikten. Den Hauptanstoß zur gegenwärtigen Kontaktaufnahme mit der Drogenhilfseinrichtung lieferte zu gleichen Teilen der Druck durch die Justiz mittels der richterlichen Weisung zur Behandlung, die eigene Initiative sowie eine Kombination aus gerichtlicher Anordnung und dem eigenen Wunsch, eine Behandlung zu beginnen.

Zur Analyse der Ausprägung der einzelnen Konstrukte im Rahmen der zweiten Forschungsfrage konnte für die Stichprobe eine durchschnittliche Selbstwirksamkeitserwartung festgestellt werden. Diesen Resultaten zufolge verfügen die Klienten mit richterlicher Weisung zur stationären Therapie zu Behandlungsbeginn über keine schlechtere Selbstwirksamkeitserwartung als die Gesamtbevölkerung. Anders präsentiert sich die Sachlage allerdings für die Ausprägung des Selbstkonzepts. Hier beschreiben sich die Teilnehmer mit einem signifikant negativeren Selbstkonzept in den Bereichen der Leistung und der allgemeinen Selbstwertschätzung. Die Resultate zur Erfassung der Behandlungsmotivation zeigen, dass die Teilnehmer betreffend der Veränderungsbereitschaft die höchste Ausprägung des Mittelwertes im Stadium der Absichtsbildung und die zweithöchste Ausprägung im Stadium der Handlung aufweisen. Die Zuordnung der Teilnehmer zu den einzelnen Stadien der Veränderungsbereitschaft durch die Analyse der Häufigkeiten stützt diesen Schwerpunkt. Die Ergebnisse zu den motivationalen Schemata weisen auf eine signifikante Orientierung an den Annäherungszielen und damit an positiven Verstärkern hin, was die Aufsuchungstendenz und damit die Motivation, eine Behandlung zu beginnen, durchaus begünstigt.

Im Rahmen der dritten Forschungsfrage wurden die einzelnen Konstrukte miteinander in Beziehung gesetzt. Da die Selbstwirksamkeitsvariable als abhängige Kernvariable im transtheoretischen Modell der Veränderung gilt, wurde sie als solche in der statistischen Analyse mittels multipler linearer Regression betrachtet. Dabei stellte sich für die aktuelle Stichprobe heraus, dass sowohl das Stadium der Handlung als auch das Stadium der Absichtsbildung einen signifikanten Erklärungswert zur Selbstwirksamkeitserwartung aufweist. Bezüglich des Selbstkonzepts konnten hinsichtlich der Veränderungsbereitschaft drei Prädiktoren, die einen signifikanten Erklärungswert zum Selbstkonzept liefern, identifiziert werden, nämlich die Stadien Absichtslosigkeit,

Absichtsbildung und Handlung. Es konnte außerdem ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen dem Selbstkonzept und dem Stadium der Absichtslosigkeit sowie ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen dem Selbstkonzept und dem Stadium der Handlung aufgedeckt werden. Hier wird eine positive Entwicklung der Veränderungsbereitschaft in Zusammenhang mit dem Selbstkonzept sichtbar. Betreffend der Verbindung von Veränderungsbereitschaft und den motivationalen Schemata konnten einzig für die Annäherungsziele signifikant positive, mittelhohe Zusammenhänge mit den Stadien der Absichtsbildung, der Handlung und der Aufrechterhaltung festgestellt werden, was darauf hinweist, dass mit der Orientierung an positiven Verstärkern auch die Bereitschaft zur Veränderung des Problemverhaltens steigt. Die Analyse der Zusammenhänge zwischen den motivationalen Schemata und der Selbstwirksamkeitserwartung sowie der motivationalen Schemata und dem Selbstkonzept ergab keine signifikanten Zusammenhänge. Die Selbstwirksamkeitserwartung und das Selbstkonzept stehen hingegen in einer signifikanten und deutlich positiven Beziehung zueinander. Es kann davon ausgegangen werden, dass eine positive Selbstwirksamkeitserwartung mit einem positiven Selbstkonzept einhergeht.

Zusammenfassend soll betont werden, dass die vorliegende Studie den Nutzen des Einsatzes gesundheitsbezogener Maßnahmen und der damit verbundenen Quasi-Zwangsbehandlung bekräftigt. Der externe Druck durch die Justiz kann im Sinne einer Initialzündung für den Beginn einer Behandlung förderlich sein und eine Hinwendung zu therapeutischer Hilfe bewirken, die vielleicht zwar bereits angedacht war, aber vom Klienten bisher nicht selbstständig umgesetzt werden konnte. Damit werden auch erste Schritte gesetzt, die teils prekären Lebensbedingungen in eine positive Richtung zu verändern. Unterstützt wird diese Haltung durch die Resultate der Studie, die darauf hinweisen, dass sich Klienten mit richterlicher Weisung bezüglich der Veränderungsbereitschaft zu Beginn der Behandlung hauptsächlich in den Stadien der Absichtsbildung und der Handlung befinden und damit keinen Unterschied in der Motivation zu den von Prochaska, DiClemente und Norcross (1992) proklamierten Stadien, in denen üblicherweise auch bei Klienten ohne eine gerichtliche Therapieauflage eine Behandlung begonnen wird, aufweisen. Das Vorurteil geringerer Behandlungsmotivation im Rahmen von Quasi-Zwangsbehandlungen wird somit entkräftet. Zudem sind die Teilnehmer eher an positiven Verstärkern im Sinne der Annäherungsschemata orientiert, was die Aufsuchungstendenz und damit die Inanspruchnahme professioneller Hilfe begünstigt. Ebenso lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass sowohl die Selbstwirksamkeitserwartung als auch das Selbstkonzept als Ressourcen und Schutzfaktoren bei der Behandlungsplanung und im Behandlungsverlauf wahrgenommen, genutzt und gefördert

werden sollten. Dafür sprechen die geringere Ausprägung des Selbstkonzepts zu Behandlungsbeginn und die sichtbare Steigerung sowohl des Selbstkonzepts als auch der Selbstwirksamkeitserwartung mit zunehmend vorhandener Veränderungsbereitschaft. Deshalb ist der Einsatz integrativer Behandlungskonzepte, die in einer ganzheitlichen Sichtweise unter anderem die Selbstwirksamkeitserwartung, das Selbstkonzept und die Behandlungsmotivation als ineinander übergreifende und zusammenwirkende Faktoren im Behandlungsverlauf verstehen, empfehlenswert.

## ABSTRACT (DEUTSCH)

**Ziel:** Ziel der vorliegenden Studie ist es, an der Schnittstelle von Forensik und Abhängigkeit wesentliche Charakteristika substanzabhängiger Klienten, die ihre Behandlung auf Grund einer richterlichen Weisung zur stationären Therapie beginnen, zu erfassen. Die Ausprägung der Konstrukte Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstkonzept und Behandlungsmotivation im Rahmen von Quasi-Zwangsbehandlungen (Therapie statt Strafe) werden festgestellt und miteinander in Beziehung gesetzt.

**Methode:** Im Zuge einer quasiexperimentellen Querschnittuntersuchung im Sinne einer Zustandsanalyse konnten innerhalb eines 10-monatigen Erhebungszeitraumes 42 Teilnehmer im Rahmen der Vorbereitung auf die stationäre Behandlungsphase in Einzelgesprächen befragt werden. Nach einem Anamnesegespräch mittels eines halbstandardisierten Anamnesefragebogens kamen die *Skala zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung* (SWE, Schwarzer & Jerusalem, 1999) sowie die *Frankfurter Selbstkonzeptskalen* (FSKN, Deusinger, 1986) zum Einsatz. Die Erfassung der Behandlungsmotivation erfolgte über die *Veränderungsstadienskala* (VSS, Heidenreich, Hoyer, & Fecht, 2001) und den *Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata* (FAMOS, Grosse Holtforth & Grawe, 2002). Die daraus resultierenden Daten stellen die Basis für eine auf der vorliegenden Untersuchung aufbauenden Katamnesestudie dar.

**Ergebnisse:** Die Analyse der Ausprägung der einzelnen Konstrukte zeigt, dass die Teilnehmer über eine durchschnittliche Selbstwirksamkeitserwartung verfügen, sich allerdings mit einem signifikant negativeren Selbstkonzept beschreiben. Der Schwerpunkt der Veränderungsbereitschaft liegt auf dem Stadium der Absichtsbildung. Zudem besteht betreffend der motivationalen Schemata eine signifikante Orientierung an den Annäherungszielen. Im Hinblick auf die Beziehung der Konstrukte untereinander dienen die Veränderungsstadien der Absichtsbildung und der Handlung als Prädiktoren für die Selbstwirksamkeitserwartung, ebenso wie die Stadien der Absichtslosigkeit, Absichtsbildung und Handlung für das Selbstkonzept. Es wird außerdem eine positive Entwicklung der Veränderungsbereitschaft in Zusammenhang mit der Selbstwirksamkeitserwartung und dem Selbstkonzept sichtbar. Mit der Orientierung an positiven Verstärkern scheint auch die Bereitschaft zur Veränderung des Problemverhaltens zu steigen. Schlussendlich konnte gezeigt werden, dass auch bei Personen mit einer Substanzabhängigkeit, die ihre Behandlung auf Grund delinquenter Handlungen unter Quasi-Zwang beginnen, eine positive Selbstwirksamkeitserwartung mit einem positiven Selbstkonzept einhergeht.

**ABSTRACT (ENGLISCH)**

**Aim:** The present study connects the fields of forensics and drug dependence and focuses on drug dependent offenders who start their treatment due to a judicial order to residential treatment. The study pursues the goal to collect data of their essential characteristics and assesses the extent of and the relationship between self-efficacy, self-concept and treatment motivation in the context of quasi-compulsory treatment.

**Method:** A cross-sectional study of the current state of 42 clients was conducted. They were interviewed during their preparation for residential therapy. The required information was gained by conducting anamneses and asking the clients to answer standardized questionnaires to examine self-efficacy (SWE, Schwarzer & Jerusalem, 1999) and self-concept (FSKN, Deusinger, 1986). Treatment motivation was assessed by questionnaires based on the theoretical background of the readiness to change (VSS, Heidenreich, Hoyer, & Fecht, 2001) and the motivational schemata (FAMOS, Grosse Holtforth & Grawe, 2002). The collection of this information provides the data base for a follow-up study.

**Results:** The analysis indicates that clients show an average degree of self-efficacy, but describe themselves having a significantly more negative self-concept than the general population. The most frequent stage of change clients belong to is the stage of contemplation. As far as the motivational schemata are concerned the analysis revealed a significant orientation towards positive environmental amplifiers. Regarding to the constructs' relationship, the stages contemplation and action can be regarded as predictors for self-efficacy, just as well as the stages precontemplation, contemplation and action as predictors for the self-concept. Furthermore, there was found a positive correlation between the readiness to change and self-efficacy or self-concept. In addition to that, an increase of readiness to change seems to be connected with the orientation towards positive amplifiers. Finally, the results indicate that for drug dependent offenders a positive self-efficacy is accompanied by a positive self-concept.

## INFORMATIONSBLATT

### Lieber Teilnehmer, 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 im Suchtbereich auseinander. Dabei ist es mir ein Anliegen, die aktuelle Situation und die Einstellungen von Menschen zu erfassen, die auf Grund einer richterlichen Weisung eine Behandlung beginnen.

Daher werden Sie gebeten, einige Angaben zu Ihren Lebensumständen zu machen sowie anschließend vier verschiedene Fragebögen auszufüllen, in denen Ihre persönlichen Einstellungen erfasst werden sollen. Dies wird in etwa eine Stunde dauern. In einigen Monaten werden Sie dazu ein zweites Mal aufgefordert, um Veränderungen festhalten zu können.

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,  
Daniela Burtscher

### Kontakt:

Daniela Burtscher  
Universität Wien  
Fakultät für Psychologie

Tel.: xxxx xxx xx xx  
Email: [a0415550@unet.univie.ac.at](mailto:a0415550@unet.univie.ac.at)

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

*Ansprechperson:*  
Daniela Burtscher  
Universität Wien  
Fakultät für Psychologie

Tel.: xxxx xxx xx xx  
Email: [a0415550@unet.univie.ac.at](mailto:a0415550@unet.univie.ac.at)

Einverständniserklärung zur Mitwirkung an der wissenschaftlichen Studie zum  
Thema:

*„Gesundheitsbezogene Maßnahmen im Suchtbereich – Zusammenhang von  
Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstkonzept und Therapiemotivation im Rahmen von  
Quasi-Zwangsbehandlungen (Therapie statt Strafe).“*

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

**SOZIODEMOGRAPHISCHES DATENBLATT**

Im Folgenden werden Sie gebeten, einige persönliche soziodemographische Daten anzugeben, die ausschließlich der wissenschaftlichen Verwendung im Rahmen dieser Studie dienen. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme und Ihre Mitarbeit!**

**Allgemeines:**

1. **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **Name:** \_\_\_\_\_

2. **Erreichbarkeit:**

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Emailadresse: \_\_\_\_\_

3. **Geschlecht:**       m  
                                  w

4. **Staatsbürgerschaft:** \_\_\_\_\_

5. **Lebensmittelpunkt (Ort):** \_\_\_\_\_

6. **Familienstand:**

- ledig, ohne Partner
- in einer Beziehung, unverheiratet
- verheiratet
- geschieden
- verwitwet

7. **Aktuelle Wohnsituation:**

- alleine lebend
- mit Partner
- bei Familie

8. **Höchste abgeschlossene Schulbildung:** \_\_\_\_\_



**9. Erwerbstätigkeit**

- Nein  
 Ja
- voll  
 teilzeit  
 geringfügig

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Aktuelle Problematik:**

1.  Drogenproblematik  
 Alkoholproblematik  
 Medikamentenproblematik  
 Sonstige Problematik: \_\_\_\_\_

2. **Leitdroge:** \_\_\_\_\_

3. **Begleitdroge:** \_\_\_\_\_

**4. Sind Sie derzeit in Substitution?**

- Nein  
 Ja

Wenn ja, Art der Substitution: \_\_\_\_\_

**5. Kostenträger der Therapie:**

- Sozialversicherung  
 Gericht

**6. Hauptanstoß zur Kontaktaufnahme:**

- Justiz  
 Familie  
 Arzt  
 eigene Initiative

**7. Liegt derzeit eine richterliche Weisung vor, auf Grund welcher Sie eine Behandlung in Anspruch nehmen?**

- Nein  
 Ja

**Bisheriger Verlauf:**

1. **Alter beim Erstkonsum von Alkohol:** \_\_\_\_\_
2. **Alter beim Erstkonsum von Zigaretten:** \_\_\_\_\_
3. **Alter beim Erstkonsum von Suchtmitteln:** \_\_\_\_\_

**4. Gibt oder gab es in Ihrer Familie Angehörige mit einer Abhängigkeit?**

- Nein  
 Ja

Wenn ja, in welcher Beziehung stehen/standen Sie zu dieser Person  
(Mutter, Vater, Onkel, Tante, Geschwister,...)?

\_\_\_\_\_

**5. Haben Sie schon einmal eine Drogenhilfe in Anspruch genommen?**

- Nein  
 Ja

Wenn ja, wie oft: \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche:  Stationäre Behandlung  
 Ambulante Behandlung

**6. Haben Sie schon einmal eine begonnene Behandlung abgebrochen?**

- Nein  
 Ja

Wenn ja:

Wie viele? \_\_\_\_\_

Nach welcher Dauer?

1. Abbruch nach: \_\_\_\_\_

2. Abbruch nach: \_\_\_\_\_

3. Abbruch nach: \_\_\_\_\_

4. Abbruch nach: \_\_\_\_\_

5. Abbruch nach: \_\_\_\_\_

6. Weitere Abbrüche nach: \_\_\_\_\_

**7. Seit wann befinden Sie sich hier in der Vorbetreuungsphase des Schweizer Haus Hadersdorf?**

\_\_\_\_\_

8. **Waren Sie direkt vor der Vorbetreuungsphase in einer anderen Einrichtung oder haben eine Drogenhilfe in Anspruch genommen?**

- Nein
- Ja

Wenn ja, welcher Art?

- Gefängnis
- ambulante Drogenhilfe
- stationäre Drogenhilfe
- andere: \_\_\_\_\_

9. **Haben Sie Vorstrafen?**

- Nein
- Ja

Wenn ja, wie viele? \_\_\_\_\_

**Gründe:**

- wegen Suchtdelikten
- wegen Eigentumsdelikten
- wegen Gewaltdelikten
- wegen sonstiger Delikte: \_\_\_\_\_

10. **Waren Sie schon einmal in Haft?**

- Nein
- Ja

Wenn ja:

Anzahl der Haftaufenthalte: \_\_\_\_\_

Haftdauer:

1. Haftaufenthalt: \_\_\_\_\_
2. Haftaufenthalt: \_\_\_\_\_
3. Haftaufenthalt: \_\_\_\_\_
4. Haftaufenthalt: \_\_\_\_\_
5. Weitere: \_\_\_\_\_

## CURRICULUM VITAE

Persönliche Daten	Name: Geburtsdatum: Geburtsort: Staatsbürgerschaft: Familienstand: e-mail:	Daniela Burtscher 15.12.1985 Bregenz, Vorarlberg österreichisch ledig daniela.db.burtscher@gmail.com
Schulbildung	1992 – 1996 1996 – 2004 1994 – 2002	Musikvolksschule Bregenz Stadt Bundesgymnasium Gallusstrasse Musikschule Bregenz: klassische Gitarrenausbildung
Studium	2004 – 2005 2005 – 2012	Diplomstudium Psychologie und Diplomstudium Romanistik <i>Leopold-Franzens Universität Innsbruck</i> Diplomstudium Psychologie <i>Universität Wien</i>
Projekte	2001 - 2002 2003	Schulprojekt „Public Service“, Betreuerin im Kindergarten Seepark (Lochau) Zeitgeschichte-Projekt „A Letter To The Stars“ zum Gedenken der österreichischen Holocaust-Opfer
Weiterbildung/ Berufserfahrung	18. Mai 2007 05.11.2007 – 27.02.2008 21.07.2009 – 14.08.2009 16.07.2010 – 13.08.2010 2011 – 2012	1. Wiener Frühjahrstagung für forensische Psychiatrie, Thema: Psychopathie Institut für Kinderrechte & Elternbildung Ambulante Drogenberatungsstelle Clean Bregenz, Stiftung Maria Ebene Sozialpsychiatrie und psychiatrische Rehabilitation Bregenz, Neuland Vorbetreuungsstelle des Schweizer Haus Hadersdorf
Sprachkompetenzen/ Auslandserfahrung	17.06.2001 – 02.08.2001 Dezember 2002 16.07.2007 – 10.08.2007 Sommer 2008	Language Travel Certificate <i>EF Sprachschule, Torquay, England</i> First Certificate in English <i>Abnahme der Prüfung durch Beauftragte der University of Cambridge, UK</i> Curso Intensivo De Lengua Española <i>Sprachschule Enforex, Centro de Estudios Internacionales, Almuñécar, Spanien</i> Kuba: Sprachaufenthalt
Sonstige Arbeitserfahrung	Kinderbetreuung und Jugendarbeit  Konzepterstellung und Projektplanung	„Frau Holle“, Vorarlberger Familienverband Theaterwochen der Bregenzer Festspiele Nachhilfe: Deutsch, Englisch  Planung und Mitarbeit an der Studie „Soziale Desintegrationsprozesse im Alltagsleben von Kindern und Jugendlichen und deren Bewältigungsmöglichkeiten in Österreich“ <i>Leitung: Dr. Martin Felinger, Institut für Kinderrechte &amp; Elternbildung</i> Konzepterstellung für die ORF-Sendung „Kreuz & Quer“ zum Thema „Reinkarnation“ <i>Regisseurin: Eva Maria Berger</i>
Zusatzqualifikationen	Sprachen IT-Kenntnisse	Deutsch, Englisch, Spanisch, Französisch, Latein Microsoft Windows, Microsoft Office, SPSS
Publikationen		Burtscher, D., & Winsauer, A. (2003). Die Geschichte des Hohenemser Kaufmannes Alois Weil. In A. Worm, A. Kuba, & J. Neumayr (Hrsg.), <i>A Letter To The Stars. Briefe in den Himmel</i> (S. 246–247). Wien: Verein Lernen aus der Zeitgeschichte.  Burtscher, D. (2004). <i>Die Sondersiechen in Bregenz</i> . Sonderdruck aus dem Jahrbuch des Vorarlberger Landesmuseumsvereins 2004 – Freunde der Landeskunde.