



universität  
wien

# Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Selbstwirksamkeitserwartung,  
Selbstkonzept und Behandlungsmotivation  
im Rahmen von Quasi-Zwangsbehandlungen  
(Therapie statt Strafe)  
– eine katamnestiche Untersuchung

Verfasserin

Enea Katharina Beathalter

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 2013

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuerin: o. Univ.-Prof. Dr. Ilse Kryspin-Exner







Was verlangst Du von Dir  
Hast Du Angst vor dem was Du kannst was noch kommt  
was Du Dir verdankst und ob Du noch taugst  
Vergiss nicht Du bist was Du brauchst  
- Die Fantastischen Vier, Weiter als du denkst



## DANKSAGUNG

Diese Diplomarbeit entstand am *Institut für angewandte Psychologie – Gesundheit, Entwicklung und Förderung* der Universität Wien unter der Leitung von o. Univ.-Prof. Dr. Ilse Kryspin-Exner. Ich danke an dieser Stelle Frau Prof. Dr. Kryspin-Exner für die Betreuung meiner Diplomarbeit.

Bei Frau Daniela Burtscher möchte ich mich für ihren unermüdlichen Einsatz für die Durchführung ihrer und folgernd auch meiner Diplomarbeit und ihre Unterstützung bei der Organisation, Kooperation und ihren ideenreichen Input bedanken.

Frau Mag. Regina Agostini, der ehemaligen therapeutischen Leiterin des Schweizer Haus Hadersdorf, möchte ich für die Ermöglichung der Termine mit den Klienten und Klientinnen danken. Ebenfalls möchte ich Frau Mag. Angelika Treidt für ihre Kooperation in der Vorbetreuungsstelle danken.

Bei allen Klienten und Klientinnen des Schweizer Haus Hadersdorf möchte ich mich herzlich für die Teilnahme bedanken. Ich wünsche ihnen alles Gute für ihre Zukunft.

Ich danke meinen Eltern dafür, dass sie mir dieses Studium ermöglicht haben. Meinen Kommilitonen und Freunden Mario, Stefanie, Vanessa, Daniela, Angelika, Laura und Joseph sowie meinem Bruder Enzo danke ich für die Begleitung durch das Studium und die Korrekturarbeiten.



## Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG.....	1
THEORIE .....	3
1 Psychotrope Substanzen.....	4
1.1 Rückfall und Rückfallprävention.....	5
2 Substanzmissbrauch, Substanzabhängigkeit und Abhängigkeitssyndrom.....	8
2.1 Diagnosekriterien: Substanzmissbrauch nach DSM-IV .....	9
2.2 Diagnosekriterien: Substanzabhängigkeit nach DSM-IV .....	10
2.3 Substanzabhängigkeit.....	11
2.4 Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10.....	11
2.4.1 Diagnosekriterien Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10.....	12
3 Gesundheitsbezogene Maßnahmen im Bereich der Substanzabhängigkeit .....	13
3.1 Substanzkonsum und Kriminalität.....	14
3.2 Therapie statt Strafe und Quasi-Zwangsbearbeitung .....	15
3.3 Das Schweizer Haus Hadersdorf .....	18
4 Sozialpsychologische Konstrukte .....	21
4.1 Selbstkonzept .....	21
4.2 Selbstwirksamkeitserwartung.....	23
5 Behandlungsmotivation .....	25
5.1 Behandlungsmotivation und Zwang .....	27
5.2 Das transtheoretische Modell der Veränderung .....	28
5.3 Die Konsistenztheorie: Motivationale Schemata .....	32
EMPIRIE .....	35
6 Zielsetzung der Untersuchung und Fragestellungen.....	36
6.1 Zielsetzung .....	36
6.2 Charakteristika der Stichprobe.....	36
6.3 Forschungsfrage 1: Ausprägung der Konstrukte .....	37
6.3.1 Selbstwirksamkeitserwartung und Selbstkonzept .....	37
6.3.2 Therapiemotivation.....	37
6.4 Forschungsfrage 2: Zusammenhänge zwischen den Konstrukten .....	38
7 Methode .....	40
7.1 Untersuchungsdesign .....	40
7.2 Stichprobe .....	41
7.2.1 Einschlusskriterien .....	41
7.2.2 Ausschlusskriterien .....	42
7.3 Vorgehen: Prozess der Datenerhebung.....	42

7.4 Instrumente .....	43
7.4.1 Anamnesefragebogen .....	43
7.4.2 Selbstwirksamkeitserwartung .....	44
7.4.3 Selbstkonzept .....	44
7.4.4 Behandlungsmotivation: Veränderungsbereitschaft.....	45
7.4.5 Behandlungsmotivation: Motivationale Schemata .....	46
8 Hypothesen.....	48
8.1 Ausprägungen der Konstrukte .....	48
8.1.1 Selbstwirksamkeitserwartung .....	48
8.1.2 Selbstkonzept .....	48
8.1.3 Behandlungsmotivation .....	49
8.2 Zusammenhänge zwischen den Konstrukten .....	49
8.2.1 Selbstwirksamkeitserwartung und Veränderungsbereitschaft.....	49
8.2.2 Selbstkonzept und Veränderungsbereitschaft .....	50
8.2.4 Motivationale Schemata und Veränderungsbereitschaft.....	50
8.2.5 Motivationale Schemata und Selbstwirksamkeitserwartung .....	50
8.2.6 Motivationale Schemata und Selbstkonzept .....	51
8.2.7 Selbstwirksamkeitserwartung und Selbstkonzept.....	51
8.3 Auswertungsmethoden .....	52
8.3.1 Reliabilitätsanalyse .....	52
8.3.2 Voraussetzungen .....	52
8.3.3 Statistische Verfahren .....	53
9 Ergebnisse.....	55
9.1 Charakteristika der Stichprobe.....	55
9.1.1 Behandlungsstatus zum zweiten Testzeitpunkt .....	55
9.1.2 Alter und Geschlecht.....	56
9.1.3 Lebensmittelpunkt, Staatsbürgerschaft und Familienstand.....	57
9.1.4 Bildung und Erwerbstätigkeit .....	58
9.1.5 Familiärer Hintergrund und Erstkonsum .....	58
9.1.6 Behandlungserfahrung .....	59
9.1.7 Delinquenz: Vorstrafen, Delikte und Haft.....	61
9.1.8 Aktuelle Abhängigkeitsproblematik, Leit- und Begleitdrogen und Teilnahme am Substitutionsprogramm .....	62
9.1.9 Richterliche Weisung, der Weg in die Behandlung und Behandlungsabbrüche .....	66
9.1.10 Behandlungsstatus im Juni 2012.....	68
9.2 Forschungsfrage 1: Ausprägung der Konstrukte.....	70

9.2.1 Ausprägungen der Selbstwirksamkeitserwartung .....	70
9.2.2 Ausprägungen der Bereiche des Selbstkonzepts .....	71
9.2.3 Ausprägungen der Behandlungsmotivation .....	73
9.2.3.1 Ausprägungen der Veränderungsbereitschaft.....	73
9.2.3.2 Ausprägungen der motivationalen Schemata .....	75
9.2.3.3 Ausprägungen der Konstrukte in den Stadien.....	77
9.3 Forschungsfrage 2: Zusammenhänge zwischen den Konstrukten .....	81
9.3.1 Selbstwirksamkeitserwartung und Veränderungsbereitschaft.....	81
9.3.2 Selbstkonzept und Veränderungsbereitschaft .....	82
9.3.3 Motivationale Schemata und Veränderungsbereitschaft .....	83
9.3.4 Motivationale Schemata und Selbstwirksamkeitserwartung.....	85
9.3.5 Motivationale Schemata und Selbstkonzept .....	85
9.3.6 Selbstwirksamkeitserwartung und Selbstkonzept .....	86
10 Diskussion der Ergebnisse .....	87
10.1 Charakteristika der Stichprobe .....	87
10.2 Ausprägung der Konstrukte .....	92
10.3 Zusammenhänge zwischen den Konstrukten.....	97
10.4 Limitierungen und Ausblick .....	100
Zusammenfassung.....	105
Abstract.....	107
Literaturverzeichnis .....	109
Tabellenverzeichnis.....	120
Abbildungsverzeichnis.....	122
ANHANG.....	125
Informationsblatt .....	126
Einverständniserklärung .....	127
Soziodemographisches Datenblatt .....	128
Eidesstattliche Erklärung .....	130
Curriculum Vitae .....	131

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



# EINLEITUNG

Die Abhängigkeitserkrankung spielt in der heutigen Gesellschaft eine große Rolle. Dabei geht es nicht nur um die Anzahl der Betroffenen, sondern auch um den Umgang mit diesen. In Österreich gibt es ca. 25.000 bis 37.000 Menschen, die einen problematischen Drogenkonsum im Rahmen einer Polytoxikomanie aufweisen. Der problematische Konsum zeichnet sich durch körperliche, psychische und/oder soziale Probleme aus (Weigl, Busch, Grabenhofer-Eggerth, Türscherl, & Wirl, 2011).

Die Zahl der suchtmittelbezogenen Anzeigen von Verbrechen- und Vergehenstatbeständen hat seit 2009 um etwa fünf Prozent zugenommen (Weigl et al., 2011). In Österreich gibt es, als Alternative zur Bestrafung, das Prinzip *Therapie statt Strafe*, bei dem den abhängigen Straftätern ein Strafaufschub gewährt wird. Statt der Haftstrafe begibt sich der Suchtkranke in eine Behandlung, um zukünftiger Straffälligkeit durch die Behandlung der Abhängigkeitserkrankung vorzubeugen. Im Jahr 2011 wurde die Kostenübernahme der Justiz für eine *Therapie statt Strafe* nach § 39 Suchtmittelgesetz (SMG) auf Grund der stetig ansteigenden Inanspruchnahme dieser Möglichkeit seit dem Jahr 2005 auf sechs Monate reduziert (Weigl et al., 2011). Im Jahr 2005 wurde in 452 Fällen vom Aufschub des Strafvollzugs Gebrauch gemacht, im Jahr 2010 hingegen in 733 Fällen (Bundesministerium für Justiz (BMJ), 2010).

Die Behandlungsmotivation als eine der zentralen Komponenten im Behandlungsprozess kann im Rahmen einer Quasi-Zwangsbehandlung nicht als vorausgesetzt gelten (Dahle, 1998). Die Untersuchung dieses Konstrukts ist von großem Interesse, da es als wesentlicher Teil des Behandlungserfolgs gehandelt wird und der Abschluss einer *Therapie statt Strafe* erneute Rechtsbrüche verhindern soll. Grundlegend wird dabei angenommen, dass die Abhängigkeit einen krankheitswertigen Charakter aufweist und ihre Behandlung eine Verbesserung der Gesundheit und der sozialen Lebensbedingungen hervorruft und die daraus resultierenden positiven Konsequenzen die erneute Straffälligkeit verhindern soll. Für die Erklärung der Veränderungsprozesse bei Behandlungen im Abhängigkeitsbereich hat sich das Transtheoretische Modell der Veränderung (Prochaska & DiClemente, 1983) mit dessen Einbezug von Rückfällen als besonders treffend und daher praxistauglich herausgestellt. Als ebenso bedeutsam für die erfolgreiche Behandlung der Suchtproblematik können eine positive Ausprägung des Selbstkonzepts (Deusinger, 1986) und der Selbstwirksamkeitserwartung (Coon, Pena, & Illich, 1998; Heckmann, Kersch, & Steffan, 2003) angesehen werden.

Diese Diplomarbeit beschäftigt sich mit der Frage, wie sich während der *Therapie statt Strafe* die Selbstwirksamkeitserwartung, das Selbstkonzept und die Behandlungsmotivation verändern. In der vorliegenden Studie wurden diese Konstrukte drei Monate

nach einer Zustandserhebung erneut erhoben und Veränderungen und Entwicklungen festgestellt.

# THEORIE

Die vorliegende Arbeit untersucht die Entwicklung der Konstrukte der Selbstwirksamkeitserwartung, des Selbstkonzepts und der Behandlungsmotivation einer gesundheitsbezogenen Maßnahme im Bereich der Abhängigkeitsproblematik bei Quasi-Zwangsbehandlung. Dabei handelt es sich um eine katamnestiche Untersuchung mit einem dreimonatigen Katamnesezeitraum, deren Ziel es ist, die Veränderungen und Entwicklungen der Konstrukte darzustellen. Die zugrunde liegenden Begriffe, Theorien und Zusammenhänge, aus denen die Fragestellungen abgeleitet wurden, werden in den folgenden Kapiteln erklärt.

Zunächst wird erläutert, wobei es sich um psychotrope Substanzen handelt und es erfolgt ein kurzer Abriss eines Erklärungsmodells. Des Weiteren wird näher auf die Bedeutung von Rückfällen und deren Prävention eingegangen. Das nächste Kapitel widmet sich der Unterscheidung von Substanzmissbrauch, Substanzabhängigkeit und dem Abhängigkeitssyndrom sowie der Diagnosekriterien. Im dritten Kapitel werden die gesundheitsbezogenen Maßnahmen, die im Bereich der Substanzabhängigkeit möglich sind, näher erläutert, der Zusammenhang von Substanzabhängigkeit und Kriminalität betrachtet sowie das Prinzip *Therapie statt Strafe* näher erklärt. Dabei wird auch auf die Institution, in der die Erhebung stattfand, eingegangen. Im Anschluss folgt ein Kapitel über die sozialpsychologischen Konstrukte der Selbstwirksamkeitserwartung und des Selbstkonzepts, auf deren Definition und Bedeutung im Rahmen der Studie näher eingegangen werden. Das letzte Kapitel legt den Fokus auf die Definition, Ansätze und Theorien der Behandlungsmotivation im wissenschaftlichen Bereich sowie deren Zusammenhang mit Zwang.

# 1 Psychotrope Substanzen

Der Gebrauch von bewusstseinsverändernden Substanzen ist kein Phänomen der Neuzeit, sondern geht Jahrhunderte in der Geschichte zurück, ist universell verbreitet und in jeder Kultur anzutreffen. Bewusstseinsverändernde Substanzen werden psychotrope oder auch psychoaktive Substanzen genannt. Es entspricht einem menschlichen Bedürfnis, psychotrope Substanzen zu gebrauchen, um die eigenen Gefühle, Vorstellungen, Wahrnehmungen, Empfindungen, Stimmungen und die Leistungsfähigkeit zumindest kurzfristig zu beeinflussen (Haller & Hinterhuber, 1997). Laut einer Definition von Bühringer und Behrendt (2011) sind psychoaktive Substanzen „natürliche, chemisch aufbereitete oder synthetische Stoffe, die zentralnervös auf den Organismus einwirken und Wahrnehmung, Denken, Fühlen und Handeln beeinflussen“ (S. 698).

Nach Kuntz (2011) zählen zu den legalen, bewusstseinsverändernden Einstiegsdrogen Alkohol und Nikotin. Die Wirkung von Alkohol ist in niedriger Dosierung entspannend, angstlösend, enthemmend, geselligkeitsfördernd und euphorisierend. Bei hoher Dosierung wirkt Alkohol sedierend und dämpfend. Nikotin wirkt situationsabhängig entspannend oder anregend. Cannabis, Ecstasy, Amphetamin, Lysergsäurediethylamid (LSD), halluzinogene Pilze, Kokain und Heroin werden zu den illegalen Rauschmitteln gezählt. Cannabis wirkt beispielsweise euphorisierend, entspannend, beglückend und angstlösend. Die Wirkung von Ecstasy steigert die Empathie und die Lebensfreude. Amphetamine fördern die Konzentrations- und Leistungsfähigkeit und den Selbstwert. Durch den Konsum von LSD werden alle Sinnesempfindungen verstärkt, der Konsument halluziniert, sein Bewusstsein erweitert sich. Bei den halluzinogenen Pilzen erfährt der Konsument Raum- und Zeitreisen, ‚Gotteseerfahrungen‘ sowie eine Steigerung der Empfindsamkeit und Empathie. Der Konsum von Kokain steigert den Antrieb, die Konzentrations-, Denk- und Leistungsfähigkeit. Heroin wirkt beruhigend und wohltuend, der Konsument fühlt innere Zufriedenheit und ist sorgenfrei.

Zentrale Merkmale substanzbezogener Störungen, wie Missbrauch oder Abhängigkeit, sind die psychische und physische Abhängigkeit, akute und chronische Erkrankungen, psychische Störungen wie auch soziale Probleme. Die Belastungen auf störungsbedingter individueller Ebene bei substanzbezogenen Störungen sind groß, gleichzeitig ist die benötigte Motivation zur Aufgabe beziehungsweise Reduktion des Konsums anfangs gering. Hinzu kommen Belastungen auf sozialer Ebene, wie Verlust von Familie, Freunden und Beruf (Bühringer, 2006; Bühringer & Behrendt, 2011).

Als modernes Konzept zur Erklärung einer Störung wird das biopsychosoziale Krankheitsmodell herangezogen. Dieses beinhaltet Risiko- und Schutzfaktoren, die die

Wahrscheinlichkeit, eine Störung zu entwickeln, beeinflussen (Bühringer & Behrendt, 2011). Die Risiko- und Schutzfaktoren können in dem Dreiecksmodell *Person-Droge-Umwelt* dargestellt werden. Zu den Bedingungsfaktoren, die der Person zugeordnet werden können, gehören genetische Dispositionsfaktoren, basale Persönlichkeitsmerkmale und psychosoziale Entwicklungsfaktoren. Bei den Persönlichkeitsfaktoren können beispielsweise ein niedriger Selbstwert und impulsives sowie antisoziales Verhalten als riskant gesehen werden. In der kindlichen Entwicklung eines Menschen gelten Missbrauchserfahrungen und prämorbid auftretende komorbide Störungen als Risiko. Eine positive Emotionalität und eine starke familiäre Unterstützung sowie Kohäsion gelten als Schutzfaktoren für eine Person. Die Drogen können nach unterschiedlichen Merkmalen eingeteilt werden. Zum einen nach der Wirkungsweise in dämpfende Substanzen wie beispielsweise Opiate, aktivierende wie zum Beispiel Kokain und Amphetamin oder psychedelische Substanzen wie LSD und Meskalin. Zum anderen kann eine Einteilung nach Symptomen bei einer Intoxikation oder auch nach der Schnelligkeit der Entwicklung von Abhängigkeit erfolgen. Die Charakteristika in der sozialen Umwelt setzen sich zusammen aus Familie und Peergroup, der allgemeinen Verfügbarkeit von Drogen und dem spezifischen Substanzangebot im sozialen Nahraum. Als Schutzfaktoren für diese Komponente sind die stabile familiäre Struktur, Bindung und Unterstützung, das soziokulturelle Umfeld wie Schule oder Arbeitsplatz sowie gesetzliche Regelungen und Preise zu nennen (Küfner & Metzner, 2011).

## 1.1 Rückfall und Rückfallprävention

Rückfälle sind im Laufe des Lebens von Personen mit einer Abhängigkeitsproblematik ein beständiges Charakteristikum. Abhängig von der Substanz werden zwischen 50% und 70% der Personen nach einer Behandlung im Zeitraum von ein bis zwei Jahren wieder rückfällig. Die Mehrheit der Personen erleidet bereits in den ersten Tagen nach Beendigung der Behandlung einen Rückfall (Bühringer & Berendt, 2011). Die erhoffte Besserung in allen Lebenssituationen durch die Beendigung des Drogenkonsums im Rahmen einer Behandlung tritt nicht sofort ein. Dieser Umstand wird durch die hohe Störungsbelastung bedingt. Individuelle Probleme und Schwierigkeiten werden ohne die Wirkung von Drogen intensiver wahrgenommen und der zögerliche Behandlungsfortschritt wird extern attribuiert. Dies führt zu ständiger Rückfallgefährdung. Als drei Hauptfaktoren, die das Rückfallrisiko bedingen, gelten das Fehlen von positiven Verstärkern für ein Leben ohne Drogen, eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung und eine geringe Bereitschaft, auf Verstärker zu warten (Küfner & Metzner, 2011). Je

länger die Personen drogenfrei sind, desto geringer wird die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls (Heckmann et al., 2003).

Ein bekanntes Modell zur Erklärung von Rückfällen ist das kognitiv-behaviorale Rückfallmodell von Marlatt und Gordon (1985), welches die Selbstwirksamkeitserwartung als zentrale Komponente sieht. Es besagt, dass ein unausgewogener Lebensstil zu dem Bedürfnis führt, sich mithilfe einer Substanz zu entspannen. Kommt zu diesem unausgewogenen Lebensstil noch eine Risikosituation hinzu, erhöht sich die Gefahr des erneuten Substanzkonsums. Die Risikosituation kann durch sozialen Druck, interpersonelle Konflikte oder negative Emotionen zustande kommen. Für die Ausführung des Konsums sind zwei Faktoren entscheidend: Zum einen, ob die Person über notwendige Bewältigungskompetenzen im Sinne von Selbstwirksamkeitserwartung verfügt und zum anderen, ob der Substanzkonsum mit positiven Erwartungen verbunden ist. Der Eintritt des Konsums kann über dysfunktionale Verarbeitungsmuster zu einer dauerhaften Aufgabe der Abstinenz führen. Ein einmaliger Substanzkonsum muss nicht zwangsläufig zu einem Rückfall in frühere Verhaltensmuster führen. Es kann zwischen einem Vorfall (*lapse*), dem einmaligen Konsum oder einer kurzen Phase von mehrmaligem Konsum, und dem Rückfall (*relapse*), dem wiederholten Konsum mit Wiederaufnahme früherer Verhaltensmuster, unterschieden werden. Besonders gefährdet sind Personen mit einer internal stabilen oder fatalistischen Ursachenzuschreibung und einer positiven Wirkungserwartung. Im revidierten Modell von Marlatt und Donovan (2005) finden zusätzliche distale Faktoren Einschluss in das Modell. Zu den distalen Faktoren zählen die Autoren familiäre Belastungen, soziale Unterstützung, Komorbiditäten und die Dauer des Problems. Veränderungen in diesen Faktoren beeinflussen kognitive Prozesse, Bewältigungsstrategien und Gefühlsregulation, die wiederum Wirkung auf die Rückfalldynamik haben.

Die Prävention von Rückfällen beinhaltet den Umgang mit Versuchungen und Entgleisungen während der Änderung eines Verhaltens (Schwarzer, 2004). Bei den therapeutischen Maßnahmen zur Bewältigung von rückfallkritischen Situationen und zur Vorbeugung eines Rückfalls wird der Schwerpunkt auf psychotherapeutische und pharmakologische Ansätze gelegt. Im psychotherapeutischen Bereich steht die Rückfallvermeidung im Mittelpunkt der Verhaltenstherapie, im pharmakologischen Bereich gibt es Substanzen zur Rückfallprophylaxe. Die Substitutionsprogramme beruhen auf einem Modell der chronischen Störung, welches mit neurobiologischen Veränderungen einhergeht. Dies wird auch als ‚Suchtgedächtnis‘ bezeichnet, welches zur Erklärung des *Cravings* nach dem Entzug und der hohen Rückfallgefahren dient (Küfner & Metzner, 2011).

Zur Prävention von Rückfällen sollten Rückfallsituationen identifiziert und kognitive sowie handlungsorientierte Techniken eingeübt werden. Dabei wird die Selbstkontrollkompetenz gestärkt. Die Vermittlung von Wissen um Rückfallkonzepte und Auslösersituationen, die Bewältigung von *Craving* und Entzugerscheinungen, das Trainieren, um Drogenangebote abzulehnen, und die Vermeidung von alten Konsummustern bei wiederkehrendem Konsum zählen zu den konkreten Maßnahmen der Rückfallprävention. Für den Klienten bedeutet das die Auflistung von rückfallkritischen Situationen, das Erlernen von Selbstkonstruktion, Entspannungsverfahren und Gedankenstopp, inkompatible Verhaltensweisen aufzubauen, das Üben von Rollenspielen und die Durchführung von in-vivo-Übungen sowie den Umgang mit einem Rückfall zu erlernen. Diese Kompetenzen zur Bewältigung eines Rückfalls sind mit dem Erfolg einer Behandlung verbunden (Küfner & Metzner, 2011).

Nach Rückfällen und Phasen starker Belastungen kommt es oft zu der Wunschvorstellung eines kontrollierten Drogenkonsums, obwohl der Klient durch die Behandlung die Einsicht in Risiken eines dauerhaften Konsums gewonnen hat. In dieser Zeit muss das Beziehungsangebot aufrecht erhalten werden, um die negativen Folgen abzuwehren und den Rückfall in frühere Missbrauchsmuster zu verhindern. Im Behandlungsprozess ist der Klient deshalb in seinen Abwägungs- und Entscheidungsprozessen fortlaufend zu unterstützen. In diesem Zusammenhang bekommt die motivierende Gesprächsführung eine besondere Bedeutung (Küfner & Metzner, 2011).

In einer Studie (Rüsch & Hättenschwiler, 2001) wurden 99 drogenabhängige Personen, die sich in einer Entgiftungsbehandlung befanden, untersucht. Als bester Prädiktor für die Vorhersage von Rückfällen erwies sich die Motivation zur Aufnahme einer Entzugsbehandlung. Zudem konnten die Autoren feststellen, dass die häufigste Konsequenz eines Rückfalls das Behandlungsende darstellte. Dies war bedingt durch die Verschlechterung der emotionalen Befindlichkeit und der negativen Bewertung des eigenen Zustands, welche wiederum die Motivation zur Weiterführung der Behandlung beeinflussten (Rüsch & Hättenschwiler, 2001).

Eine Studie (Klag, O'Callaghan, & Creed, 2005) zu Rückfällen bei Gefängnisinsassen mit einer Substanzabhängigkeit kam zu dem Ergebnis, dass die Mehrheit der Personen nach ihrer Entlassung unmittelbar in die alten Verhaltensweisen des Substanzkonsums und der kriminellen Aktivitäten zurückfiel (Klag, O'Callaghan, & Creed, 2005). Diese Rückfälle sind bei Personen mit einer richterlichen Weisung auf Grund der besseren Behandlungsmöglichkeiten seltener zu beobachten (Schaub et al., 2010).

## 2 Substanzmissbrauch, Substanzabhängigkeit und Abhängigkeitssyndrom

Gemäß dem diagnostischen und statistischen Handbuch psychischer Störungen (diagnostic and statistical manual of mental disorders, kurz DSM-IV, Saß, Wittchen, & Zaudig, 2001) werden jene Diagnosen, die durch den Konsum psychotroper Substanzen entstehen, auf Störungen der missbräuchlichen Einnahme bezogen. Dabei geht es um die Einnahme von Drogen oder Alkohol, aber auch um die Nebenwirkungen eines Medikaments oder die Wirkung toxischer Stoffe. Bei den Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen wird im DSM-IV zwischen den Störungen durch Substanzkonsum und substanzinduzierten Störungen unterschieden (Saß et al., 2001). Die substanzinduzierten Störungen umfassen beispielsweise die *Substanzintoxikation*, den *Substanzentzug*, das *substanzinduzierte Delir* oder eine *substanzinduzierte psychotische Störung*. Laut dem DSM-IV unterscheidet man bei substanzbezogenen Störungen zwischen *Substanzmissbrauch* und *Substanzabhängigkeit*. Der Substanzgebrauch stellt einen klinisch nicht relevanten Substanzkonsum dar. Unter *Substanzmissbrauch* versteht man ein fehlangepasstes Muster von Substanzgebrauch. Dieses Muster manifestiert sich in wiederholten und deutlich nachteiligen Konsequenzen, die infolge des fortgesetzten Substanzgebrauchs auftreten. *Substanzabhängigkeit* hingegen weist ein charakteristisches Muster von kognitiven, verhaltensbezogenen und physiologischen Symptomen auf. Diese Symptome zeigen an, dass trotz substanzbezogener Probleme das Individuum den Konsum fortsetzt. In der wiederholten Substanzanwendung zeigt sich ein Muster, das sich durch Toleranzentwicklung, Entzugserscheinungen und einem unwiderstehlichen Drang zur Drogeneinnahme auszeichnet. Sowohl Substanzmissbrauch als auch Substanzabhängigkeit sind ein eigenständiges Muster von Substanzkonsum. Beide führen in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden. Der Übergang vom Missbrauch zur Abhängigkeit ist fließend, weshalb sich eine Abgrenzung beider schwierig gestaltet. Ergänzend erwähnt sei hier noch der Drogenkonsum, der, da er keine der Kriterien erfüllt, als Freizeitkonsum oder Gelegenheitskonsum beschrieben werden kann, aber dennoch einen illegalen Konsum darstellt. Unter gewissen Umständen ist aber auch hier eine klinisch-psychologische Intervention nötig (Saß et al., 2001).

In der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (kurz ICD-10, Dilling, Mombour, Schmidt, Schulte-Markwort, & Remschmidt, 2011) wird zwischen der *Intoxikation* (F1x.0), dem *schädlichen Gebrauch* (F1x.1), der *Abhängigkeit* (F1x.2) und *anderen Störungen* (F1x.3 bis F1x.9) unterschieden, die in Folge des Konsums psychotroper Substanzen entstehen können.

Für den polytoxikomanischen Konsum gibt es im ICD-10 die Möglichkeit, die Diagnose *Störung durch multiplen Substanzgebrauch* (F19) zu stellen. Typisch für diesen Konsum ist die wahllose und chaotische Einnahme von Substanzen oder auch die Vermischung der Bestandteile verschiedener Substanzen, was dazu führt, dass aus dem Konsum mehrerer Substanzen nicht mehr erkennbar ist, welche Substanz den größten Beitrag zur vorliegenden Störung leistet.

## 2.1 Diagnosekriterien: Substanzmissbrauch nach DSM-IV

Für die Diagnose des Substanzmissbrauchs (F1x.1) müssen bestimmte Kriterien erfüllt werden. Die diagnostischen Kriterien nach DSM-IV (Saß et al., 2001) lauten:

- A. Ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens eines der folgenden Kriterien innerhalb desselben 12-Monats-Zeitraums manifestiert:
- (1) Wiederholter Substanzgebrauch, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt [...].
  - (2) Wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann (z.B. Alkohol am Steuer [...]).
  - (3) Wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch [...].
  - (4) Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen der psychotropen Substanz verursacht oder verstärkt werden [...].
- B. Die Symptome haben niemals die Kriterien für Substanzabhängigkeit der jeweiligen Substanzklasse erfüllt (S. 229).

## 2.2 Diagnosekriterien: Substanzabhängigkeit nach DSM-IV

Die diagnostischen Kriterien für die Substanzabhängigkeit (F1x.2) laut DSM-IV (Saß et al., 2001) lauten:

Ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens drei der folgenden Kriterien manifestieren, die zu irgendeiner Zeit in demselben 12-Monats-Zeitraum auftreten:

- (1) Toleranzentwicklung, definiert durch eines der folgenden Kriterien:
  - a. Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder erwünschten Effekt herbeizuführen,
  - b. deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis.
- (2) Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern:
  - a. charakteristisches Entzugssyndrom der jeweiligen Substanz [...],
  - b. dieselbe (oder eine sehr ähnliche) Substanz wird eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.
- (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. 227f).

## 2.3 Substanzabhängigkeit

Die Substanzabhängigkeit ist charakterisiert durch den starken, gelegentlich übermächtigen Wunsch oder das unstillbare Verlangen, Substanzen oder Medikamente zu konsumieren. Es wird zwischen psychischer und physischer Abhängigkeit unterschieden. Psychische Abhängigkeit zeigt sich in einem starken Wunsch oder Zwang, eine Substanz einzunehmen, dem sogenannten *Craving*. In der physischen Abhängigkeit werden Substanzen zu sich genommen, um Entzugssymptome zu mildern und bereits gemachte positive Erfahrungen wiederholt zu erleben. Mit dem wiederholten, vermehrten Gebrauch von Substanzen kann sich eine Toleranz entwickeln. Infolgedessen reichen die zu Beginn niedrigen Dosen, die konsumiert werden, nicht mehr aus, um die gewünschten Wirkungen weiterhin zu erzielen. Um aber diese Wirkungen zu erlangen, muss der Betroffene zu immer höheren Dosen greifen (Ladewig, 2002).

In einer Studie von Dittrich, Kocsis, und Haller (2003) wurde bei 50.5% von 200 untersuchten Personen, die einen Antrag auf *Therapie statt Strafe* stellten, eine Polytoxikomanie diagnostiziert. Der multiple Konsum psychotroper Substanzen kommt zumeist häufiger vor als der Konsum einzelner Substanzen (Haas, Busch, Horvath, & Weigl, 2003), was wiederum die Behandlung der betroffenen Personen erschwert (Küfner & Metzner, 2011).

## 2.4 Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10

Der schädliche Gebrauch psychotroper Substanzen führt häufig zu einem Abhängigkeitssyndrom (F19.2 nach ICD-10) (Hautzinger & Thies, 2008). Darunter versteht man Phänomene auf kognitiver, körperlicher oder Verhaltensebene, die sich nach mehrmaligem, wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Infolge dessen verspürt die betroffene Person einen starken Wunsch, die Substanz weiterhin einzunehmen, verfügt über eine verminderte Kontrolle über ihre Konsumgewohnheiten und führt den Substanzgebrauch trotz sichtbarer schädlicher Folgen weiter. Der Substanzgebrauch dominiert das Verhalten vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen. Des Weiteren kommt es zu einer Toleranzerhöhung und gelegentlich zu einem körperlichen Entzugssyndrom (Dilling & Freyberger, 2006).

### *2.4.1 Diagnosekriterien Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10*

Für die Diagnose eines Abhängigkeitssyndroms (F 1x.2) laut ICD-10 (Dilling et al., 2011) sollten sich drei oder mehr der folgenden Diagnosekriterien im letzten Jahr gezeigt haben:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom [...] bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
4. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrige Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanzen hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich [...].
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen [...]. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist (S. 115).

### 3 Gesundheitsbezogene Maßnahmen im Bereich der Substanzabhängigkeit

Seit 1987 gibt es in Österreich neben einer klassischen Entzugstherapie auch die Möglichkeit einer Substitutionstherapie zur körperlichen, psychischen und sozialen Stabilisierung. Daneben stehen auch verschiedene Behandlungsformen zur Auswahl, deren Umsetzung jedoch immer durch ein multiprofessionelles und interdisziplinäres Team erfolgt (Gegenhuber, Werdenich, & Kryspin-Exner, 2009). Der Einstieg zur Beratung, Behandlung oder Psychotherapie stellt meist ein niederschwelliges Hilfsangebot dar, das unter anderem durch Streetworker eingeleitet werden kann. Bei einem niederschweligen Angebot soll der Betroffene Hilfe in Anspruch nehmen und dabei keine Hemmschwellen überwinden müssen. Niederschwellige Drogenhilfseinrichtungen bieten Informationen und Beratung, psychosoziale Betreuung, Vermittlung an soziale und medizinische Einrichtungen, allgemeinmedizinische Abklärung und Behandlung, suchtmedizinische Angebote, ärztliche Notversorgung in der Nacht, Notfallhilfe bei Überdosierungen, präventive und diagnostische Maßnahmen, Krisenintervention, Notübernachtung, lebenspraktische Hilfsangebote wie Duschen, Wäsche waschen, Sprizentauschprogramm, sowie ‚Safer Use‘- und ‚Safer Sex‘-Beratung (Suchthilfe Wien GmbH, 2012). Verschiedene Formen der Behandlung lassen sich entweder ambulant oder stationär durchführen. Zentrale Unterschiede der stationären zur ambulanten Therapie sind, dass der Patient aus seinem sozialen Umfeld herausgeholt wird und meistens die Abstinenz sowie die Eigenverantwortung der Lebensgestaltung das Behandlungsziel darstellen (Köchl & Jagsch, 2009). Die ambulante Behandlung macht es möglich, die erlernten Verhaltensweisen im sozialen Umfeld zu erproben (Haas et al., 2007). Diese Hilfsmöglichkeiten stellen das Spektrum der sogenannten gesundheitsbezogenen Maßnahmen dar, mit denen die Justiz arbeitet. Im Rahmen dieser Arbeit werden die Begriffe ‚Behandlung‘ und ‚Therapie‘ synonym verwendet.

Die Anwendung der gesundheitsbezogenen Maßnahmen wird durch die verschiedenen Paragraphen des Suchtmittelgesetzes geregelt. Die Angebote von Betreuung und Behandlung sind stufenartig aufgebaut, sodass die individuelle Bedürfnissebene berücksichtigt werden kann. Die niedrigste Stufe stellt die Intervention der Gesundheitsbehörde dar, bei der jede als drogenabhängig oder behandlungsbedürftig definierte Person dazu verpflichtet ist, eine Behandlung zu beginnen. Als nächste Stufe können bereits strafrechtliche Maßnahmen und Auflagen ergriffen werden. Darunter beispielsweise die Zurücklegung einer Anzeige, der Aufschub einer Strafverfolgung oder eines Strafverfahrens in Verbindung mit einer Auflage zur Betreuung und medizinischen Kontrolle. Des Weiteren sind bedingte Strafen verbunden

mit Weisungen zur Behandlung möglich. Die nächste Stufe umfasst die unbedingte Freiheitsstrafe. Im Rahmen einer Substanzabhängigkeit kann diese durch die Regelung des § 39 SMG bis zu zwei Jahre aufgeschoben werden, in denen der Betroffene die Möglichkeit zur Behandlung hat. Die höchste Stufe regelt der § 22 des Strafgesetzbuches, der eine Zwangsbehandlung nach sich zieht. Die betroffene Person wird vom Gericht zur Unterbringung in eine Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher verurteilt (Bachner-Foregger, 2012; Gegenhuber, 2008; Litzka et al., 2009). Die vorliegende Arbeit setzt den Fokus auf den mittleren Bereich der ausgeführten Stufen, die eine Weisung zur Behandlung und einen Strafaufschub beinhalten. In Kapitel 3.2 werden die betreffenden Paragraphen ausführlicher dargestellt

### 3.1 Substanzkonsum und Kriminalität

Heckmann et al. (2003) weisen auf den Drogenkonsum per se als kriminelles Verhalten und auf die Steigerung der Neigung und Ausübung kriminellen Verhaltens mit erhöhtem Konsum von Drogen hin. Dabei unterscheiden sich die Geschlechter dahingehend, dass Frauen bei ihrer ersten Strafverfahren häufiger des Drogenbesitzes beschuldigt werden, während Männer sich bereits des Handels, der Verbreitung, des Diebstahls und Raubs schuldig machen. Wobei im Allgemeinen davon ausgegangen wird, dass Frauen seltener angeklagt werden und mildere Strafen erhalten (Hedrich, 1992).

Gegenhuber und Kollegen (2009) haben kriminelles Verhalten in einer Studie über die Patientenstruktur und Motivationslage bei *Therapie statt Strafe* für drogenabhängige Straftäter untersucht. In der Studie mit 150 Befragten, die eine Behandlung ihrer Drogenabhängigkeit anfangen, davon ein Drittel mit richterlicher Weisung, gaben 92.0% an, bereits einmal eine kriminelle Handlung in ihrem Leben begangen zu haben. Im durchschnittlichen Alter von 17 Jahren wurde das erste Delikt begangen, wobei bei etwa 75.0% das Drogenerstkonsumalter zeitlich davor lag. Bei der Mehrheit von 85.7% war das Motiv der zuletzt begangenen Straftat die Beschaffung von Drogen oder Geld.

Dass es einen Zusammenhang von häufigem Substanzkonsum und Kriminalität gibt, konnte in vielen Studien bestätigt werden (vgl. Anglin & Speckart, 1988; Best et al., 2001; Daley et al., 2000; Gegenhuber et al., 2009; Marshall & Hser, 2002; Patterson, Lennings, & Davey, 2000; Welte, Zhang, & Wieczorek, 2001). Dieser Zusammenhang zeigte sich länderübergreifend, wie beispielsweise in Österreich, der Schweiz, Großbritannien und Holland (Stevens et al., 2003). Ebenso konnte ein Vergleich von englischer, französischer, deutscher, holländischer und italienischer Literatur einen Zusammenhang zwischen Substanzmissbrauch und Kriminalität aufzeigen (Stevens et

al., 2005). Es wird angenommen, dass sich Drogenkonsum und Kriminalität wechselseitig verstärken und somit aufrechterhalten. Ebenfalls auffällig sind kriminelle Muster, die mit dem Konsum bestimmter Substanzen auftauchen. So stehen der Konsum von Heroin häufig mit Eigentumsdelikten und der Konsum von Kokain oder Amphetaminen mit Gewaltdelikten in Zusammenhang (McBride & McCoy, 1993). Der Konsum von Marihuana oder Cannabis wird hingegen kaum mit kriminellen Verhalten verbunden (Reiss & Roth, 1993). Wenn man den prozentualen Anteil von Drogenkonsumenten in der europäischen Allgemeinbevölkerung mit jenem in den Vollzugsanstalten vergleicht, so ist der Anteil in den Einrichtungen deutlich höher (Köchel & Jagsch, 2009).

Im Rahmen der Diskussion zur Frage der Kausalität zwischen Drogenkonsum und Kriminalität wurden verschiedene Ansätze und Theorien aus beispielsweise biologischen oder sozialen Richtungen aufgestellt. Die theoretischen Ansätze der Beschaffungskriminalität und der kriminellen Handlungen zur Finanzierung des Konsums sind naheliegend. Ein eher biologischer Ansatz nimmt an, dass kriminelles Verhalten durch kognitive Veränderungen des Gehirns begünstigt wird, welche durch den Drogenkonsum bedingt sind (Stevens et al., 2003). Eine in der Literatur vertretene Theorie sieht eine Förderung von Gewalt und Kriminalität durch den illegalen Markt, welcher durch die Prohibition von Drogen entstanden ist (Stevens et al., 2003). Eine andere Zugangsweise vermutet, dass das durch die Kriminalität entsprechend hohe Einkommen einer Person es dieser finanziell erlaubt, Drogen zu konsumieren (Stevens et al., 2003). Als letzter Erklärungsansatz sei noch eine Theorie erwähnt, bei der angenommen wird, dass kriminelles Verhalten durch den Kontakt mit einer Subkultur gefördert wird, der durch den Konsum von Drogen zustande kommt (Newcomb, Galaif, & Carmona, 2001).

### 3.2 Therapie statt Strafe und Quasi-Zwangsbearbeitung

Das Programm *Therapie statt Strafe* entstand aus dem Verständnis heraus, dass Rechtsbrecher mit einer Abhängigkeitsproblematik eine besondere Gruppe innerhalb des Rechtssystems darstellen, die nicht mit den üblichen Mitteln der Justiz zur Straffreiheit zu führen ist. Diese Gruppe zeichnet sich durch medizinische, psychische und soziale Probleme aus (Jusline Österreich, 2012), die einer besonderen Behandlung bedürfen. Nicht nur Österreich, sondern auch andere Länder wie die USA, die Niederlande und Großbritannien, aber auch Italien, Spanien oder Deutschland haben diese Problematik erkannt und Möglichkeiten implementiert, die dem Programm *Therapie statt Strafe* ähnlich sind (Stevens et al., 2005). Seit 1998 regelt in Österreich der § 39 SMG die Möglichkeit zur *Therapie statt Strafe* im Sinne eines Strafaufschubs (Litzka, Matzka, &

Zeder, 2009), der bei einer verhängten Geldstrafe oder einer nicht über drei Jahre hinausgehenden Freiheitsstrafe zur Anwendung kommen kann, wenn (Bundeskanzleramt Österreich, 2012)

1. der Verurteilte an Suchtmittel gewöhnt ist und sich bereit erklärt, sich einer notwendigen und zweckmäßigen, ihm nach den Umständen möglichen und zumutbaren und nicht offenbar aussichtslosen gesundheitsbezogenen Maßnahme, gegebenenfalls einschließlich einer bis zu sechs Monate dauernden stationären Aufnahme, zu unterziehen, und
2. im Fall der Verurteilung zu einer 18 Monate übersteigenden Freiheitsstrafe wegen einer Straftat, die mit der Beschaffung von Suchtmitteln in Zusammenhang steht, der Vollzug der Freiheitsstrafe nicht im Hinblick auf die Gefährlichkeit des Täters geboten erscheint, insbesondere weil die Verurteilung wegen Straftaten erfolgt ist, die unter Anwendung erheblicher Gewalt gegen Personen begangen worden sind (Suchtmittelgesetz).

Dabei ist ein Strafaufschub von bis zu zwei Jahren möglich, in dem die Behandlung anzutreten ist. Die gesundheitsbezogene Maßnahme als Alternative zur Verbüßung einer Haftstrafe bietet den Klienten ein differenziertes Behandlungsangebot, die als Weisung zur ambulanten oder stationären Behandlung vollzogen werden kann (Köchler & Jagsch, 2009). Zentral dabei sind die ärztliche Überwachung und Behandlung, die Entzugs- und Substitutionsbehandlung, die klinisch-psychologische Betreuung, Beratung und Behandlung, die psychosoziale Betreuung und Beratung sowie die Psychotherapie (Bundeskanzleramt Österreich, 2012; Dittrich et al., 2003; Gegenhuber et al., 2009; Höld, 2007; Köchler & Jagsch, 2009), mit dem Ziel Gesundheitsrisiken und Kriminalität des Betroffenen zu verringern (Köchler & Jagsch, 2009). Nach erfolgreicher Absolvierung ist die unbedingte Geld- oder Haftstrafe vom Gericht in eine bedingte Haftstrafe mit Probezeit umzuwandeln (Bundeskanzleramt Österreich, 2012; Dittrich et al., 2003; Gegenhuber et al., 2009).

Zur Anwendung des Prinzips *Therapie statt Strafe* gibt es noch weitere strafrechtliche Bestimmungen in den §§ 35 bis 41 SMG (Litzka et al., 2009): den vorläufigen Rücktritt von der Verfolgung regelt § 35. Paragraph 36 bestimmt die Überwachung der gesundheitsbezogenen Maßnahme und die Durchführung der Bewährungshilfe. Durch die Anwendung des § 37 kann ein Verfahren vorläufig eingestellt

werden. Der § 38 regelt die nachträgliche Fortsetzung eines Strafverfahrens, den endgültigen Rücktritt von einer Verfolgung sowie die endgültige Einstellung eines Strafverfahrens. Eine nachträglich bedingte Strafnachsicht oder ein Absehen vom Widerruf können mit dem § 40 angeordnet werden. Kommt es zu einer Behandlung des Betroffenen, kann dieser die Kosten meist nicht selbst tragen. Paragraph 41 beinhaltet die Kostenübernahme durch den Bund für die gesundheitsbezogene Maßnahme (Litzka et al., 2009).

Voraussetzung für die Anwendung des § 39 SMG ist die durch einen gerichtlich beauftragten Sachverständigen der Psychiatrie oder klinischen Psychologie bestätigte Notwendigkeit und die beim Straftäter festgestellte vorhandene Motivation und Einwilligung zur Durchführung der Behandlung (Dittrich et al., 2003; Drogenberatung Steiermark, 2012; Köchl & Jagsch, 2009). Kommt bei einem Betroffenen der § 39 SMG nach seiner Einwilligung zur Anwendung, steht dieser unter andauernd ausgeübtem justiziellen Druck, in der Behandlung zu verbleiben (Dittrich et al., 2003; Gegenhuber et al., 2009; Köchl & Jagsch, 2009). Daraus ergibt sich die Bezeichnung der sogenannten Quasi-Zwangsbehandlung, da trotz des justiziellen Zwangs eine Wahlmöglichkeit besteht. Im Allgemeinen kann man bei Menschen mit einer Abhängigkeitsproblematik, die eine Behandlung in Anspruch nehmen und durchführen, vier Kategorien von ausgeübten Zwängen unterscheiden: justizielle, soziale, körperliche/ emotionale und therapeutische Zwänge (Bühringer, Herbst, Kaplan, & Platt, 1989).

In dieser Diplomarbeit wird der Fokus auf den vorhandenen justiziellen Zwang der Klienten durch die richterliche Weisung gelegt. Dabei wird allerdings das Vorhandensein anderer Kategorien nicht ausgeschlossen. Oft wurde diskutiert, ob durch den Quasi-Zwang eine derartige Behandlung erfolgreich sein kann (vgl. Cahill et al., 2003; DiClemente, Bellino, & Neavings, 1999). Werdenich und Wagner (1998) nehmen jedoch an, dass selbst bei minimaler Entscheidungsmöglichkeit, wie im Fall der Wahl zwischen Freiheitsentzug oder Therapie, die Behandlung auch erfolgreich sein kann. Jedoch müssen die Wahlmöglichkeiten offen angesprochen und genau definiert werden.

In einer europäischen Studie wurden Personen mit einer gerichtlichen Auflage zur Behandlung (*quasi-compulsory treatment*, QCT) und Personen, die freiwillig eine Behandlung in Anspruch nahmen, verglichen. Es gab vier Testzeitpunkte: zu Beginn der Behandlung und sechs, 12 beziehungsweise 18 Monate nach Behandlungsbeginn. In beiden Gruppen zeigte sich eine Reduktion des Substanzmissbrauchs und der Kriminalität, eine Verbesserung der Gesundheit und Arbeitssituation. Die Autoren schließen daraus, dass QCT genauso erfolgreich wie eine freiwillige Behandlung ist. Bei der Gruppe mit QCT zeigte sich auch durchgehend ein stärkeres Zwangsgefühl, das heißt externer Druck (Schaub et al., 2010). Diese Ergebnisse decken sich mit einer

früheren Studie (Sweeney, Stevens, Hunt, & Turnbull, 2007), in der der Vergleich von QCT und einer Kontrollgruppe aus freiwilligen Therapieanfängern ebenfalls in beiden Gruppen eine Reduktion des Substanzmissbrauchs und des kriminellen Verhaltens sowie eine Verbesserung der mentalen Gesundheit ergab. Auch der Vergleich von französischen, deutschen, holländischen und italienischen Studien mit englischen Studien ergab, dass QCT keine schlechteren Erfolge aufweist als in freiwilligen Therapien (Stevens et al., 2005). Den Zusammenhang zwischen Fremdmotivation oder externen Druck und Abbruchquote wird anhand verschiedener Studien in der Arbeit von Heckmann und Kollegen (2003) diskutiert. Dabei zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen der Fremdmotivation beziehungsweise dem externen Zwang und der Abbruchquote. Coon und Kollegen (1998) thematisieren in ihrer Studie die schwierige Erreichbarkeit einer Stichprobe im Rahmen einer Katamneseuntersuchung mit mehreren Testzeitpunkten.

### 3.3 Das Schweizer Haus Hadersdorf

In den letzten Jahren entwickelte sich der Trend weg von der stationären Langzeittherapie hin zu einer stationären Kurzzeittherapie, ambulanten Psychotherapie, Drogenberatung und Substitutionstherapie (Dittrich et al., 2003). Das Schweizer Haus Hadersdorf (SHH), in welchem die Studie durchgeführt wurde, bietet seinen rund 35 Patienten eine stationäre, dezentrale und ambulante Betreuung an. Gegründet wurde das SHH im Jahr 1977 vom Verein Wobes und dem Evangelischen Waisenversorgungsverein. Das SSH ist eine gemäß § 15 SMG anerkannte Einrichtung (Schweizer Haus Hadersdorf, 2012). Der § 15 SMG regelt die Voraussetzungen für die Anwendbarkeit der Therapie statt Strafe und lautet wie folgt (Bundeskanzleramt Österreich, 2012):

(1) Die Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend hat [...] für die Durchführung gesundheitsbezogener Maßnahmen im Hinblick auf Suchtgiftmissbrauch gemäß den §§ 11, 12, 35, 37 und 39 dieses Bundesgesetzes dafür zur Verfügung stehende Einrichtungen und Vereinigungen in ausreichender Zahl im Bundesgesetzblatt kundzumachen.

(2) Einrichtungen und Vereinigungen gemäß Abs. 1 müssen

1. bei ihrer Behandlungs-, Beratungs- und Betreuungstätigkeit im Rahmen von Maßnahmen [...] die Abstinenz von Suchtgift und die soziale Reintegration des Suchtkranken zum Ziel haben,

2. über einen mit Fragen des Suchtgiftmisbrauchs hinreichend vertrauten Arzt verfügen und

3. nach Maßgabe ihres Betreuungsangebots [...] entsprechend qualifiziertes und mit Fragen des Suchtgiftmisbrauchs hinreichend vertrautes Personal sicherstellen.

(3) Einrichtungen und Vereinigungen [...] haben der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend Unterlagen über ihr Betreuungsangebot vorzulegen und eine Besichtigung an Ort und Stelle zu gestatten.

(4) Jede Änderung [...] ist der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend unverzüglich anzuzeigen.

(5) Die in Einrichtungen und Vereinigungen gemäß Abs. 1 beschäftigten Personen sind [...] zur Verschwiegenheit über das, was ihnen im Rahmen dieser Tätigkeit bekannt geworden ist, verpflichtet. Im Falle von Maßnahmen [...] sind auf Verlangen des Betreuten Bestätigungen über Beginn und Verlauf der gesundheitsbezogenen Maßnahme unverzüglich auszustellen [...].

(6) Die Einrichtungen und Vereinigungen [...] haben ihre Tätigkeit laufend zu dokumentieren und der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend [...] einen schriftlichen Bericht über ihre Tätigkeit während des Vorjahres vorzulegen.

(7) Die Einrichtungen und Vereinigungen [...] haben Personen, die ihre Tätigkeit in Anspruch nehmen, über bestehende Beratungs- und Betreuungseinrichtungen im Hinblick auf AIDS zu informieren (Suchtmittelgesetz).

Durch die Behandlung im SSH sollen die Klienten drogenabstinent und resozialisiert werden, mit dem Ziel, nach der Behandlung ein selbstständiges Leben ohne Drogen zu führen. Diese Ziele sollen durch Beratung, ärztliche Behandlung und kurz- sowie mittelfristige Therapien erreicht werden. Den Patienten steht dabei ein multiprofessionelles Team aus Ärzten, Sozialarbeitern, Psychotherapeuten, klinischen Psychologen und Arbeitstherapeuten zur Verfügung. Das Angebot im SSH umfasst Gruppen- und Einzeltherapie, Arbeitstherapie und Arbeitstraining, Erwerb von Alltagskompetenzen, Lern- und Ausbildungsmöglichkeiten, Sport- und Freizeitaktivitäten, kleine Wohngruppen, ärztliche Betreuung und Gesundheitsberatung, Substitution,

intensive therapeutische und sozialarbeiterische Nachbetreuung sowie ambulante Therapien.

Die Behandlung gliedert sich in vier Phasen (Schweizer Haus Hadersdorf, 2012):

□ *Einstiegsphase*: In dieser Phase wird die Bereitschaft zur therapeutischen Arbeit abgeklärt und entwickelt. Es finden regelmäßige Kontrollen statt, psychologische Tests werden durchgeführt und der Behandlungsablauf wird geplant. Diese Phase dauert ein bis zwei Monate.

□ *Stationäre Behandlungsphase*: In dieser Phase beginnt das Therapieprogramm und arbeitstherapeutische Trainings. Die Dauer liegt zwischen vier und sechs Monaten.

Folgender Tagesablauf ist vorgesehen:

07.30 Frühstück

08.30 Morgenrunde

09:00 Arbeitstherapie (Kreativwerkstatt, Küche und Haus, Tischlerei, Gartenbau und Parkpflege, Renovierungen und Projekte, PC-Kurs mit Zertifizierung, Übungsfirma, Patientenzeitung)

12:00 Mittagspause

13:00 Arbeitstherapie

16:00 Psychotherapie/Freizeit (Sport, Erlebnispädagogik, Freizeitaktivitäten, Musikgruppe, Urlaubswochen)

18:00 Abendessen

22:00 Nachtruhe

□ *Übergangs- und Orientierungsphase*: Diese Phase findet parallel zur laufenden Therapie statt. In Zusammenarbeit des Teams mit dem Klienten wird der weitere Verlauf der Behandlung geplant. Diese Phase wird auch als erweitert stationäre Phase bezeichnet.

□ *Dezentrale Phase*: In dieser Phase leben die Patienten in betreuten Wohngruppen. Es erfolgt eine Fortführung der Arbeitsprojekte, der sozialarbeiterischen Betreuung, der medizinischen Versorgung und der Therapie. Diese Phase dauert weitere sechs Monate.

Neben dem regulären Durchlaufen der drei Hauptphasen ist auch ein Quereinstieg in die dezentrale oder ambulante Phase möglich sowie der flexible Wechsel aller Settings je nach Bedarf. Nach Beendigung der Therapie sollen die Patienten in eine normale Wohnsituation wechseln und ein Arbeitsverhältnis aufnehmen. Dabei können sie auch weiterhin ambulant betreut werden. Bei substanzbezogenen Rückfällen sieht das SHH keine Bestrafungen vor, sondern begegnet dem Klienten mit Unterstützung (Schweizer Haus Hadersdorf, 2012).

## 4 Sozialpsychologische Konstrukte

Die sozialpsychologischen Konstrukte der Selbstwirksamkeitserwartung und des Selbstkonzepts wurden in verschiedenen Modellen und Theorien als wichtige Faktoren für die Erklärung von Behandlungserfolgen erkannt. Daher werden diese Konstrukte näher beleuchtet und ihre Rolle im Rahmen von Abhängigkeitserkrankungen und Quasi-Zwangsbehandlung erläutert.

### 4.1 Selbstkonzept

Die Untersuchung des *Selbst* begann 1890 mit William James (zitiert nach Zimbardo & Gerrig, 2004, S. 633; Hannover, 1997, S. 6), welcher das materielle, soziale und spirituelle *Ich* als zentrale Komponenten der Erfahrung des *Selbst* identifizierte, wobei das soziale *Ich* je nach Abhängigkeit von Normen und Verhaltenserwartungen in unterschiedlichen Facetten auftreten kann. In psychoanalytischen Theorien Sigmund Freuds nahm die Selbst-Erkenntnis eine Stellung im Heilungsprozess ein. Für die Entwicklung des *Selbst* forderte Gustav Jung die Integration und Akzeptanz aller bewussten und unbewussten Lebensaspekte (Zimbardo & Gerrig, 2004).

Nach der heutigen Definition beinhaltet das Selbstkonzept Entwürfe des Individuums über sich selbst (Oerter, Altgassen, & Kliegel, 2011) und bildet die Fähigkeiten und Eigenschaften einer Person über sich selbst im mentalen Modell ab. Das Selbstkonzept als dynamische Struktur motiviert, interpretiert, strukturiert, vermittelt und reguliert intra- und interpersonale Verhaltensweisen und Prozesse. Es besteht aus Komponenten wie den Erinnerungen an sich selbst, Vorstellungen vom idealen *Selbst* und mehreren möglichen *Selbst* sowie Überzeugungen über Eigenschaften, Motive, Werte und Fähigkeiten. Des Weiteren sind positive und negative Überzeugungen der eigenen Person und Überzeugungen der Meinung anderer Menschen über die eigene Person zugehörig. Solche Selbstschemata ermöglichen es, Informationen über sich selbst und andere zu strukturieren, zu verarbeiten und zu interpretieren (Zimbardo & Gerrig, 2004). Das Selbstkonzept wird deshalb als dynamisch angesehen, da das flexible Wechseln zwischen multiplen Selbstkonzepten zu bestimmten Zeitpunkten möglich ist (Hannover, 1997). Die Entwicklung des Selbstkonzepts erfolgt im Lauf des Lebens einer Person durch Interaktion und sozialen Vergleich mit bedeutsamen Anderen (Deusinger, 1986).

Nach Deusinger (1986) können vier Bereiche des *Selbst* unterschieden werden: der Leistungsbereich, die allgemeine Selbstwertschätzung, die Stimmung und Sensibilität

sowie der psychosoziale Bereich. Diese Bereiche lassen sich wiederum in weitere Selbstkonzepte aufteilen, die sich auf alltägliche Überlegungen, Gedanken, Bewertungen, Stimmungen, Gefühle, Befindlichkeiten und alltägliches Verhalten beziehen. Der Leistungsbereich kann in Selbstkonzepte der allgemeinen Leistungsfähigkeit, der Problembewältigung und der Verhaltens- und Entscheidungssicherheit unterteilt werden. Die allgemeine Selbstwertschätzung ergibt sich aus dem Selbstkonzept des allgemeinen Selbstwerts, der Stimmung und Sensibilität aus dem Selbstkonzept der eigenen Empfindlichkeit und Gestimmtheit. Die Selbstkonzepte der eigenen Standfestigkeit gegenüber Gruppen und bedeutsamen Anderen, der eigenen Kontakt- und Umgangsfähigkeit, der Wertschätzung durch andere, der Irritierbarkeit durch andere und der Gefühle und Beziehungen zu Anderen ergeben den psychosozialen Bereich.

Eine geringere psychische Stabilität und eine geringere positive Ausprägung des Selbstkonzepts werden Personen mit einer Abhängigkeitsproblematik zugeschrieben. Zudem werden sie als unsicher und bei der Bewältigung von Problemen als weniger fähig beschrieben. Diese zugeschriebene geringere psychische Stabilität, der ungünstige Selbstwert sowie die ungünstige Selbstwahrnehmung unterscheiden Patienten mit einer Abhängigkeitsproblematik von der Normalpopulation bezüglich des Selbstkonzepts (Deusinger, 1986). Diese Annahmen wurden oft im Rahmen der Abhängigkeitsproblematik bei Alkoholikern untersucht, seltener bei Personen mit einer Problematik im Bereich der illegalen Substanzen. Bei alkoholabhängigen Personen zeigten die Selbstbeurteilungen der Leistungsfähigkeit, der allgemeinen Selbstwertschätzung und des psychosozialen Bereichs niedrigere Werte im Vergleich zu Personen aus der Kontrollgruppe (Deusinger, 1986). Bei delinquenten Personen wird angenommen, dass ihr Selbstkonzept eher einem sozial unerwünschten Bild entspricht, somit als negatives Selbstkonzept beschrieben und als Voraussetzung für Delinquenz gesehen werden kann (Reckless, 1961). Entgegen dieser Annahme untersuchte Deusinger (1986) 235 Strafgefangene und 169 straffreie Personen und es zeigte sich, dass auch delinquente Personen ein positives Selbstkonzept im Sinne von sozial erwünschten Merkmalen aufweisen. In einer anderen Studie konnte bei 81 alkoholabhängigen Patienten im Rahmen einer zehnwöchigen stationären Behandlung eine Zunahme des Selbstkonzepts beobachtet werden. Ebenso zeigte sich, dass ein positives Selbstkonzept als signifikanter Prädiktor für die Abstinenz nach einem Jahr gelten kann (Zingg, 2010). Dass das Selbstkonzept bei dauerhaft abstinenten Patienten positiver ausgeprägt ist, zeigte sich in einer Studie, in welcher 25 kurzfristig und 22 langfristig abstinente, männliche und alkoholabhängige Patienten miteinander verglichen wurden (Warnecke, 1988). Eine weitere Studie bestätigt den positiven Zusammenhang zwischen dem über den Behandlungsverlauf zunehmend positiven Selbstkonzept und der Abstinenz sechs

Monate nach Beendigung einer Behandlung. Dieser Zusammenhang wurde bei 70 Personen mit einer Alkoholabhängigkeit beobachtet, welche stationär behandelt wurden (Fäh, Sieber, & Uchtenhagen, 1991). In einer Untersuchung mit 693 substanzabhängigen schwangeren Frauen war ein positiver Zusammenhang zwischen einem positiven Selbstkonzept und der Beendigung des Substanzkonsums zu erkennen sowie eine höhere Bereitschaft zur pränatalen Vorsorge (Massey et al., 2012).

## 4.2 Selbstwirksamkeitserwartung

Bandura (1997) formulierte in seiner sozial-kognitiven Theorie verschiedene Bausteine, die durch subjektive Überzeugungen gesteuert werden. Zu diesen Bausteinen gehören kognitive, motivationale, emotionale und aktionale Prozesse. Die subjektiven Überzeugungen betreffen Handlungs-Ergebnis-Erwartungen und Konsequenz-erwartungen sowie die Selbstwirksamkeitserwartungen und die Kompetenz-überzeugungen. Laut Schwarzer (2004) stellt die Selbstwirksamkeitserwartung eine subjektive Gewissheit dar, die durch die Wahrnehmung der eigenen Kompetenzen gebildet wird. Die subjektive Gewissheit bezieht sich auf die Bewältigung neuer oder schwieriger Aufgaben auf Grund der Wahrnehmung der eigenen Kompetenzen. Aber auch auf die Aneignung entsprechender Fähigkeiten für die Bewältigung und weiterführend auf die Ausführung von Verhalten, das in schwierigen Situationen zu einem Erfolg führt. Für den Erwerb von Kompetenzerwartung, die die gleiche Bedeutung wie die Selbstwirksamkeitserwartung hat (Bandura, 1997; Schwarzer, 2004; Trimmel, 2003), gibt es nach Bandura (1997) vier Quellen. Zum einen die direkt erworbene Erfahrung wie Erfolg oder Misserfolg. Dann die indirekt stellvertretende Erfahrung wie Lernen durch Beobachten sowie des Weiteren die sogenannte symbolische Erfahrung wie Aussagen anderer, Fremdbewertungen oder Selbstinstruktion und zuletzt die Wahrnehmung eigener Emotionen als Informationslieferanten über die eigene Befindlichkeit (Schwarzer, 2004; Trimmel, 2003).

Um die Selbstwirksamkeitserwartung wahrnehmen zu können, muss man dazu imstande sein, seine eigenen Handlungsmöglichkeiten einzuschätzen (Schwarzer, 2004). Durch die Auswahl von Handlungen, die eingebrachte Anstrengung zur Erreichung eines Zieles, die Ausdauerfähigkeit bei Schwierigkeiten und Barrieren sowie auch indirekt durch den Handlungserfolg wird die Selbstwirksamkeitserwartung einer Person beeinflusst (Schwarzer & Jerusalem, 1999). Dieses Konstrukt ist eine wichtige Komponente für die eigene psychische Stabilität und die Lebensbewältigung. Eine niedrig ausgeprägte Selbstwirksamkeitserwartung kann zur Erklärung psychischer Probleme und Störungen beitragen und ist als Risikofaktor zu betrachten. Wenn man sich selbst die Bewältigung

einer Situation aus eigener Kraft nicht zutraut, kann dies zu Angst und Vermeidungsverhalten führen (Pinquart, 2011).

Auch für die Selbstwirksamkeitserwartung gibt es in den letzten Jahren viele Publikationen zu Abhängigkeitsproblematiken bei Alkohol und Nikotin und weniger bei illegalen Substanzen. Ganz allgemein spielt im Rahmen von Behandlungskonzepten die Selbstwirksamkeitserwartung eine wichtige Rolle für die Veränderungsbereitschaft. Der Klient muss von der Bewältigung der Veränderungsprozesse überzeugt sein, um erste Schritte in diese Richtung zu tun (Küfner & Metzner, 2011). Die sozial-kognitive Theorie von Bandura (1997) sieht die Selbstwirksamkeitserwartung als wichtigen Teil zur Erklärung von Behandlungserfolgen. In einer Studie zeigte sich, dass die Selbstwirksamkeitserwartung bei Klienten mit erfolgreichem Abschluss einer *Therapie statt Strafe* ausgeprägter ist als bei Klienten mit Therapieabbruch beziehungsweise bei Klienten mit einem Rückfall (Heckmann et al., 2003). In einer weiteren Studie zeigte sich ein Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeitserwartung und Abstinenz bei substanzabhängigen Personen (Coon et al., 1998). Es wurden Klienten einer abstinenzorientierten Therapie zu Beginn, bei Entlassung und einen Monat nach Beendigung der Behandlung hinsichtlich ihrer Selbstwirksamkeitserwartung untersucht. Dabei zeigte sich, dass die Selbstwirksamkeitserwartung im Laufe der Behandlung anstieg. Die höchsten Werte erlangten Klienten, deren Abstinenz einem Monat nach der Beendigung immer noch anhielt, im Vergleich zu solchen, die einen gelegentlichen Konsum angaben. In einer weiteren Studie zeigte sich nicht nur ein negativer Zusammenhang zwischen der Rückfälligkeit und der Selbstwirksamkeitserwartung bei 104 alkoholabhängigen Teilnehmern einer Follow-Up-Studie, sondern auch die steigende Veränderungsbereitschaft bei hoher Selbstwirksamkeitserwartung (Jenko, 2008). In einer weiteren Studie konnte aufgezeigt werden, dass 24 Monate nach Abschluss einer Behandlung zur Bekämpfung von Alkoholabhängigkeit die Selbstwirksamkeitserwartung für diejenigen Personen am höchsten ausgeprägt war, die eine stationäre Kurzzeittherapie absolviert hatten (Zingg et al., 2009).

## 5 Behandlungsmotivation

Neben der Selbstwirksamkeitserwartung spielt auch die Behandlungsmotivation eine wichtige Rolle für die Bereitschaft zur Behandlung (Küfner & Metzner, 2011; Rief, Exner, & Martin, 2006). Für dieses Konstrukt gab es im Laufe der letzten Jahrzehnte wechselnde Ansätze, Definitionen und Theorien. Meichenbaum und Turk (1994) bezeichnen Therapiemotivation 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 der Behandlung (S. 15).

Dabei ist es wichtig, dass der Klient eine aktive Rolle im Behandlungsprozess einnimmt und bereit ist mitzuwirken. Das Konstrukt Therapiemotivation wird demnach als ein komplexes, dynamisches Phänomen gesehen, das sich immer verändern kann. Als Determinanten der Therapiemotivation gelten Persönlichkeitsmerkmale des Klienten, die Therapeut-Klient-Beziehung, Charakteristika der Behandlung, die vorliegende Diagnose und das klinische Setting. Diese Determinanten sind jedoch nicht voneinander unabhängig, vielmehr überlappen sie sich (Meichenbaum & Turk, 1994).

Eine weitere Unterscheidung kann zwischen Behandlungsmotivation und Veränderungsmotivation getroffen werden (Rief et al., 2006). Bei der Behandlungsmotivation entscheidet der Klient, ob er an der Behandlung teilnehmen beziehungsweise diese fortsetzen möchte. Auch umfasst die Behandlungsmotivation Verhaltensweisen wie „Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung, Bereitschaft zur längerfristigen Mitarbeit im Rahmen einer Psychotherapie, regelmäßiges und pünktliches Erscheinen, Offenheit und Vertrauen im Kontakt mit dem Psychotherapeuten [...]“ (Rief et al., 2006, S. 104). Bei der Veränderungsmotivation geht es darum, welche Verhaltensweisen und Einstellungen der Klient ändern möchte. Die Entscheidung ist von vielen beeinflussenden Faktoren wie beispielsweise dem „Leidensdruck durch die Erkrankung, Robustheit pathologischer Verhaltensweisen, krankheitsaufrechterhaltende Bedingungen, Erwartungen bezüglich positiver und negativer Veränderungen durch therapeutische Besserung [...]“ abhängig (Rief et al., 2006, S. 104).

Das klassische Modell zur Behandlungsmotivation, welches in seinem Grundgedanken auf Freud zurückgeht, wurde schon vielfach weiterentwickelt und hat weite Verbreitung gefunden. Im Wesentlichen wird Behandlungsmotivation als das Gegensatzpaar von Leidensdruck versus Krankheitsgewinn umschrieben, zwei entgegengesetzt wirkenden Bestrebungen. Häufig wird der Leidensdruck als motivationsfördernde Komponente gesehen. Zwar hat sich dieses Modell in der Praxis mehrfach bewährt, jedoch gibt es bestimmte Patientengruppen, für welche dieses Modell nicht geeignet ist. Unter anderem sind das jene Gruppen von Suchtpatienten (Petry, 1993) und straffälligen Personen (Rauchfleisch, 2003), für welche dieses klassische Modell als unangemessen kritisiert und auch als ungeeignet empirisch belegt wurde (Dahle, 2003).

Die größte Belastung in der klinischen Praxis ist die fehlende Behandlungsmotivation, welche überwiegend bei sozialen Randgruppen mit niedrigem Bildungsstand auftritt (Gegenhuber, 2008; Gegenhuber et al., 2009; Meichenbaum & Turk, 1994). Jedoch muss eine mangelnde Therapiemotivation nicht automatisch eine negative Bedeutung haben. Meist sind es die anfangs oft wiederholt erfolglosen Versuche des Klienten, die Kontrolle über die Erkrankung und Behandlung zu gewinnen, welche zu mangelnder Motivation führen (Meichenbaum & Turk, 1994).

Im forensischen Bereich können klassische Handlungsmotive für eine Behandlung nicht vorausgesetzt werden. Dazu zählen beispielsweise die subjektive Wichtigkeit der möglichen Linderung des Leidens, die Hoffnung, in der Behandlung eine geeignete Strategie zur Erreichung der Ziele zu entwickeln, die Überzeugung nicht über nötige Kompetenzen und Möglichkeiten zur Umsetzung zu verfügen sowie die geringe Erwartung, das Ziel auf einem anderen Weg erreichen zu können. Das Hervorrufen von Reaktanz durch die eingeschränkte Wahlfreiheit beziehungsweise durch die Wahrnehmung von Freiheitsbeschränkung darf bei der Umsetzung des Prinzips *Therapie statt Strafe* ebenfalls nicht vergessen werden. Eine motivationsfördernde Komponente im forensischen Bereich ist die Hoffnung der positiven Auswirkung der Therapie und die dadurch erreichte Sanktionserleichterung (Dahle, 1998).

In der Behandlungsmotivation bei Abhängigkeitserkrankungen lassen sich drei verschiedene Bausteine unterscheiden. Zum einen die Behandlungsdisposition, welche aus der subjektiven Auseinandersetzung des Betroffenen mit der schrittweisen Suchtentwicklung resultiert und sich in generalisierten Einstellungs- und Erwartungsstrukturen äußert. Zum anderen die Behandlungsbereitschaft, die eine Bereitwilligkeit des Patienten, ein Angebot anzunehmen darstellt, und zuletzt die Behandlungsaktivität, also das beobachtbare Verhalten der Behandlungsaufnahme und Behandlungsbeendigung (Petry, 1993).

Für den Erfolg einer Behandlung lassen sich drei Indikationskriterien benennen, die auch im forensischen Bereich gelten: Behandlungsbedürftigkeit, Behandlungsfähigkeit und Behandlungsmotivation. Die Therapeut-Klient-Interaktion und der Erfolg einer Behandlung werden wesentlich durch motivationale Faktoren bestimmt. Jedoch kann Behandlungsmotivation auch als ein erstes Ziel in der Therapie benannt werden, welches durch Art, Qualität und Inhalt beeinflusst wird (Dahle, 1998).

In der Forschung scheint neben der Unklarheit über die Definition des Konstrukts Behandlungsmotivation (Drieschner, Lammers, & van der Staak, 2004) jedoch der Zusammenhang zwischen Behandlungsmotivation und -erfolg weitestgehend unumstritten zu sein, da dieser in vielen Studien aufgezeigt werden konnte (vgl. DeLeon & Jainchill, 1986; DeLeon, Melnick, & Hawke, 1999; Leontieva et al., 2003; Simpson & Joe, 1993).

Für die vorliegende Studie wurden Verfahren eingesetzt, die auf zwei Konzepten zur Behandlungsmotivation aufbauen. Die theoretischen Konzepte sind das transtheoretische Modell der Veränderung von Prochaska und DiClemente (1983) und die Konsistenztheorie von Grawe (2000, 2004). Der Bezug zur Abhängigkeitserkrankung und Quasi-Zwangsbehandlung wird in den folgenden Kapiteln dargestellt.

## 5.1 Behandlungsmotivation und Zwang

Stark diskutiert wurde in den letzten Jahrzehnten die Auswirkung des justiziellen Zwangs bei *Therapie statt Strafe* Klienten auf die Behandlungsmotivation und infolge dessen auf den Erfolg einer Therapie. Rotthaus (1998) gibt bei dieser Überlegung zu bedenken, dass auch der Gang zur 'freiwilligen' Therapie nicht immer gänzlich ohne Zwang geschieht. So steht doch zumindest immer der Leidensdruck hinter der Entscheidung zur Behandlung. Weiter gedacht sind es bei den 'freiwilligen' Personen, die eine Behandlung beginnen, meist die Familie, der Partner, die Verwandtschaft, der Arbeitgeber oder der Arzt, die den Klienten zum entscheidenden Schritt veranlassen. So sollte man wohl eher von „unterschiedliche Schattierungen von 'Freiwilligkeit'“ sprechen (Rotthaus, 1998, S. 272), nicht nur beim „freiwilligen“ Beginn einer Behandlung, sondern auch beim Programm *Therapie statt Strafe*. Werdenich und Wagner (1998) gehen soweit, dass man bei solchen fremdbestimmten, durch Sekundärmotivation zustande kommenden Interventionen ebenfalls von einem Zwangskontext im weiteren Sinn ausgehen muss. Die bisherige Forschung konnte weder einen eindeutigen negativen noch positiven Zusammenhang zwischen dem verspürten externen Druck und der Behandlungs- und Veränderungsmotivation nachweisen. Viele Studien ergaben inkonsistente Ergebnisse (vgl. Gregoire & Burke, 2004; Rapp, Li, Siegal, & DeLiberty,

2003; Wild, Cunningham, & Ryan, 2006). In einer Studie konnte dargestellt werden, dass auch Klienten, die freiwillig eine Therapie beginnen, einen gewissen Druck verspüren (Wild, Newton-Taylor, & Alleto, 1998). In der Stichprobe von 300 Drogenabhängigen fühlten sich 37.0% der Freiwilligen unter Druck gesetzt. 35.0% der Klienten mit Therapieaufgabe verspürten hingegen keinen Zwang zur Behandlung. Es konnten verschiedene Prädiktoren für den wahrgenommenen Zwang erkannt werden: das Alter, der Druck von der Familie oder Freunden und der Schweregrad der Abhängigkeit. In einer anderen Studie berichtete die Hälfte der 68 Personen, die freiwillig eine Therapie begannen, von Zwang aus der Familie und von Freunden (McSweeny et al., 2006). Bei einer weiteren Studie fühlten 428 *Therapie statt Strafe* Klienten mehr Druck, aber nicht weniger Motivation als Personen, die freiwillig eine Behandlung begonnen hatten (Stevens et al., 2006).

## 5.2 Das transtheoretische Modell der Veränderung

Seit dem Beginn, die Behandlungsmotivation als veränderbares und prozessabhängiges Phänomen zu sehen (Krause, 1966), der Einteilung von Behandlungsmotivation in verschiedene Bereiche (Veith, 1997), sowie der Definition der Veränderungsmotivation (Gegenhuber, 2008) wurden viele Theorien und Modelle zu diesem Konstrukt aufgestellt. Das transtheoretische Modell der Veränderung (kurz TTM, Prochaska & DiClemente, 1983; Prochaska, DiClemente, & Norcross 1992) ist ein prozessorientiertes Motivationsmodell, welchem im Rahmen der Behandlungsmotivation von Abhängigkeitserkrankungen eine besondere Bedeutung zukommt. Es wurde anfänglich zur Beschreibung der Veränderungsbereitschaft bei der Raucherentwöhnung entwickelt. Im Laufe der Jahre wurde das Modell auf die Motivation, eine Therapie zu beginnen, ausgeweitet und daraufhin in verschiedenen Problembereichen und Disziplinen der Gesundheitspsychologie angewandt. In diesem Modell wird die Verhaltensänderung als ein Prozess betrachtet, bei dem verschiedene *stages of change* (Phasen der Veränderungsbereitschaft) in zeitlicher Abfolge durchlaufen werden. Es zählt damit zu den prozessorientierten Motivationsmodellen. Das Modell wurde von ursprünglich fünf konzipierten Stufen (Prochaska & DiClemente, 1983) auf ein Modell mit vier Stufen weiterentwickelt (McConaughy, DiClemente, Prochaska, & Velicer, 1989; McConaughy, Prochaska, & Velicer, 1983; Prochaska & DiClemente, 1986). In der Forschung wurde jedoch das fünf-stufige Modell für viele Veränderungsbereiche bestätigt (DiClemente et al., 1991; Prochaska & DiClemente, 1992). Die Stadien erlauben eine Vorhersage darüber, wann das problematische Verhalten voraussichtlich geändert wird (Prochaska et al., 1992; Warschburger, 2009).

- Die erste Stufe ist die *Absichtslosigkeit (precontemplation)*. In dieser Phase sind sich Personen ihres Problems noch nicht bewusst und streben daher auch keine Verhaltensänderung an. Es wird von einem Zeitraum von sechs Monaten ausgegangen, in dem noch keine Änderung des Verhaltens stattfindet. Eine Behandlung wird in dieser Phase nur auf Grund externen Drucks, beispielsweise durch den Partner oder Arbeitgeber, begonnen (McConaughy et al., 1983; McConaughy et al., 1989; Prochaska et al., 1992; Warschburger, 2009).
- Die zweite Stufe ist die Phase der *Absichtsbildung (contemplation)*, in der eine Ambivalenz gegenüber dem Problemverhalten besteht. Das Problem ist der Person bewusst und es werden die Vor- und Nachteile einer Verhaltensänderung durchdacht. Zwar werden Verhaltensänderungen innerhalb der nächsten sechs Monate beabsichtigt, jedoch werden keine Handlungen vorgenommen (McConaughy et al., 1983; McConaughy et al., 1989; Prochaska et al., 1992; Warschburger, 2009). In einer Studie von DiClemente und Prochaska (1985) war die Verweildauer in dieser Phase bei dem größten Teil der 200 Raucher am längsten.
- In der dritten Stufe geht es um die *Vorbereitung (preparation)* der Handlung. Wichtige Rollen spielen hier die Intention zur Änderung des Verhaltens und das tatsächliche Verhalten. Oft haben Personen in den letzten Jahren ohne Erfolg versucht, ihr Verhalten zu ändern und fassen nun erneut die Absicht zur Verhaltensänderung innerhalb der nächsten Monate. Es kommt bereits zu kleinen Veränderungen des Problemverhaltens (McConaughy et al., 1983; McConaughy et al., 1989; Prochaska et al., 1992; Warschburger, 2009).
- Die vierte Stufe ist die *Handlung (action)*. Es tritt eine tatsächliche Veränderung des Problemverhaltens auf, diese ist jedoch noch nicht dauerhaft. Wenn das angestrebte Verhalten für zumindest einen Tag aufrechterhalten wurde, erfolgt die Klassifizierung in dieser Stufe. Nach der affektiven und kognitiven Auseinandersetzung in den vorherigen Phasen zeigt sich nun auch die Veränderungsbereitschaft im Verhalten der Person. Das Ziel ist je nach Problem unterschiedlich definiert. Beispielsweise ist das Zielkriterium bei Rauchen oder Alkoholismus die Abstinenz. Bei der Drogenabhängigkeit kann es Abstinenz oder stabile Substitution ohne illegalen Beikonsum sein (McConaughy et al., 1983; McConaughy et al., 1989; Prochaska et al., 1992; Warschburger, 2009).
- Wenn das geänderte Verhalten für mindestens sechs Monate anhält, ist die fünfte Stufe der *Aufrechterhaltung (maintenance)* erreicht (McConaughy et al., 1983; McConaughy et al., 1989; Prochaska et al., 1992; Warschburger, 2009). In dieser Phase kommt es oft zu einem Rückfall (Küfner & Metzner, 2011).

- Die abschließende Stufe der *Stabilisierung (termination)*, in der es nicht mehr zu Rückfällen kommt, wurde bei der Raucherentwöhnung ergänzend hinzugefügt (Prochaska, Redding, & Evers, 2008). Diese Stufe ist durch eine hundertprozentige Zuversicht der Aufrechterhaltung und nullprozentige Rückfallwahrscheinlichkeit gekennzeichnet (McConnaughy et al., 1983; McConnaughy et al., 1989; Prochaska et al., 1992; Warschburger, 2009). Für den Bereich der Drogenabhängigkeit scheint diese Stufe jedoch nicht geeignet, da durch die Schwere und Komplexität einer Abhängigkeit von Rückfallgedanken ausgegangen werden kann (Gegenhuber, 2008).

Die Besonderheit des TTM ist die dynamische, spiralförmige Konzeption (Abbildung 1). Dadurch wird die Inklusion von Rückfällen in die Therapie ermöglicht (Prochaska et al., 1992; Warschburger, 2009). Es wird angenommen, dass Personen aus Rückfällen und ihren Fehlern lernen und der erneute Versuch einer Verhaltensänderung erfolgreicher gelingen kann. Rückfälle stellen deshalb eine wichtige Komponente dar, durch die es möglich wird, eine neue Bewältigungsstrategie für zukünftiges Risikoverhalten zu erlernen, und zwar durch konstruktive Verarbeitung (DiClemente et al., 1991; Warschburger, 2009). Jedoch werden bei einem Rückfall die Motivationsprozesse von neuem durchlaufen. Dies erfordert die Unterbindung der Angst und die Entkräftigung der auftretenden Schuld- und Schamgefühle des Klienten. Nach dem Rückfall kann sich der Klient auf jedem der vorher durchlaufenen Stadien befinden, daher ist zu prüfen, in welcher Phase sich der Klient befindet (Beiglböck, Feselmayer, & Honemann, 2006). Die darauffolgenden motivationsfördernden und therapeutischen Maßnahmen sollten an die Bereitschaft des Klienten angepasst werden (Küfner & Metzner, 2011). Die Dauer der jeweiligen Stufe ist individuell unterschiedlich. Um eine erfolgreiche Verhaltensänderung zu erzielen, ist das Durchlaufen jeder Stufe notwendig (DiClemente et al., 1991; Warschburger, 2009).

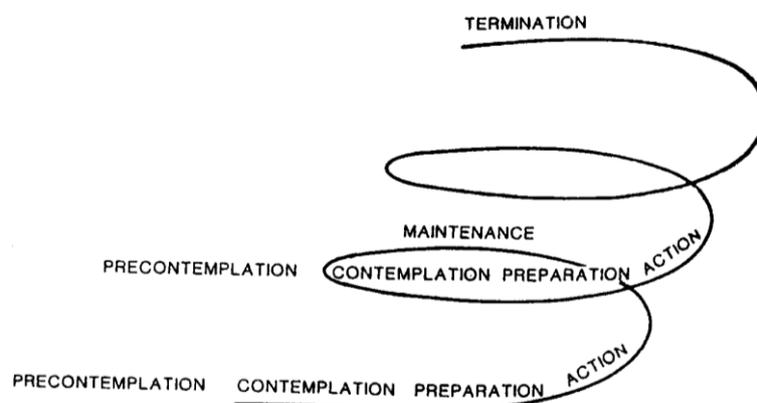


Abbildung 1. Spiralförmiges Modell des TTM der Veränderung (Prochaska et al., 1992, S. 1104)

Der Begriff ‚transtheoretisch‘ lässt sich aus den verschiedenen Strategien zur Änderung des Verhaltens ableiten. Diese Strategien (*processes of change*) finden in den verschiedenen Phasen des Modells statt (Prochaska et al., 1992; Warschburger, 2009), welche bestimmte Abschnitte im zeitlichen Verlauf der Verhaltensänderung repräsentieren. Hierbei kommen unterschiedliche Techniken und Interventionen aus verschiedenen Psychotherapierichtungen zum Einsatz. Die insgesamt 10 Prozesse, die von den Personen bei ihrer Verhaltensveränderung eingesetzt werden, lassen sich in kognitiv und verhaltensorientierte Strategien zuweisen. Zu den kognitiv-affektiven Strategien zählen 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 sind die Selbstverpflichtung (*self-liberation, commitment*), die Kontrolle der Umwelt (*stimulus control*), die Gegenkonditionierung (*counterconditioning*), der Nutzen hilfreicher Beziehungen (*helping relationship*) und die Verstärkung (*reinforcement management, reward*). Diese Strategien charakterisieren den Veränderungsprozess und liefern eine Beschreibung von therapeutischen Wirkprinzipien (Prochaska et al., 1992; Warschburger, 2009).

Das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung nimmt im Rahmen von Abhängigkeitserkrankungen eine große Rolle ein. In einer Studie mit 130 Substanzabhängigen in stationärer Behandlung brachen Personen in der Phase der Absichtslosigkeit häufiger die Behandlung ab als Personen in den Phasen der Absichtsbildung und Handlung (Callaghan et al., 2005). In einer weiteren Studie konnte gezeigt werden, dass bei 81 Personen eines Methadon-Substitutionsprogramms der Therapieerfolg umso größer war, je höher die Stadienzugehörigkeit im TTM war (Belding, Iguchi, & Lamd, 1997). Dass ein wesentlicher Einflussfaktor auf die im Verlauf einer Therapie bestehende Drogenfreiheit die Veränderungsbereitschaft zu Beginn einer Behandlung ist, konnte in einer Studie mit polytoxikomanen Personen dargestellt werden (Henderson, Saules, & Galen, 2004). In weiteren Studien konnte zudem beschrieben werden, dass mit jeder Stufe der Veränderung auch das Ausmaß an wahrgenommener Selbstwirksamkeitserwartung steigt (vgl. Demmel, Beck, Richter, & Thomas, 2004; Gegenhuber, 2008; Velicer, DiClemente, Rossi, & Prochaska, 1990). Ebenso konnte gezeigt werden, dass die Selbstwirksamkeitserwartung für die Veränderungsbereitschaft bei Rauchern eine wichtige Komponente darstellt. Bei 957 Rauchern und ehemaligen Rauchern, die über zwei Jahre hinweg in Abständen von einigen Monaten getestet wurden, wurde festgestellt, dass die hohen Erwartungen an die eigene Selbstwirksamkeitserwartung mit der Fähigkeit verbunden waren, das Rauchen

aufzugeben und auch die Stadien der Veränderungsbereitschaft zu durchlaufen (DiClemente, Prochaska, & Gibertini, 1985).

Im Rahmen einer Untersuchung zum Zusammenhang zwischen justiziellem Zwang und der Veränderungsbereitschaft zeigte sich bei einer nach § 22 StGB (Maßnahme für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher) verurteilten Stichprobe substanzabhängiger Klienten in Zwangsbehandlung eine tendenziell erhöhte Veränderungsbereitschaft (Triska, 2006), wohingegen sich Personen im Maßregelvollzug eher der Phase der Absichtslosigkeit zuordnen ließen und auf Grund dessen bei ihnen von einer Zwangsmaßnahme auszugehen war. Personen wiederum, die eine stationäre Behandlung ihrer Abhängigkeit begonnen haben, befanden sich eher auf der Stufe der Absichtsbildung oder Aufrechterhaltung. Da aber dieser Teilstichprobe der Klienten mit stationärer Behandlung sowohl freiwillige als auch Personen mit richterlicher Weisung zuzurechnen waren, können die Ergebnisse nicht eindeutig auf Personen mit Quasi-Zwangsbehandlung rückgeschlossen werden (Gütlich, Heidenreich, & Hoyer, 1998).

### 5.3 Die Konsistenztheorie: Motivationale Schemata

Die Konsistenztheorie von Grawe (2000, 2004) hat einen anderen Erklärungsansatz für die Behandlungsmotivation einer Person. Nach der Konsistenztheorie von Grawe kann zwischen motivationalen Schemata auf anzustrebende und zu vermeidende Bezüge unterschieden werden (1998, zitiert nach Grosse Holtforth & Grawe, 2002; Grawe, 2000, 2004). Diese motivationalen Schemata entwickeln sich aus den Grundbedürfnissen (1) Orientierung und Kontrolle, (2) Lustgewinn und Unlustvermeidung, (3) Bindung und (4) Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz. Die motivationalen Schemata können als Motivationsquellen angesehen werden, die sich weiter entwickeln und differenzieren. Die Bereitschaft zu Wahrnehmung, Handlung, Emotionen und Motivation bilden die motivationalen Schemata und richten das psychische Geschehen auf bestimmte Ziele aus (Grawe, 2002). Dabei sind Ziele mentale Repräsentationen mit dem Inhalt von in der Zukunft liegenden erwünschten oder unerwünschten Person-Umwelt-Bezügen oder Bezügen auf die eigene Person, wie ein Ereignis, Ergebnis oder Prozess. Diese Ziele sind auf das Handeln ausgerichtet, wie Anstreben, Beibehalten oder Vermeiden, und mit Affekten verbunden (Grosse Holtforth & Grawe, 2002).

Die Behandlungsmotivation lässt sich in zwei strukturelle motivationale Schemata unterteilen. Zum einen die Annäherungsziele, welche als positiv bewertete Ziele definiert werden, die zu einer Bewegung auf sie hin motivieren. Diese Annäherungsziele bilden sich aus intentionalen Schemata, die auf die Herstellung erwünschter Person-Umwelt-

Bezüge und auf sich selbst gerichtete Bezüge ausgerichtet sind. Mittels dieser Annäherungsziele kann die Stärke der Orientierung an positiven Verstärkern festgestellt werden. Annäherungsziele repräsentieren belohnende Erfahrungen und Situationen. Zum anderen eine Unterteilung in die Vermeidungsziele als negativ bewertete Ziele, von denen zu einer Wegbewegung motiviert wird. Sie entwickeln sich aus verletzten Grundbedürfnissen und zielen auf die Vermeidung von unerwünschten Person-Umwelt-Bezügen beziehungsweise auf sich selbst bezogener Bezüge ab, also die Orientierung an negativen Verstärkern. Aus dieser Verletzung der Grundbedürfnisse resultieren unerwünschte Konsequenzen, die von den Vermeidungszielen repräsentiert werden. Das Konsistenzprinzip und die vier Grundbedürfnisse, bilden sich aus Kontrollparametern als Selektionskriterien für die motivationalen Schemata. Wenn das Konsistenzprinzip verletzt wird, kann dies als Faktor für die Entstehung psychischer Störungen angesehen werden (Grawe, 2000, 2004; Grosse Holtforth & Grawe, 2002).

Zu diesen Schemata haben bereits Dollard und Miller (1950) eine Theorie aufgestellt, in der die Behandlungsmotivation als Annäherungs-Vermeidungskonflikt beschrieben wird und die heute noch Anwendung in der kognitiven Verhaltenstherapie findet (Gerrig & Zimbardo, 2008). Entscheidungen können positive und negative Konsequenzen nach sich ziehen. Erst wenn die Annäherungstendenz größer ist als die Vermeidungstendenz, kann die Therapiemotivation entstehen, wobei die Annäherung auch als Positiv-Motivation benannt wird. Sie zeichnet sich aus durch den Leidensdruck, die Sorge vor Krankheitsverschlimmerung, den sozialen Druck und das Erreichen höherer Ziele im Leben. Die gegensätzliche Vermeidungstendenz, genannt Negativ-Motivation, beschreibt die Scham und Angst vor der Hilflosigkeit in der Therapie (Gegenhuber, 2008).

In den Studien von Leeb (2011) und Zwettler (2011) wurde der Unterschied zwischen substanzabhängigen Klienten, die eine ambulante Behandlung beginnen, mit und ohne richterliche Weisung, in den Ausprägungen der Annäherungs- und Vermeidungsziele untersucht. Dazu wurde 61 Klienten der *Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata* vorgelegt. In der Querschnittstudie konnten keine signifikanten Unterschiede in der Annäherungs- und Vermeidungsmotivation zwischen den Gruppen festgestellt werden (Leeb, 2011). Dieses Resultat zeigte sich ebenso in der dazugehörigen katamnestischen Untersuchung nach sechs Monaten (Zwettler, 2011). Es waren weder zwischen, noch innerhalb der Gruppen signifikante Veränderungen der motivationalen Schemata über den Behandlungsverlauf festzustellen. Die Autorinnen schlossen daraus, dass Klienten mit einer richterlichen Weisung im Vergleich zu Klienten ohne richterliche Weisung keine niedrigere Behandlungsmotivation zugeschrieben werden kann (Leeb, 2011; Zwettler, 2011).

Abschließend ist zu sagen, dass sowohl das transtheoretische Modell der Veränderung als auch die Konsistenztheorie im Rahmen von Abhängigkeitserkrankungen einen wichtigen Beitrag zum Verständnis von Behandlungsmotivation im Kontext von Substanzabhängigkeit geliefert haben und neben den Konstrukten der Selbstwirksamkeitserwartung und des Selbstkonzepts als wichtige Determinanten des Therapieerfolges gehandelt werden (vgl. Bandura, 1997; Deusinger, 1986; Küfner & Metzner, 2011; Rief, Exner, & Martin, 2006; Schwarzer, 2004). Die vorliegende Arbeit hat daher unter anderem das Ziel, die Veränderungen der Eigenschaften der Personen mit richterlicher Weisung zur stationären Behandlung, die mögliche Rückschlüsse auf den Behandlungsfortschritt zulassen, im Rahmen der katamnestischen Erhebung näher zu betrachten.

## EMPIRIE

Nach der theoretischen Hinführung zum Thema wird sich der folgende Teil nun der empirisch geleisteten Arbeit widmen. So handelt es sich bei der vorliegenden Diplomarbeit um eine katamnestiche Untersuchung mit dem Ziel, die Entwicklung der Konstrukte der Selbstwirksamkeitserwartung, des Selbstkonzepts und der Behandlungsmotivation im Rahmen der gesundheitsbezogenen Maßnahmen im Bereich der Abhängigkeitsproblematik bei Quasi-Zwangsbehandlung zu untersuchen, wobei die Erhebung nach einem Katamnesezeitraum von drei Monaten erfolgte.

Zu Beginn dieses Abschnitts werden die Zielsetzung und Fragestellungen der katamnestiche Untersuchung aufgeführt. Des Weiteren folgen das katamnestiche Studiendesign, die Stichprobe und der Prozess der Datengewinnung, sowie eine nähere Beschreibung der Erhebungsinstrumente. Nach Aufführen der Hypothesen werden die Auswertungsmethoden eingehend behandelt. Die Ergebnisse der Charakteristika und Forschungsfragen werden dargestellt und zuletzt die Ergebnisse im katamnestiche Rahmen interpretiert. Es folgt ein Forschungsausblick.

## 6 Zielsetzung der Untersuchung und Fragestellungen

### 6.1 Zielsetzung

Auf Grund der unzureichenden Erforschung der sozialpsychologischen Konstrukte Selbstwirksamkeitserwartung und Selbstkonzept sowie der inkonsistenten Ergebnisse bezüglich der Behandlungsmotivation im Zusammenhang mit richterlichen Weisungen zur *Therapie statt Strafe*, wurde für die vorliegende Arbeit ein Konzept zur Untersuchung dieser Variablen erarbeitet. Dies geschah in einem Arbeitskreis mit dem Schwerpunkt Forensik am *Institut für Angewandte Psychologie: Gesundheit, Entwicklung und Förderung* an der Fakultät für Psychologie der Universität Wien. Diese Studie baut auf der Querschnittsstudie „Gesundheitsbezogene Maßnahmen im Bereich der Substanzabhängigkeit – Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstkonzept und Behandlungsmotivation im Rahmen von Quasi- Zwangsbehandlungen (Therapie statt Strafe)“ von Burtscher (2012) auf. In dieser Untersuchung wurden substanzabhängige Klienten mit einer richterlichen Weisung zur stationären Therapie auf Ausprägungen und Zusammenhänge der Konstrukte Selbstkonzept, Selbstwirksamkeitserwartung und Behandlungsmotivation untersucht und es fand eine ausführliche deskriptivstatistische Analyse der soziodemographischen, drogenspezifischen und mit Kriminalität in Verbindung stehenden biographischen Aspekte statt. Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine Katamnesestudie zu dieser Querschnittsstudie, welche im Panelstudiendesign erfolgte. In der abhängigen Stichprobe wurden die Konstrukte nach drei Monaten Behandlung erneut erhoben und die Veränderungen und Zusammenhänge im Behandlungsverlauf analysiert. Der Fokus lag dabei auch auf der stationären Phase, um die Ergebnisse von anderen Formen der richterlichen Weisung zu unterscheiden, sodass dies ein wichtiges Kriterium für den Einschluss in die Studie war.

### 6.2 Charakteristika der Stichprobe

Es erfolgt eine deskriptive Beschreibung der noch vorhandenen Klienten in der stationären Phase und der ausgefallenen Personen. Die im Rahmen der Katamnese erfassten deskriptiven Daten werden in Bezug zur Zustandsanalyse gesetzt und mit dem Fokus auf die besonderen Merkmale der teilnehmenden Klienten herausgearbeitet.

## 6.3 Forschungsfrage 1: Ausprägung der Konstrukte

### 6.3.1 *Selbstwirksamkeitserwartung und Selbstkonzept*

Im Allgemeinen gelten die Konstrukte Selbstwirksamkeitserwartung und Selbstkonzept als wichtige Ressourcen und bedeutsame Faktoren für den Erfolg einer Behandlung (vgl. Bandura, 1997; Deusinger, 1986; Schwarzer, 2004). Die Selbstwirksamkeitserwartung war bei Burtscher (2012) im Vergleich zur Normierungsstichprobe nicht signifikant unterschiedlich ausgeprägt. Das Selbstkonzept der Klienten stellte sich unterschiedlich dar. So erschien es in den Bereichen der Leistung und der allgemeinen Selbstwertschätzung signifikant negativ im Vergleich zur Normierungsstichprobe, das heißt die Klienten beurteilten ihre erbrachten Leistungen schlechter und waren unzufriedener mit der eigenen Person. In den Bereichen der Stimmung und Sensibilität sowie in der Skala *Wertschätzung durch andere* des psychosozialen Bereichs waren die Ausprägungen nicht signifikant. In der Skala *Standfestigkeit gegenüber Gruppen und bedeutsamen Anderen* des psychosozialen Bereichs war das Selbstkonzept im Vergleich zur Normierungsstichprobe positiv ausgeprägt, das heißt die Klienten sahen sich durchsetzungsfähiger (Burtscher, 2012). Im Rahmen der Katamnese stellt sich nun die Frage, inwiefern sich diese beiden Konstrukte im Vergleich zum ersten Testzeitpunkt entwickelt haben und darstellen.

### 6.3.2 *Therapiemotivation*

#### 6.3.2.1 *Veränderungsbereitschaft*

Zur Erfassung der Behandlungsmotivation als wesentlichen Faktor für den Therapieerfolg, aber auch als definiertes Therapieziel (Dahle, 1998; Meichenbaum & Turk, 1994) wird zum einen die Erhebung der Veränderungsbereitschaft herangezogen. Diese gibt an, in welchem Stadium der Veränderungsbereitschaft sich eine Person nach dem Transtheoretischen Modell (Prochaska & DiClemente, 1983) zum Testzeitpunkt befindet. Die Autoren (Prochaska et al., 1992) gehen davon aus, dass eine Behandlung erst in einem höheren Stadium, meist in der Phase der Absichtsbildung, begonnen wird. Für Personen im Maßregelvollzug, die unter justiziellem Zwang stehen, gilt diese Annahme wohl nicht. Gütlich und Kollegen (1998) zeigten, dass diese Personen sich überwiegend im Stadium der Absichtslosigkeit befinden. In der Zustandserhebung von Burtscher (2012) befand sich über die Hälfte der 42 Klienten im Stadium der

Absichtsbildung, genau in dem angenommenen Stadium von Prochaska und Kollegen (1992). Nun wird untersucht, in welchen Stadien sich die Personen der Stichprobe zum zweiten Testzeitpunkt befinden, ob sich ihre Angaben zur Veränderungsbereitschaft geändert haben und ob sich die Ausprägungen der Konstrukte in den Stadien unterscheiden.

### 6.3.2.2 *Motivationale Schemata*

Neben der Veränderungsbereitschaft werden zum anderen die motivationalen Schemata als Indikator für die Behandlungsmotivation erhoben. Dollard und Miller (1950) haben ein Modell aufgestellt, in dem das Verhältnis von Annäherungs- und Vermeidungszielen zugunsten der Annäherungsziele ausfallen muss, um für eine Therapie bereit zu sein. Sie spielen eine wichtige Rolle für die Behandlungsplanung und den Therapieerfolg (Grosse Holforth & Grawe, 2002). Zu Beginn der Therapie zeigte die Stichprobe eine stärkere Orientierung an den positiven Verstärkern als an den negativen (Burtscher, 2012). Auch hier wird untersucht, ob und wenn ja inwiefern sich dieses Verhältnis geändert hat.

## 6.4 Forschungsfrage 2: Zusammenhänge zwischen den Konstrukten

In der Literatur gibt es Hinweise auf die steigende Selbstwirksamkeitserwartung und ein positives Selbstkonzept mit zunehmender Veränderungsbereitschaft und bei Überwiegen der Annäherungsziele (vgl. Coon et al., 1998; Gegenhuber, 2008; Heckmann et al., 2003; Kufner & Metzner, 2011; Velicer et al., 1990). Folgende Ergebnisse zeigten sich in der Ausgangserhebung (Burtscher, 2012): Es bestand kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeitserwartung und Veränderungsbereitschaft, zwischen den motivationalen Schemata und der Selbstwirksamkeitserwartung, sowie zwischen den motivationalen Schemata und dem Selbstkonzept. Wie erwartet zeigte sich ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeitserwartung und dem Selbstkonzept. Beim Zusammenhang von Selbstkonzept und Veränderungsbereitschaft gab es unterschiedliche Ergebnisse. Zum einen gab es mit  $r = -.327$  einen schwach ausgeprägten, jedoch signifikant negativen Zusammenhang zwischen dem Selbstkonzept und dem Stadium der Absichtslosigkeit, zum anderen ebenfalls mit  $r = .367$  einen schwachen aber signifikant positiven Zusammenhang zwischen dem Selbstkonzept und dem Stadium der Handlung. Beide Resultate deuten auf eine positive Entwicklung der Veränderungsbereitschaft im

Zusammenhang mit dem Selbstkonzept. Keine Zusammenhänge konnten zu den Stadien der Absichtsbildung und Aufrechterhaltung gefunden werden. Beim Zusammenhang zwischen den motivationalen Schemata und der Veränderungsbereitschaft zeigten sich signifikant positive Ergebnisse für die Annäherungsziele mit den Stadien der Absichtsbildung, Handlung und Aufrechterhaltung. Die Orientierung an positiven Verstärkern geht mit zunehmender Bereitschaft zur Veränderung eines Problemverhaltens einher. Im Rahmen der Regressionsanalysen zeigte sich, dass die Stadien der Handlung und Absichtsbildung einen signifikanten Erklärungswert für die Selbstwirksamkeitserwartung haben und die Stadien der Absichtslosigkeit, Absichtsbildung und Handlung für das Selbstkonzept. Im Rahmen der Katamnese stellt sich auch hier die Frage nach einer Veränderung der Zusammenhänge und inwieweit die vier Stadien der Veränderungsbereitschaft die Selbstwirksamkeitserwartung, das Selbstkonzept und die motivationalen Schemata vorhersagen.

## 7 Methode

### 7.1 Untersuchungsdesign

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine Längsschnittstudie im Prä-Posttest-Design zu zwei Testzeitpunkten mit einer abhängigen Stichprobe, deren Erhebungszeitpunkte in einem Zeitintervall von drei Monaten angelegt waren. Ziel war es, die Ausprägungen und Veränderungen der Charakteristika sowie die Veränderung der Ausprägungen und Zusammenhänge der Konstrukte Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstkonzept und Behandlungsmotivation bei Klienten mit einer richterlichen Weisung zu einer stationären Therapie zu erheben. Die Erhebung von Burtscher (2012) zum ersten Testzeitpunkt am Behandlungsbeginn jedes Teilnehmers liefert die Daten für die Zustandsanalyse. Der zweite Testzeitpunkt im Rahmen der Katamnesestudie wurde auf 12 Wochen nach der jeweiligen ersten Testung angesetzt, wobei die Erhebung möglichst im Zeitraum von der 11. bis zur 14. Woche stattfinden sollte. Vorgelegt wurde dieselbe Fragebogenbatterie wie zum ersten Testzeitpunkt und ein, der veränderten Lebenssituation der Klienten angepasster, Anamnesefragebogen. Das Design dieser Längsschnittstudie entspricht dem einer Panelstudie. Die Vorteile von Panelstudien sind die Kosten- und Zeitersparnisse zum zweiten Testzeitpunkt, da die Stichprobe bereits vorhanden ist und die Erhebungsverfahren gleich bleiben. Die wiederholte Befragung kann sich dahingehend positiv auf die Qualität der Studie auswirken, dass die Situation für die Befragten nicht mehr ungewohnt ist und die Antworten sicherer und genauer getroffen werden können. Durch die abhängige Stichprobe lassen sich Veränderungen inter- und intraindividuell untersuchen. Nachteilig auswirken können sich die nicht mehr spontanen und unvoreingenommenen Reaktionen durch den Aufbau einer gewissen Routine. Dadurch kann die Aussagekraft oder Repräsentativität eingeschränkt sein. Das Einschleichen einer Routine wird auch Paneleffekt genannt. Ein großer Nachteil dieses Designs ist das unvorhergesehene Ausfallen von Untersuchungsteilnehmern, die sogenannte Stichprobenmortalität (Bortz & Döring, 2006; Günther, Vossebein, & Wildner, 2006).

Von der ursprünglichen Stichprobe wurden nur diejenigen Klienten erneut untersucht, die sich nach den drei Monaten in der stationären Behandlungsphase im SHH befanden. Auf Grund der Therapiekonzeption des SHH, bei der das Übertreten von der Vorbetreuungsphase in die stationäre Therapie eine Art Hürde darstellt, war damit zu rechnen, dass sich nicht alle 42 Klienten zum zweiten Erhebungszeitpunkt in der stationären Phase befinden. Zu dieser Schwierigkeit und den allgemein bekannten Ausfällen in der Stichprobe durch das Design kommt erschwerend hinzu, dass bei dieser

besonderen Art von Klientel mit einer Abhängigkeitsproblematik die Einhaltung und Aufrechterhaltung von Terminen und Maßnahmen problematisch ist. Daher wurde ein Stichprobenminimum von zehn Personen für die Katamnese angestrebt.

Aus 136 Erstkontakten resultierten 42 Studienteilnehmer für die Ausgangserhebung, davon 34 Männer und acht Frauen (Burtscher, 2012). Zum zweiten Testzeitpunkt befanden sich 13 Klienten in der stationären Therapie. Sofern sich ein Klient zum zweiten Erhebungszeitpunkt nicht in der stationären Therapie befand, wurde der derzeitige Status über die Vorbetreuungsstelle recherchiert. Von diesen 13 Personen wurde mit 11 Personen die Studie durchgeführt, wobei keiner der 11 Teilnehmer die Durchführung der Studie abgelehnt hatte. In einzelnen Terminen mit einer durchschnittlichen Dauer von 30 Minuten wurde das Anamnesegespräch mit Hilfe eines halbstandardisierten Fragebogens durchgeführt und die Fragebogenbatterie in möglichst standardisierter Form erneut vorgegeben. Alle Erhebungen fanden im Zeitraum von August 2011 bis Mai 2012 statt. Im Folgemonat der letzten Erhebung, Juni 2012, wurde der derzeitige Betreuungsstatus aller 42 Klienten nochmals erhoben.

## 7.2 Stichprobe

Die Zielpopulation dieser Untersuchung setzt sich aus Personen mit einer Substanzabhängigkeit zusammen, die in Folge dessen psychische, körperliche, soziale und rechtliche Schwierigkeiten entwickelten. Die Stichprobe besteht aus denjenigen Personen, die auf Grund der Begehung eines Delikts einer richterlichen Weisung zur *Therapie statt Strafe* nachzukommen haben. Die richterliche Weisung ist im Rahmen der gesundheitsbezogenen Maßnahmen zur Quasi-Zwangsbearbeitung mit gewährtem Strafaufschub möglich (Litzka et al., 2009), wobei die Betroffenen dadurch einem justiziellen Druck ausgesetzt sind. Da die richterliche Weisung sowohl eine ambulante als auch eine stationäre Therapie betreffen kann und auch weitere Auflagen verhängt werden können (Litzka et al., 2009), wurde der Fokus für die Untersuchung auf Personen mit richterlicher Weisung zur stationären Therapie gelegt.

### 7.2.1 Einschlusskriterien

In die Stichprobe eingeschlossen wurden volljährige männliche und weibliche Personen, die auf Grund einer richterlichen Weisung eine *Therapie statt Strafe* im stationären Setting begonnen hatten. Für die zweite Erhebung wurden nur diejenigen Personen mit einbezogen, die sich 12 Wochen nach dem ersten Testzeitpunkt in der

stationären Phase im SHH befanden. Nach ca. 11 Wochen wurde die Institution kontaktiert und bei Anwesenheit des Teilnehmers in der stationären Phase ein Termin mit dem Klienten arrangiert. Vor der Durchführung wurden die Klienten über den Studieninhalt und die Anonymität der Teilnahme aufgeklärt. Nur mit denjenigen Klienten, die freiwillig an der Studie teilnehmen wollten und auch die Einverständniserklärung unterzeichneten, wurde die Anamnese durchgeführt und die Fragebogenbatterie vorgelegt. Die Teilnahme an einem Substitutionsprogramm stellte kein Ausschlusskriterium dar.

### *7.2.2 Ausschlusskriterien*

Klienten, die durch akuten Drogeneinfluss (ausgenommen Substitution) kognitiv eingeschränkt waren, die sich aggressiv verhielten, die sichtbare körperliche Schwierigkeiten aufwiesen, starke Schmerzen hatten oder von der Teilnahme zurücktreten wollten, wurden ausgeschlossen. Klienten, die sich in den durchschnittlich drei Monaten nach dem ersten Erhebungstermin nicht in der stationären Therapie befanden, wurden ebenfalls nicht getestet. Gründe hierfür konnten unter anderem der Verbleib in der Vorbetreuungsphase, erneute Haft, Abbruch der Behandlung oder kein bestehender Kontakt zur Vorbetreuungsstelle sein.

### **7.3 Vorgehen: Prozess der Datenerhebung**

Ungefähr 10 Wochen nach dem ersten Erhebungstermin des jeweiligen Teilnehmers wurde das SHH von der Testleiterin kontaktiert, um zu erfahren, ob sich der Klient in der stationären Therapie befand. Bei Anwesenheit des Klienten wurde ein Termin zwischen der 11. und 14. Woche mit der therapeutischen Leitung des Hauses arrangiert und der Klient wurde vorab darüber informiert. Der Termin fand meistens an einem Mittwochnachmittag in den Räumlichkeiten des SSH statt, da an diesem Tag im Behandlungsplan keine Einzel- oder Gruppentherapien vorgesehen sind. Sofern es mittwochs nicht möglich war, wurde ein Termin gewählt, der die Einhaltung von Therapieeinheiten gewährleistete und somit den Therapiefortschritt nicht behinderte. Während des Termins im Einzelsetting wurde der Klient vor Beginn der Durchführung der Erhebung über Ablauf, Umfang und Bedeutung der Studie aufgeklärt und ihm wurde ein Informationsblatt ausgehändigt. Die Teilnahme erfolgte nur, sofern der Klient einverstanden war, wobei dem Klienten jederzeit ein Rücktrittrecht ohne nachteilige Konsequenzen gewährleistet wurde. Die Kontaktdaten der Testleiterin wurden mit dem

Informationsblatt ausgehändigt, sodass auch ein Rücktritt sowie die Rücknahme der bereits erhobenen Daten zu einem späteren Zeitpunkt möglich war. Des Weiteren wurde auf die Anonymität und Verschwiegenheitspflicht der Testleiterin hingewiesen. Es war wichtig, den Klienten zu vermitteln, dass eine Teilnahme nicht mit der richterlichen Weisung zusammenhängt und die Daten nur im Rahmen der Diplomarbeit vertraulich und anonym verwendet werden. Die Einverständniserklärung wurde daraufhin schriftlich eingeholt und die Erhebung direkt im Anschluss durchgeführt. Dabei wurde ein kurzes Anamnesegespräch durchgeführt und die Fragebogenbatterie vorgelegt. Der transparente Vorgang sollte Antwortverzerrungen im bewussten und unbewussten Sinn entgegenwirken. Um die Objektivität weitestgehend zu gewährleisten, wurde ein halbstandardisierter Anamneseleitfaden erstellt und die Verfahren mit standardisierten Instruktionen vorgegeben, wobei die teilnehmende Person ermutigt wurde, aufkommende Fragen jederzeit zu stellen. Der gesamte Vorgang der Datengewinnung war auf der Grundlage von Kriterien der Niederschwelligkeit, Aufklärung, Freiwilligkeit, Verschwiegenheit, Anonymität, Objektivität und Zumutbarkeit zu erfüllen, um den Personen die Teilnahme so angenehm und leicht wie möglich zu gestalten.

## 7.4 Instrumente

Für die Erhebung zum zweiten Testzeitpunkt wurden die gleichen psychologisch-diagnostischen Verfahren wie beim ersten Erhebungstermin eingesetzt. Dieses Vorgehen ermöglicht die Vergleichbarkeit der zwei Testzeitpunkte. Nachdem der Klient eine Einverständniserklärung unterzeichnet hatte, wurde zunächst ein halbstandardisiertes Anamnesegespräch durchgeführt. Anschließend wurde die Fragebogenbatterie, bestehend aus vier Fragebögen, im Papier-Bleistift-Format vorgelegt. Für die Teilnehmer gab es keine zeitliche Beschränkung zur Beantwortung der Fragen und es konnten jederzeit Erklärungen zu Formulierungen einzelner Items eingeholt werden. Die Auswahl der Verfahren erfolgte bezüglich der Zielpopulation theoriegeleitet.

### *7.4.1 Anamnesefragebogen*

Ein halbstandardisiertes Anamnesegespräch wurde zur Erhebung der soziodemographischen Daten eingesetzt. Dieses leitete sich aus dem Anamnesefragebogen für die Ersterhebung ab und wurde gemäß der veränderten Lebenssituation der Klienten angepasst. Erhoben wurden das Alter, das Geschlecht, die Staatsbürgerschaft, der Lebensmittelpunkt und der Familienstand. Ebenfalls erfragt

wurden die aktuelle Problematik mit Erfassung der Leit- und Begleitdroge unmittelbar vor dem stationären Therapiebeginn, sowie die Teilnahme an einem Substitutionsprogramm und die Medikamenteneinnahme. Zudem wurden der bisherige Verlauf der stationären Behandlung, die Abbrüche und die Inanspruchnahme von Drogenhilfen vor der stationären Therapie erfasst (siehe Anhang).

#### 7.4.2 Selbstwirksamkeitserwartung

Die *Skala zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)* von Schwarzer und Jerusalem (1999) wurde zur Erfassung des sozialpsychologischen Konstrukts der Selbstwirksamkeitserwartung eingesetzt. Theoretischer Hintergrund dieser Skala sind das Konstrukt der Selbstwirksamkeitserwartung und die sozial-kognitive Theorie von Bandura (1997). Als Selbstbeurteilungsverfahren dient die SWE dazu, die optimistische Kompetenzerwartung, das heißt das Vertrauen in die eigenen Kompetenzen, eine schwierige Lage erfolgreich zu meistern, zu erfassen. Es wird die subjektive Überzeugung, kritische Anforderungssituationen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können, gemessen. Es werden neue oder schwierige Situationen in allen Lebensbereichen abgedeckt und zu überwindende Barrieren erfasst. Die SWE erfasst die konstruktive Lebensbewältigung und soll diese vorhersagen (Schwarzer & Jerusalem, 1999).

Das Verfahren kann bei Jugendlichen und Erwachsenen ab einem Alter von 12 Jahren eingesetzt werden. Es setzt sich zusammen aus 10 Items mit vierstufigem Antwortformat von 1 (= *stimmt nicht*) bis 4 (= *stimmt genau*) mit einer durchschnittlichen Durchführungsdauer von vier Minuten. Die Skala ist eindimensional und alle Items sind gleichsinnig gepolt, sodass ein hoher Wert eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung darstellt. Die interne Konsistenz (Cronbach's alpha) weist gute Werte von .76 bis .90 auf, die Kriteriumsvalidität ist ebenfalls gegeben. Ferner liegen alters- und geschlechtsspezifische Normwerte aus dem Jahr 2001 vor (Schumacher, Klaiberg, & Brähler, 2001; Schwarzer & Jerusalem, 1999).

#### 7.4.3 Selbstkonzept

Das sozialpsychologische Konstrukt des Selbstkonzepts wird mit den *Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN)* von Deusinger erfasst (1986). Deusinger (1986) definiert 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). Zudem besteht ein

dynamisches System aus persönlichkeitskonstituierenden und miteinander interagierenden Selbstkonzepten.

Insgesamt 78 Items lassen sich zehn eindimensionalen Skalen zuordnen. Die Skala Selbstkonzept der allgemeinen Leistungsfähigkeiten (FSAL), Skala Selbstkonzept der allgemeinen Problembewältigung (FSAP), Skala Selbstkonzept der allgemeinen Verhaltens- und Entscheidungssicherheit (FSVE), Skala Selbstkonzept des allgemeinen Selbstwertes (FSSW), Skala Selbstkonzept der eigenen Empfindlichkeit und Gestimmtheit (FSEG), Skala Selbstkonzept der eigenen Standfestigkeit gegenüber Gruppen und bedeutsamen Anderen (FSST), Skala Selbstkonzept zur eigenen Kontakt- und Umgangsfähigkeit (FSKU), Skala Selbstkonzept zur Wertschätzung durch andere (FSWA), Skala Selbstkonzept zur Irritierbarkeit durch andere (FSIA) und die Skala Selbstkonzept über Gefühle und Beziehungen zu anderen (FSGA). Diese zehn Skalen gliedern sich in vier Bereiche auf: Leistung, Selbstwertschätzung, Stimmung und Sensibilität sowie den psychosozialen Bereich. Das sechsstufige Antwortformat reicht von 1 (= *trifft sehr zu*) bis 6 (= *trifft gar nicht zu*) mit einer durchschnittlichen Durchführungsdauer von 15 bis 25 Minuten. 31 Items sind negativ gepolt. Die Interpretation der Items erfolgt je nach Skala und Polung. Die FSKN können ab einem Alter von 13 Jahren eingesetzt werden. Es werden Reliabilitäten von .40 bis .95 (Split-half) und .45 bis .94 (Cronbach's alpha) berichtet. Die Übereinstimmungsvalidität ist mittelmäßig bis niedrig, die diskriminante Validität gegeben. Es liegen alters- und geschlechtsspezifische Normwerte, sowie Normen für alkoholabhängige und delinquente Personen vor. Da die Normwerte aus dem Jahr 1986 stammen, können sie als veraltet angesehen werden, was einen Kritikpunkt in der Verwendung des Verfahrens darstellt.

#### *7.4.4 Behandlungsmotivation: Veränderungsbereitschaft*

Die von Heidenreich, Hoyer, und Fecht (2001) ins Deutsche übersetzte *Veränderungsstadienskala* (VSS) erfasst die Veränderungsmotivation über die einzelnen Stadien der Veränderung nach dem transtheoretischen Modell von Prochaska und DiClemente (1983), in dem sich die Klienten nach durchschnittlich drei Monaten Behandlung befinden. Die amerikanische Originalversion *University of Rhode Island Change Assessment Scale* (URICA) zur Erfassung der ‚Stages of Change‘ (McConaughy et al., 1989) diente bei der Übersetzung als Vorlage. Eine Hauptkomponentenanalyse ergab vier Dimensionen, die den Veränderungsstadien Absichtslosigkeit (*precontemplation*), Absichtsbildung (*contemplation*), Handlung (*action*) und Aufrechterhaltung (*maintenance*) entsprechen. Die Faktorenstruktur der URICA

konnte vom VSS repliziert werden, da diese ebenfalls das Stadium der Vorbereitung (*preparation*) nicht enthält.

Die VSS ist ein eindimensionales Fragebogeninstrument. Sie besteht aus 32 Items mit fünfstufiger Antwortskala von 1 (= *überhaupt nicht zutreffend*) bis 5 (= *sehr stark zutreffend*), wobei jeweils acht Items ein Stadium repräsentieren. Alle Items sind gleichsinnig gepolt, sodass jede Person demjenigen Stadium zugeordnet werden kann, in dem sie den höchsten Wert im Fragebogen erreicht hat. Die unbefriedigenden Ergebnisse zur Konstruktvalidität sind kritisch anzumerken. Ebenfalls sind die zum Teil deutlichen Skaleninterkorrelationen, insbesondere zwischen den Stadien Absichtsbildung (*contemplation*) und Handlung (*action*) ( $r = .62$ ), kritisch zu betrachten.

#### 7.4.5 Behandlungsmotivation: Motivationale Schemata

Mit dem *Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata* (FAMOS) von Grosse Holtforth und Grawe (2002) sollen die motivationalen Aspekte des Verhaltens und Erlebens der Klienten erfasst werden. Der FAMOS unterscheidet zwischen Annäherungs- und Vermeidungszielen auf der Grundlage der Konsistenztheorie von Grawe (2000, 2003; Grosse Holtforth & Grawe, 2002). Die motivationalen Schemata geben an, wie stark das bewusste Erleben von Annäherungs- und Vermeidungszielen geprägt ist.

Insgesamt 94 Items lassen sich in 12 Skalen für Annäherungsziele (Intimität/Bindung, Affiliation/Geselligkeit, Altruismus, Hilfe, Anerkennung/Bestätigung, Status, Autonomie, Leistung, Kontrolle, Bildung/Verstehen, Glauben/Sinn, Abwechslung, Selbstvertrauen und Selbstbelohnung) und neun Skalen für Vermeidungsziele (Alleinsein/Trennung, Geringschätzung, Erniedrigung/Blamage, Vorwürfe/Kritik, Abhängigkeit/Autonomieverlust, Verletzungen/Spannungen, Schwäche/Kontrollverlust, Hilflosigkeit und Versagen) aufteilen. Zusätzlich kann der Verhältniswert zwischen Vermeidungs- und Annäherungszielen berechnet werden. Ein hoher Verhältniswert bedeutet, dass die Person im Bewusstsein stärker von Vermeidungszielen bestimmt wird und damit stärker an negativen und bedrohlichen Aspekten der Umwelt orientiert ist. Die Items der Annäherungsziele sollen in einem fünfstufigen Antwortformat von 1 (= *überhaupt nicht wichtig*) bis 5 (= *außerordentlich wichtig*) eingestuft werden. Die Items der Vermeidungsziele werden nach der ‚Schlimmheit‘ von 1 (= *überhaupt nicht schlimm*) bis 5 (= *außerordentlich schlimm*) beurteilt. Alle Items sind in die gleiche Richtung gepolt. Ob eine Person sich eher an Annäherungs- oder Vermeidungszielen orientiert, hängt davon ab, in welcher Skala sie den höheren Wert hat. Der FAMOS kann volljährigen Personen vorgelegt und in zehn bis 20 Minuten durchgeführt werden. Es liegt eine befriedigende innere Konsistenz zwischen  $\alpha = .49$  und  $.92$  vor. Die Retest-Reliabilität

kann mit Werten zwischen .70 und .89 ebenfalls als zufriedenstellend eingestuft werden. Inhaltliche und Konstruktvalidität sind gegeben. Kritisch anzumerken ist die nicht ausreichende Normierung ( $N = 1087$ ) und eine fehlende repräsentative Geschlechterverteilung.

## 8 Hypothesen

In der Literatur sind keine eindeutigen Ergebnisse in Bezug auf die Konstrukte der Selbstwirksamkeitserwartung, des Selbstkonzepts und der Behandlungsmotivation zu beobachten (vgl. Dollard & Miller, 1950; Föh et al., 1991; Gegenhuber, Werdenich, & Kryspin-Exner, 2007; Gegenhuber, 2008; Gegenhuber et al., 2009; Grosse Holforth & Grawe, 2002; Köchl, 2008; Krause, 1966; Nowak, 1997; Schaub et al., 2010; Stevens et al., 2006; Sutton, 2001; West, 2005; Zingg, 2010). Auf Grund dessen wurde bereits in der Querschnittsanalyse von Burtscher (2012) auf eine gerichtete Formulierung der Hypothesen verzichtet und daher wurden auch in der vorliegenden Arbeit die Hypothesen nicht gerichtet formuliert. Dies soll eine Bandbreite an Ergebnissen ermöglichen und im Sinne konsequenter und kohärenter Forschung ausgehend von der Zustandserhebung fortgeführt werden.

### 8.1 Ausprägungen der Konstrukte

#### *8.1.1 Selbstwirksamkeitserwartung*

H<sub>1,0</sub>: Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen Testzeitpunkt 1 und Testzeitpunkt 2 bei substanzabhängigen Personen mit richterlicher Weisung in der Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung.

$$H_{1,0}: \mu_1 = \mu_2$$

H<sub>1,1</sub>: Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen Testzeitpunkt 1 und Testzeitpunkt 2 bei substanzabhängigen Personen mit richterlicher Weisung in der Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung.

$$H_{1,1}: \mu_1 \neq \mu_2$$

#### *8.1.2 Selbstkonzept*

H<sub>2,0</sub>: Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen Testzeitpunkt 1 und Testzeitpunkt 2 bei substanzabhängigen Personen mit richterlicher Weisung in den Ausprägungen der Selbstkonzepte.

$$H_{2,0}: \mu_1 = \mu_2$$

H<sub>2.1</sub>: Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen Testzeitpunkt 1 und Testzeitpunkt 2 bei substanzabhängigen Personen mit richterlicher Weisung in den Ausprägungen der Selbstkonzepte.

H<sub>2.1</sub>:  $\mu_1 \neq \mu_2$

### 8.1.3 Behandlungsmotivation

H<sub>3.0</sub>: Es gibt keine signifikante Veränderung zwischen Testzeitpunkt 1 und Testzeitpunkt 2 bei substanzabhängigen Personen mit richterlicher Weisung in ihrer Stadienzugehörigkeit.

H<sub>3.0</sub>:  $p = p_0$

H<sub>3.1</sub>: Es gibt eine signifikante Veränderung zwischen Testzeitpunkt 1 und Testzeitpunkt 2 bei substanzabhängigen Personen mit richterlicher Weisung in ihrer Stadienzugehörigkeit.

H<sub>3.1</sub>:  $p \neq p_0$

H<sub>4.0</sub>: Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen Testzeitpunkt 1 und Testzeitpunkt 2 bei substanzabhängigen Personen mit richterlicher Weisung in ihren motivationalen Schemata.

H<sub>4.0</sub>:  $\mu_1 = \mu_2$

H<sub>4.1</sub>: Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen Testzeitpunkt 1 und Testzeitpunkt 2 bei substanzabhängigen Personen mit richterlicher Weisung in ihren motivationalen Schemata.

H<sub>4.1</sub>:  $\mu_1 \neq \mu_2$

## 8.2 Zusammenhänge zwischen den Konstrukten

### 8.2.1 Selbstwirksamkeitserwartung und Veränderungsbereitschaft

H<sub>5.0</sub>: Es gibt keinen signifikanten Unterschied des Zusammenhangs zwischen der Selbstwirksamkeitserwartung von substanzabhängigen Personen mit richterlicher Weisung und der jeweiligen Stufe der Veränderung nach dem transtheoretischen Modell, in der sie sich nach dreimonatiger Behandlung befinden.

H<sub>5.0</sub>:  $\rho_1 = \rho_2$

H<sub>5.1</sub>: Es gibt einen signifikanten Unterschied des Zusammenhangs zwischen der

Selbstwirksamkeitserwartung von substanzabhängigen Personen mit richterlicher Weisung und der jeweiligen Stufe der Veränderung nach dem transtheoretischen Modell, in der sie sich nach dreimonatiger Behandlung befinden.

H<sub>5.1</sub>:  $\rho_1 \neq \rho_2$

### *8.2.2 Selbstkonzept und Veränderungsbereitschaft*

H<sub>6.0</sub>: Es gibt keinen signifikanten Unterschied des Zusammenhangs 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 nach dreimonatiger Behandlung befinden.

H<sub>6.0</sub>:  $\rho_1 = \rho_2$

H<sub>6.1</sub>: Es gibt einen signifikanten Unterschied des Zusammenhangs 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 nach dreimonatiger Behandlung befinden.

H<sub>6.1</sub>:  $\rho_1 \neq \rho_2$

### *8.2.4 Motivationale Schemata und Veränderungsbereitschaft*

H<sub>7.0</sub>: Es gibt keinen signifikanten Unterschied des Zusammenhangs 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 nach dreimonatiger Behandlung befinden.

H<sub>7.0</sub>:  $\rho_1 = \rho_2$

H<sub>7.1</sub>: Es gibt einen signifikanten Unterschied des Zusammenhangs 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 nach dreimonatiger Behandlung befinden.

H<sub>7.1</sub>:  $\rho_1 \neq \rho_2$

### *8.2.5 Motivationale Schemata und Selbstwirksamkeitserwartung*

H<sub>8.0</sub>: Es gibt keinen signifikanten Unterschied des Zusammenhangs zwischen dem Verhältnis von Annäherungs- und Vermeidungszielen und der Selbstwirksamkeits-

erwartung von substanzabhängigen Personen mit richterlicher Weisung nach dreimonatiger Behandlung.

H<sub>8.0</sub>:  $\rho_1 = \rho_2$

H<sub>8.1</sub>: Es gibt einen signifikanten Unterschied des Zusammenhangs zwischen dem Verhältnis von Annäherungs- und Vermeidungszielen und der Selbstwirksamkeitserwartung von substanzabhängigen Personen mit richterlicher Weisung nach dreimonatiger Behandlung.

H<sub>8.1</sub>:  $\rho_1 \neq \rho_2$

### *8.2.6 Motivationale Schemata und Selbstkonzept*

H<sub>9.0</sub>: Es gibt keinen signifikanten Unterschied des Zusammenhangs zwischen dem Verhältnis von Annäherungs- und Vermeidungszielen und den Bereichen des Selbstkonzepts von substanzabhängigen Personen mit richterlicher Weisung nach dreimonatiger Behandlung.

H<sub>9.0</sub>:  $\rho_1 = \rho_2$

H<sub>9.1</sub>: Es gibt einen signifikanten Unterschied des Zusammenhangs zwischen dem Verhältnis von Annäherungs- und Vermeidungszielen und den Bereichen des Selbstkonzepts von substanzabhängigen Personen mit richterlicher Weisung nach dreimonatiger Behandlung.

H<sub>9.1</sub>:  $\rho_1 \neq \rho_2$

### *8.2.7 Selbstwirksamkeitserwartung und Selbstkonzept*

H<sub>10.0</sub>: Es gibt keinen signifikanten Unterschied des Zusammenhangs zwischen der Selbstwirksamkeitserwartung und den Bereichen des Selbstkonzepts bei substanzabhängigen Personen mit richterlicher Weisung nach dreimonatiger Behandlung.

H<sub>10.0</sub>:  $\rho_1 = \rho_2$

H<sub>10.1</sub>: Es gibt einen signifikanten Unterschied des Zusammenhangs zwischen der Selbstwirksamkeitserwartung und den Bereichen des Selbstkonzepts bei substanzabhängigen Personen mit richterlicher Weisung nach dreimonatiger Behandlung.

H<sub>10.1</sub>:  $\rho_1 \neq \rho_2$

## 8.3 Auswertungsmethoden

Für die deskriptive und inferenzstatistische Auswertung der erhobenen Daten wurde die Statistiksoftware *IBM SPSS Statistics Version 20 für Windows* verwendet. Es wurde mit der *per-protocol*-Methode ausgewertet. Diese bedeutet, dass nur diejenigen Personen in die Analyse mit einbezogen wurden, für die zu beiden Erhebungszeitpunkten Daten vorhanden sind. Für alle inferenzstatistischen Berechnungen wird ein Signifikanzniveau von  $p < .05$  angenommen und somit die alpha-Fehler-Wahrscheinlichkeit auf 5.0% festgesetzt. Das bedeutet, dass die bedingte Wahrscheinlichkeit für das Annehmen der Alternativhypothese, obwohl eigentlich die Nullhypothese gilt, weniger als 5.0% beträgt (Bortz & Döring, 2006; Field, 2009).

### 8.3.1 Reliabilitätsanalyse

Zur Verhinderung einer ungenauen und inadäquaten Analyse der Forschungsfragen auf Grund der vorhandenen Daten der Stichprobe wurde für alle Verfahren und deren Skalen eine Einschätzung der inneren Konsistenz durch die Durchführung einer Reliabilitätsanalyse vor der Berechnung der Ergebnisse durchgeführt. Wenn das Datenmaterial der eingesetzten Verfahren das erste Mal zur Beschreibung der einzelnen Konstrukte herangezogen wird, werden die Ergebnisse präsentiert.

### 8.3.2 Voraussetzungen

Der Einsatz eines statistischen Verfahrens hängt vom Skalenniveau und der Verteilung der Daten ab (Bortz & Döring, 2006; Bortz & Schuster, 2010; Field, 2009). Für die vorliegende Studie wird von Intervallskalenniveau auf Grund der in der Forschungspraxis üblichen *per-fiat*-Messungen ausgegangen. Diese *per-fiat*-Messung geht von einer erschwerten Bestätigung der Forschungshypothese bei Annahme eines falschen Skalenniveaus aus. Darüber hinaus ist durch die Likert-Skalierung die Standardisierung der Antwortmöglichkeiten gegeben und die Verrechnung der Rohdaten entsprechen der Indexbildung. Diese Annahmen unterstützen, dass das Intervallskalenniveau als Voraussetzung für die weitere Berechnung als gegeben angesehen werden kann (Bortz & Döring, 2006). Die Verteilung der Daten sollte einer Normalverteilung entsprechen. Die auf Grundlage des zentralen Grundwertsatzes geltende Annahme einer Normalverteilung ab einer Stichprobengröße von etwa 30 Personen (Bortz & Döring, 2006; Field, 2009) kann für die vorliegenden Daten nicht

geltend gemacht werden. Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstests für die einzelnen Verfahren werden zur Prüfung der Normalverteilungsannahme durchgeführt. Andere verfahrensspezifische Voraussetzungen werden ebenfalls geprüft und bei den jeweiligen Hypothesen präsentiert.

### 8.3.3 Statistische Verfahren

Der Einsatz der statistischen Verfahren erfolgte differenziert nach inhaltlichen Fragestellungen und gegebenen statistischen Voraussetzungen. Die Charakteristika der Stichprobe wurden deskriptivstatistisch analysiert.

Zum Vergleich der Ausprägungen der Selbstwirksamkeitserwartung im Rahmen der zweiten Forschungsfrage wurde ein Mittelwertsvergleich mit einem  $t$ -Test für verbundene Stichproben berechnet. Zum Vergleich der Ausprägungen der Selbstkonzepte im Rahmen der ersten Forschungsfrage wurde ein Mittelwertsvergleich mit einem  $t$ -Test für verbundene Stichproben beziehungsweise ein Wilcoxon-Test berechnet. Zum Vergleich der Ausprägungen der Veränderungsbereitschaft im Rahmen der ersten Forschungsfrage wurde ein Vorzeichentest zum Vergleich der Stadienzugehörigkeit zu den beiden Testzeitpunkten durchgeführt. Eine Varianzanalyse mit Messwiederholung wurde zur Erhebung der Veränderung der Angabe der Veränderungsbereitschaft berechnet. Für die erste Forschungsfrage bezüglich der motivationalen Schemata wurden Mittelwertsvergleiche durch Ein-Stichproben- $t$ -Tests für abhängige Stichproben beziehungsweise Wilcoxon-Tests durchgeführt. Für die Selbstwirksamkeitserwartung, das Selbstkonzept und die motivationalen Schemata wurden die Ausprägungen in Bezug auf die Stadien der Absichtsbildung und Handlung mit  $t$ -Tests für unabhängige Stichproben und mit Wilcoxon-Tests für die Veränderungen innerhalb der Stadien über die Zeit berechnet.

Für die zweite Forschungsfrage nach der Veränderung des Zusammenhangs einzelner Konstrukte wurden bivariate Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson beziehungsweise parameterfreie Spearman'sche Rangkorrelationen berechnet und diese mit jenen zum ersten Testzeitpunkt verglichen. Zudem wurden multiple lineare Regressionen für die Vorhersagbarkeit der Selbstwirksamkeitserwartung, des Selbstkonzepts und der motivationalen Schemata durch die vier Stadien der Veränderungsbereitschaft berechnet.

Die Berechnung der Effektstärke zum  $t$ -Test für unabhängige Stichproben erfolgte durch die Formel

$$d = t \sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}}.$$

Die Interpretation von Cohen's  $d$  erfolgt laut der Angaben von Cohen (1988). Ein  $d$  von 0.2 deutet auf einen kleinen Effekt hin, ein  $d$  von 0.5 bedeutet einen mittleren Effekt und ein  $d$  von 0.8 indiziert einen großen Effekt.

In der Ergebnisdarstellung erfolgt die Angabe der Freiheitsgrade in Klammern nach den entsprechenden Prüfgrößen. Dieselbe Darstellungsform wird für die Abgabe der Standardabweichungen nach den Mittelwerten gewählt.

## 9 Ergebnisse

### 9.1 Charakteristika der Stichprobe

Bei den Charakteristika der Stichprobe geht es um besondere Merkmale von Personen mit einer richterlichen Weisung zur stationären Behandlung. Die Lebensumstände dieser Personen bieten die Möglichkeit, die Stichprobe zu beschreiben. Die Daten aus den geführten Gesprächen anhand eines halbstandardisierten Anamnesefragebogens zum ersten und zweiten Testzeitpunkt wurden zur Analyse herangezogen und aus diesen ergeben sich folgende Ergebnisse. Im Rahmen der Diskussion (siehe Kapitel 10.1) werden die Ergebnisse der beiden Erhebungszeitpunkte miteinander verglichen und interpretiert.

#### *9.1.1 Behandlungsstatus zum zweiten Testzeitpunkt*

Der zweite Erhebungszeitpunkt fand durchschnittlich 12.6 Wochen ( $SD = 1.49$ ) nach dem ersten statt. Durch den flexiblen Wechsel zwischen den Behandlungsphasen und die Hürde zur Aufnahme in die stationäre Therapie im SHH war mit einer hohen Ausfallsrate zu rechnen. Zwei Personen in der stationären Therapie kamen auf Grund situationsspezifischer Gegebenheiten für die Erhebung nicht in Frage und mussten daher ausgeschlossen werden. Insgesamt 11 Teilnehmer befanden sich in der stationären Behandlung und erfüllten die Einschlusskriterien zur erneuten Testung. Diese 11 Personen, davon acht Männer und drei Frauen, bildeten die Stichprobe für den zweiten Erhebungszeitpunkt. Von den 42 Teilnehmern des ersten Erhebungszeitpunktes befanden sich nach 12 Wochen 11 Teilnehmer immer noch in der regulären Vorbetreuungsphase. Einen Wechsel zu einer ambulanten Therapie vollzogen zwei Personen. Ohne die stationäre Therapie zu durchlaufen, wechselten zwei Teilnehmer direkt in die dezentrale Phase. Drei Personen brachen die stationäre Therapie ab, hatten jedoch wieder Kontakt zur Vorbetreuungsstelle, zwei Personen hatten nach einem Abbruch keinen Kontakt zu dieser. Einen Verweis aus dem Haus erhielt eine Person, ohne erneute Kontaktaufnahme von Seiten des SHH. In einer Entzugsklinik befand sich zum zweiten Testzeitpunkt ebenfalls eine Person. Auf Grund erneuter Delinquenz befanden sich zum gegebenen Zeitpunkt vier Personen in Haft. Gänzlich unbekannt war der Aufenthalt dreier Personen. Hinsichtlich der Geschlechter befanden sich die meisten Männer in der Vorbetreuungsphase (23.5%) oder waren in stationärer Behandlung (23.5%). Auch bei den Frauen verteilten sich die meisten auf die Vorbetreuungsphase (37.5%) und die stationäre Therapie (37.5%). Tabelle 1 gibt hierzu eine Übersicht.

Tabelle 1

*Behandlungsstatus zum zweiten Testzeitpunkt für Männer (n = 34) und Frauen (n = 8)*

Status	Geschlecht	n	%
Stationär, geeignet	männlich	8	26.6
	weiblich	3	
Stationär, ungeeignet	männlich	2	4.8
	weiblich	0	
In Vorbetreuung	männlich	8	26.6
	weiblich	3	
Wechsel von VB in dezentrale Phase ohne stationäre Therapie	männlich	2	4.8
	weiblich	0	
Wechsel zu ambulanter Therapie	männlich	2	4.8
	weiblich	0	
Abbruch der stationären Therapie, Kontakt	männlich	3	7.1
	weiblich	0	
Abbruch der stationären Therapie, kein Kontakt	männlich	2	4.8
	weiblich	0	
Verweis aus der stationären Therapie, kein Kontakt	männlich	1	2.4
	weiblich	0	
Entzugsklinik	männlich	1	2.4
	weiblich	0	
Haft	männlich	2	9.5
	weiblich	2	
Aufenthaltort unbekannt	männlich	3	7.1
	weiblich	0	
Gesamt		42	100.0

*Anmerkungen:* Die Prozentzahlen ergeben sich aus dem relativen Anteil der Gesamtstichprobe ( $n = 42$ ),  $n$  entspricht der Anzahl der Personen.

### 9.1.2 Alter und Geschlecht

In der Stichprobe zum zweiten Testzeitpunkt lag der Hauptanteil bezüglich der Geschlechterverteilung bei den Männern. Von den 11 verbliebenen Personen waren 72.7% (acht) Männer und 27.3% (drei) Frauen. Diese Verteilung nähert sich der beim ersten Erhebungszeitpunkt mit 34 Männern (81.0%) und acht Frauen an (19.0%) (Burtscher, 2012).

Zum ersten Testzeitpunkt lag das durchschnittliche Alter bei 28.05 Jahren ( $SD = 6.29$ ,  $Min = 19$ ,  $Max = 42$ ), wobei Frauen im Schnitt 31 Jahre ( $SD = 8.62$ ,  $Min = 21$ ,  $Max = 42$ ) und Männer im Schnitt 27.35 Jahre ( $SD = 5.54$ ,  $Min = 19$ ,  $Max = 41$ ) alt waren (Burtscher, 2012). Das Durchschnittsalter der Teilnehmer in der katamnestischen Untersuchung lag bei 27 Jahren. Die Spannweite des Lebensalters war zum zweiten Testzeitpunkt kleiner als zum ersten, die jüngsten Teilnehmer waren 21 Jahre alt, während die älteste Teilnehmerin 39 Jahre alt war. Tabelle 2 präsentiert die Übersicht zur Altersverteilung.

Tabelle 2

*Stichprobenkennwerte zur Altersverteilung*

Geschlecht	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Männer	8	27.75	5.50	21	37
Frauen	3	27.67	9.87	21	39
Gesamt	11	27.73	6.37	21	39

*Anmerkungen:* *n* entspricht der Anzahl der Personen, *M* entspricht dem Mittelwert; *SD* entspricht der Standardabweichung, *Min* und *Max* geben die Spannweite der Werte an und stellen den minimalen und maximalen Wert der beobachteten Daten dar.

### 9.1.3 Lebensmittelpunkt, Staatsbürgerschaft und Familienstand

Zum ersten Testzeitpunkt gaben 83.3% der Teilnehmer an, ihren Lebensmittelpunkt in Wien zu haben. Die übrigen Teilnehmer stammten aus Niederösterreich, Tirol, Salzburg, Oberösterreich und dem Burgenland (Burtscher, 2012). Zum zweiten Testzeitpunkt gaben zehn Teilnehmer (90.9%) als Lebensmittelpunkt Wien an, eine Person (9.1%) Linz in Oberösterreich.

In der Stichprobe zum ersten Testzeitpunkt sah die Verteilung der Nationalitäten folgendermaßen aus: 69% besaßen die österreichische Staatsbürgerschaft, 9.4% die serbische, 7.1% die türkische, 4.8% die bosnische Staatsbürgerschaft und 2.4% besaßen eine Staatsbürgerschaft der Nationen Bulgarien, Rumänien, Deutschland und Thailand (Burtscher, 2012). In der Stichprobe zum zweiten Erhebungszeitpunkt sind von ursprünglich acht Nationalitäten vier verblieben. Sechs Personen (54.5%) besaßen die österreichische Staatsbürgerschaft, davon alle Frauen (100.0%) und drei Männer (37.5%). Drei Personen (27.3%) stammten aus der Türkei, dabei handelte es sich ausschließlich um Männer (37.5%). Eine Person (9.%) stammte aus Serbien, ein männlicher Teilnehmer (12.5%). Aus Russland stammte ebenfalls eine Person (9.1%), auch hier ein männlicher Teilnehmer (12.5%).

Bezüglich des Familienstands zum ersten Testzeitpunkt gaben 50% der Teilnehmer an, in einer festen Partnerschaft zu leben. 4.8% der Teilnehmer waren verheiratet, 7.1% geschieden und 38.1% lebten ohne Partner (Burtscher, 2012). Die Mehrheit der Teilnehmer (63.6%) lebte zum zweiten Erhebungszeitpunkt in einer Partnerschaft, jedoch ohne verheiratet zu sein. Das betraf fünf Männer (62.5%) und zwei Frauen (66.7%). Vier Personen (36.4%) waren ledig und ohne Partner, davon drei Männer (37.5%) und eine Frau (33.3%).

### 9.1.4 Bildung und Erwerbstätigkeit

50% der Studienteilnehmer des ersten Testzeitpunktes gaben an, einen Hauptschulabschluss zu besitzen. Eine abgeschlossene Lehre besaßen 23.8%, 9.5% konnten keine abgeschlossene Ausbildung vorweisen, 2.4% verfügen über einen Universitäts- oder Fachhochschulabschluss, 7.1% haben eine Berufsschule besucht und 7.1% gaben eine andere Ausbildungsmöglichkeit an (Burtscher, 2012). Zum Zeitpunkt der zweiten Erhebung hatten zwei der 11 Personen keine abgeschlossene Ausbildung, dies betraf zwei Männer (25.0%). Sechs Personen hatten einen Hauptschulabschluss, davon fünf Männer (62.5%) und eine Frau (33.3%). Zwei hatten einen Lehrabschluss, dies betraf nur die Frauen (66.7%). Eine männliche Person (12.5%) hatte eine Berufsschule besucht. Abbildung 2 stellt die Unterschiede der gesamten Stichprobe dar.

Zum ersten Erhebungszeitpunkt waren 14.3% der Teilnehmer erwerbstätig, 85.7% hingegen nicht (Burtscher, 2012). In der katamnestischen Untersuchung ging keine Person unmittelbar vor der richterlichen Weisung einer Erwerbstätigkeit nach.

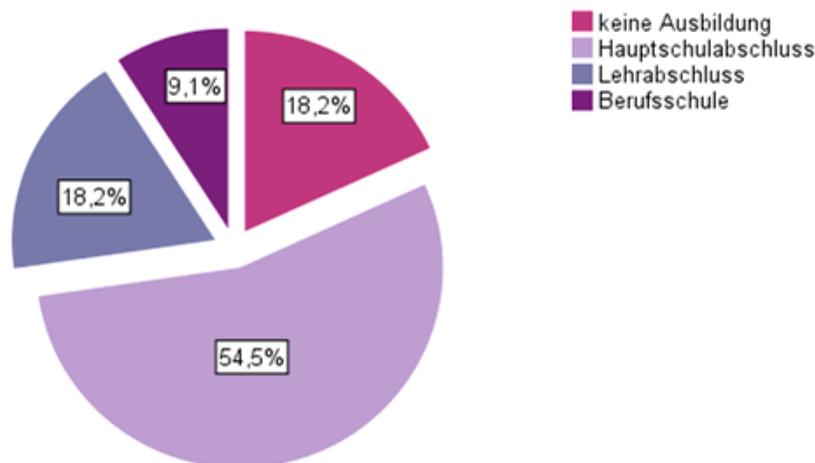


Abbildung 2: Bildungsstand ( $n = 11$ ).  $n$  entspricht der Stichprobengröße.

### 9.1.5 Familiärer Hintergrund und Erstkonsum

Bezüglich des familiären Hintergrundes gaben zum ersten Erhebungszeitpunkt 52.4% der Teilnehmer an, einen Angehörigen mit einer Abhängigkeitsproblematik zu haben. Davon handelt es sich bei 33.3% um die Eltern, bei 27.3% um ein Geschwister, bei 18.2% um ein Cousin oder eine Cousine, bei 12% um eine Tante oder ein Onkel und bei 3% um die Großeltern. 6.06% gaben einen anderen Verwandten an (Burtscher, 2012). Zum zweiten Testzeitpunkt gaben acht (72.7%) der 11 Teilnehmer an, dass sie keine Angehörigen mit einer Abhängigkeitsproblematik haben. Drei Personen (27.3%,

zwei Frauen, ein Mann) haben Angehörige mit einer Abhängigkeitsproblematik, davon der Vater einer Teilnehmerin (33.3%), die Tante einer Teilnehmerin (33.3%) und der Cousin eines Teilnehmers (12.5%).

Die Gesamtmittelwerte für das Erstkonsumalter der drei Kategorien Alkohol, Zigaretten und Suchtmittel verteilten sich zum ersten Erhebungszeitpunkt folgendermaßen: Alkohol  $M = 13.99$  Jahre ( $SD = 3.23$ ,  $Min = 5$ ,  $Max = 24$ ), Zigaretten  $M = 12.70$  Jahre ( $SD = 2.30$ ,  $Min = 7.5$ ,  $Max = 17$ ) und Suchtmittel  $M = 15.50$  Jahre ( $SD = 4.11$ ,  $Min = 7.5$ ,  $Max = 30$ ) (Burtscher, 2012). In der katamnestischen Untersuchung lagen die Mittelwerte für das Erstkonsumalter in den drei Kategorien *Alkohol*, *Zigaretten* und *Suchtmittel* bei unter 15 Jahren. Das durchschnittliche Erstkonsumalter für Alkohol lag bei 14.00 Jahren, bei Zigaretten bei 12.18 Jahren und von Suchtmitteln bei 14.68 Jahren. Das Durchschnittsalter beim ersten Konsum der Männer lag bei Alkohol und Suchtmitteln höher als bei Frauen. Frauen hingegen gaben im Vergleich zu den Männern ein niedrigeres Alter beim ersten Konsum von Zigaretten an. Tabelle 3 gibt eine Übersicht zum Erstkonsumalter der Stichprobe in den drei Kategorien.

Tabelle 3

*Stichprobenkennwerte zum Erstkonsumalter in Jahren*

Geschlecht	<i>n</i>	Kategorie	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Männer	8	Zigaretten	12.25	1.58	10.5	15.5
		Alkohol	14.31	3.60	8.0	20.0
		Suchtmittel	14.75	3.28	11.5	21.5
Frauen	3	Zigaretten	12.00	3.50	8.5	15.5
		Alkohol	13.17	1.61	12.0	15.0
		Suchtmittel	14.50	0.87	14.0	15.5
Gesamt	11	Zigaretten	12.18	2.05	8.5	15.5
		Alkohol	14.00	3.15	8.0	20.00
		Suchtmittel	14.68	2.78	11.5	21.5

*Anmerkungen:* *n* entspricht der Anzahl der Personen, *M* entspricht dem Mittelwert; *SD* entspricht der Standardabweichung, *Min* und *Max* geben die Spannweite der Werte an und stellen den minimalen und maximalen Wert der beobachteten Daten dar.

### 9.1.6 Behandlungserfahrung

Der Weg zu einem Leben ohne Substanzabhängigkeit ist meist ein langer, wobei mehrere Hilfen in Anspruch genommen werden. In der Querschnittsuntersuchung von Burtscher (2012) gaben 90.5% an, bereits einmal Drogenhilfe in Anspruch genommen zu haben, wobei es ein bis vier Kontakte mit Drogenhilfseinrichtungen gab. Je 33.3% haben einmal beziehungsweise zweimal eine Drogenhilfe begonnen, 16.7% dreimal, 4.8% viermal, 9.5% noch nie und 2.4% machten keine Angabe. In der Katamnese haben von 11 Personen 10 (90.9%) bereits zumindest ein Mal eine Drogenhilfe konsultiert. In der

vorliegenden Stichprobe haben sieben Männer (87.5%) und drei Frauen (100.0%) schon einmal eine Drogenhilfe vor der richterlichen Weisung in Anspruch genommen. Lediglich ein Teilnehmer (12.5%) hatte noch nicht Kontakt zu einer Drogenhilfe. Von den sieben Männern haben fünf (62.5%) die Drogenhilfe einmal in Anspruch genommen und zwei Personen (25.0%) bereits zweimal. Bei den Frauen liegen Angaben von zwei Teilnehmerinnen vor, wobei eine davon eine Drogenhilfe einmal (33.3%) und die andere zweimal (33.3%) in Anspruch nahmen.

Bei der Untersuchung von Burtscher (2012) teilten 47.5% der Teilnehmer mit eine stationäre Drogenhilfe in Anspruch genommen zu haben und 9.5% eine ambulante. Sowohl eine ambulante als auch stationäre Drogenhilfe nahmen 33.3% der Teilnehmer in Anspruch. In der Katamnese nahmen vier Männer und zwei Frauen (54.5%) eine stationäre Drogenhilfe in Anspruch, ein Mann (9.1%) ambulante und zwei Männer und eine Frau (27.3%) eine Kombination aus ambulanter und stationärer Hilfe. In der Abbildung 3 findet sich eine Darstellung der Drogenhilfen getrennt nach Geschlecht.

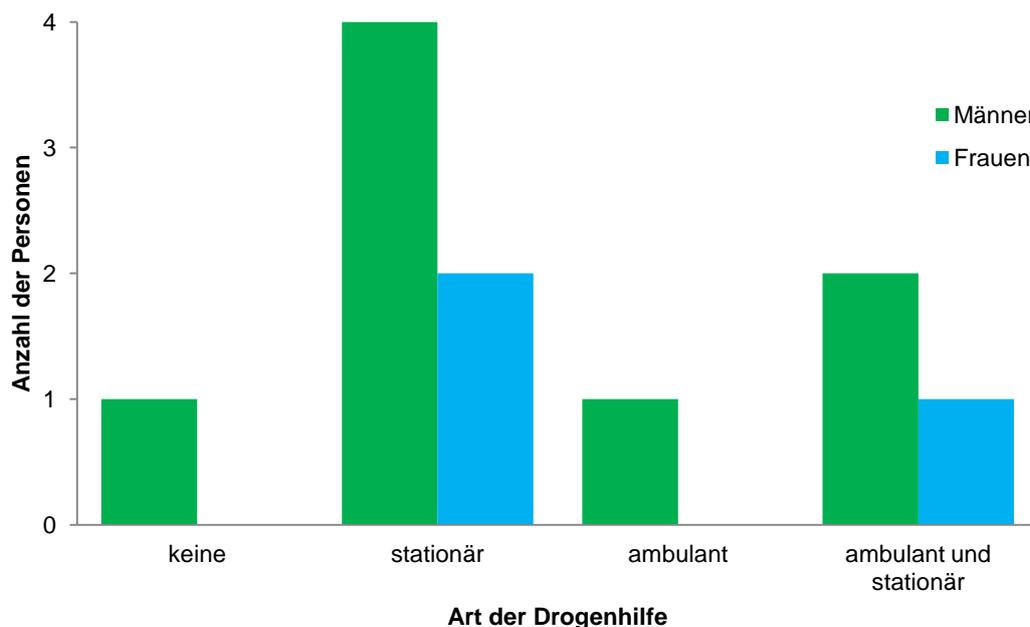


Abbildung 3. Verteilung der Art der Drogenhilfe für Männer ( $n = 8$ ) und Frauen ( $n = 3$ ).  $n$  entspricht der Stichprobengröße.

78.6% der Teilnehmer des ersten Testzeitpunkts haben bereits mindestens einmal eine Drogenhilfe abgebrochen, wobei das Minimum bei 1 und das Maximum bei 4 Behandlungsabbrüchen lag (Burtscher, 2012). Bezüglich Behandlungsabbrüchen zum zweiten Erhebungszeitpunkt ergibt sich folgendes Bild: drei (37.5%) Männer brachen eine Behandlung nicht ab, fünf Männer (62.5%) hingegen je einmal. Drei Frauen (100.0%) brachen jeweils ein- (33.3%), zwei- (33.3%) und dreimal (33.3%) eine Drogenhilfe ab. Insgesamt 72.7% der Teilnehmer haben bereits eine Drogenhilfe abgebrochen.

### 9.1.7 Delinquenz: Vorstrafen, Delikte und Haft

Die Teilnehmer begannen die stationäre Therapie auf Grund einer richterlichen Weisung. Vorstrafen, begangene Delikte und Haftaufenthalte wurden daher ebenfalls erhoben. Zum ersten Erhebungszeitpunkt waren 97.6% der Teilnehmer bereits vorbestraft, 2.4% gaben an keine Vorstrafe zu haben. Die Anzahl der Vorstrafen reichten von 0 bis 25 (Burtscher, 2012). In der Stichprobe zum zweiten Testzeitpunkt haben acht Männer (100.0%) und zwei Frauen (66.7%) Vorstrafen, lediglich eine Frau (33.3%) nicht (gesamt: 90.9% zu 9.1%). Dabei reicht die Anzahl bei den Männern von zwei bis 15 Vorstrafen, bei den Frauen von zwei bis neun.

Bei 95.2% der Teilnehmer zum ersten Testzeitpunkt stand das Delikt in Zusammenhang mit der Substanzabhängigkeit. 50% gaben ein Eigentumsdelikt und 47.6% ein Gewaltdelikt an. Sonstige Deliktarten gaben 9.5% an (Burtscher, 2012). In der Katamnese gaben 11 Personen (100.0%) an, schon einmal ein Delikt begangen zu haben, welches in Zusammenhang mit der Substanzabhängigkeit steht. Fünf Personen (45.5%) begangen schon einmal ein Eigentumsdelikt und vier Personen (36.4%) ein Gewaltdelikt. Eine Person (9.1%) gab ein sonstiges Delikt an. Eine Darstellung der Häufigkeiten zu den verschiedenen Deliktarten getrennt nach Geschlechtern gibt Abbildung 4 wider.

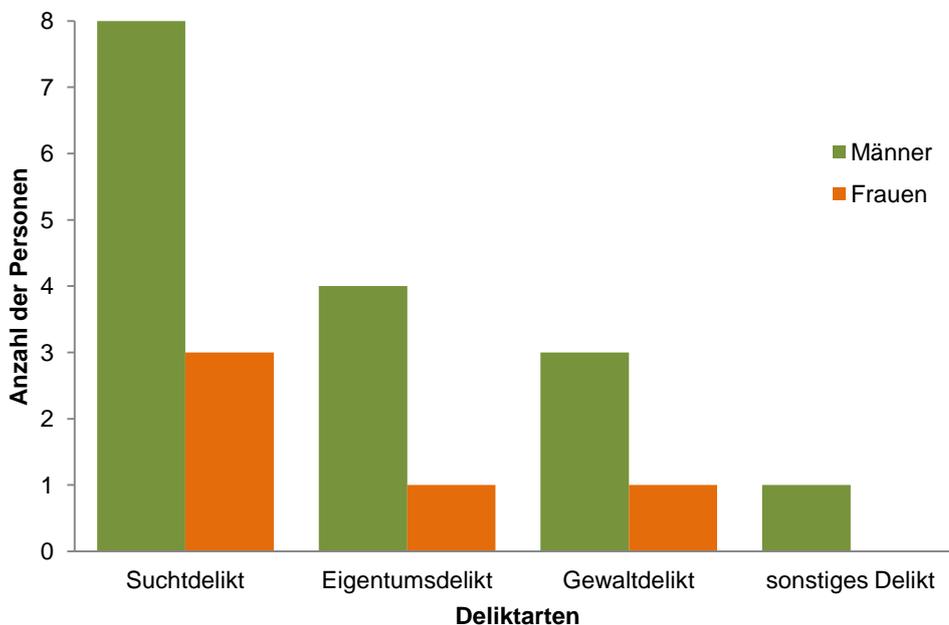


Abbildung 4. Verteilung der Delikte für Männer ( $n = 8$ ) und Frauen ( $n = 3$ ).  $n$  entspricht der Stichprobengröße.

Eine Haftstrafe verbüßten bereits 92.9% der Teilnehmer der Querschnittsstudie. Die Anzahl der Haftaufenthalte reicht von ein- bis achtmal (Burtscher, 2012). Im Rahmen

der katamnestischen Untersuchung gab ein Mann (12.5%) und zwei Frauen (66.7%) an eine Haftstrafe verbüßt zu haben, sechs Männer (75.0%) und eine Frau (33.3%) hatten bereits mehrere Freiheitsentzüge, dabei reichen die Angaben von zwei- bis achtmal. Der erste Haftaufenthalt betrug am häufigsten durchschnittlich sechs Monate (27.3%), ebenso wie der zweite (18.2%). Abbildung 5 präsentiert eine Übersicht über die verschiedenen Haftaufenthalte für Männer und Frauen.

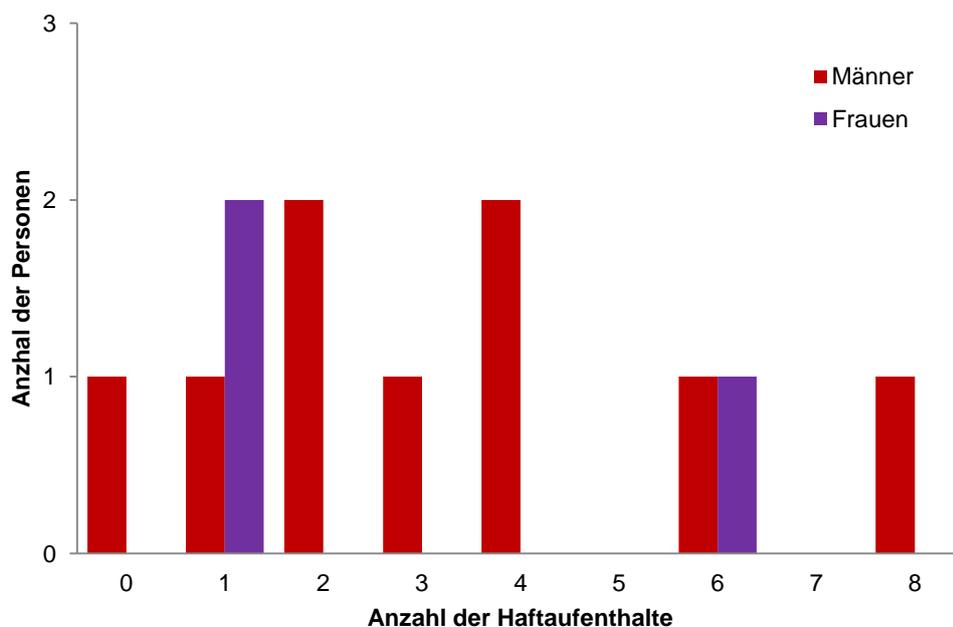


Abbildung 5. Anzahl der Haftaufenthalte für Männer ( $n = 8$ ) und Frauen ( $n = 3$ ).  $n$  entspricht der Stichprobengröße.

### 9.1.8 Aktuelle Abhängigkeitsproblematik, Leit- und Begleitdrogen und Teilnahme am Substitutionsprogramm

In der Studie von Burtscher (2012) wurden die Teilnehmer nach ihrer Abhängigkeitsproblematik gefragt. Es zeigte sich, dass 95.2% der Teilnehmer eine Drogenproblematik hatten. Eine Medikamentenproblematik gaben 2.4% an und eine Kombination aus Medikamenten- und Alkoholproblematik war bei 2.4% zu verzeichnen. Zusätzlich zur Drogenproblematik gaben 14.3% an, auch eine Alkoholproblematik und 42.9% eine Medikamentenproblematik zu haben. Bei der katamnestischen Untersuchung wurden die Teilnehmer gefragt, welche Abhängigkeitsproblematik sie unmittelbar vor der Aufnahme in die stationäre Therapie hatten. Fünf Personen (45.5%) gaben an, eine Drogenproblematik im Sinne einer Abhängigkeit von illegalen Substanzen zu haben, davon drei Männer (37.5%) und zwei Frauen (66.7%). Zwei Personen (18.2%), zwei Männer (25.0%), wiesen eine Medikamentenproblematik auf und vier Personen (36.5%)

wurden substituiert, davon drei Männer (37.5%) und eine Frau (33.3%). Die Abbildung 6 stellt eine Übersicht über die aktuelle Problematik bei Männern und Frauen dar.

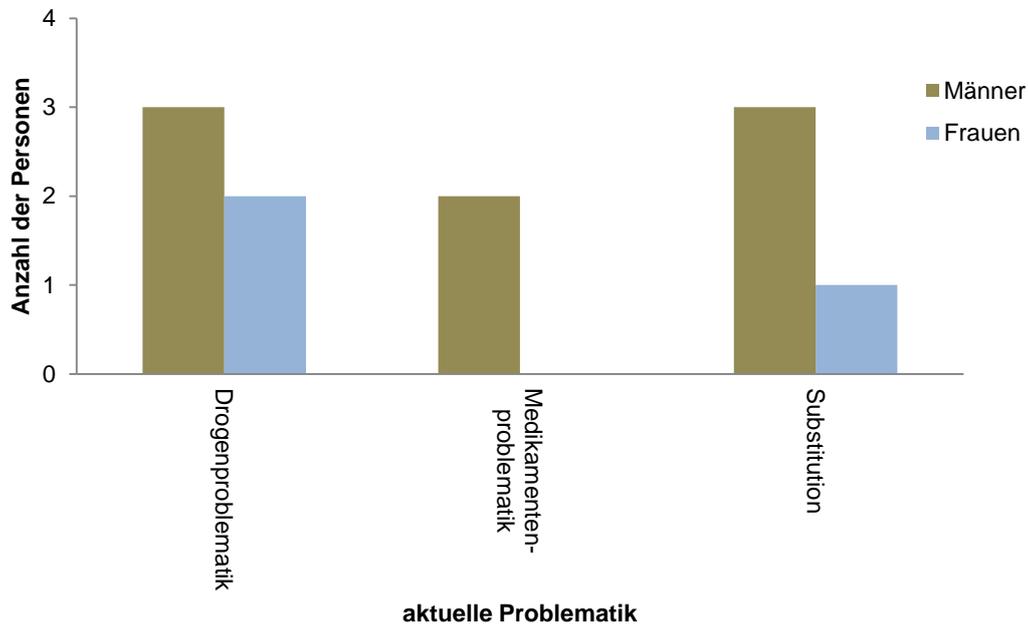


Abbildung 6. Verteilung der aktuellen Problematik für Männer ( $n = 8$ ).  $n$  entspricht der Stichprobengröße.

Da bei den meisten Teilnehmern ein multipler Substanzkonsum vorlag, gab es die Möglichkeit mehrere Leit- und Begleitdrogen je nach Menge des Konsums anzugeben. Im Querschnitt von Burtscher (2012) lag bei 11.9% der Teilnehmer kein Substanzkonsum vor. Bezüglich der anderen Teilnehmer ergab sich folgende Häufigkeitsverteilung der Leitdrogen: 40.5% Heroin, 28.6% Substitutionsmittel, 19% Kokain, 16.7% Benzodiazepine, 14.3% Opioide, 7.1% Cannabis, je 4.8% Halluzinogene und Alkohol und 2.4% Metamfetamine. Zum zweiten Testzeitpunkt wurde als häufigste Leitdroge (45.5%) Heroin genannt, gefolgt von Kokain (18.2%), Opioiden (18.2%), Cannabis (9.1%) sowie Benzodiazepine und Opioide (9.1%). Diese Verteilung ist geschlechterweise gleich. Als zweite Leitdroge wurde Kokain nur einmal (9.1%) angegeben, sonst gab es keine weitere Nennung.

Die Häufigkeitsverteilung der Begleitdrogen unterscheidet sich von den Leitdrogen. Zum ersten Testzeitpunkt ergaben sich folgende Angaben: 35.7% Cannabis, 23.8% Benzodiazepine, je 9.5% Kokain und Alkohol, 7.1% Substitutionsmittel, 4.8% Heroin, 2.4% Halluzinogene, 2.4% Metamfetamine und keine Opioide. 23.8% der Stichprobe gab an keine Begleitdrogen zu konsumieren (Burtscher, 2012). Als häufigste erste Begleitdroge zum zweiten Erhebungszeitpunkt wurden Kokain (27.3%) und Cannabis (27.3%) genannt, dann Substitutionsmittel (9.1%) und Metamfetamine

(9.1%). Drei Personen (27.3%) gaben keine Begleitdrogen an. Als zweite Begleitdroge wurde je einmal Heroin (9.1%), Cannabis (9.1%), Benzodiazepine (9.1%) und Halluzinogene (9.1%) genannt. Sieben Mal (63.6%) wurde keine zweite Begleitdroge genannt.

Da jede Person mehrere Substanzen konsumiert haben kann, erfolgt nun eine Beschreibung der Verteilung der Substanzen über die Geschlechter. Sechs Personen, davon vier Männer (50.0%) und zwei Frauen (66.7%) gaben als Leitdroge Heroin an. Kokain und Opioide wurden jeweils von einem Mann (12.5%) und einer Frau (33.3%) als Leitdroge angegeben. Cannabis (12.5%), Substitutionsmittel (12.5%) und Benzodiazepine (12.5%) als Leitdroge gab jeweils nur ein Mann an. Halluzinogene, Alkohol oder Metamphetamine wurden nicht als Leitdrogen genannt. Bei den Frauen wurden auch Substitutionsmittel und Benzodiazepine nicht genannt. Abbildung 7 gibt eine Übersicht über die Leitdrogen bei Männern und Frauen.

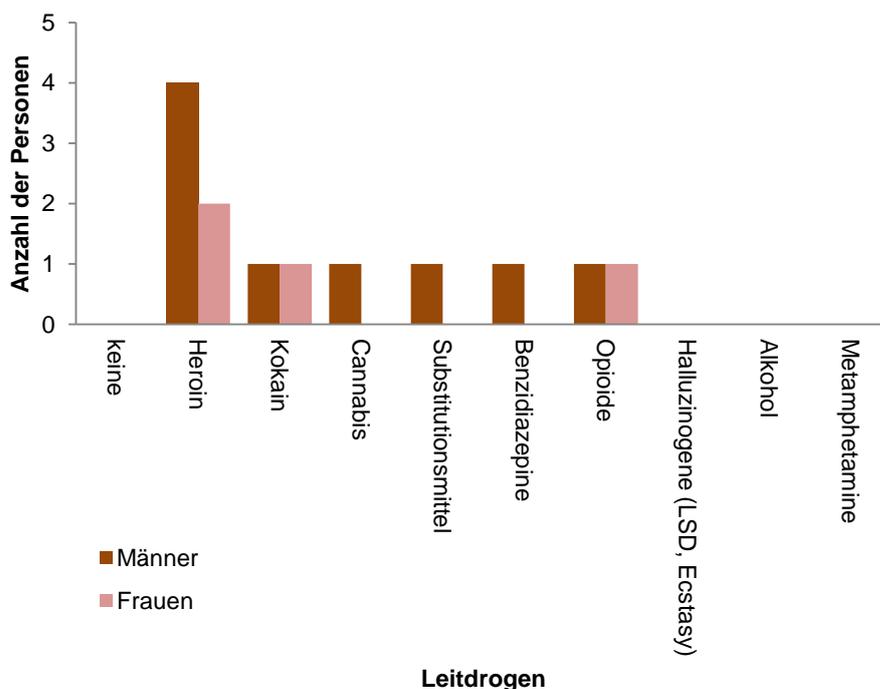


Abbildung 7. Verteilung der Leitdrogen für Männer ( $n = 8$ ) und Frauen ( $n = 3$ ).  $n$  entspricht der Stichprobengröße.

Als Begleitdroge wurde Heroin von einem Mann (12.5%) angegeben. Kokain hingegen von zwei Männern (25.0%) und einer Frau (33.3%). Vier Nennungen (50.0%) bei den Männern gab es zur Begleitdroge Cannabis. Den Konsum von Substitutionsmitteln gab eine Frau (33.3%) an und den von Benzodiazepinen ein Mann (12.5%). Je einmal wurden von den Männern Halluzinogene (12.5%) und Metamphetamine (12.5%) angegeben. Opioide und Alkohol wurden nicht als

Begleitdroge genannt. Die Männer nannten auch Substitutionsmittel nicht als Leitdroge. Die Frauen nannten Heroin, Cannabis, Benzodiazepine, Halluzinogene und Metamphetamine nicht als Begleitdroge. Die Abbildung 8 präsentiert eine Übersicht über die Begleitdrogen für Männer und Frauen.

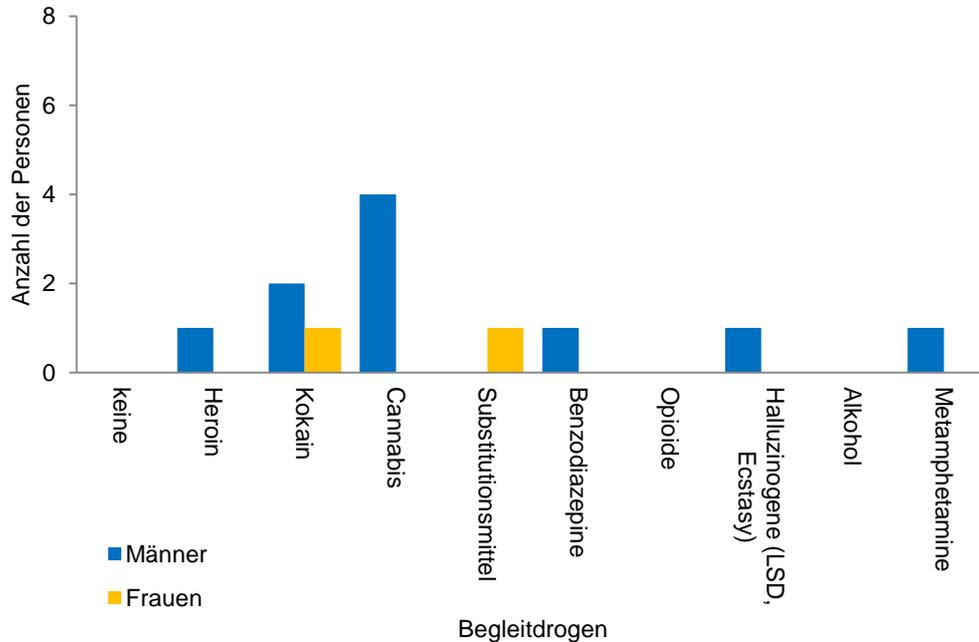


Abbildung 8. Verteilung der Begleitdrogen für Männer ( $n = 8$ ) und Frauen ( $n = 3$ ).  $n$  entspricht der Stichprobengröße.

In Substitution befanden sich 69% der Teilnehmer des ersten Erhebungszeitpunktes. Am häufigsten (40.5%) wurde Substitol eingenommen, gefolgt von Methadon (7.1%), Subutex (11.9%), Polamidon (4.8%) und Compensan Retard (4.8%) (Burtscher, 2012). Zum zweiten Testzeitpunkt befanden sich neun von 11 Personen (81.8%) in Substitution. Nicht in Substitution befanden sich 2 Männer (25.0%) mit angegebener Drogenproblematik. Von den acht sich in Substitution befindenden Personen waren alle drei Frauen (100.0%) und sechs Männer (75.0%). Häufigstes Substitutionsmittel ist Substitol (54.5%), davon bei vier Männer (50.0%) und zwei Frauen (66.7%), gefolgt von Subutex (18.2%; bei zwei Männern 25.0%) und Polamidon (9.1%; bei eine Frau 33.3%). Eine Darstellung zu den konsumierten Substitutionsmitteln, getrennt für Männer und Frauen, findet sich in Abbildung 9.

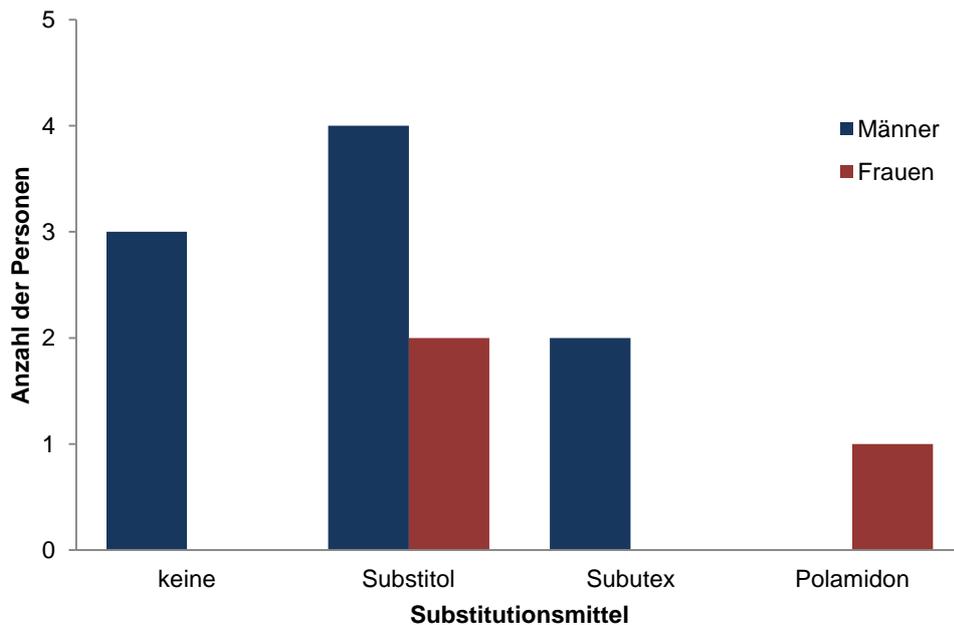


Abbildung 9. Art der konsumierten Substitutionsmittel für Männer ( $n = 8$ ) und Frauen ( $n = 3$ ).  $n$  entspricht der Stichprobengröße.

Drei Frauen (100.0%) und ein Mann (12.5%, gesamt 36.4%) nahmen zusätzlich noch Medikamente ein. Davon drei Mal (27.3%) Neuroleptika bei den Frauen (100.0%) und je zwei Mal Antidepressiva (18.2%) und Schlafmittel (18.2%) bei je einer Frau (33.3%) und einem Mann (12.5%).

### 9.1.9 Richterliche Weisung, der Weg in die Behandlung und Behandlungsabbrüche

Bei allen Teilnehmern lag zum Zeitpunkt der Erhebung eine richterliche Weisung zur stationären Therapie vor. Da angenommen wird, dass diese Personen ihre Behandlung anfangen, da sie von verschiedenen Seiten unter Druck gesetzt werden, wurde nach dem Grund des Verbleibs in der stationären Behandlung gefragt. Dies erfolgte in Abgrenzung zum ersten Erhebungstermin, bei dem es darum ging, die Initiative zur Kontaktaufnahme und die verschiedenen Arten des gefühlten Zwangs zu Beginn der Behandlung zu erfassen. Die Gesamtstichprobe zum ersten Erhebungszeitpunkt gab am häufigsten die eigene Initiative (35.7%) als Grund für die Kontaktaufnahme an. Dicht gefolgt von der Justiz und der Kombination aus Justiz und eigener Initiative mit je 31%. Eine Kombination aus Justiz, eigener Initiative und der Familie lag bei 2.4% vor (Burtscher, 2012). Von der verbliebenen Stichprobe der Katamnese gaben zum ersten Erhebungszeitpunkt vier Personen als Grund für den Behandlungsbeginn die eigene Initiative und drei Personen den Druck durch die Justiz

an. Die Kombination aus Druck durch die Justiz und eigener Initiative gaben vier Personen an. Abbildung 10 präsentiert die Gründe.

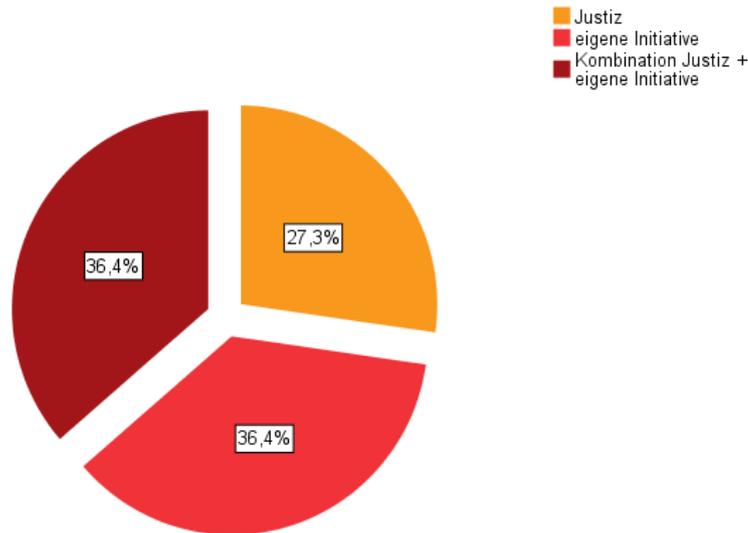


Abbildung 10. Grund für den Behandlungsbeginn für Männer ( $n = 8$ ) und Frauen ( $n = 3$ ) zum ersten Testzeitpunkt.  $n$  entspricht der Stichprobengröße.

Als Grund für den Verbleib in der Therapie zum zweiten Testzeitpunkt gaben sechs Männer eine Kombination aus Druck durch die Justiz und eigener Initiative an. Je ein Mann gab nur die eigene Initiative oder die Kombination aus Arzt und eigener Initiative an. Je eine Frau gab an auf Grund des Drucks der Justiz, der Kombination Justiz und eigene Initiative und der Kombination Justiz und Familie in der Therapie zu verbleiben. Insgesamt gesehen ist mit sieben Nennungen (63.6%) die Kombination aus Justiz und eigener Initiative der am häufigsten genannte Grund. Die Abbildungen 11 und 12 geben getrennt für Männer und Frauen eine Übersicht zu dem Grund für den Verbleib in der stationären Therapie.

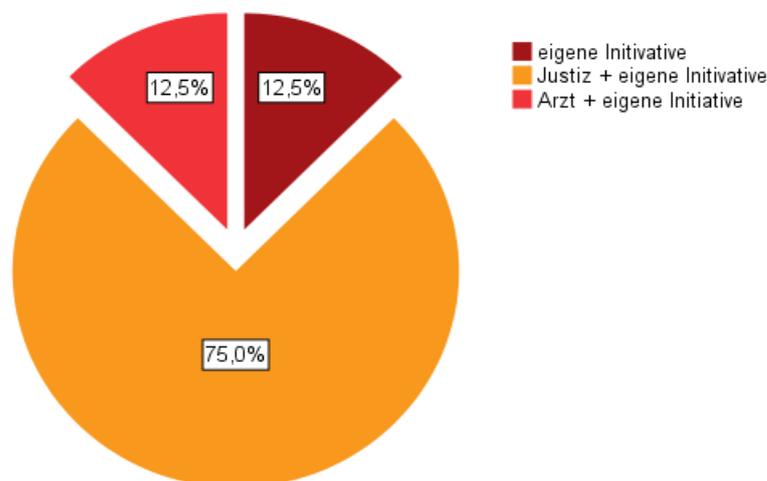


Abbildung 11. Grund für den Verbleib in der stationären Phase für Männer ( $n = 8$ ).  $n$  entspricht der Stichprobengröße.

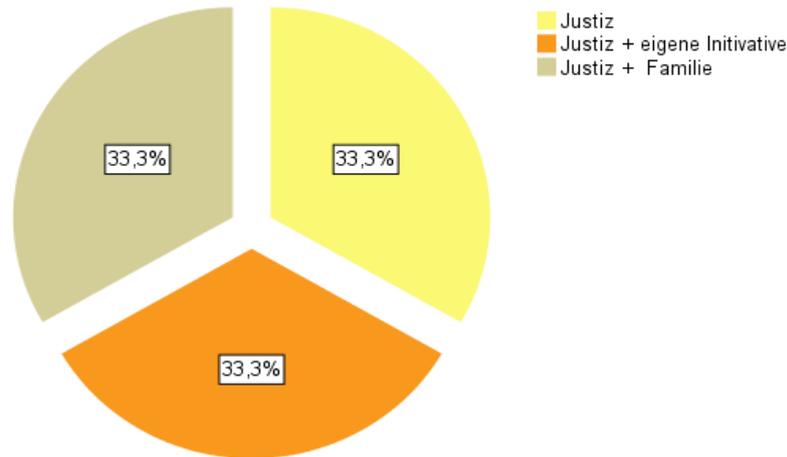


Abbildung 12. Grund für den Verbleib in der stationären Phase für Frauen ( $n = 3$ ).  $n$  entspricht der Stichprobengröße.

Zwei Männer und eine Frau (27.3%) befanden sich bereits in ihrer 10. Woche in der stationären Phase. Zwei Männer (18.2%) bereits in der 12. Woche. Die anderen Teilnehmer befanden sich in der ersten (9.1%), vierten (9.1%), sechsten (9.1%), siebten (9.1%), achten (9. %) oder neunten (9.1%) Woche in der stationären Phase.

Direkt vor der Kontaktaufnahme mit dem SHH haben 83.3% der Teilnehmer vom ersten Erhebungszeitpunkt eine andere Einrichtung besucht, 16.7% taten dies nicht. Dabei waren 47.6% in einer stationären Einrichtung, 28.6% in Haft und 7.1% in einer ambulanten Einrichtung (Burtscher, 2012). Vor der stationären Behandlungsphase haben drei Teilnehmer (27.3%) eine andere Drogenhilfe in Anspruch genommen, je eine Frau eine Entzugsklinik (33.3%) und Substitution (33.3%), ein Mann (12.5%) eine Drogenhilfe der Kategorie ‚andere‘.

Je ein Mann (12.5%) und eine Frau (33.3%) der 11 Teilnehmer gaben an, die derzeitige Behandlung seit Beginn bereits einmal abgebrochen und wieder aufgenommen zu haben (gesamt: 18.2%). Der Abbruch geschah jeweils nach ca. drei Wochen in der stationären Therapie.

### 9.1.10 Behandlungsstatus im Juni 2012

Im Folgemonat des letzten Testtages wurde nochmals der Status im Zuge der Behandlungsphasen aller 42 ursprünglichen Teilnehmer ermittelt (Tabelle 4). 15 Teilnehmer befanden sich immer noch oder erneut in der regulären Vorbetreuungsphase. In stationärer Therapie befanden sich ein Jahr nach Beginn der Erhebung drei Personen. Fünf Personen haben direkt von der Vorbetreuungsphase in die dezentrale Phase

gewechselt, ohne eine stationäre Therapie zu durchlaufen. Den Wechsel zur ambulanten Therapie hat eine Person vollzogen und zwei Personen befanden sich in der erweitert stationären Phase. Insgesamt neun Teilnehmer haben die stationäre Therapie abgebrochen, davon bestand zu einer Person kein Kontakt mehr. Einen Verweis aus der stationären Therapie erhielten drei Personen, wobei zu diesen bereits wieder Kontakt besteht. Auf Grund erneuter Delinquenz befanden sich vier Personen erneut in Haft.

Tabelle 4

*Behandlungsstatus im Juni 2012 für Männer (n = 34) und Frauen (n = 8)*

Status	Geschlecht	n	%
In Vorbetreuung	männlich	14	35.7
	weiblich	1	
Stationär	männlich	2	7.1
	weiblich	1	
Erweitert stationär	männlich	1	4.8
	weiblich	1	
Wechsel von VB in dezentrale Phase ohne stationäre Therapie	männlich	3	11.9
	weiblich	2	
Wechsel zu ambulanter Therapie	männlich	1	2.4
	weiblich	0	
Abbruch der stationären Therapie, Kontakt	männlich	6	19.0
	weiblich	2	
Abbruch der stationären Therapie, kein Kontakt	männlich	1	2.4
	weiblich	0	
Verweis aus der stationären Therapie, kein Kontakt	männlich	2	7.1
	weiblich	1	
Haft	männlich	4	9.5
	weiblich	0	
Gesamt		42	100.0

*Anmerkungen:* Die Prozentzahlen ergeben sich aus dem relativen Anteil der Gesamtstichprobe (n = 42), n entspricht der Anzahl der Personen.

Bei der Verteilung der Geschlechter fällt auf, dass sich der Großteil (41.2%) der männlichen Teilnehmer in der Vorbetreuungsphase befand. Sechs Männer (17.6%) haben die stationäre Therapie abgebrochen und befanden sich in Kontakt mit der Vorbetreuungsstelle. In Haft befanden sich vier Männer (11.8%). Einen Wechsel von der Vorbetreuung in die dezentrale Phase ohne stationäre Therapie haben drei Männer (8.8%) vollzogen. Je zwei Männer befanden sich stationär (5.9%) und bekamen einen Verweis aus der stationären Phase und befanden sich in Kontakt zur Vorbetreuungsstelle (5.9%). Jeweils ein Mann hat die stationäre Therapie abgebrochen und hat keinen Kontakt (2.9%), war erweitert stationär (2.9%) oder hat zur ambulanten Therapie gewechselt (2.9%). Bei den Frauen haben zwei (25.0%) die stationäre Therapie abgebrochen mit bestehendem Kontakt zur Vorbetreuungsstelle und zwei (25.0%) haben

den Wechsel in die dezentrale Phase ohne stationäre Therapie vollzogen. Je eine Frau war in Vorbetreuung (12.5%), stationär (12.5%), erweitert stationär (12.5%) und bekam einen Verweis aus der stationären Therapie mit bestehendem Kontakt zur Vorbetreuungsstelle (12.5%).

## 9.2 Forschungsfrage 1: Ausprägung der Konstrukte

In der ersten Forschungsfrage geht es um die Veränderung der Ausprägung der Konstrukte Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstkonzept und Behandlungsmotivation zum zweiten Testzeitpunkt. Die Ergebnisse werden im Rahmen der Diskussion (siehe Kapitel 10.2) interpretiert.

### *9.2.1 Ausprägungen der Selbstwirksamkeitserwartung*

Zur Überprüfung der Messgenauigkeit wurde eine Reliabilitätsanalyse der Skala zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung (SWE, Schwarzer & Jerusalem, 1999) durchgeführt. Diese wurde für die 11 Personen zu beiden Erhebungszeitpunkten berechnet. In der Literatur gilt ein Grenzwert von .60 (Bortz & Döring, 2006; Zimbardo, 1995), der für eine gute innere Konsistenz überschritten werden muss. Mit einem Cronbach's  $\alpha = .853$  für den ersten und einem Cronbach's  $\alpha = .874$  für den zweiten Testzeitpunkt liegt das Verfahren im oberen Bereich und kann als zuverlässiges Messinstrument gewertet werden.

Die vorliegende Studie untersucht die Veränderungen der Selbstwirksamkeitserwartung zu zwei Zeitpunkten bei Klienten mit richterlicher Weisung zur stationären Therapie im Rahmen der ersten Hypothese. Im Falle einer Erhöhung der Ausprägung zum zweiten Testzeitpunkt könnte diese als Schutzfaktor verstanden werden (Bandura, 1997; Schwarzer, 2004). Zur Berechnung der Veränderung der Ausprägung zwischen  $t_1$  und  $t_2$  wird ein  $t$ -Test für verbundene Stichproben herangezogen. Die Prüfung der Messwert-Differenzen mittels Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest auf Normalverteilung fällt mit  $p > .05$  nicht signifikant aus, sodass die Normalverteilung der Daten angenommen werden kann. Die Berechnung des  $t$ -Tests für verbundene Stichproben zur Überprüfung der Hypothese ist zulässig. Die entsprechende Prüfgröße mit dem Mittelwert  $M = 30.91$  (5.15) für den ersten und dem Mittelwert  $M = 33.91$  (4.64) für den zweiten Testzeitpunkt fällt mit  $t(10) = -1.80$ ,  $p = .102$ ,  $d = -0.77$  nicht signifikant aus. Der Mittelwert erhöht sich zwar zum zweiten Testzeitpunkt, diese Erhöhung ist jedoch nicht signifikant, das heißt die Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung verändert sich nicht nach drei Monaten Therapie.

### 9.2.2 Ausprägungen der Bereiche des Selbstkonzepts

Für die Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN, Deusinger, 1986) wurden für jede Skala Reliabilitätsanalysen für den ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt der 11 Personen durchgeführt. Die FSKN beinhalten 10 verschiedene Selbstkonzepte, die sich zu vier übergeordneten Bereichen zusammenfassen lassen: Leistung, allgemeine Selbstwertschätzung, Stimmung und Sensibilität sowie der psychosoziale Bereich. Eine Übersicht über die Skalen und ihre jeweilige Reliabilität zu beiden Erhebungszeitpunkten findet sich in Tabelle 5.

Tabelle 5  
Reliabilitätskoeffizienten der FSKN-Skalen ( $n = 11$ )

Bereich	Skala (Itemanzahl)	$t_1$	$t_2$
		Cronbach's $\alpha$	Cronbach's $\alpha$
Leistung	FSAL (10)	.64	.80
	FSAP (10)	.48	.61
	FSVE (6)	.54	-.03
Allgemeine Selbstwertschätzung	FSSW (10)	.69	.71
Stimmung und Sensibilität	FSEG (6)	.51	.69
Psychosozialer Bereich	FSST (12)	.80	.91
	FSKU (6)	-.02	-.40
	FSWA (6)	.55	.83
	FSIA (6)	.66	.33
	FSGA (6)	.48	.59
	FSKN Gesamt (78)	.90	.95

*Anmerkungen:* FSKN (Frankfurter Selbstkonzeptskalen),  $t_1$  (Testzeitpunkt 1),  $t_2$  (Testzeitpunkt 2), FSAL (Skala: Selbstkonzept der allgemeinen Leistungsfähigkeiten), FSAP (Skala: Selbstkonzept der allgemeinen Problembewältigung), FSVE (Skala: Selbstkonzept der allgemeinen Verhaltens- und Entscheidungssicherheit), FSSW (Skala: Selbstkonzept des allgemeinen Selbstwertes), FSEG (Skala: Selbstkonzept der eigenen Empfindlichkeit und Gestimmtheit), FSST (Skala: Selbstkonzept der eigenen Standfestigkeit gegenüber Gruppen und bedeutsamen Anderen), FSKU (Skala: Selbstkonzept zur eigenen Kontakt- und Umgangsfähigkeit), FSWA (Skala: Selbstkonzept zur Wertschätzung durch andere), FSIA (Skala: Selbstkonzept zur Irritierbarkeit durch andere), FSGA (Selbstkonzept über Gefühle und Beziehungen zu anderen),  $n$  entspricht der Stichprobengröße.

Ausreichende Reliabilitäten erzielen für beide Testzeitpunkte die Bereiche der allgemeine Selbstwertschätzung sowie der Stimmung und Sensibilität.

Auf Grund der geringen Reliabilitätskoeffizienten von Cronbach's  $\alpha < .60$  zu Testzeitpunkt eins in den Skalen FSAP, FSVE, FSGE FSKU, FSWA und FSGA und zu Testzeitpunkt zwei in den Skalen FSVE, FSKU, FSIA und FSGA werden diese mit Vorsicht dargestellt und in der Diskussion kritisch reflektiert. Die Analyse des Gesamtwertes der FSKN zeigt zu beiden Testzeitpunkten sehr gute Werte von .90 und

darüber. Für die FSKN ist die Interpretation des Gesamtwertes zwar nicht vorgesehen, wird jedoch in diesem Rahmen ausgeführt.

Im Rahmen der zweiten Hypothese stellt sich die Frage, ob sich die Ausprägungen der Skalen im FSKN zum zweiten Testzeitpunkt verändern. Dazu wird für jede Skala ein *t*-Test für verbundene Stichproben berechnet. Die Prüfung der Messwert-Differenzen mittels Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest auf Normalverteilung fällt mit  $p > .05$  für alle Skalen, bis auf FSEG, nicht signifikant aus, sodass von einer Normalverteilung für die Daten der Skalen ausgegangen werden kann. Die Berechnung der *t*-Tests für verbundene Stichproben ist zulässig. In diesem Fall werden die Signifikanzen der *t*-Tests für verbundene Stichproben der einzelnen Skalen mit dem Bonferroni-korrigierten Alpha verglichen:  $\alpha^* = 0.05/9 = .006$ . Die Ergebnisse für die einzelnen Skalen mit  $p > .006$  und den Gesamtwert mit  $p > .05$  fallen nicht signifikant aus (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6

*t*-Tests für verbundene Stichproben der FSKN zu zwei Testzeitpunkten ( $n = 11$ )

Bereich	Skala	$t_1$	$t_2$	$t(10)$	Sig. (2-seitig)	$d$
		$M(SD)$	$M(SD)$			
Leistung	FSAL	45.73 (5.66)	48.55 (7.05)	-1.60	.140	-0.70
	FSAP	45.27 (5.29)	48.36 (5.46)	-1.34	.211	-0.57
	FSVE	26.64 (4.27)	27.64 (3.23)	-0.69	.509	-0.30
Allgemeine Selbstwert- schätzung	FSSW	49.27 (5.68)	51.36 (6.67)	-1.69	.122	-0.74
Psychosozialer Bereich	FSST	57.36 (8.87)	57.36 (12.91)	-0.000	1.000	0.00
	FSKU	25.91 (3.96)	29.00 (3.10)	-1.72	.117	-0.73
	FSWA	27.45 (4.78)	28.55 (6.79)	-0.90	.391	-0.44
	FSIA	26.00 (4.67)	28.00 (3.22)	-2.91	.016	-1.58
	FSGA	27.36 (4.63)	27.27 (5.75)	0.06	.950	0.03
	FSKN gesamt	355.27 (35.53)	372.82 (49.25)	-2.06	.067	-0.99

*Anmerkungen:* FSKN (Frankfurter Selbstkonzeptskalen),  $t_1$  (Testzeitpunkt 1),  $t_2$  (Testzeitpunkt 2), M entspricht dem Mittelwert, SD entspricht der Standardabweichung, FSAL (Skala: Selbstkonzept der allgemeinen Leistungsfähigkeiten), FSAP (Skala: Selbstkonzept der allgemeinen Problembewältigung), FSVE (Skala: Selbstkonzept der allgemeinen Verhaltens- und Entscheidungssicherheit), FSSW (Skala: Selbstkonzept des allgemeinen Selbstwertes), FSST (Skala: Selbstkonzept der eigenen Standfestigkeit gegenüber Gruppen und bedeutsamen Anderen), FSKU (Skala: Selbstkonzept zur eigenen Kontakt- und Umgangsfähigkeit), FSWA (Skala: Selbstkonzept zur Wertschätzung durch andere), FSIA (Skala: Selbstkonzept zur Irritierbarkeit durch andere), FSGA (Selbstkonzept über Gefühle und Beziehungen zu anderen),  $n$  entspricht der Stichprobengröße,  $d$  entspricht Cohen's  $d$ .

Die Selbstkonzepte verändern sich im Vergleich zum ersten Erhebungszeitpunkt nach drei Monaten in den Bereichen Leistung, allgemeine Selbstwertschätzung und psychosozialer Bereich nicht signifikant.

Für die Skala FSEG des Bereichs Stimmung und Sensibilität kann mit  $p < .05$  keine Normalverteilung angenommen werden. Die Prüfgröße des Wilcoxon-Tests mit einem Mittelwert von  $M = 24.27$  (4.86) für den ersten und einem Mittelwert von  $M = 26.72$  (5.83) für den zweiten Erhebungszeitpunkt weist mit  $z(10) = -2.15$ ,  $p = .032$ ,  $d = -1.33$  ein signifikantes Ergebnis auf. Der Grad ihrer Sensibilität, Empfindlichkeit, Verletzbarkeit und Gestimmtheit ist zum zweiten Testzeitpunkt positiver, das heißt die Teilnehmer sehen sich fröhlicher, weniger verletzbar und weniger empfindlich.

### 9.2.3 Ausprägungen der Behandlungsmotivation

#### 9.2.3.1 Ausprägungen der Veränderungsbereitschaft

Die zur Erhebung der Veränderungsbereitschaft eingesetzte Veränderungsstadienskala (VSS, Heidenreich et al., 2001) wurde ebenfalls auf ihre Messgenauigkeit mittels Reliabilitätsanalyse hin untersucht. Die Resultate der Reliabilitätsanalyse werden in Tabelle 7 dargestellt.

Tabelle 7

Reliabilitätskoeffizienten der VSS-Skalen ( $n = 11$ )

Skala	Itemanzahl	t <sub>1</sub>	t <sub>2</sub>
		Cronbach's $\alpha$	Cronbach's $\alpha$
Absichtslosigkeit	8	.50	.37
Absichtsbildung	8	.77	.85
Handlung	8	.69	.71
Aufrechterhaltung	8	.79	.87
Gesamt	32	.84	.89

Anmerkungen: VSS (Veränderungsstadienskala),  $n$  entspricht der Stichprobengröße, t<sub>1</sub> (Testzeitpunkt 1), t<sub>2</sub> (Testzeitpunkt2).

Die Werte für den gesamten Fragebogen für beide Erhebungszeitpunkte ergeben ausreichende Reliabilitäten  $> .80$ , somit kann die Messgenauigkeit als gegeben betrachtet werden kann. Die Stadien der Absichtsbildung, Handlung und Aufrechterhaltung weisen mit Werten  $> .60$  gute innere Konsistenzen auf. Die Reliabilitäten der Skala Absichtslosigkeit sind zum ersten Zeitpunkt und zum zweiten Zeitpunkt gering ausgeprägt.

Die dritte Hypothese untersucht, ob sich die 11 Teilnehmer zwischen dem ersten und zweiten Testzeitpunkt in ihrer Stadienzugehörigkeit verändern. Die Teilnehmer wurden dem Stadium zugeordnet, in dem sie die höchste Ausprägung des Mittelwerts aufwiesen. Werte, bei denen die Teilnehmer sich nicht einem Stadium zuordnen ließen, wurden neutralisiert. Ursache dafür kann die hohe Skaleninterkorrelation zwischen den

Skalen Absichtsbildung und Handlung ( $r = .62$ , Heidenreich et al., 2001) sein. Ebenso möglich ist es, dass die Teilnehmer am Wechsel zu der darauffolgenden Stufe stehen. Um die Veränderungsbereitschaft dieser Personen nicht zu überschätzen, wurde das niedrigere Stadium zugeordnet. Sofern eine Person in drei Phasen die gleichen Werte aufwies, wurde die mittlere Phase ausgewählt. Zum ersten Testzeitpunkt beschrieben sich fünf Personen (45.5%) so, dass sie dem Stadium der Absichtsbildung zugeordnet werden konnten. Sechs Personen (54.5%) fühlten sich dem Stadium der Handlung zugehörig. Zum zweiten Testzeitpunkt stellten sich sieben Personen (63.6%) als der Phase der Absichtsbildung und vier Personen (36.4%) als der Phase der Handlung zugehörig dar. Um zu überprüfen, ob es zum zweiten Testzeitpunkt eine signifikante Veränderung gegeben hat, wird ein Vorzeichentest berechnet (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8

*Vorzeichentest zur Stadienzugehörigkeit*

Stadienzugehörigkeit	<i>n</i>	<i>t</i> <sub>1</sub>	<i>t</i> <sub>2</sub>	<i>Sig. (2-seitig)</i>
		<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	
Verschlechterung (negative Differenz)	3			
Verbesserung (positive Differenz)	1			
Bindungen	7	2.55 (0.52)	2.36 (0.51)	.625
Gesamt	11			

*Anmerkungen:* *t*<sub>1</sub> (Testzeitpunkt 1), *t*<sub>2</sub> (Testzeitpunkt 2), *n* entspricht der Anzahl der Personen, *M* entspricht dem Mittelwert, *SD* entspricht der Standardabweichung.

Der Test ergibt ein nicht signifikantes Resultat. Es gibt keinen Hinweis auf eine signifikante Verbesserung oder Verschlechterung durch das erreichte Ausmaß der Bereitschaft zur Änderung des Problemverhaltens über die beiden Zeitpunkte.

Abbildung 13 zeigt die Sprünge der Stadien. Die blau unterlegte Hauptdiagonale der Kreuztabelle zeigt die Bindungen, das heißt die Klienten zeigen keine Veränderung. Die grün hinterlegten Felder zeigen die Verbesserungen der Gesamtstichprobe über die Zeit hinweg, die roten Felder die Verschlechterungen. Einen Sprung von der zweiten Stufe der Absichtsbildung auf die dritte Stufe der Handlung war bei einer Person festzustellen. Drei Personen sind von der dritten Stufe der Handlung auf die zweite Stufe der Absichtsbildung zurückgefallen. Zu beiden Messzeitpunkten befinden sich Personen weder in der Stufe der Absichtslosigkeit noch in der Stufe der Aufrechterhaltung.

		Stadium zum zweiten Testzeitpunkt				Gesamt
		1	2	3	4	
Stadium zum ersten Testzeitpunkt	1	-	-	-	-	5 6
	2	-	4	1	-	
	3	-	3	3	-	
	4	-	-	-	-	
Gesamt			7	4		11

Abbildung 13. Veränderungen und Bindungen innerhalb der Stadienzugehörigkeit. Stadium 1 (Absichtslosigkeit), Stadium 2 (Absichtsbildung), Stadium 3 (Handlung), Stadium 4 (Aufrechterhaltung).

Des Weiteren wird untersucht, ob es Veränderungen in der angegebenen Veränderungsbereitschaft über den Katamnesezeitraum gibt. Der Kolmogorov-Smirnov-Test fällt für alle Skalen mit  $p > .05$  nicht signifikant aus. Die Normalverteilung der Daten kann angenommen und eine Varianzanalyse mit Messwiederholung berechnet werden. Die Ergebnisse sind in Tabelle 9 angegeben.

Tabelle 9

Varianzanalyse mit Messwiederholung für die VSS ( $n = 11$ )

Stadien	$t_1$		$t_2$		$F(1, 10)$	Sig.	$d$
	$M(SD)$	$M(SD)$	$M(SD)$	$M(SD)$			
Absichtslosigkeit	1.75 (0.54)	1.80 (0.46)	1.75 (0.54)	1.80 (0.46)	1.05	.829	-.10
Absichtsbildung	4.13 (0.63)	3.95 (0.72)	4.13 (0.63)	3.95 (0.72)	0.62	.451	.35
Handlung	4.18 (0.55)	3.89 (0.60)	4.18 (0.55)	3.89 (0.60)	1.62	.231	.53
Aufrechterhaltung	3.52 (0.73)	3.02 (0.92)	3.52 (0.73)	3.02 (0.92)	2.70	.131	.71

Anmerkungen: VSS (Veränderungsstadienskala),  $t_1$  (Testzeitpunkt 1),  $t_2$  (Testzeitpunkt 2),  $n$  entspricht der Stichprobengröße,  $M$  entspricht dem Mittelwert,  $SD$  entspricht der Standardabweichung,  $d$  entspricht der Effektgröße.

Die Teilnehmer ändern sich in ihrer Einstellung zur Veränderungsbereitschaft nicht signifikant über den Katamnesezeitraum hinweg.

### 9.2.3.2 Ausprägungen der motivationalen Schemata

Der Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS, Grosse Holtforth & Grawe, 2002) wurde zur Erhebung der Ausprägung der motivationalen Schemata eingesetzt. Auch hier wurde eine Reliabilitätsanalyse durchgeführt. Die Werte finden sich in Tabelle 10.

Tabelle 10

Reliabilitätskoeffizienten der FAMOS-Skalen ( $n = 11$ )

Skala	Itemanzahl	$t_1$	$t_2$
		Cronbach's $\alpha$	Cronbach's $\alpha$
AZ	57	.95	.93
VZ	37	.95	.91

Anmerkungen: FAMOS (Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata), AZ (Annäherungsziele), VZ (Vermeidungsziele),  $t_1$  (Testzeitpunkt 1),  $t_2$  (Testzeitpunkt 2),  $n$  entspricht der Stichprobengröße.

Dieser Fragebogen stellt ein zuverlässiges Instrument dar, da die Reliabilitäten für die beiden Skalen der Annäherungs- und Vermeidungsziele zu beiden Testzeitpunkten den Grenzwert von .60 überschreiten.

In der vierten Hypothese sollen die Unterschiede der Teilnehmer in ihrer Orientierung an Annäherungszielen (AZ) und Vermeidungszielen (VZ), also positiven und negativen Verstärkern, zum zweiten Messzeitpunkt analysiert werden. Die Prüfung der Messwert-Differenzen auf Normalverteilung mittels Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest fällt für die Annäherungsziele mit  $p > .05$  nicht signifikant aus. Die Normalverteilung kann angenommen werden und es wird ein  $t$ -Test für verbundene Stichproben berechnet. Mit einem Mittelwert von  $M = 3.92$  (0.47) für den ersten und einem Mittelwert von  $M = 3.79$  (0.39) für den zweiten Testzeitpunkt sowie einer Prüfgröße von  $t(10) = 0.92$ ,  $p = .379$ ,  $d = 0.38$  fällt der Test nicht signifikant aus. Die Teilnehmer unterscheiden sich zum zweiten Zeitpunkt nicht signifikant in ihrer Orientierung an positiven Verstärkern. Für die Messwert-Differenzen der Vermeidungsziele und dem Verhältniswert kann mit  $p < .05$  keine Normalverteilung im Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest angenommen werden. Für diese beiden Variablen wird zur Prüfung ein Wilcoxon-Test berechnet. Sowohl für die Vermeidungsziele mit einem Mittelwert  $M = 3.41$  (0.57) zum ersten Testzeitpunkt und einem Mittelwert  $M = 3.37$  (0.51) für den zweiten Testzeitpunkt mit  $z(10) = -0.09$ ,  $p = .966$ ,  $d = 0.10$  als auch für den Verhältniswert mit einem Mittelwert von  $M = 0.88$  (0.14) zum ersten und einem Mittelwert von  $M = 0.89$  (0.09) zum zweiten Erhebungszeitpunkt mit  $z(10) = -0.09$ ,  $p = .966$ ,  $d = -.010$  können keine signifikanten Ergebnisse beobachtet werden. Sechs Teilnehmer haben zum zweiten Testzeitpunkt einen höheren Verhältniswert und fünf Teilnehmer einen niedrigeren im Vergleich zum ersten Testzeitpunkt. Die Teilnehmer verändern sich im Katamnesezeitraum weder in ihrer Orientierung an negativen Verstärkern noch ändert sich der Verhältniswert.

### 9.2.3.3 Ausprägungen der Konstrukte in den Stadien

Bei der Zuordnung der Stadien für jede Person zeigt sich, dass sich die Personen zum ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt ausschließlich in den Stadien der Absichtsbildung und Handlung befinden. Auf Grund dessen wird für diese beiden Stadien geprüft, ob ein Unterschied in der Selbstwirksamkeitserwartung, dem Selbstkonzept und den motivationalen Schemata zu beiden Testzeitpunkten und über die Zeit besteht.

Die Berechnung eines *t*-Tests für unabhängige Stichproben ist für die Selbstwirksamkeitserwartung zum ersten und zweiten Testzeitpunkt zulässig, da die Prüfungen auf Normalverteilung mit  $p > .05$  nicht signifikant ausfallen und die Homogenitäten der Varianzen mit  $p > .05$  angenommen werden können. Mittelwerte und Standardabweichungen sind in Tabelle 11 dargestellt.

Tabelle 11

*M und SD der SWE in Abhängigkeit der VSS zu  $t_1$  und  $t_2$*

		$t_1$		$t_2$	
		<i>n</i>	<i>M (SD)</i>	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>
SWE	Absichtsbildung	5	30.60 (6.80)	7	32.00 (4.51)
Gesamt	Handlung	6	31.17 (3.97)	4	37.25 (2.75)

*Anmerkungen:* SWE (Skala zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung), VSS (Veränderungsstadienskala),  $t_1$  (Testzeitpunkte 1),  $t_2$  (Testzeitpunkt 2), *n* entspricht der Anzahl der Personen, *M* entspricht dem Mittelwert, *SD* entspricht der Standardabweichung.

Mit  $t(9) = -0.17$ ,  $p = .867$ ,  $d = -0.10$  ergibt die Prüfgröße für den ersten Testzeitpunkt ein nicht signifikantes Ergebnis. Die Selbstwirksamkeitserwartung weist in den Stadien Absichtsbildung und Handlung keinen Unterschied auf. Für den zweiten Testzeitpunkt ergibt die Prüfgröße mit  $t(9) = -2.09$ ,  $p = .066$ ,  $d = -1.31$  ein nicht signifikantes, jedoch tendenziell bedeutsames Ergebnis. Die Selbstwirksamkeitserwartung weist in Abhängigkeit der beiden Stadien Absichtsbildung und Handlung einen Trend zu einem Unterschied auf. Personen, die sich im Stadium der Handlung befinden, weisen eine tendenziell höhere Selbstwirksamkeitserwartung auf. Abbildung 14 veranschaulicht die Tendenz.

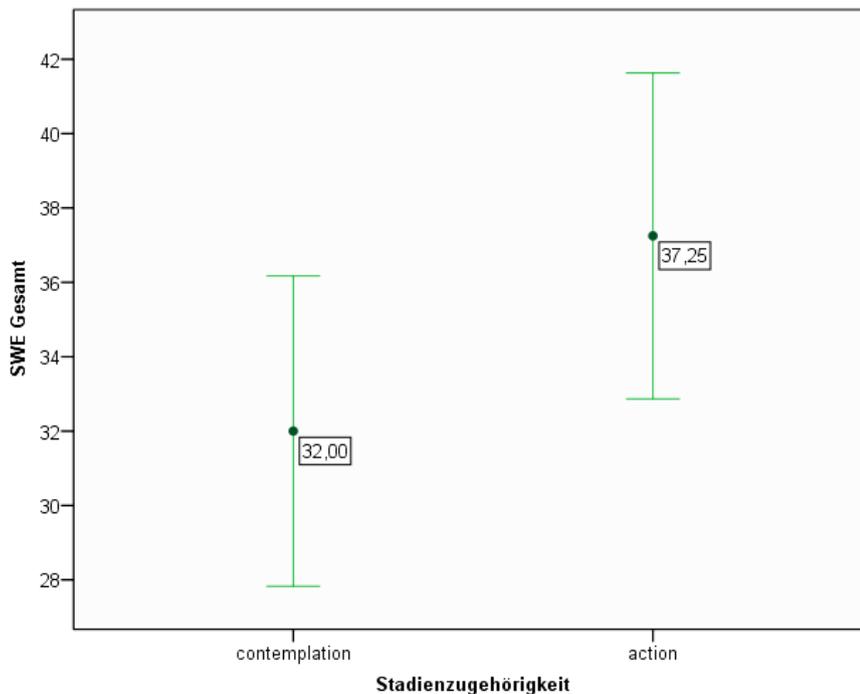


Abbildung 14. Selbstwirksamkeitserwartung in Abhängigkeit der Stadien Absichtsbildung und Handlung ( $n = 11$ ). SWE (Skala zur Erfassung Selbstwirksamkeitserwartung),  $n$  entspricht der Stichprobengröße.

Zur Überprüfung der Veränderung der Selbstwirksamkeitserwartung in den Stadien der Absichtsbildung und Handlung über die Zeit wurden die Messwert-Differenzen auf Normalverteilung geprüft. Mit  $p < .05$  kann im Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest keine Normalverteilung für die Stadien angenommen werden. Die Ergebnisse des Wilcoxon-Test sind mit  $M = 29.00$  (6.69) für den ersten Testzeitpunkt,  $M = 32.50$  (4.80) für den zweiten Testzeitpunkt und  $z(3) = -.73$ ,  $p = .465$  für das Stadium Absichtsbildung, sowie mit  $M = 33.00$  (5.00) für den ersten Testzeitpunkt,  $M = 36.33$  (2.52) für den zweiten Testzeitpunkt und  $z(2) = -1.63$ ,  $p = .102$  für das Stadium Handlung nicht signifikant. Die Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung verändert sich bei den Personen, die sich zu beiden Zeitpunkten entweder im Stadium der Absichtsbildung oder Handlung befinden, nicht. Mit  $M = 29.33$  (2.08) für den ersten Testzeitpunkt,  $M = 31.33$  (5.03) für den zweiten Testzeitpunkt und  $z(3) = -1.07$ ,  $p = .285$  ist auch der Wilcoxon-Test für die Personen, die sich zum ersten Erhebungszeitpunkt im Stadium der Handlung und zum zweiten Testzeitpunkt im Stadium der Absichtsbildung befinden nicht signifikant. Die Selbstwirksamkeitserwartung verändert sich bei diesen Personen ebenfalls nicht.

Auch für das Selbstkonzept fallen die Prüfungen auf Normalverteilung mit  $p > .05$  nicht signifikant aus und die Homogenitäten der Varianzen können mit  $p > .05$  angenommen werden. Die Berechnung eines  $t$ -Tests für unabhängige Stichproben für das Selbstkonzept zu beiden Testzeitpunkten ist zulässig. Mittelwerte und Standardabweichungen sind in Tabelle 12 dargestellt.

Tabelle 12

*M und SD der FSKN in Abhängigkeit der VSS zu  $t_1$  und  $t_2$*

Stadienzugehörigkeit		$t_1$		$t_2$	
		<i>n</i>	<i>M (SD)</i>	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>
FSKN	Absichtsbildung	5	360.40 (45.51)	7	359.29 (52.99)
Gesamt	Handlung	6	351.00 (28.64)	4	396.50 (35.97)

*Anmerkungen:* FSKN (Frankfurter Selbstkonzeptskalen), VSS (Veränderungsstadienskala),  $t_1$  (Testzeitpunkte 1),  $t_2$  (Testzeitpunkt 2), *n* entspricht der Anzahl der Personen, *M* entspricht dem Mittelwert, *SD* entspricht der Standardabweichung.

Mit  $t(9) = 0.42$ ,  $p = .685$ ,  $d = 0.25$  ergibt die Prüfgröße zum ersten Erhebungszeitpunkt ein nicht signifikantes Ergebnis. Mit  $t(9) = -1.24$ ,  $p = .247$ ,  $d = -0.77$  ergibt die Prüfgröße für den zweiten Testzeitpunkt ebenfalls ein nicht signifikantes Ergebnis. Das Selbstkonzept weist in den beiden Stadien Absichtsbildung und Handlung zu beiden Erhebungszeitpunkten keinen Unterschied auf.

Im Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest können für die Messwert-Differenzen des Selbstkonzepts der Stadien Absichtsbildung und Handlung mit  $p < .05$  keine Normalverteilungen angenommen werden. Mit  $M = 351.00$  (46.60) für den ersten Testzeitpunkt,  $M = 375.75$  (43.87) für den zweiten Testzeitpunkt und  $z(3) = -1.83$ ,  $p = .068$  für das Stadium Absichtsbildung, sowie  $M = 358.67$  (33.23) für den ersten Testzeitpunkt,  $M = 394.67$  (43.82) für den zweiten Testzeitpunkt und  $z(2) = -1.60$ ,  $p = .109$  für das Stadium Handlung ergeben sich keine signifikanten Ergebnisse. Für Personen, die sich zu beiden Zeitpunkten entweder im Stadium der Absichtsbildung oder der Handlung befinden, verändert sich die Ausprägung des Selbstkonzepts nicht. Der Wilcoxon-Test für die Personen, die sich zum Zeitpunkt der Querschnittsuntersuchung im Stadium der Handlung und in der Katamnese im Stadium der Absichtsbildung befinden, ist mit  $M = 343.33$  (27.74) für den ersten und  $M = 337.33$  (65.38) für den zweiten Erhebungszeitpunkt und  $z(3) = -.54$ ,  $p = .593$  nicht signifikant. Die Ausprägung des Selbstkonzepts verändert sich über die Zeit bei Personen, die sich in ihrer Stadienzugehörigkeit verschlechtern, nicht.

Für die beiden Stadien Absichtsbildung und Handlung wurde ebenfalls geprüft, ob ein Unterschied in den motivationalen Schemata besteht. Die Berechnung eines *t*-Tests für unabhängige Stichproben ist zu beiden Testzeitpunkten zulässig. Die Prüfungen auf Normalverteilung fallen mit  $p > .05$  nicht signifikant aus und die Homogenitäten der Varianzen ist mit  $p > .05$  gegeben. Mittelwerte und Standardabweichungen sind in Tabelle 13 dargestellt.

Tabelle 13

*M und SD der AZ und VZ in Abhängigkeit der VSS zu t1 und t2*

	Stadienzugehörigkeit	t <sub>1</sub>		t <sub>2</sub>	
		n	M (SD)	n	M (SD)
AZ	Absichtsbildung	5	3.91 (0.50)	7	3.72 (0.47)
	Handlung	6	3.93 (0.49)	4	3.90 (0.18)
VZ	Absichtsbildung	5	3.03 (0.77)	7	3.52 (0.57)
	Handlung	6	3.57 (0.56)	4	3.12 (0.28)

*Anmerkungen:* AZ (Annäherungsziele), VZ (Vermeidungsziele), VSS (Veränderungsstadienskala), t<sub>1</sub> (Testzeitpunkte 1), t<sub>2</sub> (Testzeitpunkt 2), n entspricht der Anzahl der Personen, M entspricht dem Mittelwert, SD entspricht der Standardabweichung.

Mit  $t(9) = -0.05$ ,  $p = .959$ ,  $d = -0.03$  für die Annäherungsziele und  $t(9) = -1.33$ ,  $p = .217$ ,  $d = -0.81$  für die Vermeidungsziele ergeben die Prüfgrößen zum ersten Testzeitpunkt keine signifikanten Ergebnisse. Auch für den zweiten Testzeitpunkt fallen die Prüfgrößen für die Annäherungsziele mit  $t(9) = -0.73$ ,  $p = .481$ ,  $d = -0.46$  und die Vermeidungsziele mit  $t(9) = 1.31$ ,  $p = .224$ ,  $d = 0.82$  nicht signifikant aus. Zu beiden Testzeitpunkten weisen die motivationalen Schemata in den beiden Stadien Absichtsbildung und Handlung keinen Unterschied auf.

Für die Annäherungs- und Vermeidungsziele wurde ebenfalls überprüft, ob sich die Ausprägungen in den Stadien Absichtsbildung und Handlung über den Erhebungszeitraum verändern. Mittels Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest konnte mit  $p < .05$  keine Normalverteilung der Messwert-Differenzen angenommen werden. Für die Annäherungsziele mit  $M = 3.94$  (0.57) für den ersten und  $M = 3.53$  (0.31) für den zweiten Erhebungszeitpunkt und  $z(3) = -.73$ ,  $p = .465$  für das Stadium der Absichtsbildung, sowie  $M = 4.06$  (0.09) für den ersten und  $M = 3.99$  (0.07) für den zweiten Testzeitpunkt und  $z(2) = -1.07$ ,  $p = .285$  für das Stadium der Handlung konnten keine signifikanten Ergebnisse im Wilcoxon-Test festgestellt werden. Auch für die Vermeidungsziele konnte im Wilcoxon-Test mit  $M = 3.06$  (0.88) für den ersten Testzeitpunkt,  $M = 3.29$  (0.25) für den zweiten Testzeitpunkt und  $z(3) = -.00$ ,  $p = 1.00$  für das Stadium der Absichtsbildung, sowie  $M = 3.34$  (0.44) für den ersten und  $M = 3.17$  (0.32) für den zweiten Testzeitpunkt und  $z(2) = -.54$ ,  $p = .593$  für das Stadium der Handlung konnten keine signifikanten Ergebnisse festgestellt werden. In beiden Konstrukten gibt es keine Änderung der Ausprägungen für die Personen, die sich zu beiden Testzeitpunkten entweder im Stadium der Absichtsbildung oder der Handlung befanden. Für die Personen, die in ihrer Stadienzugehörigkeit über den Erhebungszeitraum vom Stadium der Handlung auf das Stadium der Absichtsbildung zurückfallen, konnten ebenfalls sowohl für die Annäherungsziele mit  $M = 3.80$  (0.74) für den ersten und  $M = 3.97$  (0.58) für den zweiten Erhebungszeitpunkt und  $z(3) = -1.07$ ,  $p = .285$  als auch für die Vermeidungsziele mit  $M = 3.79$  (0.67) für den ersten Testzeitpunkt,  $M = 3.84$  (0.78) für den zweiten Testzeitpunkt

und  $z(3) = -.54$ ,  $p = .593$  keine signifikanten Ergebnisse im Wilcoxon-Test festgestellt werden. Die motivationalen Schemata verändern sich nicht.

### 9.3 Forschungsfrage 2: Zusammenhänge zwischen den Konstrukten

Forschungsfrage zwei untersucht die Veränderung der Zusammenhänge zwischen den Konstrukten über die beiden Testzeitpunkte. Dabei ergeben sich folgende Zusammenhänge: Selbstwirksamkeitserwartung und Veränderungsbereitschaft, Selbstkonzept und Veränderungsbereitschaft, Motivationale Schemata und Veränderungsbereitschaft, Motivationale Schemata und Selbstwirksamkeitserwartung, Motivationale Schemata und Selbstkonzept sowie Selbstwirksamkeitserwartung und Selbstkonzept. In der Diskussion (siehe Kapitel 10.3) werden die Ergebnisse interpretiert.

#### 9.3.1 Selbstwirksamkeitserwartung und Veränderungsbereitschaft

Im Rahmen der fünften Hypothese wird geprüft, inwieweit die Selbstwirksamkeitserwartung mit der Veränderungsbereitschaft der einzelnen Stadien zusammenhängt und ob sich dieser Zusammenhang über den Katamnesezeitraum verändert.

Mittels Prüfung durch Kolmogorov-Smirnov-Test  $p > .05$  kann die Normalverteilung der Daten zu beiden Zeitpunkten angenommen werden, die Voraussetzung für die Berechnung einer Produkt-Moment-Korrelation ist gegeben. Die Berechnung des Korrelationskoeffizienten für beide Testzeitpunkte ergibt keine signifikanten Ergebnisse (siehe Tabelle 14).

Tabelle 14

*Korrelationskoeffizienten nach Pearson für SWE und VSS zu  $t_1$  und  $t_2$  ( $n = 11$ )*

		Veränderungsbereitschaft							
		Absichtslosigkeit		Absichtsbildung		Handlung		Aufrechterhaltung	
		$t_1$	$t_2$	$t_1$	$t_2$	$t_1$	$t_2$	$t_1$	$t_2$
SWE	<i>r</i>	-.401	-.221	.131	.014	.184	.264	.285	-.274
Gesamt	<i>Sig. (2-seitig)</i>	.222	.513	.701	.968	.587	.433	.396	.414

*Anmerkungen:* SWE (Skala zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung), VSS (Veränderungsstadienskala),  $t_1$  (Testzeitpunkt 1),  $t_2$  (Testzeitpunkt 2),  $n$  entspricht der Stichprobengröße,  $r$  entspricht dem Zusammenhangsmaß.

Des Weiteren wurde eine multiple lineare Regression mit Rückwärtsselektion berechnet, um zu prüfen, ob die vier Stadien der Veränderungsbereitschaft die Selbstwirksamkeitserwartung vorhersagen können. Die Voraussetzungen der Modellprüfung sind gegeben: Keine Multikollinearität mit einer unauffälligen Toleranz >

.10, Normalverteilung der standardisierten Residuen und keine Hinweise auf Autokorrelationen mittels Durbin-Watson-Test ( $DW = 1.998$ ). Das Signifikanzniveau bei der Regression beträgt  $p = .10$ . Mit der Rückwärtsmethode wurden zwei Prädiktoren eingeschlossen. Die globale Modellprüfung weist mit  $F(2, 10) = 3.940$ ,  $p = .064$  auf zwei Prädiktoren mit Erklärungswert hin. Tabelle 15 zeigt die Ergebnisse.

Tabelle 15

*Koeffizienten und Prüfgrößen der Modellprüfung für das Kriterium SWE (n = 11)*

Modell	nicht stand. Koeffizienten		stand. Koeffizienten	t	Sig.	Toleranz
	B	SE	$\beta$			
Konstante	20.539	7.864		2.61	.031*	
Handlung	7.056	2.729	.918	2.59	.032*	.499
Aufrechterhaltung	-4.649	1.787	-.924	-2.60	.032*	.499

*Anmerkungen:* SWE (Skala zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung),  $n$  entspricht der Stichprobengröße,  $B$  entspricht dem unstandardisierten Regressionskoeffizient,  $SE$  entspricht dem Standardfehler,  $\beta$  entspricht dem standardisierten Regressionskoeffizient, \*Signifikanz bei  $\alpha=0.05$ .

Die Variablen *Absichtslosigkeit* und *Absichtsbildung* fallen mit  $p > .05$  nicht signifikant aus und werden als Prädiktoren aus der Modellprüfung ausgeschlossen, da sie keinen signifikanten Erklärungswert aufweisen. Die beiden Prädiktoren *Handlung* und *Aufrechterhaltung* können mit einem Varianzanteil von  $R^2 = 49.6\%$  ( $R^2_{\text{kor.}} = 37.0\%$ ) die Selbstwirksamkeitserwartung erklären.

### 9.3.2 Selbstkonzept und Veränderungsbereitschaft

Bei der Hypothese Nummer sechs geht es um die Veränderung des Zusammenhangs zwischen dem Selbstkonzept und den Stadien der Veränderungsbereitschaft vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt. Die Berechnung des Korrelationskoeffizienten der Produkt-Moment-Korrelation für den zweiten Testzeitpunkt ist zulässig, da die Normalverteilung der Daten mit  $p > .05$  angenommen werden kann (siehe Tabelle 17). Für den ersten Testzeitpunkt kann keine Normalverteilung mit  $p < .05$  für den FSKN Gesamtwert angenommen werden, daher wurde eine Spearman-Rangkorrelation berechnet (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16

Korrelationskoeffizienten nach Spearman für FSKN und VSS zu  $t_1$  ( $n = 11$ )

		Veränderungsbereitschaft			
		Absichtslosigkeit	Absichtsbildung	Handlung	Aufrechterhaltung
FSKN	$r$	-.515	-.021	-.076	-.295
Gesamt	<i>Sig. (2-seitig)</i>	.105	.952	.825	.378

Anmerkungen: FSKN (Frankfurter Selbstkonzeptskalen), VSS (Veränderungsstadienskala),  $t_1$  (Testzeitpunkt 1),  $n$  entspricht der Stichprobengröße,  $r$  entspricht dem Zusammenhangsmaß.

Tabelle 17

Korrelationskoeffizienten nach Pearson für FSKN und VSS zu  $t_2$  ( $n = 11$ )

		Veränderungsbereitschaft			
		Absichtslosigkeit	Absichtsbildung	Handlung	Aufrechterhaltung
FSKN	$r$	-.425	-.261	-.126	-.478
Gesamt	<i>Sig. (2-seitig)</i>	.193	.438	.712	.137

Anmerkungen: FSKN (Frankfurter Selbstkonzeptskalen), VSS (Veränderungsstadienskala),  $t_2$  (Testzeitpunkt 2),  $n$  entspricht der Stichprobengröße,  $r$  entspricht dem Zusammenhangsmaß.

Die Ergebnisse weisen keine signifikanten Korrelationen und Veränderungen auf. Es können keine bedeutenden Veränderungen der Zusammenhänge zwischen dem Selbstkonzept und den Stadien der Veränderungsbereitschaft beobachtet werden.

Bei der Berechnung der multiplen linearen Regression mit Rückwärtsselektion ergibt die Modellprüfung, dass alle Prädiktoren auszuschließen sind. Mit  $p > .05$  erreicht keine Variable einen signifikanten Erklärungswert. Der Gesamtwert des Selbstkonzepts kann nicht durch die Veränderungsbereitschaft prognostiziert werden.

### 9.3.3 Motivationale Schemata und Veränderungsbereitschaft

Zur Prüfung der Veränderungen des Zusammenhangs zwischen den motivationalen Schemata und den Stadien der Veränderungsbereitschaft wurden ebenfalls Produkt-Moment-Korrelationen berechnet. Mit  $p > .05$  kann die Normalverteilung der Daten für beide Zeitpunkte angenommen werden. Die Tabelle 18 zeigt die Ergebnisse.

Tabelle 18

Korrelationskoeffizienten nach Pearson für FAMOS und VSS zu  $t_1$  und  $t_2$  ( $n = 11$ )

		Veränderungsbereitschaft							
		Absichtslosigkeit		Absichtsbildung		Handlung		Aufrechterhaltung	
		$t_1$	$t_2$	$t_1$	$t_2$	$t_1$	$t_2$	$t_1$	$t_2$
FAMOS	$r$	-.046	.460	.119	.598	.200	.018	.174	.298
Verhältnis	$Sig.(2-seitig)$	.892	.154	.727	.052	.556	.959	.609	.374
FAMOS	$r$	.390	-.255	.185	.014	.213	.367	.508	.030
AZ	$Sig.(2-seitig)$	.236	.450	.586	.967	.529	.267	.110	.931
FAMOS	$r$	.177	.121	.209	.443	.315	.309	.554	.726*
VZ	$Sig.(2-seitig)$	.602	.723	.538	.172	.345	.356	.077	.011

Anmerkungen: FAMOS (Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata), VSS (Veränderungsstadienskala),  $t_1$  (Testzeitpunkt 1),  $t_2$  (Testzeitpunkt 2),  $n$  entspricht der Stichprobengröße,  $r$  entspricht dem Zusammenhangsmaß, \*Signifikanz bei  $\alpha=0.05$ .

Beim Zusammenhang der Vermeidungsziele mit der Aufrechterhaltung zum ersten Zeitpunkt ergibt sich zum zweiten Testzeitpunkt ein signifikant positiver Zusammenhang. Die Orientierung an negativen Verstärkern zum zweiten Testzeitpunkt ist in der höchsten Stufe der Veränderungsbereitschaft stark ausgeprägt.

Die Berechnung der multiplen linearen Regression mit Rückwärtsselektion wurde durchgeführt, um zu prüfen, ob die vier Stadien der Veränderungsbereitschaft den Verhältniswert der motivationalen Schemata vorhersagen können. Die Voraussetzungen der Modellprüfung sind gegeben: Keine anzunehmende Multikollinearität mit einer unauffälligen Toleranz  $> .10$ , Normalverteilung der standardisierten Residuen und keine Autokorrelationen mit Durbin-Watson-Test ( $DW = 0.713$ ). Das Signifikanzniveau bei der Regression beträgt  $\alpha = .10$ . Zwei Prädiktoren wurden mit der Rückwärtsmethode eingeschlossen. Die globale Modellprüfung ist mit  $F(2, 10) = 5.867$ ,  $p = .027$  signifikant. Die zwei Prädiktoren *Absichtsbildung* und *Handlung* weisen einen signifikanten Erklärungswert auf. Tabelle 19 zeigt die Ergebnisse.

Tabelle 19

Koeffizienten und Prüfgrößen der Modellprüfung für das Kriterium FAMOS Verhältnis ( $n = 11$ )

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Stand. Koeffizienten			
	$B$	$SE$	$\beta$	$t$	$Sig.$	Toleranz
Konstante	.761	.135		5.63	.000*	
Absichtsbildung	.126	.037	1.013	3.43	.009*	.580
Handlung	-.094	.044	-.639	-2.16	.063*	.580

Anmerkungen: FAMOS (Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata),  $n$  entspricht der Stichprobengröße,  $B$  entspricht dem unstandardisierten Regressionskoeffizient,  $SE$  entspricht dem Standardfehler,  $\beta$  entspricht dem standardisierten Regressionskoeffizient, \*Signifikanz bei  $\alpha=0.05$ .

Die Variablen Absichtsbildung und Handlung fallen mit  $p > .05$  nicht signifikant aus und werden als Prädiktoren aus der Modellprüfung ausgeschlossen, da sie keinen signifikanten Erklärungswert aufweisen. Die beiden Prädiktoren *Absichtsbildung* und *Aufrechterhaltung* können zusammen mit  $R^2 = 59.5\%$  ( $R^2_{\text{korrr.}} = 49.3\%$ ) Varianzanteil an dem Verhältniswert erklären.

Die Berechnung der multiplen linearen Regression mit Rückwärtsselektion für die Annäherungs- und Vermeidungsziele ergibt für die Modellprüfung, dass alle Prädiktoren auszuschließen sind. Mit  $p > .05$  erreicht keine Variable einen signifikanten Erklärungswert weder für die Annäherungs- noch für die Vermeidungsziele. Die Annäherungs- und Vermeidungsziele können nicht durch die Veränderungsbereitschaft prognostiziert werden.

### 9.3.4 Motivationale Schemata und Selbstwirksamkeitserwartung

Hypothese acht soll prüfen, ob es einen Zusammenhang zwischen den motivationalen Schemata mit der Selbstwirksamkeitserwartung gibt und ob dieser sich zu den beiden Testzeitpunkten verändert. Die Berechnung der Produkt-Moment-Korrelationskoeffizienten ist mit angenommener Normalverteilung bei  $p > .05$  zulässig. Tabelle 20 gibt die Werte wider.

Tabelle 20

Korrelationskoeffizienten nach Pearson für SWE und FAMOS zu  $t_1$  und  $t_2$  ( $n = 11$ )

		FAMOS Verhältnis		FAMOS AZ		FAMOS VZ	
		$t_1$	$t_2$	$t_1$	$t_2$	$t_1$	$t_2$
SWE	$r$	.544	-.470	-.313	.208	.512	-.163
Gesamt	<i>Sig. (2-seitig)</i>	.077	.144	.348	.540	.107	.633

Anmerkungen: SWE (Skala zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung), FAMOS (Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata),  $t_1$  (Testzeitpunkt 1),  $t_2$  Testzeitpunkt 2), AZ (Annäherungsziele), VZ (Vermeidungsziele,  $n$  entspricht der Stichprobengröße,  $r$  entspricht dem Zusammenhangsmaß.

Für beide Testzeitpunkte ergeben sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Selbstwirksamkeitserwartung und den Annäherungszielen, den Vermeidungszielen und dem Verhältniswert.

### 9.3.5 Motivationale Schemata und Selbstkonzept

Des Weiteren wurde auch bei der neunten Hypothese geprüft, ob die motivationalen Schemata einen signifikanten Zusammenhang mit dem Selbstkonzept aufweisen und dieser sich verändert. Die Normalverteilung konnte zum zweiten

Testzeitpunkt mit  $p > .05$  angenommen und eine Produkt-Moment-Korrelation berechnet werden (siehe Tabelle 22). Für den ersten Testzeitpunkt konnte mit  $p < .05$  keine Normalverteilung angenommen werden und eine Spearman-Rangkorrelation wurde berechnet (siehe Tabelle 21).

Tabelle 21

Korrelationskoeffizienten nach Spearman für FSKN und FAMOS zu  $t_1$  ( $n = 11$ )

		FAMOS Verhältnis	FAMOS AZ	FAMOS VZ
FSKN	<i>r</i>	.246	-.538	.018
Gesamt	<i>Sig. (2-seitig)</i>	.466	.088	.958

Anmerkungen: FSKN (Frankfurter Selbstkonzeptskalen), FAMOS (Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata),  $t_1$  (Testzeitpunkt 1), AZ (Annäherungsziele), VZ (Vermeidungsziele),  $n$  entspricht der Stichprobengröße,  $r$  entspricht dem Zusammenhangsmaß.

Tabelle 22

Korrelationskoeffizienten nach Pearson für FSKN und FAMOS zu  $t_2$  ( $n = 11$ )

		FAMOS Verhältnis	FAMOS AZ	FAMOS VZ
FSKN	<i>r</i>	-.474	-.198	-.476
Gesamt	<i>Sig. (2-seitig)</i>	.140	.560	.139

Anmerkungen: FSKN (Frankfurter Selbstkonzeptskalen), FAMOS (Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata),  $t_2$  (Testzeitpunkt 2), AZ (Annäherungsziele), VZ (Vermeidungsziele),  $n$  entspricht der Stichprobengröße,  $r$  entspricht dem Zusammenhangsmaß.

Keine Korrelation fällt zum ersten und zweiten Testzeitpunkt signifikant aus.

### 9.3.6 Selbstwirksamkeitserwartung und Selbstkonzept

Hypothese zehn wurde entsprechend der vorhergegangenen Hypothesen gebildet und untersucht die Veränderung des Zusammenhangs zwischen der Selbstwirksamkeitserwartung und dem Selbstkonzept zu beiden Testzeitpunkten. Die Normalverteilung kann zum zweiten Testzeitpunkt mit  $p > .05$  angenommen werden. Es wurde eine Produkt-Moment-Korrelation berechnet. Für den ersten Testzeitpunkt kann die Normalverteilung mit  $p < .05$  nicht angenommen werden. Hier wurde eine Spearman-Rang-Korrelation berechnet. Für Testzeitpunkt eins mit  $r = .604$ ,  $p = .049$  und Testzeitpunkt zwei mit  $r = .700$ ,  $p = .017$  ergeben sich signifikant positive Zusammenhänge zwischen der Selbstwirksamkeitserwartung und dem Selbstkonzept. Mit zunehmender Selbstwirksamkeitserwartung steigt auch die Ausprägung des Selbstkonzepts zu Beginn und nach drei Monaten der Behandlung.

## 10 Diskussion der Ergebnisse

Ziel dieser Arbeit ist es, Erkenntnisse über die Ausprägungen der Selbstwirksamkeitserwartung, des Selbstkonzepts und der Behandlungsmotivation bei Personen mit richterlicher Weisung zur stationären Behandlung zu erlangen. Dabei liegt der Fokus auf der Entwicklung dieser Konstrukte drei Monate nach Beginn der Behandlung, wenn sich die Klienten in der stationären Therapie befinden. Dies stellt nach einem ersten Testzeitpunkt den zweiten dar, welcher mit den Ergebnissen der Zustandserhebung (vgl. Burtscher, 2012) verglichen wird.

### 10.1 Charakteristika der Stichprobe

Bei der vorliegenden Studie ging es zunächst darum, die wesentlichen Merkmale der Gruppe von Personen mit richterlicher Weisung zur stationären Behandlung zu beschreiben. Dabei wurden die soziodemographischen Daten und drogenspezifische sowie mit Delinquenz zusammenhängende Aspekte erhoben.

Die Stichprobe zum zweiten Testzeitpunkt setzte sich aus 11 Personen von ursprünglich 42 zusammen. Die hohe Ausfallrate von 73.9% der ursprünglichen Stichprobengröße könnte zum zweiten Testzeitpunkt dadurch erhöht worden sein, dass der Übergang von der Vorbetreuungsphase im Schweizer Haus Hadersdorf (SHH) in die stationäre Therapie von mehreren Faktoren abhängt. Zum einen sind die Gründe für die hohe Ausfallrate in der begrenzten Kapazität der stationären Therapiestation zu sehen, da immer nur dann eine Person aufgenommen werden kann, wenn ein Platz frei wird. Zum anderen kann eine Person nur in die stationäre Behandlungsphase übertreten, wenn auch die Voraussetzungen dafür erfüllt werden, beispielsweise die Einhaltung von Terminen und eine stabile Einstellung im Rahmen des Substitutionsprogramms. Erschwerend für den Übertritt in die stationäre Behandlungsphase kommt somit hinzu, dass gleichzeitig mit der Erfüllung der Voraussetzungen einer der begrenzten Therapieplätze zur Verfügung stehen muss, um den Behandlungsfortschritt zu gewährleisten. Aus diesem Grund verbleiben die meisten Klienten wesentlich länger in der Vorbetreuungsphase, deren Dauer zwischen vier und acht Wochen liegen sollte (Burtscher, 2012). Dies erschwert das Durchhaltevermögen der Klienten und führt zur Erhöhung der Wahrscheinlichkeit, nicht bis zur Aufnahme in die stationäre Phase im Programm zu verbleiben. Des Weiteren kommt die Möglichkeit hinzu, zwischen den Behandlungsphasen flexibel wechseln zu können, beispielsweise direkt von der Vorbetreuung in die dezentrale Phase zu wechseln ohne Aufenthalt in der stationären Therapie. Das bekannte Problem der Stichprobenmortalität bei Panelstudien und der

spezifischen Klientencharakteristika könnte durch diesen Umstand verschärft worden sein. Heckmann und Kollegen (2003) führen mehrere Studien an, die aufzeigen, dass sich Fremdmotivation oder externer Druck negativ auf die Abbruchquote auswirken, was auch auf die vorliegende Stichprobe zutreffen könnte. Die schwere Erreichbarkeit der Stichprobe im Rahmen einer Follow-Up-Untersuchung thematisieren auch Coon und Kollegen (1998). Jedoch muss bei diesen Überlegungen auch bedacht werden, dass nicht alle der 73.9% der ursprünglichen 42 Teilnehmer auf Grund eines Behandlungsabbruchs ausgefallen sind. 13 Personen befanden sich nach durchschnittlich 12 Wochen in der stationären Phase, auch wenn davon zwei zur Testung nicht geeignet waren. 11 Personen waren immer noch in der Vorbetreuungsphase und 10 Personen in einer anderen Therapiephase. Insgesamt waren 28 Personen in einer der möglichen Behandlungsphasen. So sind von den 42 Personen 14 übrig geblieben, die sich zum zweiten Testzeitpunkt in keinem Betreuungsverhältnis befanden und somit keine Behandlung erhalten hatten.

Bei der letzten Stuserhebung im Juni 2012 befanden sich fast zwei Drittel der ursprünglichen Stichprobe in einem Betreuungsverhältnis. Allerdings befanden sich die meisten Klienten immer noch, beziehungsweise wieder in der Vorbetreuungsphase. Dies liegt einerseits an der Hürde des Übergangs in die stationäre Behandlung und den daraus resultierenden erneuten Beginn der Therapie nach zwischenzeitlichem Abbruch der Behandlung, sowie den Voraussetzungen und geringen Behandlungsplätzen.

Die Zahl von zwei Drittel ist mit einer anderen Studie vergleichbar, die Klienten mit richterlicher Weisung zur ambulanten Therapie untersuchte (Zwettler, 2011). In dieser Studie befanden sich sechs Monate nach Eintritt in die Therapie von 32 Klienten noch 23 in der Behandlung. In anderen Studien wurde gezeigt, dass die Drop-Out-Rate bei richterlicher Weisung zur Behandlung nicht höher ausfällt, als beim freiwilligen Beginn einer Behandlung (vgl. Schaub et al., 2010; Stevens et al., 2005; Sweeney et al., 2007). Im Allgemeinen durchlaufen viele Klienten verschiedene Behandlungsformen, bis sie eine für sich geeignete Form finden, die auch erfolgreich ist (Sucht- und Drogenkoordination Wien, 2009).

Die Erhebung des Status zeigt, dass die Behandlung nicht immer linear nach Ablaufplan erfolgt, sondern zeitlich und erfolgsbezogen individuell stattfindet. Dabei spielt auch die Rückfallgefährdung eine Rolle. Nach der Theorie von Marlatt und Gordon (1985; Marlatt & Donovan, 2005) ist ein Rückfall umso wahrscheinlicher, je weniger Bewältigungsstrategien eine Person hat und je positiver die Erwartungen an einen Konsum sind. Dies sind zentrale Themen, mit denen umzugehen in der Behandlung erlernt wird. Es wird zwischen einem Vorfall und einem tatsächlichen Rückfall unterschieden (Marlatt & Gordon, 1985; Marlatt & Donovan, 2005). Im Schweizer Haus

Hadersdorf stellt ein Rückfall keinen Grund zum Ausschluss aus der Behandlung dar. Die betroffene Person kann im Falle eines Abbruchs wieder zurückkehren und dann wird gemeinsam beraten, in welcher Phase die Behandlung fortgeführt wird. Der Rückfall wird systematisch aufgearbeitet und die betroffene Person soll daraus für zukünftige Situationen lernen. Demnach wird die Behandlung als ein dynamisches System verstanden, das auf die Klienten individuell reagiert (SHH, 2012). Der vom Behandlungsplan abweichende Status einzelner Teilnehmer kann so nicht per se als Rückfall gesehen werden: Ein erneuter Haftaufenthalt kann durch einen delinquenzbezogenen Rückfall zustande gekommen sein oder auch durch den Wunsch des Klienten lieber eine Haftstrafe anzutreten statt der Behandlung. Ein Abbruch der Behandlung kann auch verschiedene Gründe haben und muss nicht zwingend mit einem substanzbezogenen Rückfall zusammenhängen. Ein Verweis aus der Behandlung erfolgt meist, wenn die Klienten Regeln der Behandlung massiv verletzt haben, was aber nicht einen substanzbezogenen Rückfall beinhalten muss. Und der Wechsel zur ambulanten Therapie ist beispielsweise bedingt durch eine Umwandlung der richterlichen Weisung.

Im Vergleich mit der Stichprobe zum ersten Testzeitpunkt ergeben sich sowohl auffällige als auch erwartete Ergebnisse zu den Eigenschaften, die in Kapitel 9.1 zur Darstellung der Charakteristika beschrieben werden. Eine geringere Altersspanne und Erstkonsumspannweite der Teilnehmer ist zu verzeichnen sowie einen geringeren Anteil österreichischer Staatsbürger, die jedoch durch den reduzierten Stichprobenumfang zu erklären sind. Der vorwiegend angegebene Lebensmittelpunkt Wien ist durch das Einzugsgebiet des SHH bedingt. So wie bereits im Querschnitt findet auch bei den Personen der katamnesticen Untersuchung der Erstkonsum illegaler Substanzen nach dem Erstkonsum legaler Substanzen statt und ist im europäischen Vergleich unauffällig (Hibell et al., 2011).

Auffällig dagegen ist der Umstand, dass die Teilnehmer in der Katamnese im Vergleich zum Querschnitt weniger Angehörige mit einer Abhängigkeitserkrankung angegeben haben und wenn doch, diese dann einen geringeren Verwandtschaftsgrad aufwiesen. Ein interessanter Aspekt künftiger Forschung wäre es weiter zu untersuchen, ob dieser Umstand den Behandlungsfortschritt zwar vielleicht nicht fördert, aber ihm weniger hindernd entgegensteht. Dabei wären Faktoren wie die Vulnerabilität für Abhängigkeitserkrankungen, „Broken-Home“-Erfahrungen, fehlende Leitbilder und Erziehungsfehler zu diskutieren (vgl. Laux, 2005; Tretter, 2008). Ebenso auffällig ist, dass die im Vergleich zum ersten Erhebungszeitpunkt verbliebenen Personen zwar beinahe alle schon einmal eine Drogenhilfe in Anspruch genommen haben, aber dies nur halb so oft wie die Teilnehmer des ersten Erhebungszeitpunktes. Hier ergibt sich die Frage, warum diejenigen, die schon öfter eine Drogenhilfe in Anspruch genommen haben,

diesen Ergebnissen zufolge eher abbrechen oder im Phasenverlauf der Behandlung nicht vorwärts gelangen. Eine Möglichkeit dafür könnte sein, dass für diese Personen die vorliegenden Strukturen und Angebote der Behandlung nicht passend sind, somit der „Vielfalt forensisch relevanter Störungsmuster und Vulnerabilitätscharakteristika“ (Knecht & Banzer, 1998, S. 285) nicht entsprochen werden kann und sie daher in der Behandlung nicht so weit kommen, wie die Teilnehmer der vorliegenden Stichprobe (Knecht & Banzer, 1998). Es sollte allerdings nicht vergessen werden, dass die Behandlung der Abhängigkeitserkrankung oft jahrelang dauern kann und der Verlauf einer solchen Behandlung immer individuell ist (Küfner & Metzner, 2011).

Im Rahmen der Abhängigkeitsproblematik werden zum zweiten Erhebungszeitpunkt insgesamt weniger Substanzen bei den Leit- und Begleitdrogen genannt und auch weniger Personen geben an, eine Drogenproblematik zu haben. Das könnte durch die vermehrte Teilnahme am Substitutionsprogramm bedingt sein, welches ein integraler Bestandteil des vielseitigen Behandlungsplans ist (SHH, 2012).

Auffällig ist zu beiden Zeitpunkten der insgesamt geringe Anteil von Personen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft. Das Schweizer Haus Hadersdorf (SHH) bietet eine niederschwellige Behandlung, welche vor allem Personen aus bildungsfernen und einkommensschwachen Milieus, oft auch mit Migrationshintergrund, einen Zugang bietet (SHH, 2012; Statistik Austria, 2010). Zur niederschweligen Arbeit des SHH passend ist allerdings der Umstand, dass zu beiden Testzeitpunkten das Bildungsniveau eher niedrig ausfällt und in der katamnestischen Untersuchung doppelt so viele Teilnehmer ohne Abschluss einer Schule oder Lehre zu finden sind. Damit einher geht, dass im Gegensatz zum ersten Erhebungszeitpunkt keiner der Teilnehmer der Katamnese früher erwerbstätig war. Diesem Umstand wird in der Behandlung mit Arbeitstherapie Rechnung getragen und so eine Wiedereingliederung in die Gesellschaft nach Beendigung der Behandlung ermöglicht (SHH, 2012).

Im Allgemeinen sind die Charakteristika der vorliegenden Stichprobe weitestgehend repräsentativ für die spezielle Klientengruppe (vgl. Gegenhuber, 2008; Hedrich, 1989; Hibell et al., 2011; Statistik Austria, 2012; UNODC, 2012; Weigl et al., 2011). Die Verteilung zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmern ist unausgeglichen zu Lasten der Frauen, 30% zu 70%, entspricht jedoch der gängigen Verteilung in der Gruppe substanzabhängiger Personen und Straftäter sowie auch der Verteilung der Querschnittsstudie von Burtscher (2012). Mit einem durchschnittlichen Alter von 27 Jahren, einem niedrigen Bildungsniveau, Arbeitslosigkeit und einem in der Pubertät liegendem Erstkonsum von Zigaretten, Alkohol und illegalen Substanzen, spiegelt diese Stichprobe die Prädiktoren für Substanzabhängigkeit und Delinquenz wider (Schmid et al., 2007). Die überwiegende Anzahl von bereits in Anspruch genommenen

erfolgslosen Drogenhilfen und Vorstrafen sowie Haftaufenthalte sind ebenfalls gängige Charakteristika der Zielpopulation. Die Schwere der Abhängigkeit und der überwiegend multiple Substanzgebrauch der Teilnehmer werden durch die Angaben von Heroin, Kokain und Cannabis als häufigste Leit- und Begleitdrogen deutlich und entsprechen einem weit verbreiteten Konsummuster substanzabhängiger Personen (vgl. Gegenhuber, 2008; Hedrich, 1989; Hibell et al., 2011; Statistik Austria, 2012; UNODC, 2012; Weigl et al., 2011), welches als zentrale Rolle des problematischen Drogenkonsums anzusehen ist und mit physischen, psychischen und sozialen Problemen zusammenhängt (Weigl et al., 2011).

Im Besonderen sei hier noch auf die Zwänge eingegangen. In der Gesamtstichprobe des Querschnitts wurden zu fast je einem Drittel folgende Gründe für den Beginn der Behandlung angegeben: Justiz, eigene Initiative und eine Kombination aus beidem. Betrachtet man nun die zu Testzeitpunkt zwei verbliebenen Teilnehmer im Querschnitt genauer, ist festzustellen, dass zu Beginn der Behandlung die Mehrheit der Teilnehmer als Ursache für den Behandlungsbeginn nur einen Grund angibt und keine Kombinationen. Vier Personen verspüren keinen externen Druck für den Behandlungsbeginn (Burtscher, 2012). Im Gegensatz dazu empfinden drei Personen einzig und allein den justiziellen Druck ohne eigene Initiative. Bereits eine Kombination aus beidem gaben vier Teilnehmer an. Zum zweiten Testzeitpunkt erleben fast alle Personen einen äußeren Zwang zur Therapie, der auch im Bewusstsein der Teilnehmer präsent ist. Jedoch geben die meisten Personen gleichzeitig an, aus eigener Initiative in der Therapie verbleiben zu wollen. So scheinen die Teilnehmer im Laufe der Behandlung zwar einen gewissen externen Druck zu verspüren, dieser hindert sie jedoch nicht daran, die eigene Behandlungsbereitschaft und -motivation zu entwickeln. Der soziale Druck scheint keine so große Rolle zu spielen wie der justizielle und interne. In der vorliegenden Studie kann der externe Zwang für die teilnehmenden Personen nicht als negativer Faktor gesehen werden, sondern stellt eher eine Veränderung der Quellen des extern verspürten Zwangsgefühls dar und steht in Einklang mit den Studien von Gegenhuber (2008), Stevens und Kollegen (2006) sowie Gegenhuber und Kollegen (2007).

Die Zusammenarbeit mit den Klienten während der Erhebungsphase war von einer positiven Arbeitsatmosphäre und Bereitschaft zur Mitwirkung an der Studie geprägt. Alle Klienten zeigten sich freundlich und kooperativ und waren bereit, erneut alle Fragebögen auszufüllen. Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer lag bei 30 bis 40 Minuten, was im Gegensatz zum ersten Erhebungszeitpunkt eine zeitliche Veränderung darstellt. Bei der ersten Erhebung mussten oft Pausen eingelegt werden, die Gesamtdauer betrug meistens über eine Stunde und führte teilweise dazu, dass die Erhebung auf mehrere Termine aufgeteilt werden musste (D. Burtscher, persönliche

Kommunikation, Juni 2012). Es kann davon ausgegangen werden, dass bei den Teilnehmern zum zweiten Testzeitpunkt bereits Veränderungen, wie beispielsweise eine Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit, stattgefunden haben, was auch durch die Kenntnis der Fragebögen bedingt wurde. Dies wiederum wirkte sich positiv auf das Verständnis und die Kontaktfähigkeit der Klienten aus. Die Veränderung durch die Behandlung und Veränderungen im Leben der Klienten führte vermutlich zu einer Stabilisierung, welche auch durch die Reduzierung des Konsums auf Medikamente und Substitutionsmittel zustande kam.

## 10.2 Ausprägung der Konstrukte

Die erste Forschungsfrage beschäftigte sich damit, wie die Konstrukte der Selbstwirksamkeitserwartung, des Selbstkonzepts, der Veränderungsbereitschaft und der motivationalen Schemata nach drei Monaten ausgeprägt sind und ob diese sich nach ebendiesen drei Monaten im Vergleich zum ersten Testzeitpunkt signifikant verändert haben. Des Weiteren wurde untersucht, ob sie die einzelnen Konstrukte in den Stadien Absichtsbildung und Handlung der Veränderungsbereitschaft unterscheiden.

Die Selbstwirksamkeitserwartung der Teilnehmer änderte sich nicht signifikant über den Katamnesezeitraum. Dieses Ergebnis steht in Einklang mit anderen Studien, in denen sich die Selbstwirksamkeitserwartung der Studienteilnehmer innerhalb mehrerer Messzeitpunkte ebenfalls nicht signifikant erhöht hat, jedoch ein Trend erkennbar war (Köchl, 2008; Schaub et al., 2010). Dieses Ergebnis ist dennoch nicht nachteilig zu interpretieren, da die Selbstwirksamkeitserwartung der Teilnehmer in einem durchschnittlichen Bereich liegt und somit durchschnittlich gut ausgeprägt ist. Die Klienten sehen sich daher durchaus in der Lage, etwas erreichen zu können und ihre Leben zu verändern beziehungsweise zu steuern.

Eine steigende Veränderungsbereitschaft konnte in der vorliegenden Studie nicht beobachtet werden und folglich auch kein Zusammenhang mit der Selbstwirksamkeitserwartung. Aus diesem Grund wurde nur für die Stadien der Absichtsbildung und Handlung geprüft, ob sich die Selbstwirksamkeitserwartung in ihnen unterscheidet. Es zeigte sich für den zweiten Testzeitpunkt lediglich ein Trend dahingehend, dass Personen im Stadium der Handlung eine tendenziell höhere Selbstwirksamkeitserwartung aufzeigen. Dieser Trend steht im Einklang mit der Literatur, wonach die Selbstwirksamkeitserwartung mit jeder Stufe der Veränderung steigt (vgl. Demmel, Beck, Richter, & Thomas, 2004; Gegenhuber, 2008; Velicer, DiClemente, Rossi, & Prochaska, 1990). Keine signifikanten Ergebnisse zeigen sich beim Vergleich

der Selbstwirksamkeitserwartung in Abhängigkeit der jeweiligen Stadienzugehörigkeit über den gesamten Erhebungszeitraum. Es gibt keine Änderung in der Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung bei den Teilnehmern von Testzeitpunkt eins zu Testzeitpunkt zwei, unabhängig davon, ob eine Stagnation im selben Stadium oder ein Rückfall auf ein niedrigeres Stadium vorliegt. Die Ergebnisse untermauern die Resultate der anderen Berechnungen, in denen auch keine Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung festzustellen war. Betrachtet man die Mittelwerte genauer, kann man sehen, dass diese bei den Personen, die sich nur im Stadium der Handlung befinden, jeweils höher ist als bei Personen, die nur im Stadium der Absichtsbildung sind, und dass bei beiden Gruppen die Mittelwerte zwar über die Zeit hinweg zunehmen, aber nicht signifikant. Bezeichnenderweise sind die Mittelwerte der Personen, die einen Rückfall auf ein niedrigeres Stadium aufweisen, gestiegen. Das lässt die Vermutung zu, dass sich die Selbstwirksamkeitserwartung trotz einem geringeren Stadium der Veränderungsbereitschaft in der Behandlung verbessert, allerdings nicht signifikant. Dies wäre eine Annäherung an die Ergebnisse bisheriger Forschung (vgl. Demmel, Beck, Richter, & Thomas, 2004; Gegenhuber, 2008; Velicer, DiClemente, Rossi, & Prochaska, 1990).

Die Reliabilitäten der Skalen des Selbstkonzepts fallen teilweise sehr gering aus. Eine Erklärung dafür könnte die mit 11 Personen sehr kleine Stichprobe sein (Bühner, 2010). In den Bereichen der Leistung, der allgemeinen Selbstwertschätzung und dem psychosozialen Bereich ergaben sich keine signifikanten Veränderungen zum zweiten Testzeitpunkt. Bei den Teilnehmern der vorliegenden Untersuchung kann keine Veränderung in den Ausprägungen des Selbstkonzepts seit Beginn der Behandlung festgestellt werden. In der Skala zur Irritierbarkeit durch andere weist die hohe Effektstärke auf eine Verbesserung hin. Das heißt, eine geringere Irritierbarkeit und Beeinflussbarkeit durch andere Personen nach drei Monaten in der Behandlung ist tendenziell sichtbar. Eine Verbesserung zeigt sich in der Skala zur Empfindlichkeit und Gestimmtheit des Bereichs der Stimmung und Sensibilität. Hier verbesserten sich die Teilnehmer der Studie signifikant vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt. Die Teilnehmer veränderten sich dahingehend, dass sie sich nach drei Monaten fröhlicher, weniger verletzlich und auch weniger empfindlich sehen. Die Ergebnisse in der vorliegenden Studie können die Ergebnisse der Literatur nicht wiedergeben, in der sich die Ausprägungen der Selbstkonzepte nach der Behandlung weitestgehend in allen Bereichen signifikant erhöht haben (vgl. Fäh et al., 1991; Warnecke, 1988; Zingg, 2010). Die Ergebnisse stehen in Einklang mit der Literatur dahingehend, dass delinquente Personen zum zweiten Testzeitpunkt per se kein negativeres Selbstkonzept haben als straffreie Personen (Deusinger, 1986).

In Bezug auf die beiden Stadien der Absichtsbildung und Handlung, in denen sich die Personen zu beiden Testzeitpunkten befanden, kann kein Unterschied im Selbstkonzept zu den beiden Erhebungszeitpunkten festgestellt werden. Zwar fällt der Mittelwert für die Handlung zum zweiten Testzeitpunkt größer aus, jedoch ist auch mit der mittleren Effektstärke keine Tendenz zu verzeichnen. Beim Vergleich des Selbstkonzepts in Abhängigkeit der jeweiligen Stadienzugehörigkeit über den gesamten Erhebungszeitraum können keine signifikanten Resultate festgestellt werden. Die Ausprägung des Selbstkonzepts ändert sich sowohl bei Stagnation im gleichen Stadium als auch beim Rückfall auf ein niedrigeres Stadium der Veränderungsbereitschaft nicht. Die Mittelwerte liegen für das Stadium der Handlung zu beiden Erhebungszeitpunkten höher als für das Stadium der Absichtsbildung und für beide Stadien erhöhen sich die Ausprägungen zum zweiten Erhebungszeitpunkt. Bei Rückfall auf ein niedrigeres Stadium werden die Mittelwerte zwar geringer, allerdings nicht signifikant. Hier zeigt sich, dass die Ergebnisse der Literatur zwar bei der deskriptiven Betrachtung der Mittelwerte deskriptiv zu sehen sind, diese sich aber inferenzstatistisch, vermutlich auf Grund der geringen Stichprobengröße, nicht bestätigen lassen (vgl. Fäh et al., 1991; Warnecke, 1988; Zingg, 2010).

Als nächstes werden die Stadien der Veränderungsbereitschaft genauer betrachtet. Die Stadien der Veränderungsstadienskala (VSS, Prochaska et al., 1992), denen sich die Personen zum ersten und zweiten Testzeitpunkt zuordnen lassen, verändern sich nicht signifikant. Es kann weder eine signifikante Verbesserung noch eine signifikante Verschlechterung der Stadienzugehörigkeit beobachtet werden, wobei sich zu beiden Testzeitpunkten alle Personen entweder in der Phase der Absichtsbildung oder der Handlung befinden. In der Phase der Absichtsbildung wird den Personen ihr Problem zwar bewusst, jedoch ergreifen sie noch keine Maßnahmen, sondern wägen zwischen den Vor- und Nachteilen einer Verhaltensänderung ab. In der Handlungsphase findet dann die Veränderung des Verhaltens statt. Zwischen genau diesen beiden Phasen herrscht allerdings eine hohe Skaleninterkorrelation von  $r = .62$  (Heidenreich et al., 2001), welche das nicht signifikante Ergebnis beeinflussen könnte, da immerhin drei Personen nach drei Monaten in der Behandlung vom Stadium der Handlung in das Stadium der Absichtsbildung zurückfallen und lediglich eine Person vom Stadium der Absichtsbildung hin zur Handlung aufsteigen konnte. Es befindet sich also nach drei Monaten die Mehrheit der Personen mit richterlicher Weisung zur stationären Therapie wieder im Stadium der Absichtsbildung, dem nach Prochaska und Kollegen (1992) erklärten Stadium für den Beginn einer Behandlung. Nach DiClemente und Prochaska (1985) ist dies ein Stadium, in welchem Personen, die sich in einem Veränderungsprozess

befinden, die meiste Zeit verbringen. Die Ursache für den Rückfall beziehungsweise den Verbleib in dieser Phase könnte an dem Bewusstwerden des justiziellen Drucks und dem dadurch entstehenden Zwangskontext liegen, den die Teilnehmer zum zweiten Testzeitpunkt verspüren. Jedoch kann den Klienten zu Gute gehalten werden, dass sie sich trotz eines Rückfalls oder Verbleibs in einem Stadium noch in der laufenden Therapie befinden und somit keine negative Auswirkung der stagnierten Veränderungsbereitschaft auf den Behandlungsverlauf beobachtet werden kann, sondern die Behandlung trotz einer niedrigen Stufe fortgeführt wird. Dieses Ergebnis stützt die Studien von Gütlich und Kollegen (1998) und Stevens und Kollegen (2006), in denen sich Personen im stationären Setting einer Drogenbehandlung im Stadium der Absichtsbildung befanden. Bei Personen mit einer ambivalenten Einstellung konnte gezeigt werden, dass in der Phase der Absichtsbildung der justizielle Zwang als externer Motivator für den Verbleib in der Behandlung einen Beitrag leistete (Gegenhuber et al., 2007). Der Ansicht, dass Zwangsbehandlung eher als Möglichkeit zur Behandlungsinitiierung wirkt als ein Hindernis darzustellen (Burtscher, 2012), kann zugestimmt werden.

Die Resultate bezüglich der Entwicklung der Einstellung zur Veränderungsbereitschaft über den Katamnesezeitraum waren nicht signifikant. Zu beobachten war jedoch ein tendenzieller Rückgang in den Mittelwerten der Stadien Handlung und Aufrechterhaltung. In diesem Zusammenhang wäre es interessant zu wissen, auf welcher Stufe der Veränderung sich diejenigen Klienten befinden, die sich zum einen in einem anderen Abschnitt des Behandlungsverlaufs befinden und zum anderen die Behandlung abgebrochen haben, verwiesen wurden oder erneut in Haft sind.

Diese Ergebnisse reihen sich in die Literatur ein, welche das transtheoretische Modell auf Grund der hohen Skaleninterkorrelation und fehlender Phasen in der Praxis eher kritisch betrachtet und die Übertragung des Modells in ein Erhebungsmodell als fehlerhaft bezeichnet (vgl. Gegenhuber et al., 2007; Gegenhuber, 2008; Gegenhuber et al., 2009; Schaub et al., 2010; Stevens et al., 2006; Sutton, 2001; West, 2005).

Der nächste Abschnitt beschreibt die Ergebnisse zu den motivationalen Schemata. Die Teilnehmer der Untersuchung haben sich in ihrer Orientierung an positiven und negativen Verstärkern nicht signifikant über die beiden Testzeitpunkte hinweg verändert. Dieses Ergebnis widerspricht der Theorie von Krause (1966), nach der die Behandlungsmotivation ein über die Therapie hinweg veränderbares Konstrukt ist. Demnach steigert sich die Therapiemotivation beim Erzielen erster Erfolge. In der vorliegenden Studie konnten jedoch keine steigende oder sinkende Therapiemotivation nach drei Monaten festgestellt werden. Allerdings existieren auch Studien mit

gegenteiligen Ergebnissen, in denen keine Veränderung der Behandlungsmotivation festgestellt werden konnte (vgl. Nowak, 1997; Zwettler, 2012). So beispielsweise auch die Studie von Nowak (1997), in der die Behandlungsmotivation in einem Katamnesezeitraum von drei Monaten an einer Stichprobe aus substanzabhängigen Personen mit und ohne richterliche Weisung erfasst wurde. Während des dreimonatigen Aufenthalts in der Therapie schienen die Klienten sich damit auseinandergesetzt zu haben, dass sie bisher problematisches Verhalten aufgezeigt haben und eine Änderung dieses Verhaltens schwierig ist. Im Sinne der Theorie von Grosse Holtforth und Grawe (2002) stellt die nicht signifikante Ausprägung der Annäherungsziele im Vergleich zum ersten Testzeitpunkt ein Fortschritt in der Behandlung dar. Die Autoren gehen davon aus, dass mit fortlaufendem Behandlungsprozess die Beschäftigung mit negativen Konsequenzen steigt und somit die Orientierung an positiven Verstärkern sinkt.

Ebenso unterscheiden sich die Teilnehmer über den Katamnesezeitraum hinweg nicht signifikant in ihrem Verhältniswert der Vermeidungs- und Annäherungsziele. Nach Dollard und Miller (1950) kann die Behandlungsmotivation aber erst dann bestehen, wenn die Annäherungstendenzen die Vermeidungstendenzen übertreffen, der Verhältniswert also gering ausgeprägt ist. Da bei der vorliegenden Stichprobe der Verhältniswert im Vergleich zum ersten Testzeitpunkt nicht signifikant geringer ausgeprägt ist, kann nicht von einer Therapiemotivation im Sinne der Theorie von Dollard und Miller ausgegangen werden. Dies kann nach drei Monaten daran liegen, dass die Klienten Rückfälle hatten und daraufhin beginnt der Motivationsprozess von neuem (Beiglböck, Feselmayer, & Honemann, 2006). Dabei könnte es auch eine Rolle spielen, in welcher Phase der Verhaltensänderung sich die Personen befinden, nachdem sie einen Rückfall hatten (Beiglböck et al., 2006). Diese Vermutung passt zu den Ergebnissen der Stadien der Veränderungsbereitschaft, bei denen sich nur ein Klient innerhalb der drei Monate in Therapie verbessern konnte.

Die beiden Stadien Absichtsbildung und Handlung zeigen für beide Testzeitpunkte getrennt keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Annäherungs- und Vermeidungsziele. Auch geben die Signifikanzen in Kombination mit den Effektstärken keinen Hinweis auf Tendenzen. Der Vergleich der motivationalen Schemata mit der jeweiligen Stadienzugehörigkeit über den Erhebungszeitraum ergibt ebenfalls keine signifikanten Ergebnisse. Die Ausprägungen ändern sich weder bei Stagnation im gleichen Stadium noch bei Rückfall auf ein niedrigeres Stadium. Sieht man sich die Mittelwerte für die Personen, die sich zu beiden Zeitpunkt im gleichen Stadium der Veränderungsbereitschaft befinden, genauer an, so zeigt sich, dass diejenigen der Annäherungsziele für beide Testzeitpunkte und Stadien höher ausgeprägt sind als die der Vermeidungsziele. Die nicht signifikanten Resultate spiegeln die obigen Ergebnisse

wider, wobei auffällig ist, dass sich beim Rückfall auf ein niedrigeres Stadium keine signifikante Veränderung der motivationalen Schemata gezeigt hat und sich auch die Mittelwerte kaum voneinander unterscheiden.

Zusammenfassend kann für die Entwicklungen der Konstrukte im Therapieverlauf eine Veränderung festgehalten werden: Über den Katamnesezeitraum hinweg erhöht sich das Selbstkonzept im Bereich der Stimmung und Sensibilität signifikant zum ersten Testzeitpunkt. Die hohen Effektstärken bei den verschiedenen Konstrukten geben einen Hinweis darauf, dass die Ergebnisse mit einer größeren Stichprobe höchstwahrscheinlich signifikant ausfallen würden. Ergebnisse, wie die der nicht signifikanten Annäherungsziele, spiegeln die theoretischen Annahmen von Holtforth und Grawe (2002) wider. Es konnte aber auch ein kritischer Blick auf die Veränderungsstadienskala geworfen werden.

### 10.3 Zusammenhänge zwischen den Konstrukten

Im Rahmen der zweiten Forschungsfrage geht es um den Zusammenhang zwischen den Konstrukten der Selbstwirksamkeitserwartung, des Selbstkonzepts, der Veränderungsbereitschaft und der motivationalen Schemata nach drei Monaten Behandlung und ob sich diese Zusammenhänge zum zweiten Testzeitpunkt signifikant verändert haben. Dabei wurden die Korrelationen aus den Datensätzen der 11 Klienten berechnet.

Der Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeitserwartung und der Veränderungsbereitschaft fällt zum ersten und zweiten Testzeitpunkt nicht signifikant aus. Die Annahme des transtheoretischen Modells (TTM, Prochaska et al., 1992) ist, dass mit zunehmender Veränderungsbereitschaft und folglich in einem höheren Stadium, die Selbstwirksamkeitserwartung steigt. Diese Annahme wurde in der Literatur mehrfach bestätigt (vgl. Demmel et al., 2004; DiClemente et al., 1985; Gegenhuber, 2008; Velicer et al., 1990), konnte im Rahmen dieser Untersuchung aber nicht gezeigt werden.

Im Rahmen der Regressionsanalyse sollte untersucht werden, welche Stufen der Veränderungsbereitschaft die Selbstwirksamkeitserwartung am besten vorhersagen können. Einen Varianzanteil von 49.6% ( $R^2_{\text{korr.}} = 37.0\%$ ) können die beiden Prädiktoren, das Stadium der Handlung und Aufrechterhaltung, an der Selbstwirksamkeitserwartung erklären. Das korrigierte Bestimmtheitsmaß fällt auf Grund der kleinen Stichprobengröße deutlich geringer aus als das unkorrigierte. Das Ergebnis weist auf ein enges Verhältnis der beiden Prädiktoren zueinander hin. Im Sinne der Literatur (vgl. Coon et al., 1998;

Gegenhuber, 2008; Heckmann et al., 2003; Velicer et al., 1990) erscheinen diese beiden Prädiktoren logisch, da es sich um die beiden höchsten Stufen in der theoretischen Konzeption der Veränderungsstadienskala handelt und daher der Literatur zufolge in diesen Stadien Personen die höchste Selbstwirksamkeitserwartung aufweisen müssten. Die Personen setzen sich in der Handlungsphase aktiv mit dem geänderten Verhalten auseinander und setzen dieses um, bis sie dann in der Phase der Aufrechterhaltung das Verhalten dauerhaft umsetzen können. Dadurch steigt der Glaube an die eigene Wirksamkeit.

Zwischen den Stadien der Veränderungsbereitschaft und dem Selbstkonzept konnte weder zum ersten noch zum zweiten Testzeitpunkt ein signifikanter Zusammenhang beobachtet werden. Es wurde auch hier eine Erhöhung des Selbstkonzepts mit zunehmender Veränderungsbereitschaft angenommen, da die Selbstwirksamkeitserwartung mit dem Selbstkonzept eng verbunden ist (Bandura, 1997) und somit ein paralleler Anstieg vermutet wurde. Diese Vermutung konnte mit den vorliegenden Daten nicht bestätigt werden, vor allem, weil die Veränderungsbereitschaft über den Katamnesezeitraum nicht gestiegen ist. Dennoch sind die zu beiden Zeitpunkten über alle Stadien hinweg negativen Korrelationen interessant, da sie darauf hindeuten, dass die Ausprägungen der Selbstkonzepte bei steigender Veränderungsbereitschaft fallen. Dies könnte auch eine Erklärung dafür sein, dass im Rahmen der Regressionsanalyse der Gesamtwert des Selbstkonzepts nicht durch die Stadien der Veränderungsbereitschaft prognostiziert werden kann. Möglicherweise könnte dieses Ergebnis auch durch den Umstand, dass es sich bei den Frankfurter Selbstkonzeptskalen (Deusinger, 1986) um ein älteres Verfahren handelt, zustande gekommen sein (siehe Kritik in Kapitel 10.4).

Für die Zusammenhänge der motivationalen Schemata mit den Stadien der Veränderungsbereitschaft resultieren unterschiedliche Ergebnisse. Zwischen dem Verhältniswert sowie den Annäherungszielen und den Stadien der Veränderungsbereitschaft zeigen sich keine signifikanten Zusammenhänge. Der Zusammenhang zwischen den Vermeidungszielen und dem Stadium der Aufrechterhaltung ist zum zweiten Testzeitpunkt signifikant positiv ausgeprägt. Die Orientierung an negativen Verstärkern zum zweiten Testzeitpunkt ist in der Aufrechterhaltung stark ausgeprägt und unterscheidet sich signifikant zum ersten Testzeitpunkt. Eine Erklärung für diese Ergebnisse könnte sein, dass zu Beginn das Risikoverhalten ausgeprägter ist und negative Konsequenzen nicht gesehen werden, im Verlauf der Behandlung wird dies den Teilnehmern klar. Dadurch wird die Bedrohung

wahrgenommen und die Orientierung wendet sich zu negativen Verstärkern hin und ist stärker im Bewusstsein verankert. Des Weiteren könnte der Umstand dazu beitragen, dass zwar die Bereitschaft zur Verhaltensänderung vorhanden ist, die Umsetzung in gezielte Handlungen jedoch vom Überwiegen der Beschäftigung an negativen Verstärkern erschwert wird.

Als Prädiktoren für die motivationalen Schemata konnten in den Regressionsanalysen nur für den Verhältniswert ein Modell gefunden werden. Die beiden Prädiktoren Absichtsbildung und Aufrechterhaltung als Stadien der Veränderungsbereitschaft können gemeinsam 59.5% ( $R^2_{\text{kor.}} = 49.3\%$ ) des Varianzanteils an dem Verhältniswert von Vermeidungs- und Annäherungszielen erklären. Keine Vorhersagemodelle wurden für die Annäherungs- und Vermeidungsziele gefunden. Die Teilnehmer beschäftigen sich also in der Phase der Absichtsbildung und Aufrechterhaltung stärker mit negativen als positiven Aspekten. In der Phase der Absichtsbildung geht es um die Abwägung für oder gegen die Veränderung des Verhaltens, das heißt, es geht um die Abwägung zwischen belohnenden Erfahrungen und Situationen gegenüber unerwünschten Konsequenzen aber auch um die Abwägung zwischen Leidensdruck, Angst vor Krankheitsverschlimmerung und sozialem Druck gegenüber Scham und Angst vor Hilflosigkeit. In der Phase der Aufrechterhaltung hält das geänderte Verhalten dann an und die Personen müssen sich fortlaufend damit auseinandersetzen, welche Vor- und Nachteile ihnen das frühere problematische Konsumverhalten im Vergleich mit der Abstinenz beziehungsweise Substitution bringt und sich täglich für das geänderte Verhalten aktiv entscheiden, um einem Rückfall vorzubeugen (vgl. Dollard & Miller, 1950; Grosse Holtforth & Grawe, 2002; Prochaska et al., 1992; Warschburger, 2009).

Des Weiteren wurde untersucht, ob die motivationalen Schemata mit der Selbstwirksamkeitserwartung zusammenhängen. Für den ersten und den zweiten Messzeitpunkt ergeben sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen den beiden Konstrukten. Es wurde erwartet, dass Personen mit einer höheren Selbstwirksamkeitserwartung, die sich dadurch mehr zutrauen, eine tendenziell steigende Beschäftigung mit belohnenden Situationen und höheren Zielen zeigen und die Auseinandersetzung mit unerwünschten Konsequenzen sowie der Angst und Scham vor Hilflosigkeit sinkt (vgl. Bandura, 1997; Dollard & Miller, 1950; Grosse Holtforth & Grawe, 2002). Diese Annahme konnte in den Daten leider nicht gezeigt werden.

Die Zusammenhänge zwischen den motivationalen Schemata und dem Selbstkonzept fallen weder zum ersten noch zum zweiten Testzeitpunkt signifikant aus.

Es wurde erwartet, dass sich der enge Zusammenhang zwischen Selbstkonzept und Selbstwirksamkeitserwartung in den Korrelationen zu den motivationalen Schemata widerspiegelt. Die Annahme, dass die gesteigerte psychische Stabilität bei einem positiven Selbstkonzept für die verminderte Auseinandersetzung mit negativ bewerteten Zielen sorgt (vgl. Deusinger, 1986; Grosse Holtforth & Grawe, 2002) wurde in den Daten nicht bestätigt.

Für den Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeitserwartung und dem Selbstkonzept ergeben sich für beide Testzeitpunkte signifikant positive Zusammenhänge. Beide Konstrukte sind miteinander verbunden. Bei hoch ausgeprägter Selbstwirksamkeitserwartung ist auch das Selbstkonzept hoch ausgeprägt, sowohl zu Beginn der Behandlung als auch nach drei Monaten. Diesen Zusammenhang beschreibt Bandura so: „Das Selbstkonzept verliert die meiste, wenn nicht die ganze Vorhersagbarkeit, wenn der Einfluss der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit ausgeklammert wird. Solche Erkenntnisse lassen darauf schließen, dass das Selbstkonzept in hohem Maße den Glauben der Menschen an ihre eigene Wirksamkeit reflektiert“ (1997, S. 11, Übers. v. Verf.).

Für die Entwicklungen der Zusammenhänge zwischen den Konstrukten im Therapieverlauf kann nur ein signifikantes Ergebnis festgehalten werden: Die stärkere Orientierung an negativen Verstärkern im Stadium der Aufrechterhaltung zum zweiten Testzeitpunkt. Des Weiteren erklären die Stadien Handlung und Aufrechterhaltung fast 50.0% der Selbstwirksamkeitserwartung und die Stadien der Absichtsbildung und Aufrechterhaltung erklären fast 60.0% des Verhältniswerts aus Vermeidungs- und Annäherungszielen.

#### 10.4 Limitierungen und Ausblick

Die Ergebnisse dieser Studie sind durch mehrere Faktoren limitiert. Zum einen liegt dies an der geringen Stichprobenzahl von 11 Personen, die für viele Berechnungen an sich zu gering ist. Auch wenn die vorliegende Studie über eine äußerst gute Repräsentativität verfügt, können die Berechnungen auf Grund von 11 vorliegenden Datensätzen keine bedeutsamen Ergebnisse für die Forschung liefern. Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass es sich bei den Angaben zu allen soziodemographischen Daten um Selbsteinschätzungen handelt, die nicht überprüfbar sind sowie durch die Selbstdarstellung in den Fragebögen, die sozial erwünschte Antworten und damit verfälschte Daten nicht ausschließen können. Insbesondere sei dabei zu hinterfragen,

inwieweit sich die Stichprobe selbst in ihrem Behandlungsverlauf besser darstellen möchte als sie ist.

Die Ergebnisse können nicht direkt auf die Teilnahme der Behandlung zurückgeführt werden, da es keine Kontrollgruppe gab. Diese wäre aber für die Evaluation der Behandlung wichtig gewesen. Im vorliegenden Rahmen der Studie als Diplomarbeit wäre dies aber nicht realisierbar gewesen. Ebenso hätte man auch die Daten der Personen, die sich nach drei Monaten nicht in der stationären Therapie befinden, erheben können, um eine bessere Vergleichbarkeit der Daten auf verschiedenen Behandlungsstufen zu erzielen. Auch hier wurde im Rahmen der Durchführung auf Grund der schwierigen Realisierbarkeit darauf verzichtet. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass zum Vergleich der Resultate Diplomarbeiten herangezogen werden können, die ebenfalls im Rahmen des Arbeitskreis mit dem Schwerpunkt Forensik am *Institut für Angewandte Psychologie: Gesundheit, Entwicklung und Förderung* an der Fakultät für Psychologie der Universität Wien entstanden sind. So wären hier die Diplomarbeiten von Leeb (2011) und Zwettler (2012) zu nennen. Für die bessere Vergleichbarkeit wäre es auch sinnvoll gewesen, die Teilnehmer tatsächlich erst drei Monate nach Aufnahme in die stationäre Phase zu testen, um so Schwankungen der Aufenthaltsdauer in der stationären Behandlung zu vermeiden. Des Weiteren wäre es interessant gewesen weitere Erhebungstermine im Verlauf der Behandlung anzusetzen und diese auch nach Beendigung fortzusetzen, um mehr Aufschluss über die Rückfallrate zu erlangen.

Die Verfahren sind allen voran mit den Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN, Deusinger, 1986) ältere Verfahren, die nicht auf dem neuesten Stand der Forschung sind. Dies macht sich auch an der Sprache bemerkbar, welche für die Klienten nicht immer einfach zu verstehen war. Hinzu kommt der Wandel der Gesellschaft, der sich in den letzten Jahren stark vollzogen hat und nicht vernachlässigt werden sollte. Auch aus diesem Grund wurde beim FSKN (Deusinger, 1986) auf den Vergleich der Geschlechter zugunsten der Fairness verzichtet, da das Bild der Frau als ‚Heimchen am Herd‘ nicht mehr dem der heutigen Zeit entspricht. Dennoch hat Deusinger (1986) interessante Ansätze und Annahmen zu verzeichnen, die einer Auseinandersetzung und Überprüfung lohnen. Beim Verfahren Veränderungsstadienskala (VSS, Heidenreich, Hoyer, & Fecht, 2001) ist kritisch anzumerken, dass nicht, wie in der Theorie postuliert, sechs Stadien erhoben werden können, sondern nur vier davon. Die Phase der Vorbereitung der Handlung (*preparation*), welche genau zwischen der Absichtsbildung und Handlung liegt, also den Stadien, in denen sich die meisten Personen aus der Stichprobe befinden, ist nicht im Fragbogen vorhanden. In dieser Phase kommt es zu Intentionen zur Änderung des Verhaltens und manchmal auch bereits zu kleinen Veränderungen des

Problemverhaltens. Vielleicht befinden sich in der Stichprobe viele Teilnehmer genau in dieser Phase, welche jedoch nicht erfasst wird. Welche Auswirkung dies auf die vermeintlichen Rückfälle oder Sprünge im Behandlungsverlauf hat, ist in der derzeitigen Forschung noch ausständig. Des Weiteren ergab sich bei der Stadienzuordnung nicht immer ein eindeutiges Bild. So haben manche Teilnehmer in zwei Stadien, einmal sogar in drei, die gleichen Werte aufgewiesen. Bei den Berechnungen der Wilcoxon-Tests für die Konstrukte in Abhängigkeit der Stadienzugehörigkeit über den gesamten Erhebungszeitraum ergaben sich durch die kleine Gesamtstichprobe noch kleinere Teilstichproben, was keine Berechnung von Effektstärken ermöglichte. Diesem Problem wurde Rechnung getragen, indem eine genaue deskriptive Betrachtung der Mittelwerte erfolgte, um die Resultate interpretieren zu können.

In der Stichprobe stellt sich auch die Frage danach, wie vergleichbar die verschiedenen Leitdrogen sind und somit auch die Daten zueinander. Ebenso ist ganz allgemein ein *selection bias* zu bedenken. Von Beginn der Querschnittstudie an setzte sich die Stichprobe aus Personen zusammen, die eingewilligt haben freiwillig an der Studie teilzunehmen (Burtscher, 2012). Diesen Personen kann somit auch mehr Interesse und höhere Motivation zugeschrieben werden, was die Wahrscheinlichkeit des Durchhaltevermögens erhöht. Was ist aber aus jenen Personen geworden, die eine richterliche Weisung zur stationären Therapie haben und nicht an der Untersuchung teilnehmen wollten?

Für die zukünftige Forschung gibt es daher einige Anregungen, um in diesem Bereich Studien durchzuführen, die interessante und für die Praxis nützliche Ergebnisse liefern. Diese umfassen zum einen den Vergleich zwischen Personen, die nach verschiedenen Paragraphen eine Weisung zur Behandlung (§ 21 StGB, § 39 SMG) erhalten, wobei die Einbeziehung von Kontrollgruppen im Sinne von Personen, die freiwillig eine Behandlung beginnen unumgänglich erscheint. Auch hier bietet sich das Heranziehen vorhandener Diplomarbeiten an. Der Vergleich zwischen ambulanter und stationärer Therapie stellt des Weiteren eine Möglichkeit dar, verschiedene Modelle zu untersuchen, genauso wie die Fokussierung auf unterschiedliche Behandlungsformen (klinisch-psychologisch, psychotherapeutisch) und Behandlungslängen (kurz- und langfristig), die heutzutage angeboten werden können. Die Gruppierung von Personen zu verschiedenen Merkmalen, wie Leitdroge oder Geschlecht, ergibt ebenfalls ein weites Forschungsfeld. Für die Evaluation von Therapieprogrammen sind Verlaufskontrollen über mehrere Monate nach Abschluss einer Therapie wichtig, auch um die Rückfallraten, auch im Bereich des Substanzkonsums, zu dokumentieren. Der Unterschied zwischen Personen, die eine Therapie beenden und jenen, die diese abbrechen stellt in diesem

Rahmen eine der interessantesten Fragestellungen dar. In der vorliegenden Studie konnte kein Vergleich der Geschlechter auf statistischer Basis durchgeführt werden, da die jeweiligen Stichproben zu klein sind. Ebenso wurde auf den Geschlechtervergleich der Charakteristika verzichtet, da die Stichproben dafür zu klein sind. Für zukünftige Studien ist zu empfehlen auch einen Fokus auf den Vergleich zu legen bei entsprechend großer Personenzahl. In Bezug auf die eingesetzten Instrumente wäre es wünschenswert, neue oder weiterentwickelte Fragebögen zu diesen Konstrukten zu entwickeln.



## Zusammenfassung

Im Schweizer Haus Hadersdorf, einer nach dem Suchtmittelgesetz anerkannten Einrichtung für das Programm *Therapie statt Strafe* wurden 11 Klienten (acht Männer und drei Frauen im Alter zwischen 21 und 39 Jahren) mit einer Abhängigkeitsproblematik und richterlichen Weisung zur stationären Therapie im Zeitraum von August 2011 bis Juni 2012 untersucht. Diese Studie stellt den zweiten Erhebungszeitpunkt der Längsschnittuntersuchung zur Studie von Burtscher (2012) dar. Der erste Testzeitpunkt fand zu Beginn der Behandlung mit 42 Personen statt und der zweite, um den es in der vorliegenden Arbeit geht, fand drei Monate danach statt, wenn sich die Personen in der stationären Phase befanden. Von Interesse waren die soziodemographischen Daten der Klienten, die Selbstwirksamkeitserwartung, das Selbstkonzept und die Behandlungsmotivation. Mit einem selbst erstellten, an das Lebensumfeld in stationärer Therapie angepassten, halbstandardisierten Anamnesefragebogen wurden die soziodemographischen Fragen erhoben. Die Selbstwirksamkeitserwartung wurde mit der Skala zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung (SWE, Schwarzer & Jerusalem, 1999) und das Selbstkonzept mit den Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN, Deusinger, 1986) erhoben. Die Veränderungsbereitschaft im Rahmen der Behandlungsmotivation wurde mit der Veränderungsstadienskala (VSS, Heidenreich, Hoyer, & Fecht, 2001) erfasst und die motivationalen Schemata der Behandlungsmotivation mit dem Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS, Grosse Holtforth & Grawe, 2002).

Das Ziel der Studie war es, die Veränderungen und Entwicklungen der Ausprägungen und Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Konstrukten bei Klienten mit richterlicher Weisung zur stationären Therapie zu beleuchten. Dazu erfolgte ein Vergleich der Personen hinsichtlich ihrer Selbstwirksamkeitserwartung, ihres Selbstkonzepts und ihrer Behandlungsmotivation zwischen den beiden Testzeitpunkten in Bezug auf ihre Ausprägungen und Zusammenhänge, sowie die nähere Betrachtung der Ausprägungen in den Stadien der Veränderungsbereitschaft. Dafür wurden zu beiden Testzeitpunkten die gleichen Verfahren vorgelegt. Zudem wurde analysiert, ob die Stadien der Veränderungsbereitschaft als Prädiktoren für die Selbstwirksamkeitserwartung, das Selbstkonzept und die motivationalen Schemata verwendet werden können.

Von den 42 Personen zum ersten Erhebungszeitpunkt befanden sich zum zweiten Testzeitpunkt noch 28 Personen in einem Betreuungsverhältnis. Von diesen befanden sich 11 geeignete Klienten in der stationären Phase und wurden erhoben. Die Ergebnisse zeigen eine Stichprobe mit repräsentativem Charakter in den soziodemographischen

Daten. Von 11 Personen empfinden zehn einen externen Zwang für den Verbleib in der Behandlung. Die Stichprobe zeigt zum zweiten Testzeitpunkt keine signifikanten Verbesserungen oder Verschlechterungen in der Selbstwirksamkeitserwartung, dem Selbstkonzept, der Veränderungsbereitschaft und den motivationalen Schemata im Vergleich zum ersten Testzeitpunkt auf. Lediglich die Skala Selbstkonzept der eigenen Empfindlichkeit und Gestimmtheit (FSEG) des FSKN (Deusinger, 1986) fällt zum zweiten Testzeitpunkt signifikant höher aus. In Abhängigkeit der Stadien der Veränderungsbereitschaft zeigten sich keine Unterschiede der Konstrukte zu beiden Erhebungszeitpunkten. Bei den Zusammenhängen ergibt sich zum zweiten Testzeitpunkt eine signifikant positive Korrelation zwischen den Vermeidungszielen und dem Stadium der Aufrechterhaltung, die sich von der Korrelation zum ersten Testzeitpunkt unterscheidet. Keiner der weiteren Zusammenhänge ändert sich signifikant zum zweiten Testzeitpunkt. Als Prädiktoren für die Selbstwirksamkeitserwartung ergaben sich die Stadien der Handlung und der Aufrechterhaltung, für das Verhältnis von Vermeidungs- und Annäherungszielen die Stadien der Absichtsbildung und der Aufrechterhaltung.

Zusammenfassend können kaum Veränderungen in den Konstrukten festgestellt werden. Auf Grund der Trends ist anzunehmen, dass es mehr signifikante Veränderungen zu Gunsten der Klienten bei einer größeren Stichprobe gegeben hätte. Auf Grund der geringen Stichprobengröße sind die Schlussfolgerungen limitiert.

## Abstract

### *Deutsch*

Personen mit einer Abhängigkeitsproblematik, die straffällig geworden sind und eine richterliche Weisung zur stationären *Therapie statt Strafe* (Quasi-Zwangsbehandlung) bekamen, wurden hinsichtlich der Ausprägungen und Zusammenhänge von Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstkonzept und Behandlungsmotivation untersucht. Mit der Skala zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung (SWE, Schwarzer & Jerusalem, 1999), den Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN, Deusinger, 1986), der Veränderungsstadienskala (VSS, Heidenreich, Hoyer, & Fecht, 2001) und dem Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS, Grosse Holtforth & Grawe, 2002) wurden zu Beginn (Burtscher, 2012) und nach drei Monaten, wenn sich die Klienten in der stationären Phase befanden, die Konstrukte erhoben. Von 11 Personen liegen vollständige Datensätze für beide Testzeitpunkte vor. Eine Verbesserung zum zweiten Testzeitpunkt ergibt sich nur in der Skala *Selbstkonzept zur eigenen Empfindlichkeit und Gestimmtheit* des FSKN (Deusinger, 1986). Zum zweiten Testzeitpunkt ergibt sich ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen den Vermeidungszielen und dem Stadium der Aufrechterhaltung. Die Stadien Handlung und Aufrechterhaltung dienen als Prädiktoren für die Selbstwirksamkeitserwartung, die die Stadien Absichtsbildung und Aufrechterhaltung für das Verhältnis von Vermeidungs- und Annäherungszielen.

### *English*

The recent study focuses on individuals who are obliged to do a quasi-compulsory treatment (QCT) because of breaking the law due to their drug addiction. The study intended to test how their self-efficacy, self-concept and treatment motivation are changing after three months of an in-patient treatment. From the Schweizer Haus Hadersdorf in Vienna, Austria, 42 participants were examined considering to these constructs at the beginning of their treatment (Burtscher, 2012). Three months later they were reviewed again, but only when they have been in in-patient treatment. Out of the 42 individuals 11 have reached the in-patient treatment. The following questionnaires have been used in this study: a scale to assess self-efficacy (SWE, Schwarzer & Jerusalem, 1999), self-concept (FSKN, Deusinger, 1986), stages of change (VSS, Heidenreich, Hoyer, & Fecht, 2001) and a questionnaire for the analysis of motivational schemata (FAMOS, Grosse Holtforth & Grawe, 2002). The results of the study revealed that people show higher values in the scale *self-concept of sensibility and mood* of the FSKN (Deusinger, 1986) for the posttest compared to the pretest. A significant correlation was

found between the avoidance-intention and the stage maintenance. The stages action and maintenance are significant predictors for the self-efficacy and the stages contemplation and maintenance predict significantly the ratio of avoidance- and approach-intention.

## Literaturverzeichnis

- Anglin, M. D., & Speckart, G. (1988). Narcotics use and crime: A multisample, multimethod analysis. *Criminology*, 26, 197–233.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bachner-Foregger, H. (2012). *Strafgesetzbuch. StGB*. Wien: Manz.
- Beiglbock, W., Feselmayer, S., & Honemann, E. (2006). *Handbuch zur klinisch-psychologischen Behandlung*. Wien: Springer.
- Belding, M. A., Iguchi, M. Y., & Lamb, R. J. (1997). Stages and processes of change as predictors of drug use among methadone maintenance patients. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 5, 65–73.
- 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 and Theory*, 9, 151–164.
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7. vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Bundesministerium für Justiz (2010). *Sicherheitsbericht 2010: Bericht über die Tätigkeit der Strafjustiz*. Verfügbar unter: [http://www.bmi.gv.at/cms/bmi\\_service/start.aspx#t\\_download](http://www.bmi.gv.at/cms/bmi_service/start.aspx#t_download) [06.05.2012].
- Bundeskanzleramt Österreich (2012). *Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem*. Verfügbar unter: <http://www.ris.bka.gv.at/default.aspx> [26.06.2012].
- Bühner, M. (2010). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion* (3. aktual. Aufl.). München: Pearson.
- Bühringer, G. (2006). Störungen durch Substanzkonsum: eine Einführung. In H.-U. Wittchen, & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 603–612). Heidelberg: Springer.
- Bühringer, G., & Behrendt, S. (2011). Störungen durch Substanzkonsum: eine Einführung. In H.-U. Wittchen, & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 697–714) (2. überarb. u. erw. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- 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). Springer: Berlin.
- Burtscher, D. (2012). *Gesundheitsbezogene Maßnahmen im Bereich der*

- Substanzabhängigkeit: Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstkonzept und Behandlungsmotivation im Rahmen von Quasi-Zwangsbehandlungen (Therapie statt Strafe).* (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Universität Wien, Österreich.
- Cahill, M. A., Adinoff, B., Hosig, H., Muller, K., & Pulliam, C. (2003). Motivation for treatment preceding and following a substance abuse program [Abstract]. *Addictive Behaviors, 28*, 67–79.
- 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 [Abstract]. *Addictive Behaviors, 30*, 1834–1847.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- 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*, 385–391.
- 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.
- Dahle, K.-P. (2003). Therapiemotivation inhaftierter Straftäter. In M. Steller, K.-P. Dahle, & M. Basqué (Hrsg.), *Straftäterbehandlung: Argumente für eine Revitalisierung in Forschung und Praxis* (2. Aufl.) (S. 231–252). Herbolzheim: Centaurus.
- Daley, M., Argeriou, M., McCarty, D., Callahan, J. J. Jr., Shepard, D. S., & Williams, C. N. (2000). The costs of crime and the benefits of substance abuse treatment for pregnant women. *Journal of Substance Abuse Treatment, 19*, 445–458.
- DeLeon, G., & Jainchill, N. (1986). Circumstances, motivation, readiness and suitability. *Journal of Psychoactive Drugs, 18*, 203–208.
- DeLeon, G., Melnick, G., & Hawke, J. (1999). The motivation-readiness factor in drug treatment research: Implications for research and policy [Abstract]. In D. McBride, R. Stephens, & J. Levy (Eds.), *Emergent issues in drug treatment. Advances in Medical Sociology, 7*, 103–129.
- Demmel, R., Beck, B., Richter, D., & Reker, T. (2004). Readiness to change in a clinical sample of problem drinkers: Relation to alcohol use, self-efficacy, and treatment outcome [Abstract]. *European Addiction Research, 10*, 133–138.
- Deusinger, I. M. (1973). Untersuchungen zum Selbstkonzept von Strafgefangenen. *Psychologische Rundschau, 24*, 100–113.
- Deusinger, I. M. (1982). Selbstwahrnehmung und soziale Anpassung: Differenziertere

- Bestimmungen von Selbstkonzepten delinquenter Personen (Poster). In G. Lüer, *Bericht über den 33. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Mainz* (S. 647–649). Göttingen: Hogrefe.
- Deusinger, I. M. (1983). Selbstperzeption und soziale Anpassung: Theoretische und empirische Untersuchungen zur Beziehung von Selbstkonzepten und Delinquenz. In H.-J. Kerner, H. Kury, & K. Sessar (Hrsg.), *Deutsche Forschungen zur Kriminalitätsentwicklung und Kriminalitätskontrolle* (S. 616–639). Köln: Heymanns.
- Deusinger, I. M. (1986). *Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN): Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- DiClemente, C. C., Bellino, L. E., & Neavings, T. M. (1999). Motivation for change and alcoholism treatment. *Alcohol Research & Health*, 23, 86–92.
- DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1985). Processes and stages of self-change: Coping and competence in smoking behavior change. In S. Shiffman, & T. A. Wills (Eds.), *Coping and Substance Use* (pp. 319–343.). New York: Academic Press.
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhust, S., Velicer, W. F., Velasquez, M. M., & Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 295-304.
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., & Gibertini, M. (1985). Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 181–200.
- Dilling, H., & Freyberger, H. (Hrsg.) (2008). Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen: Mit Glossar und diagnostischen Kriterien ICD-10: DCR-10 und Referenztabellen ICD-10 v.s. DSM-IV-TR (4. überarb. Aufl.). Bern: Huber.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., Schulte-Markwort, E., & Remschmidt, H. (Hrsg.) (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch diagnostische Leitlinien* (8. überarb. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Dittrich, I., Kocsis, E., & Haller, R. (2003). „Therapie statt Strafe“: Die Anwendung gesundheitsbezogener Maßnahmen bei 200 süchtigen Straftätern. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 26, 5–9.
- Dollard, J., & Miller, N. (1950). *Personality and psychotherapy: An analysis in terms of learning, thinking and culture*. New York: McGraw-Hill.
- Drieschner, K. H., Lammers, S. M., & van der Staak, C. P. (2004). Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clinical Psychology*, 23, 1115–1137.
- Drogenberatung Steiermark (2012). *Drogenberatung des Landes Steiermark: Anonym – freiwillig – kostenlos*. Verfügbar unter: <http://www.drogenberatung.steiermark.at> [16.07.2012].

- Fäh, M., Sieber, M., & Uchtenhagen, A. (1991). Der Glaube ans Widerstehen-Können: Eine prospektive Langzeitstudie zur Vorhersage von Abstinenz bei stationär behandelten Alkoholikern [Abstract]. *Sucht*, 37, 26–36.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS* (3rd ed.). London: SAGE.
- Gegenhuber, B. (2008). *Veränderungsmotivation im Quasi-Zwangskontext: Eine Untersuchung bei drogenabhängigen Straftätern in Behandlung*. (Unveröffentlichte Dissertation). Universität Wien, Österreich.
- Gegenhuber, B., Werdenich, W., & Kryspin-Exner, I. (2007). Justizieller Zwang, Motivation und Therapieerfolg: Eine Evaluationsstudie. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 90, 304–316.
- 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*, 1, 67–75.
- Gerrig, R. J., & Zimbardo, P. G. (2008). *Psychologie*. (18. aktual. Aufl.). München: Pearson Studium.
- Günther, M., Vossebein, U., & Wildner, R. (2006). *Marktforschung im Panels: Arten-Erhebung- Analyse- Anwendung* (2. vollst. überarb. Aufl.). Wiesbaden: Gabler.
- Gütlich, V., Heidenreich, T., & Hoyer, J. (1998). Stadien der Veränderung und Therapiemotivation unter justiziellem Zwang. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 30, 421–432.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie* (2. korr. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- 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, 337–343.
- Grosse Holtforth, M., & Grawe, K. (2002). *Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS): Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Haas, S., Busch, M., Horvath, I., Türscherl, E., Weigl, M., & Wirl, C. (2007). *Bericht zur Drogensituation 2007*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich ÖBIG. Verfügbar unter: [http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/0/6/CH1040/CMS1164184142810/bericht\\_zur\\_drogensituation\\_20071.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/0/6/CH1040/CMS1164184142810/bericht_zur_drogensituation_20071.pdf) [21.05.2012].
- Haas, S., Busch, M., Horvath, I., & Weigl, M. (2003). *Bericht zur Drogensituation 2003*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich ÖBIG. Verfügbar unter:

- [http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/0/6/CH1040/CMS1164184142810/drogenbericht\\_2003.pdf](http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/0/6/CH1040/CMS1164184142810/drogenbericht_2003.pdf) [19.05.2012].
- Haller, R., & Hinterhuber, H. (1997). Begriffsbestimmungen. In E. Fleisch, R. Haller, & W. Heckmann (Hrsg.), *Suchtkrankenhilfe: Lehrbuch zur Vorbeugung, Beratung und Therapie* (S. 30–42). Weinheim: Beltz.
- Hannover, B. (1997). *Das dynamische Selbst: Die Kontextabhängigkeit selbstbezogenen Wissens*. Bern: Huber.
- Hautzinger, M., & Thies, E. (2008). *Klinische Psychologie: Anwendungsbereich psychische Störungen*. Weinheim: Beltz.
- 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. unveränd. 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. Kufner, A. Glöckner-Rist, & P. Schmidt (Hrsg.), *Elektronisches Handbuch für Erhebungsinstrumente im Suchtbereich: Version 1.00*. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.
- Henderson, M. J., Saules, K. K., & Galen, L. W. (2004). The predictive validity of the University of Rhode Island Change Assessment Questionnaire in a heroin-addicted polysubstance abuse sample. *Psychology of Addictive Behaviors, 18*, 106–112.
- 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\\_FULL\\_2012\\_10\\_29.pdf](http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2011/The_2011_ESPAD_Report_FULL_2012_10_29.pdf) [05.11.2012].
- Höld, E. (2007). Durch Zwang zur Gesundheit: Durch das Gesetz verordnete Frühintervention, eine Form der indizierten Prävention? *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 30*, 61–66.
- James, W. (1890). *The principles of psychology*. New York: Henry Holt.
- Jenko, D. M. (2008). *Selbstwirksamkeitserwartung, Rückfallzuschreibung und*

- Rückfallrisiko in einer klinischen Stichprobe alkoholabhängiger Probanden* [Abstract]. (Unveröffentlichte Dissertation). Universität Münster, Deutschland.
- Jusline Österreich (2012). *JUSLINE - die juristische Internet-Plattform Österreichs: Grundbuch, Firmenbuch, Melderegister, Gewerberegister, Gesetz, Gesetzeskommentar, Gericht, Rechtsanwalt, Sachverständiger, Vertragsmuster, Forum, Web-ERV, Gesetze*. Verfügbar unter: <http://www.jusline.at/index.php> [26.06.2012].
- Klag, S., O'Callaghan, F., & Creed, P. (2005). The use of legal coercion in the treatment of substance abusers: An overview and critical analysis of thirty years of research. *Substance Use and Misuse, 40*, 1777-1795.
- 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.
- Köchel, B. (2008). Gesundheitsbezogene Lebensqualität von „Therapie statt Strafe“-Klienten und ihre kognitiven und emotionalen Komponenten. (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Universität Wien, Österreich.
- 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.
- Küfner, H., & Metzner, C. (2011). Drogenmissbrauch und –abhängigkeit. In H.-U. Wittchen, & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 715–742) (2. überarb. u. erw. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Kuntz, H. (2011). *Drogen & Sucht: Ein Handbuch über alles, was Sie wissen müssen* (2. aktual. u. erw. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Krause, M. S. (1966). A cognitive theory of motivation for treatment. *The Journal of General Psychology, 75*, 9–19.
- Ladewig, D. (2002). *Sucht und Suchtkrankheiten: Ursachen Symptome Therapien*. München: C. H. Beck.
- 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*. (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Universität Wien, Österreich.
- Leontieva, L., Haque, A., Helmkamp, J. C., Swisher-McClure, S. D., Ehrlich, P., Williams,

- J. M., & Horn, K. A. (2003). Stages of change are predictive of response to a brief intervention for alcohol problems in young adult emergency department patients [Abstract]. *Academic Emergency Medicine*, *10*, 514.
- 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.
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- 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.
- Massey, S. H., Neiderhiser, J. M., Shaw, D. S., Leve, L. D., Ganiban, J. M., & Reiss, D. (2012). Maternal self concept as provider and cessation of substance use during pregnancy [Abstract]. *Addictive Behaviors*, *37*, 956–961.
- McBride, D. C., & McCoy, C. B. (1993). The drugs-Crime relationship: An analytical framework. *The Prison Journal*, *73*, 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*, 494–503.
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *20*, 368–875.
- 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*, 470–490.
- Meichenbaum, D., & Turk, D. C. (1994). *Therapiemotivation des Patienten: Ihre Förderung in Medizin und Psychotherapie: Ein Handbuch*. Göttingen: Hans Huber.
- Newcomb, M. D., Galaif, E. R., & Carmona, J. V. (2001). The drug-crime nexus in a community sample of adults. *Psychology of Addictive Behaviors*, *15*, 185–193.
- Nowak, D. (1997). *Therapie statt Strafe: Studie zur ambulanten Betreuung Drogenabhängiger mit und ohne Verurteilung nach § 23a SGG*. (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Universität Wien, Österreich.
- Oerter, R., Altgassen, A., & Kliegel, M. (2011). Entwicklungspsychologische Grundlagen. In H.-U. Wittchen, & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 301–317) (2. überarb. u. erw. Aufl.). Heidelberg: Springer.

- Patterson, S., Lennings, C. J., & Davey, J. (2000). Methadone clients, crime, and substance use. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *44*, 667–680.
- Petry, J. (1993). *Behandlungsmotivation: Grundlagen und Anwendungen in der Suchttherapie*. Weinheim: Beltz.
- Pinquart, M. (2011). Soziale Bedingungen psychischer Störungen. In H.-U. Wittchen, & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 319–335) (2. überarb. u. erw. Aufl.). 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. (1986). The transtheoretical approach. In J. Norcross (Ed.), *Handbook of Eclectic Psychotherapy* (pp. 163–200). New York: Brunner.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (pp. 184–214). Sycamore: Sycamore Press.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, *47*, 1102–1114.
- Prochaska, J. O., Redding, C. A., & Evers, K. E. (2008). The transtheoretical model and stages of change. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4th ed.) (pp. 97–122). San Francisco: Jossey-Bass.
- Rapp, R., Li, L., Siegal, H., & DeLiberty, R. (2003). Demographic and clinical correlates of client motivation among substance abusers. *Health & Social Work*, *28*, 107–115.
- Rauchfleisch, U. (2003). Behandlungsstrategien ganz gezielt der Realität der Delinquenten anpassen. In M. Steller, K.-P. Dahle, & M. Basqué (Hrsg.), *Straftäterbehandlung: Argumente für eine Revitalisierung in Forschung und Praxis* (2. Aufl.) (S.261–266 ). Herbolzheim: Centaurus.
- Reckless, W. C. (1961). Halttheorie. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, *44*, 1-14.
- Reiss, A. J. Jr., & Roth, J. A. (Eds.) (1993). *Understanding and preventing violence* (2nd ed.). Washington DC: National Academy Press.
- Rief, W., Exner, C., & Martin, A. (2006). *Psychotherapie: Ein Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rotthaus, W. (1998). Freiwilligkeit und Zwang und was dazwischen liegt: Ein Plädoyer für

- variable Psychotherapiekonzepte. In E. Wagner, & W. Werdenich (Hrsg.), *Forensische Psychotherapie: Therapeutische Arbeit im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle* (S. 271–280). Wien: Facultas.
- Rüsch, P., & Hättenschwiler, J. (2001). Risikofaktoren des Behandlungsabbruchs im stationären Drogenentzug: Die Bedeutung der Behandlungsmotivation und der subjektiven Verarbeitung des Entzuges. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 1, 11-18.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., & Zaudig, M. (2001). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- 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.
- Schmid, V., Hohm, E., Blomeyer, D., Zimmermann, U. S., Schmidt, M. H., Esser, G., & Laucht, M. (2007). Concurrent alcohol and tobacco use during early adolescence characterizes a group at risk [Abstract]. *Alcohol & Alcoholism*, 42, 219–225.
- 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) [01.07.2012].
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens* (3. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (Hrsg.) (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen: Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Schweizer Haus Hadersdorf (2012). *Das Schweizer Haus Hadersdorf*. Verfügbar unter: <http://www.shh.at> [12.06.2012].
- Simpson, D. D., & Joe, G. W. (1993). Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment [Abstract]. *Psychotherapy*, 30, 357–368.
- Statistik Austria (2012). *Migration und Integration: Zahlen, Daten, Indikatoren 2010*. Wien: Verlag Österreich GmbH. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/dynamic/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung\\_nach\\_migrationshintergrund/051839](http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_migrationshintergrund/051839) [19.01.2012].
- 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) [05.11.2012].

- Stevens, A., Berto, D., Frick, U., Hunt, N., Kersch, V., McSweeney, T., ... Werdenich, W., (2006). The relationship between legal status, perceived pressure and motivation in treatment for drug dependence: Results from a European study of quasi-compulsory treatment. *European Addiction Research*, 12, 197–209.
- Stevens, A., Berto, D., Heckmann, W., Kersch, V., Oeuvray, K., van Ooyen, M., ... Uchtenhagen, A. (2005). Quasi-compulsory treatment of drug dependent offenders: An international literature review. *Substance Use & Misuse*, 40, 269–283.
- Stevens, A., Berto, D., Kersch, V., Oeuvreay, K., van Ooyen, M., Steffan, E., ... Uchtenhagen, A. (2003). *QCT Europe summary literature review: The international literature on drugs, crime and treatment*. Canterbury: University of Kent.
- Sucht- und Drogenkoordination Wien (Hrsg.) (2009). *Wiener Drogenbericht 2006-2008*. Verfügbar unter <http://drogenhilfe.at/downloads/Wiener-Drogenbericht-2006-2008.pdf> [26.10.2012].
- Suchthilfe Wien GmbH (2012). *Suchthilfe Wien*. Verfügbar unter: <http://www.suchthilfe.at> [28.07.2012].
- Sutton, S. (2001). Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance use. *Addiction*, 96, 175–186.
- Tretter, F. (2008). *Suchtmedizin kompakt: Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Triska, L. (2006). *Der Einfluss der Behandlungsmotivation auf das Erleben und Verhalten Suchtkranker im Maßnahmenvollzug*. (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Universität Wien, Österreich.
- Trimmel, M. (2003). *Angewandte Sozialpsychologie: Aspekte zu Motivation, Kognition, Umwelt-, Computer-, Sport- und Gesundheitspsychologie*. Wien: Facultas.
- UNODC (2012). *World drug report 2012*. New York: United Nations Publication. Verfügbar unter: <http://www.unodc.org/unodc/data-and-analysis/WDR.html> [25.07.2012].
- 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 [Abstract]. *Addictive Behaviors*, 15, 271–283.
- Warnecke, J. (1988). *Selbstkonzept und soziale Kompetenz bei kurzfristig abstinenten*

- und langfristig abstinenten männlichen Alkoholabhängigen: Eine Querschnittstudie [Abstract]. (Unveröffentlichte Dissertation). Universität Innsbruck, Österreich.
- Warschburger, P. (Hrsg.) (2009). *Beratungspsychologie*. Heidelberg: Springer.
- Weigl, M., Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Türscherl, E., & Wirl, C. (2011). *Bericht zur Drogensituation 2011*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich ÖBIG. Verfügbar unter: [http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Drogen\\_Sucht/Drogen/Berichte\\_zur\\_Drogensituation](http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Drogen_Sucht/Drogen/Berichte_zur_Drogensituation) [06.05.2012].
- Welte, J. W., Zhang, L., & Wieczorek, W. F. (2001). The effects of substance use on specific types of criminal offending in young men. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 38, 416–438.
- Werdenich, W., & Wagner E. (1998). Die Kunst der Zwangsbehandlung. In E. Wagner, & W. Werdenich (Hrsg.), *Forensische Psychotherapie: Therapeutische Arbeit im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle* (S. 37–48). Wien: Facultas.
- West, R. (2005). Time for a change: Putting the transtheoretical (stages of change) model to rest. *Addiction*, 100, 1036–1039.
- Wild, T. C., Cunningham, J. A., & Ryan, R. M. (2006). Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: A self-determination theory perspective. *Addictive Behaviors*, 31, 1858–1872.
- Wild, T. C., Newton-Taylor, B., & Alleto, R. (1998). Perceived coercion among clients entering substance abuse treatment: Structural and psychological determinants. *Addictive Behavior*, 23, 81–95.
- Zimbardo, P. G. (1995). *Psychologie* (6. neu bearb. u. erw. Aufl.). Berlin: Springer.
- Zimbardo, P. G., & Gerrig, R. J. (2004). *Psychologie* (6. aktual. Aufl.). München: Pearson.
- Zingg, C. A. (2010). *Kontrollüberzeugungen und kognitive Leistungsfähigkeit bei alkoholabhängigen Patienten: Veränderungen während stationärer Therapie und ein Jahr danach*. (Unveröffentlichte Dissertation). Universität Trier, Deutschland.
- Zingg, C., Schmidt, P., Kufner, H., Kolb, W., Zemlin, U., & Soyka, M. (2009). Der Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit und Alkoholabstinenz bei ambulant und stationär behandelten Patienten: Ergebnisse einer 2-Jahres-Katamnese [Abstract]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 59, 307–313.
- Zwettler, M. (2012). *Katamnese: Therapiemotivation bei substanzabhängigen Klienten im Programm Therapie statt Strafe*. (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Universität Wien, Österreich.

## Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1:</b>	Behandlungsstatus zum zweiten Testzeitpunkt für Männer ( $n = 34$ ) und Frauen ( $n = 8$ ) .....	56
<b>Tabelle 2:</b>	Stichprobenkennwerte zur Altersverteilung .....	57
<b>Tabelle 3:</b>	Stichprobenkennwerte zum Erstkonsumalter in Jahren .....	59
<b>Tabelle 4:</b>	Behandlungsstatus im Juni 2012 für Männer ( $n = 34$ ) und Frauen ( $n = 8$ ) .....	69
<b>Tabelle 5:</b>	Reliabilitätskoeffizienten der FSKN-Skalen ( $n = 11$ ) .....	71
<b>Tabelle 6:</b>	$t$ -Tests für verbundene Stichproben der FSKN zu zwei Testzeitpunkten ( $n = 11$ ).....	72
<b>Tabelle 7:</b>	Reliabilitätskoeffizienten der VSS-Skalen ( $n = 11$ ) .....	73
<b>Tabelle 8:</b>	Vorzeichentest zur Stadienzugehörigkeit .....	74
<b>Tabelle 9:</b>	Varianzanalyse mit Messwiederholung für die VSS ( $n = 11$ ) .....	75
<b>Tabelle 10:</b>	Reliabilitätskoeffizienten der FAMOS-Skalen ( $n = 11$ ) .....	76
<b>Tabelle 11:</b>	$M$ und $SD$ der SWE in Abhängigkeit der VSS zu $t_1$ und $t_2$ .....	77
<b>Tabelle 12:</b>	$M$ und $SD$ des FSKN in Abhängigkeit der VSS zu $t_1$ und $t_2$ .....	79
<b>Tabelle 13:</b>	$M$ und $SD$ der AZ und VZ in Abhängigkeit der VSS zu $t_1$ und $t_2$ .....	80
<b>Tabelle 14:</b>	Korrelationskoeffizienten nach Pearson für SWE und VSS zu $t_1$ und $t_2$ ( $n = 11$ ) .....	81
<b>Tabelle 15:</b>	Koeffizienten und Prüfgrößen der Modellprüfung für das Kriterium SWE ( $n = 11$ ) .....	82
<b>Tabelle 16:</b>	Korrelationskoeffizienten nach Spearman für FSKN und VSS zu $t_1$ ( $n = 11$ ).....	83
<b>Tabelle 17:</b>	Korrelationskoeffizienten nach Pearson für FSKN und VSS zu $t_2$ ( $n = 11$ ).....	83
<b>Tabelle 18:</b>	Korrelationskoeffizienten nach Pearson für FAMOS und VSS zu $t_1$ und $t_2$ ( $n = 11$ ) .....	84
<b>Tabelle 19:</b>	Koeffizienten und Prüfgrößen der Modellprüfung für das Kriterium FAMOS Verhältnis ( $n = 11$ ) .....	84
<b>Tabelle 20:</b>	Korrelationskoeffizienten nach Pearson für SWE und FAMOS zu $t_1$ und $t_2$ ( $n = 11$ ) .....	85
<b>Tabelle 21:</b>	Korrelationskoeffizienten nach Spearman für FSKN und FAMOS zu $t_1$ ( $n = 11$ ).....	86

<b>Tabelle 22:</b>	Korrelationskoeffizienten nach Pearson für FSKN und FAMOS zu $t_2$ ( $n = 11$ ).....	86
--------------------	---	----

## Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1:</b>	Spiralförmiges Modell des TTM der Veränderung (Prochaska et al., 1992, S. 1104).....	30
<b>Abbildung 2:</b>	Bildungsstand ( $n = 11$ ) .....	58
<b>Abbildung 3:</b>	Verteilung der Art der Drogenhilfe für Männer ( $n = 8$ ) und Frauen ( $n = 3$ ) .....	60
<b>Abbildung 4:</b>	Verteilung der Delikte für Männer ( $n = 8$ ) und Frauen ( $n = 3$ ) .....	61
<b>Abbildung 5:</b>	Anzahl der Haftaufenthalte für Männer ( $n = 8$ ) und Frauen ( $n = 3$ ) .....	62
<b>Abbildung 6:</b>	Verteilung der aktuellen Problematik für Männer ( $n = 8$ ) und Frauen ( $n = 3$ ) .....	63
<b>Abbildung 7:</b>	Verteilung der Leitdrogen für Männer ( $n = 8$ ) und Frauen ( $n = 3$ ) .....	64
<b>Abbildung 8:</b>	Verteilung der Begleitdrogen für Männer ( $n = 8$ ) und Frauen ( $n = 3$ ) ....	65
<b>Abbildung 9:</b>	Art der konsumierten Substitutionsmittel für Männer ( $n = 8$ ) und Frauen ( $n = 3$ ) .....	66
<b>Abbildung 10:</b>	Grund für den Behandlungsbeginn für Männer ( $n = 8$ ) und Frauen ( $n = 3$ ) zum ersten Testzeitpunkt.....	67
<b>Abbildung 11:</b>	Grund für den Verbleib in der stationären Phase für Männer ( $n = 8$ ) ....	67
<b>Abbildung 12:</b>	Grund für den Verbleib in der stationären Phase für Frauen ( $n = 3$ ) .....	68
<b>Abbildung 13:</b>	Veränderungen und Bindungen innerhalb der Stadienzugehörigkeit....	75
<b>Abbildung 14:</b>	Selbstwirksamkeitserwartung in Abhängigkeit der Stadien Absichtsbildung und Handlung ( $n = 11$ ).....	78





## ANHANG

## 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 und die Veränderungen seit der letzten Erhebung festzustellen.

Vor einigen Wochen haben Sie bereits bei meiner Kollegin für die Erhebung der Ausgangslage teilgenommen. Daher werden Sie nun gebeten, nochmals einige Angaben zu Ihren Lebensumständen zu machen und anschließend die vier verschiedenen Fragebögen erneut auszufüllen, in denen Ihre persönlichen Einstellungen erfasst werden sollen. Dies wird in etwa eine Stunde dauern.

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

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

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

Mit freundlichen Grüßen,  
Enea Beathalter

### Kontakt:

Enea Beathalter  
Universität Wien  
Fakultät für Psychologie

Tel.: 0650 xxx xx xx  
E-Mail: a0709673@unet.univie.ac.at

## Einverständniserklärung

*Ansprechperson:*  
Enea Beathalter  
Universität Wien  
Fakultät für Psychologie

Tel.: 0650 xxx xx xx  
Email: a0709673@unet.univie.ac.at

Einverständniserklärung zur Mitwirkung an der wissenschaftlichen Studie zum Thema:

*„Gesundheitsbezogene Maßnahmen im Suchtbereich – Veränderung des Zusammenhangs von Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstkonzept und Therapiemotivation im Rahmen von Quasi-Zwangsbearbeitungen (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

### Aktuelle Problematik:

1.    Drogenproblematik  
     Alkoholproblematik  
     Medikamentenproblematik  
     Derzeit clean  
     Sonstige Problematik: \_\_\_\_\_
2. Leitdroge: \_\_\_\_\_
3. Begleitdroge: \_\_\_\_\_
4. Sind Sie derzeit in Substitution?  
     Nein

Ja

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

Medikamente: \_\_\_\_\_

Bisheriger Verlauf:

1. Aus welchem Grund sind Sie nach der Vorbetreuungsphase in der Therapie geblieben?

Justiz

Familie

Arzt

eigene Initiative

2. Liegt derzeit noch immer eine richterliche Weisung zur stationären Therapie vor, aufgrund welcher Sie eine Behandlung in Anspruch nehmen?

Ja

Nein

3. Seit wann befinden Sie sich in der stationären Therapie im Schweizerhaus Hadersdorf?

\_\_\_\_\_

4. Haben Sie die begonnene Behandlung in dieser Zeit schon einmal abgebrochen und sind wieder aufgenommen worden?

Nein

Ja

Wenn ja: Wie viele? \_\_\_\_\_

Nach welcher Dauer?

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

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

5. Haben Sie direkt vor der stationären Therapie außer der Betreuung durch das Team der Vorbetreuungsstelle eine Drogenhilfe in Anspruch genommen?

Nein

Ja

Wenn ja, welcher Art?

Entzugsklinik (körperlicher Entzug)

Wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_

Substitution

andere: \_\_\_\_\_

6. Gibt es noch Fragen oder Anmerkungen?

## 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 \_\_\_\_\_

## Curriculum Vitae

Persönliche Daten	Name: Nationalität:	Enea Katharina Beathalter deutsch
Schulbildung	1993-1997 1997-2003 2003-2004 2004-2007	Grundschule Schillerschule Öhringen Hohenlohe-Gymnasium Öhringen Realschule Öhringen, Mittlere Reife Richard-von-Weizsäcker Schule Öhringen Agrarwissenschaftliches Gymnasium, Allgemeine Hochschulreife
Studium	2007-2013	Diplomstudium Psychologie, Universität Wien
Auslands-Aufenthalt	2000	Sprachaufenthalt in Poole, Großbritannien
Praktika	07/2010  Sommer 2011	Praktikum in der Forschungsabteilung der Bangor University, GBR, Supervisor Dr. Christoph Klein  Praktikum im Klinikum am Weissenhof Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Heidelberg, Abteilung für forensische Psychiatrie und Psychotherapie
Fortbildungen	07.07.2011  15.07.2011  20.07.2011  29.07.2011	Die Rolle von Emotionen in der Psychotherapie, Klinikum am Weissenhof  Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Klinikum am Weissenhof  Drogenprävention/Drogenkriminalität/illegale Drogen, Klinikum am Weissenhof  Kunsttherapie im Maßregevollzug, Klinikum am Weissenhof
Arbeitserfahrung	2000-2005 2002 Sommer 2008-2010	Deutscher Kinderschutzbund OV Öhringen Kirchliche Jugendarbeit Aushilfsarbeiten in der Rechtsanwaltskanzlei Rein & Braun & Beathalter & Partner GbR
Zusatz- Qualifikationen		<i>Sprachen:</i> Deutsch, Englisch, Französisch <i>IT-Kenntnisse:</i> Microsoft Windows, Microsoft Office (Word, Excel, PowerPoint, Outlook), SPSS
Veröffentlichung	SS 2012	Seminararbeit zum Thema Barack Obama, Wahlfach angewandte Sozialpsychologie <a href="http://www.helga-schachinger.com/universitaet.htm">http://www.helga-schachinger.com/universitaet.htm</a>