



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Katamnese – Therapiemotivation bei substanzabhängigen Klienten im Programm Therapie statt Strafe

Verfasserin

Marianne Zwettler

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im Dezember 2011

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuung: Univ. Prof. Dr. Ilse Kryspin-Exner

Mag. Julia McElheney

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere hiermit, dass die Diplomarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen, 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 _____

Kurzfassung

Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich mit der Veränderung motivationaler Schemata zweier Behandlungsgruppen in einer ambulanten Therapieeinrichtung für Suchtkranke. Zum einen werden substanzabhängige Klienten untersucht, welche aufgrund einer Weisung vom Gericht an dem Programm „Therapie statt Strafe“ teilnehmen. Zum anderen handelt es sich um substanzabhängige Klienten, welche aufgrund anderer Motive freiwillig dieselbe ambulante Suchttherapiestelle aufsuchen.

Auf Basis des transtheoretischen Modells der Veränderung von Prochaska und DiClemente (1983) wird die Veränderung des Stadiums der Verhaltensänderung in Abhängigkeit zum Zwangskontext analysiert. Ein weiterer Schwerpunkt dieser Studie liegt in der Veränderung des emotionalen Befindens. Von großem Interesse ist die noch wenig untersuchte Rolle des Faktor Zwangs.

Für diese Studie konnten 43 Personen rekrutiert werden, die nach einem sechsmonatigen Katamnesezeitraum, infolge der Querschnittsuntersuchung zu Therapiebeginn von Leeb (2011), an einer erneuten Testung teilgenommen haben.

Abstract

The present study explores changes concerning motivation of two treatment groups in a treatment institute for drug addicts. The first group is part of the program “Therapie statt Strafe” based on a judicial order. The other group consists of people which are voluntarily in a treatment institute.

The study is based on the transtheoretical stages of change model from Prochaska and DiClemente (1983) where changes of behaviour stages will be analyzed according to coercion.

Another important point in this study is the change of emotional well being. Especially the unknown role of external pressure and coercion in this content is interesting.

For the present study 43 drug dependent treatment clients could be recruited. The clients were tested at the beginning of their treatment (Leeb, 2011). In this study the drug dependent clients were tested again after six months to discover changes concerning drug addiction and treatment.

Danksagung

In erster Linie möchte ich mich ganz herzlich bei jenen Menschen bedanken, von denen diese Arbeit handelt, den Suchtmittelabhängigen. Nur durch ihre Teilnahme an der Studie und die Bereitschaft persönliche Details und Empfindungen aus ihrem Leben preiszugeben, konnte diese Diplomarbeit realisiert werden. In Zuge dessen möchte ich mich ganz herzlich bei der Suchtbehandlungseinrichtung Verein P.A.S.S. bedanken, besonders bei der Klinischen Psychologin und Psychotherapeutin Mag. Dorothea Stella-Kaiser, die es mir ermöglicht hat beim Verein P.A.S.S. meine Stichprobe zu rekrutieren und zu testen.

Ein großes Dankeschön an Frau Univ. Prof. Dr. Ilse Kryspin-Exner, die durch ihre Zusage als Betreuerin mir die Möglichkeit gab, diese Studie durchzuführen. Ich bedanke mich weiters für die unterstützenden und konstruktiven Beiträge im Diplomandenseminar.

Ein besonderer Dank soll auch an Frau Mag. Julia McElheney ausgesprochen werden, die mich in Bezug auf meine Diplomarbeit von Beginn an unterstützt hat. Sie ermöglichte regelmäßige Besprechungen zum Fragensaustausch und war auch abseits der Termine bei Problemen schnell erreichbar und hatte immer gute Ratschläge parat sowie die immer wieder motivierenden und aufbauenden Worte im Verlauf der Diplomarbeit.

Ein spezieller Dank ist an meine Studienkollegin Sabine Leeb zu richten, die mich gefragt hat, ob ich eine Folgestudie zu ihrer Diplomarbeit machen möchte. Sie hat mich mit ihren Erfahrungen in Bezug auf die Klienten tatkräftig unterstützt und sie ermöglichte mir ein schnelles Einarbeiten in die Thematik.

Von ganzem Herzen möchte ich noch einen außerordentlichen Dank an meine Familie, speziell an meine Eltern richten, die trotz der anfänglichen Skepsis Psychologie zu studieren immer für mich da gewesen sind und mich in jeder Lebenslage unterstützt haben.

Zum Schluss möchte ich mich besonders bei meinem Lebensgefährten und allen Freunden und Freundinnen bedanken, die mir während dieses zeitaufreibenden Abschnitts meines Lebens zur Seite gestanden und mir Kraft gegeben haben.

Inhaltsverzeichnis

Theoretischer Teil	13
1. Einleitung.....	13
2. Begriffserklärung	15
2.1. Drogen.....	15
2.1.1. Legale Einstiegsdrogen	15
2.1.2. Illegale Suchtmittel	15
2.2. Substanzmissbrauch.....	17
2.3. Substanzabhängigkeit	17
3. Rechtliche Lage zur Suchtproblematik.....	19
3.1. Suchtmittelgesetz (SMG) in Österreich.....	19
3.2. Aufschiebung des Strafvollzuges §39 SMG.....	20
3.3. Die nicht freiwillige Therapie	21
4. Bedeutung der Therapiemotivation.....	23
4.1. Definition der „Therapiemotivation“	23
4.2. Problem der mangelnden Therapiemotivation	24
4.3. Diagnostik der Therapiemotivation	25
4.4. Determinanten der Therapiemotivation.....	27
5. Das Transtheoretische Modell	28
5.1. Die Stadien des Transtheoretischen Modells	28
5.2. Die Prozesse des Transtheoretischen Modells	29
5.3. Revisionen	30
6. Therapiemotivation und Zwangskontext	32
7. Zusammenspiel zwischen emotionalen und motivationalen Faktoren	35
8. Zielsetzung der Studie - Überleitung zum empirischen Teil	38
Empirischer Teil.....	39
9. Fragestellungen	39
10. Hypothesen	40
10.1. Haupthypothese H(1) zur Therapiemotivation	40
10.2. Haupthypothese H(2) zur Emotionslage	40
10.3. Haupthypothese H(3) zum Veränderungsstadium.....	41
11. Beschreibung der Untersuchungsverfahren	42
11.1. Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata.....	42
11.2. Das Emotionalitätsinventar als Befindlichkeitsmaß.....	42
11.3. Veränderungsstadienskala	43
12. Darstellung der Untersuchung	44

12.1.	Beschreibung der Stichprobe	44
12.2.	Der Untersuchungsablauf	44
12.3.	Verwendete Auswertungsverfahren	45
13.	Ergebnisdarstellung	48
13.1.	Stichprobenbeschreibung.....	48
13.1.1.	Geschlecht	49
13.1.2.	Alter	50
13.1.3.	Höchste abgeschlossene Ausbildung	51
13.1.4.	Leitdroge.....	52
13.1.5.	Substitution	53
13.2.	Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata (FAMOS)	54
13.3.	Emotionalitätsinventar (EMI-B)	61
13.4.	Veränderungsstadienskala (VSS)	65
14.	Diskussion und Schlussfolgerung.....	73
15.	Kritik und Forschungsausblick	80
16.	Zusammenfassung.....	84
Anhang	86
I.	Abbildungsverzeichnis	86
II.	Tabellenverzeichnis	86
III.	Literaturverzeichnis	87
IV.	Fragebogen motivationaler Schemata	91
V.	Emotionalitätsinventar	98
VI.	Veränderungsstadienskala	102
VII.	Curriculum Vitae	106

Theoretischer Teil

1. Einleitung

Der „Bericht zur Drogensituation in Österreich“ wird einmal jährlich verfasst und befasst sich mit illegalen Drogen. In Österreich ist die Anwendung von Alternativen zur Bestrafung gesetzlich vorgeschrieben. Des Weiteren wird berichtet, dass zum Aufschub des Strafvollzugs im Rahmen „Therapie statt Strafe“ keine verlässlichen Daten zur praktischen Umsetzung von „Therapie statt Strafe“ vorliegen (Bericht zur Drogensituation, 2010).

Den Anstoß zur vorliegenden Arbeit bekam ich durch ein Praktikum beim Verein P.A.S.S., welches ich freiwillig und aus Interesse absolvierte. P.A.S.S. ist ein Verein, in dem ambulante Therapien und psychotherapeutische Betreuung für substanzabhängige Klienten nach dem Prinzip „Therapie statt Strafe“ durchgeführt werden (Drogenbericht Wien, 2003-2005). Zu den wichtigsten Angeboten des Vereins zählen Einzeltherapien, regelmäßige Angehörigen- und Elterngruppen, Gruppentherapien, Präventionsinitiativen sowie speziell für meine Studie von Interesse die Vorbetreuung zur ambulanten Therapie und Erhebung der Therapiemotivation für Klienten in Haft. Zudem können substanzabhängige Klienten beim Verein P.A.S.S. auch Psychotherapie erhalten, die von der Krankenkasse übernommen werden kann (Drogenbericht Wien, 2003-2005).

Im theoretischen Teil der Arbeit wird eine Einführung in die Thematik der Drogenabhängigkeit gegeben. Es werden, die für die Arbeit relevanten Begriffe definiert sowie zwischen legalen und illegalen Suchtmittel differenziert. Des Weiteren wird auf das aktuelle Suchtmittelgesetz in Österreich eingegangen, speziell im Hinblick auf den §39 SMG (Strafaufschub), welcher die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Therapie statt Strafe beinhaltet.

Anschließend wird das Konstrukt der Therapie- bzw. Behandlungsmotivation erläutert. Es wird versucht eine Definition des komplexen Begriffes zu geben, sowie dessen wesentliche Determinanten zu beschreiben. Um die Ergebnisse meiner Studie im empirischen Teil der Arbeit mit bisherigen Ergebnissen vergleichen und diskutieren zu

können, wird eine ausführliche Literaturrecherche mit bisherigen Arbeiten über Veränderungsprozesse der Therapiemotivation aufgezeigt. Zu diesem Zwecke wird auch das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung von Prochaska und DiClemente (1984) detailliert beschrieben. Es wird unter anderem die Rolle des wahrgenommenen externen Zwangs erläutert und im Zusammenhang auf die vorliegende Therapiemotivation diskutiert.

Ein wesentlicher Bestandteil dieser Arbeit findet sich im letzten Kapitel des theoretischen Abschnitts, nämlich die Veranschaulichung des Zusammenhangs zwischen emotionalen und motivationaler Komponenten.

Im empirischen Teil der Arbeit geht es schließlich um die Frage, inwieweit sich die Therapiemotivation substanzabhängiger Klienten, die auf Weisung des Gerichts eine ambulante Psychotherapie machen, nach sechsmonatiger Therapie verändert hat. Es wird außerdem der Frage nachgegangen, ob es einen Unterschied zwischen substanzabhängigen Klienten mit bzw. ohne richterliche Weisung bezüglich der Veränderung der Therapiemotivation, der Emotionslage und der Abbruchquote nach sechsmonatiger Therapie gibt.

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um die Folgestudie (Katamnese) von Leeb (2011), welche eine Querschnittstudie zu Beginn des Therapieverlaufs zu dieser Thematik durchgeführt hat.

2. Begriffserklärung

2.1. Drogen

Grundsätzlich sind Drogen neutral betrachtet einfache Stoffe oder Substanzen, die erst durch den Gebrauch „als Mittel zum Zweck“ ihre eigentliche Bedeutung bekommen. Kuntz (2007a) geht des Weiteren davon aus, dass diverse Rausch- oder Genussmittel kontrolliert konsumiert werden können, ohne dass es negative Konsequenzen für die Konsumenten geben muss. Erst durch den schädlichen oder missbräuchlichen Konsum sind psychoaktive Stoffe in der Lage, den Konsumenten in die Suchtmittelabhängigkeit zu leiten.

2.1.1. Legale Einstiegsdrogen

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf Kuntz (2007b). Vorab sei erwähnt, dass ausschließlich Alkohol und Nikotin zu den legalen Drogen zählen.

Alkohol ist heutzutage nahezu überall uneingeschränkt verfügbar. Der Gebrauch von alkoholischen Getränken ist gesellschaftlich anerkannt und kann somit als Gesellschaftsdroge bezeichnet werden. Entspannung, Enthemmung und die Lösung von Angst zählen unter anderem zu den erwünschten Wirkungen von Alkohol. Zu den unerwünschten Nebenwirkungen zählen unter anderem Aufdringlichkeit, Aggressivität aber auch sozialer Rückzug und Depression. Das Abhängigkeitspotential von Alkohol wird körperlich gesehen als mittel bis hoch und psychisch als hoch beschrieben.

Die zweite legale Droge ist Nikotin. Nikotin hat eine leicht entspannende bis anregende Wirkung, erhöht die Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit und reduziert den Appetit und die Gewichtszunahme. Das Abhängigkeitspotential wird sowohl körperlich als auch psychisch als hoch angesehen.

2.1.2. Illegale Suchtmittel

Zu den illegalen Suchtmitteln zählen Cannabis, Ecstasy, Amphetamine, Kokain, Heroin und viele mehr. Im Folgenden wird nur auf die erwarteten positiven Wirkungsweisen der am meisten konsumierten Suchtmittel in Anlehnung an Kuntz (2007b) eingegangen:

Cannabis können inhaliert oder oral konsumiert werden. Es wird eine euphorische Stimmung erwartet, zu der unter anderem eine unbeschwerter Heiterkeit, körperliche

Entspannung, Befreiung von Ängsten und eine Steigerung der bildlichen Vorstellungskraft zählt. Das körperliche Abhängigkeitspotential ist eher gering, die psychische Abhängigkeit wird jedoch häufig unterschätzt.

Ecstasy wird oral, meist in Form von Pillen eingenommen und soll zu einer Steigerung des Einfühlungsvermögens, ozeanische Glücksgefühle, genussvollen Erlebens der eigenen Körperlichkeit und zu Trancezuständen mit magischem Erleben führen. Das körperliche Abhängigkeitspotential ist eher gering, die psychische Abhängigkeit wird als sehr hoch eingestuft.

Amphetamine, zu denen unter anderem Speed zählt, werden entweder nasal („Ziehen einer Line“) oder oral, in Form von Pillen, eingenommen. Auch diese synthetische Droge soll zu einer gesteigerten Konzentrations- und Leistungsfähigkeit sowie zu einem erhöhten Selbstwertgefühl und einem Gefühl der Leichtigkeit führen. Die psychische Abhängigkeit wird eher hoch eingestuft; die Toleranzbildung und die Auswirkungen auf den Körper sollten allerdings nicht unterschätzt werden.

Kokain wird nasal, durch „Sniefen“ oder „Ziehen einer line“, sowie oral eingenommen. Die erwünschten Wirkungen sind, ebenso wie bei Amphetaminen, eine gesteigerte Konzentrations- und Leistungsfähigkeit. Ebenso soll Kokain sexuell stimulierend und ein Gefühl der Unschlagbarkeit geben. Bei Kokain kommt es zu einer schnellen Toleranzbildung, weswegen eine höhere Dosis zwangsläufig immer von größerer Bedeutung wird. Der Dauerkonsum von Kokain ist mit starken körperlichen Nebenwirkungen verbunden und auch die psychische Abhängigkeit wird als sehr hoch eingeschätzt.

Es gibt noch zahlreiche andere illegale Drogen, auf die aufgrund der Übersichtlichkeit nicht näher eingegangen wird. Eine gut strukturierte Gegenüberstellung der illegalen Drogen lässt sich in dem Buch „Drogen & Sucht – Alles, was sie wissen müssen“ von Kuntz (2007b) finden.

2.2. Substanzmissbrauch

Gemäß der DSM-IV Richtlinien (Saß, Wittchen & Zaudig, 1998), darf von einem Substanzmissbrauch erst dann gesprochen werden, wenn sich innerhalb eines 12 monatigen Zeitraums folgende Kriterien zeigen:

- Wiederholter Substanzgebrauch, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt
- Wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann
- Wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz im Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch
- Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen der psychotropen Substanz verursacht oder verstärkt werden

Von Substanzmissbrauch darf auch dann gesprochen werden, wenn die Symptome niemals die Kriterien für Substanzabhängigkeit der jeweiligen Substanzklasse erfüllen.

2.3. Substanzabhängigkeit

Für Ladewig (2002) ist ein entscheidendes Merkmal der Abhängigkeit der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch oder das unstillbare Verlangen, Substanzen oder Medikamente, Alkohol oder Tabak zu konsumieren. Bei allen Abhängigkeiten, sowohl bei substanzabhängigen als auch bei substanzunabhängigen Süchten, besteht ein unwiderstehliches Verlangen nach Lustgewinn, Unlustvermeidung und der Verminderung sozialer Distanz sowie der Steigerung des Selbstwerterlebens und/ oder der Leistungssteigerung.

Ladewig (2002) unterscheidet zwischen psychischer und physischer Abhängigkeit:

- Psychische Abhängigkeit wird als starker Wunsch bzw. als eine Art Zwang Substanzen zu konsumieren beschrieben.
- Physische Abhängigkeit: Zur körperlichen Abhängigkeit gehört der Substanzgebrauch mit dem Ziel Entzugssyndrome zu mildern und deren entsprechend positive Erfahrungen.

Ladewig (2002) beschreibt des Weiteren die Entwicklung einer Toleranz bei einigen Substanzen. Das bedeutet, dass eine anfangs niedrige Dosis nicht mehr zur erwünschten Wirkung einer Substanz führt, und somit zunehmend höhere Dosen erforderlich sind. Abhängigkeiten entwickeln sich zeitlich verschieden, Abhängigkeit kann in ein paar Monaten aber auch erst in ein paar Jahren entstehen.

Gemäß der International Classification of Diseases (ICD -10) darf die Diagnose einer Drogenabhängigkeit erst dann erfolgen, wenn mindestens drei der angeführten Kriterien bejaht werden können (Kuntz, 2007b):

- der starke Wunsch oder eine Art unabwendbarer innerer Zwang, psychoaktive Substanzen zu konsumieren,
- eine verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Substanzkonsums,
- ein Substanzgebrauch mit dem Ziel, auftretende seelische Entzugssymptome zu vermeiden oder umgehend zu mildern,
- merkliche körperliche Entzugerscheinungen bei Beendigung oder Einschränkung des Konsums,
- eine spürbare Toleranzentwicklung, das heißt die Gewöhnung an höhere Dosen einer Droge, um die gleiche Wirkung zu erzielen,
- die fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen und Interessen zugunsten des Rauschmittelkonsums sowie ein erhöhter Zeitaufwand, um sich von den Folgen des Konsums zu erholen,
- ein anhaltender Suchtmittelkonsum trotz nachweislich schädlicher Folgen, wie zum Beispiel Müdigkeit, depressive Verstimmungen, Verschlechterung der Gedächtnisleistung, Arbeitsplatzverlust oder Beziehungsstress,
- sowie ein eingeeignetes Verhaltensmuster im Umgang mit der Substanz.

Die angeführten Diagnosekriterien nach ICD-10 geben einen guten Einblick in die Komplexität der Suchtentwicklung und weisen darauf hin, dass sich die Suchtabhängigkeit vielfältig in den Alltag eingliedern kann.

3. Rechtliche Lage zur Suchtproblematik

3.1. *Suchtmittelgesetz (SMG) in Österreich*

Im Suchtmittelgesetz wird zwischen Suchtgiften, psychotropen Substanzen und Drogenausgangsstoffen unterschieden (help.gv.at, 2011). Als Suchtgifte werden Stoffe bezeichnet, die aufgrund ihrer psychoaktiven Wirkungsweise und den damit verbundenen Missbrauchs- und Gesundheitsrisikos strengen Kontrollen unterliegen (siehe Kapitel 2.1.2). Psychotrope Stoffe, ebenfalls psychoaktive Substanzen, unterliegen bestimmten Beschränkungen. Ein Beispiel hierfür wären die Benzodiazepine, welche in der Medizin häufig angewandt werden. Sie wirken angstlösend, beruhigend, schlaffördernd und muskelentspannend. Drogenausgangsstoffe sind Stoffe, die beispielsweise für die Medikamentenerzeugung verwendet werden, aber auch zur Erzeugung von illegalen Drogen (help.gv.at, 2011).

Das Suchtmittelgesetz wurde in den letzten Jahren novelliert. Ein wichtiger neuer Bestandteil ist die Berücksichtigung der Suchtgiftergebenheit. Wenn ein Verurteilter aufgrund seiner Drogenabhängigkeit eine Straftat begeht, kann er unter den unten angeführten Voraussetzungen einen Aufschub des Strafvollzuges nach §39 SMG beantragen (help.gv.at, 2011):

- Der Verurteilte muss an ein Suchtgift gewöhnt sein
- Eine Geldstrafe bzw. Freiheitsstrafe darf eine bestimmte Höhe nicht übersteigen.
- Der Verurteilte muss sich einverstanden erklären eine gesundheitsbezogene Maßnahme erfolgreich zu absolvieren.

Gesundheitsbezogene Maßnahmen können beispielsweise eine ärztliche Überwachung einschließlich einer Entzugs- oder Substitutionsbehandlung, eine stationäre oder ambulante Psychotherapie, eine klinisch- psychologische Beratung und Betreuung oder eine psychosoziale Beratung und Betreuung sein (help.gv.at, 2011). Die Art der gesundheitsbezogenen Maßnahme entscheidet der Richter. Dazu ordert der Richter einen Sachverständigen, der Befund und Gutachten erstellen soll, ob ein Verurteilter an Suchtgift zum Tatzeitpunkt an Suchtgift gewöhnt war, welche

gesundheitspsychologische Maßnahme als erfolgsversprechend angesehen wird, beispielsweise ob eine ambulante oder stationäre Psychotherapie als sinnvoller erachtet wird. Ebenso ist auf die Therapiefähigkeit- und willigkeit einzugehen.

3.2. *Aufschub des Strafvollzuges §39 SMG*

Der Vollständigkeit halber ein Auszug aus der 2.Auflage des Suchmittelgesetzes– Der Aufschub des Strafvollzuges §39:

„(1) Der Vollzug einer nach diesem Bundesgesetz außer nach § 28a Abs. 2, 4 oder 5 der einer wegen einer Straftat, die mit der Beschaffung von Suchtmitteln in Zusammenhang steht, verhängten Geldstrafe oder drei Jahre nicht übersteigenden Freiheitsstrafe ist nach Anhörung der Staatsanwaltschaft – auch noch nach Übernahme in den Strafvollzug (§ 3 Abs. 4 Strafvollzugsgesetz – StVG) – für die Dauer von höchstens zwei Jahren aufzuschieben, wenn

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.

(2) Das Gericht kann die Art der gesundheitsbezogenen Maßnahme bestimmen (§ 11 Abs. 2 Z 1 bis 5). Liegt bereits eine Stellungnahme einer der in § 35 Abs. 3 Z 2 genannten Stellen oder das Ergebnis der Begutachtung durch den Arzt einer Einrichtung oder Vereinigung nach § 15 vor, so hat das Gericht die Stellungnahme oder das Ergebnis der Begutachtung für die Bestimmung der Maßnahme und die Beurteilung der Voraussetzungen und Bedingungen des Abs. 1 Z 1 heranzuziehen, es sei denn, dass eine Änderung der dafür erheblichen Umstände anzunehmen wäre.

(3) Das Gericht kann den Verurteilten auffordern, Bestätigungen über den Beginn und den Verlauf der gesundheitsbezogenen Maßnahme vorzulegen.

(4) Der Aufschub ist zu widerrufen und die Strafe zu vollziehen,

1.wenn der Verurteilte sich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme, zu der er sich gemäß Abs. 1

Z 1 bereit erklärt hat, nicht unterzieht oder es unterlässt, sich ihr weiterhin zu unterziehen, oder

2.wenn der Verurteilte wegen einer Straftat nach diesem Bundesgesetz oder wegen einer im Zusammenhang mit seiner Gewöhnung an Suchtmittel begangenen Straftat neuerlich verurteilt wird

und der Vollzug der Freiheitsstrafe geboten erscheint, um den Verurteilten von der Begehung weiterer Straftaten abzuhalten“ (Litzka, Matzka, & Zeder, 2009).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass ein Verurteilter den §39 SMG in Anspruch nehmen darf, wenn er an Suchtgift gewöhnt ist, die Geld- bzw. Freiheitsstrafe ein bestimmtes Ausmaß nicht übersteigt und sich der Verurteilte dazu bereit erklärt eine gesundheitsbezogene Maßnahme positiv zu absolvieren.

3.3. Die nicht freiwillige Therapie

Laut Kuntz (2007a) lässt es sich mit Klienten, die eine ausreichende Eigenmotivation mitbringen, gut arbeiten. Ganz anders verhält es sich mit unfreiwilligen, gezwungenen Klienten, die sich nur aufgrund einer richterlichen, arbeitsrechtlichen oder sonstigen Auflage Dritter in Therapie begeben. AuflageKlienten sind zu Beginn in aller Regel unmotiviert und widerständig. Im unfreiwilligen Kontakt mit der Suchtberatung suchen sie zuerst den Weg, der mit möglichst geringem Einsatz und den für sie größtmöglichen Erfolg zu realisieren ist (Kuntz, 2007a). Das Stigma der fehlenden Behandlungsmotivation ist auch heute noch weitverbreitet. Gegenhuber (2008, zitiert nach Werdenich & Wagner, 1998) geht jedoch davon aus, dass auch bei Klienten ohne richterliche Weisung nicht von absoluter Freiwilligkeit bei Therapiebeginn ausgegangen werden kann. Außerhalb der Strafanstalten ist es das soziale Umfeld, beispielsweise die Familie oder der Lebenspartner, der Arbeitgeber oder andere Behörden, die zu einer Therapie drängen. Gegenhuber klassifiziert therapeutische Zwänge kontextbezogen in vier verschiedene Kategorien (2008, zitiert nach Bühringer et al., 1989): justizielle, soziale, körperlich/emotionale und therapeutische Zwänge. Diese Klassifizierung macht deutlich, dass sich Personen auf unterschiedlichste Art und Weise unter Druck gesetzt fühlen können. Gegenhuber (2008) weist in diesem Zusammenhang kritisch auf die subjektive Bewertung des Zwangs hin. Von der Öffentlichkeit massiv wahrgenommene Zwänge werden von den Betroffenen oft individuell unterschiedlich stark wahrgenommen.

Gegenhuber (2007) unterstreicht diese Annahme mit den Ergebnissen der Studie von Wild, Newton-Taylor und Alleto (1998). Diese fanden in einer Untersuchung mit 300 Drogenabhängigen heraus, dass 35% der Klienten mit Therapieauflage keinen Zwang zur Behandlung verspürten, während 37% der Klienten, die freiwillig in Behandlung waren,

sich unter Druck gesetzt fühlten. Diese Ergebnisse unterstützten die Vermutung, dass externer Grund auch bei einer scheinbar freiwillig begonnenen Therapie nicht ausgeschlossen werden kann und dass Zwang einer subjektiven Bewertung unterliegt, der intraindividuell stark variieren kann.

Das Stigma, das Klienten mit Weisung, unmotivierte Klienten sind, konnte in der Dissertation von Gegenhuber (2008) nicht bestätigt werden.

4. Bedeutung der Therapiemotivation

4.1. *Definition der „Therapiemotivation“*

Bevor nun konkret auf die Definition und die Erklärung des Konstrukts eingegangen wird, soll darauf hingewiesen werden, dass der Begriff „Therapiemotivation“ und „Behandlungsmotivation“ in den folgenden Seiten synonym verwendet wird.

Eine der frühesten Definitionen stammt von Dollard und Miller (1950) aus ihrem Konzept des Annäherungs- Vermeidungskonflikts. Dieser besagt, dass eine Entscheidung sowohl aus positiven als auch negativen Konsequenzen besteht. Unter anderem gibt es Entscheidungen, welche sowohl positive als auch negative Konsequenzen beinhalten und somit die Entscheidung auf das subjektiv empfundene geringere Übel zu fallen hat. Therapiemotivation kann laut dem Modell erst dann bestehen, wenn die Annäherungstendenz größer als die Vermeidungstendenz ist. Die Annäherungstendenz wird auch als Positivmotivation bezeichnet, der den Leidensdruck, der Sorge zur Verschlimmerung des Krankheitsbildes und dem sozialem Druck, charakterisiert. Die Negativmotivation oder Vermeidungstendenz beschreibt die Hilflosigkeit in der Therapie (Gegenhuber, 2008).

Dass Therapiemotivation kein stabiles Merkmal, sondern ein über die Therapie hinweg veränderbares Konstrukt darstellt, beschrieb Krause (1966, zitiert nach Mladen, 2009). Je nachdem in welcher Phase der Klient sich im Therapieverlauf befindet, variiert auch die Therapiemotivation. Nachdem sich erste Erfolge durch die Therapie gezeigt haben, wird die Motivation im Gegensatz zum Beginn der Behandlung steigen, wo beispielsweise Angst, Zweifel oder Frust im Vordergrund gestanden haben.

Nach Meichenbaum und Turk (1994) betont die Therapiemotivation „ ein aktives, vom Klienten bewusst eingegangenes, auf Kooperation abzielendes Engagement, um ein therapeutisches Resultat zu erzielen oder präventiv etwas für seine Gesundheit zu tun“ (S.15).

In der Vergangenheit wurden Therapiemotivation und Compliance oft synonym verwendet. Therapiemotivation impliziert im Unterschied zu Compliance stärker das Bild eines aktiven Klienten.

Nach Meichenbaum und Turk (1994) umfasst der Begriff

- Aufnahme und die kontinuierliche Teilnahme an der Therapie
- Einhaltung von Terminen und Nachuntersuchungen
- Korrekte Medikamenteneinnahme
- Aktiven Versuch den Lebensstil zu verändern
- Durchführung von therapeutischen Hausaufgaben
- Vermeidung von Risikoverhalten

Diese Kriterien sind allerdings nicht nur von einer ausgeprägten Therapiemotivation abhängig sondern auch von anderen Aspekten, wie beispielsweise die familiäre und soziale Unterstützung, die Nähe zu der therapeutischen Einrichtung sowie des Familienstandes. Bei Klienten mit Kindern kann das Einhalten von Terminen eher zu Problemen führen als bei einer Einzelperson (Veith, 1997).

Bei der Recherche zur Definition der Therapiemotivation werden diverse Beschreibungen des Konstrukts gefunden. Nach Veith (1997) zielen aber alle auf die Frage nach den Voraussetzungen des Klienten ab, an einer Therapie erfolgreich teilzunehmen. Die häufigsten Schlagwörter in dem Zusammenhang sind „Therapiemotivation“, „Leidensdruck“ und „Erwartungen des Klienten“.

4.2. *Problem der mangelnden Therapiemotivation*

Die Merkmale von mangelnder Therapiemotivation von Veith (1997) decken sich größtenteils mit denen von Meichenbaum und Turk (1994):

- Problematische Medikamenteneinnahme – Der Klient hält sich nicht an die Verschreibung, nimmt die Medikamente unregelmäßig oder in einer falschen Dosierung ein.
- Behandlungsverlauf – Der Klient hält sich nicht an die ausgemachten Termine oder bricht die Therapie vorzeitig ab.

- Verhaltensänderung – Der Klient hält sich nicht an empfohlene präventive Maßnahmen, er sabotiert die Behandlung oder nimmt beispielsweise nicht an empfohlenen Schulungen teil.

Meichenbaum und Turk (1994) erläutern weiter, dass Klienten häufig bei einem Teil der Behandlung engagiert mitarbeiten, andere Aspekte hingegen vollkommen ignorieren bzw. vernachlässigen. Die Bereitschaft des Klienten, bei einer Therapieaufgabe aktiv mitzuwirken, garantiert nicht automatisch die Mitwirkung auch zu einem späteren Zeitpunkt oder bei anderen Aufgaben. Daher müssen die Misserfolge des Klienten sorgfältig analysiert werden.

Meichenbaum und Turk (1994, zitiert nach Hunt & Bepalec, 1974) schildern, dass bei der Behandlung von Suchtverhalten, wie Rauchen, Heroin oder Alkohol 60% von den erfolgreich Behandelten innerhalb der ersten drei Monate nach Therapieende wieder rückfällig werden, nach sechs Monaten seien es bereits 70% und nach einem Jahr steigt die Rückfallquote auf 75%. Veith (1997, zitiert nach Larkin, 1974) berichtet ebenfalls von einer Abbruchrate von 75% wobei die Gefährdung eines Therapieabbruchs für ambulante Therapie höher zu sein scheint als für stationäre.

4.3. Diagnostik der Therapiemotivation

Zu den psychologisch- diagnostischen Verfahren zur Erfassung der Therapiemotivation zählen nach Meichenbaum und Turk (1994) folgende Messverfahren: Interviews, Selbstberichte, Selbstbeobachtung, Verhaltensbeobachtung, Klinische Schätzskalen, Biochemische Indikatoren und das Therapieergebnis. Der Einfachheit halber werden nun einige Verfahren zur Veranschaulichung vorgestellt.

Bei den Selbstberichten wird der Klient direkt gefragt, ob er seine Medikamente genommen hat und wie oft er das empfohlene Verhalten durchgeführt hat. Bei diesem Verfahren ist mehr oder weniger auf die wahrheitsgetreuen Antworten des Klienten zu vertrauen. Es können neben den Verhaltensweisen unter anderem auch noch Interessen, Werte oder Stimmungen/ Empfindungen erfragt werden.

Des Weiteren beschrieben Meichenbaum und Turk (1994) die Markierte- Zeichen- Technik von Epstein und Cluss (1982), welche zur Selbstbeobachtung gezählt werden kann. Diese Technik baut in die Behandlung inaktive und falsche Elemente zum Beispiel Placebotabletten zur Untersuchung des Urins, Medikamente mit unterschiedlichem Geschmack oder Medikamente mit Urin färbenden Eigenschaften, ein. Bei jedem Beispiel wird der Klient gebeten anzugeben wie oft die Placebotabletten das erwartete Ergebnis gebracht haben, oder wann die Tabletten mit unterschiedlichem Geschmack eingenommen wurden und wann die Urinverfärbung auftrat. Da das richtige Ergebnis nur dem Therapeuten oder einem Apotheker bekannt ist, können die vom Klienten gemachten Antworten als ein Maßstab für seine Therapiemotivation angenommen werden.

Bei der Verhaltensbeobachtung wird die Therapiemotivation durch die Prüfung der Medikamenteneinnahme und der Termineinhaltung festgestellt (Meichenbaum & Turk, 1994). Werden beispielsweise nicht eingehaltene Termine als Indikator für die Therapiemotivation herangezogen, so muss berücksichtigt werden, dass es für das Fernbleiben verschiedene Gründe geben kann. Eine berufstätige Mutter mit zwei Kindern hat unter Umständen aus ihrer Sicht größere Probleme, als einmal die Therapiestunde zu versäumen.

Auch wenn psychologisch- diagnostische Verfahren in der experimentellen Forschung unerlässlich sind und eine wichtige Stütze zur Datenerhebung darstellen, darf an diesem Punkt auf die Schwächen der jeweiligen Verfahren, eingegangen werden:

Bei Selbstberichten, wie im vorherigen Kapitel 4.3 schon erwähnt, handelt es sich hierbei um subjektive Berichte der Klienten. Subjektive Selbstberichte sind natürlich mit Vorsicht zu betrachten, da sie unkorrekt und verzerrt sein können. Der Klient möchte unter Umständen vom Therapeut positiv geschätzt werden und antwortet demnach sozial erwünscht. Es können des weiteren Unterschiede im Vergleich von Selbst- und Fremdeinschätzungen entstehen. Prinzipiell kann es möglich sein, dass Klienten durch ihre Angaben den Zuhörer bewusst täuschen wollen, was innerhalb eines therapeutischen Kontextes kontraproduktiv wäre.

Aber auch die Verhaltensbeobachtung ist vor Verzerrungen nicht sicher. Beispielsweise können Sympathien und Antipathien die Beurteilung des Beobachters trüben beziehungsweise können bestimmte Erwartungen in den Klienten gesetzt werden. Aber auch die Klienten selbst, können positives Verhalten vortäuschen, beispielsweise im Suchtbereich durch eine verfälschte Harnprobe. Im Gegensatz dazu sind biochemische Messverfahren weniger anfällig. Diese sind allerdings oft schwierig anzuwenden und kostenintensiv (Meichenbaum und Turk, 1994).

4.4. Determinanten der Therapiemotivation

Epstein und Masek (1978, zitiert nach Meichenbaum & Turk, 1994) erwähnen vier Faktoren, die in mehr als 50% der zitierten Studien positiv mit der Therapiemotivation korrelieren, nämlich die Herkunft, die Behandlungskomplexität, die Dauer der Therapie und der Glaube an die Effektivität der Behandlung.

Da Persönlichkeitsmerkmale oft als Grund für eine mangelnde Therapiemotivation angesehen werden, obwohl es keine konsistenten Zusammenhänge zwischen Therapiemotivation und den soziodemographischen Daten (Alter, Geschlecht, Persönlichkeitseigenschaften etc.) gibt, zeigt Stone (1979, zitiert nach Meichenbaum & Turk, 1994), dass Ärzte wenig Sympathie für unmotivierte Klienten aufbringen, wodurch die Schuld allein auf ein Einstellungsproblem des Klienten geschoben wird. Krankheits- und Störungsvariablen zählen ebenso zu den Determinanten der Therapiemotivation. Ebenso spielen Behandlungsvariablen, wie die Dauer, Komplexität, Kontinuität, Kosten und Zufriedenheit der Behandlung eine wesentliche Rolle. Klienten müssen sich wohl in ihrem Behandlungssetting fühlen und das erfordert auch eine befriedigende Therapeut-Klient- Beziehung. Spätestens hier lässt sich erkennen, dass die Therapiemotivation nicht allein als Bringschuld des Klienten anzusehen ist, sondern dass Ärzte, Therapeuten und andere soziale Dienste einen wesentlichen Beitrag zu leisten haben (Meichenbaum & Turk, 1994)..

5. Das Transtheoretische Modell

Nach der Suche wie Personen ihr Verhalten ändern, beschreiben Prochaska, DiClemente & Norcross (1992) die fünf Stadien der Veränderung durch das Transtheoretische Modell, welche bei jeder Veränderung eines problematischen Verhaltens durchlaufen werden. Früher wurde davon ausgegangen, dass es sich um ein lineares Modell handelt, bei dem jedes Stadium hintereinander durchlaufen wird. Heute kann davon ausgegangen werden, dass das einmalige lineare Durchlaufen der Stadien eher als Ausnahme angesehen werden kann. Im Normalfall werden die Stadien öfter durchlaufen und auch eine Regression in ein früheres Stadium ist möglich. Aufgrund dieser Erkenntnis wird heute von einem spiralförmigen und dynamischen Modell ausgegangen (Prochaska et. al, 1992).

5.1. *Die Stadien des Transtheoretischen Modells*

Die fünf Stadien des Transtheoretischen Modells sind wie folgt definiert (Prochaska & DiClemente, 1983):

- **Precontemplation (Absichtslosigkeit)**
In diesem Stadium der Veränderung gibt es für die Personen keinen Anlass das problematische Verhalten zu ändern. Betroffene sind unwissend über ihre Probleme und beginnen eine Therapie oft nur aufgrund des Drucks von ihrem Umfeld (Familie, Freunde, ArbeitskollegInnen etc.). Das Hauptmerkmal dieses Stadiums ist die Resistenz, das Problem nicht zu erkennen und ändern zu wollen.
- **Contemplation (Absichtsbildung)**
Betroffene werden sich in diesem Stadium dem Problem bewusst und denken ernsthaft über eine Verhaltensänderung nach, jedoch werden noch keine Handlungen gesetzt. Die Betroffenen wägen Pros und Contras ab. Unglücklicherweise werden Pros eher in der Aufrechterhaltung des problematischen Verhaltens gesehen und Contras in der Problembewältigung aufgrund des Energie- und Zeitaufwandes.
- **Preparation (Vorbereitung)**
In diesem Stadium wird die Entscheidung gefällt, das problematische Verhalten in der nächsten Zeit zu ändern. Es werden erste Schritte in Richtung

Verhaltensänderung unternommen (beispielsweise nur mehr fünf statt zwanzig Zigaretten zu rauchen).

- **Action (Handlung)**

In diesem Stadium findet die Verhaltensänderung statt. Für Außenstehende ist die Veränderung in dieser Phase am deutlichsten zu erkennen.

- **Maintenance (Aufrechterhaltung)**

Das Stadium der Aufrechterhaltung dient der Festigung und Stabilisierung der Verhaltensänderung sowie der Vermeidung von Rückfällen.

Prochaska und DiClemente (1983) postulieren, dass die Zeit in der sich die Betroffenen in den einzelnen Stadien befinden individuell variieren. Das Umsetzen der relevanten Veränderungsprozesse in den jeweiligen Stufen ist jedoch eine notwendige Voraussetzung um im Stadium der Aufrechterhaltung zu verweilen und nicht rückfällig zu werden (Prochaska et. al, 1992).

Aus Sicht des transtheoretischen Modells wird ein Rückfall als Chance betrachtet, durch konstruktive Verarbeitung des Geschehenen Bewältigungsstrategien für zukünftige risikobesetzte Situationen zu erarbeiten (Prochaska et. al, 1992).

Beiglböck, Feselmayer und Honemann (2006) beschreiben weiter, dass bei einem Rückfall der Motivationsprozess von neuem durchlaufen werden muss. Ein entsprechendes Eingreifen in dieser Situation erfordert die Angst des Klienten zu unterbinden und die eventuell auftretenden Schuld- und Schamgefühle zu entkräften. Ebenso ist zu überprüfen, in welcher Phase sich der Klient nach dem Rückfall befindet um neue Motivationsprozesse starten zu können.

5.2. Die Prozesse des Transtheoretischen Modells

Schon 1984 beschreiben Prochaska und DiClemente die zehn wichtigsten Veränderungsprozesse, die notwendig sind um die Stadien der Veränderung erfolgreich durchlaufen zu können: consciousness raising (Erhöhung des Problembewusstseins), self-reevaluation (Neubewertung der eigenen Person), self-liberation (Eigenverantwortung), counterconditioning (Gegenkonditionierung), stimulus control (Reizkontrolle), reinforcement management (Verstärker Management), helping

relationships (Hilfreiche Beziehungen), dramatic relief (Emotionaler Bezug), environmental reevaluation (Neubewertung der Umwelt), social liberation (Soziale Befreiung).

Im Folgenden werden die oben angeführten Prozesse den einzelnen Phasen des Transtheoretischen Modells zugeordnet und in Anlehnung an Prochaska, DiClemente und Norcross (1992) genauer erläutert:

In der Phase der Absichtslosigkeit (Precontemplation) findet eine Erhöhung des Problembewusstseins, der emotionale Bezug und eine Neubewertung der Umwelt statt. Darunter ist das Bewusstwerden, über die Ursachen und Konsequenzen des Problems, sowohl für einen selbst als auch die Rolle der Umwelt, zu verstehen. Außerdem soll eine Intensivierung der negativen Gefühle erreicht werden, um eine emotionale Erleichterung in Bezug auf die Verhaltensänderung zu schaffen.

Der Prozess des „Abwägens der Vor- und Nachteile“ einer Verhaltensänderung findet in der Phase der Absichtsbildung (Contemplation), der der „Neubewertung des eigenen Selbst“ in der Phase der Vorbereitung (Preparation) statt.

Der Prozess Realisierung der „Eigenverantwortung“ erfolgt in der Handlungsphase (Action).

Und zu guter Letzt finden in der Phase der Aufrechterhaltung (Maintenance) hilfreiche Beziehungen, Verstärkermanagement, Gegenkonditionierung und eine Reizkontrolle ihren Platz. Wichtig ist, wie oben beschrieben, die erreichte Verhaltensänderung aufrecht zu erhalten. Das bedeutet sowohl die Unterstützung durch nahestehende Personen, als auch das selbstständige Belohnen für gelungene Verhaltensweisen. Um Rückfälle zu vermeiden, ist nach wie vor die Konfrontation mit dem Problem auslösenden Reizen zu vermeiden.

5.3. Revisionen

In weiteren Forschungsarbeiten wurden zwei zusätzliche Variablen, die Entscheidungsbalance sowie die wahrgenommene Selbstwirksamkeit in das Modell integriert.

Die Entscheidungsbalance stammt vom Modell zur Entscheidungsfindung von Janis und Mann (1977, zitiert nach Gegenhuber, 2008). Dieses Modell wägt, wenn die diversen Unterkategorien außer Acht gelassen werden, Vor- und Nachteile ab. In Bezug auf das transtheoretische Modell werden in den unteren Stadien noch eher Vorteile im problematischen Verhalten gesehen, in den oberen Stadien eher Nachteile (Prochaska et al. 1992).

Die zweite Variable lässt sich durch die Selbstwirksamkeitstheorie von Bandura (Bandura, 1977) beschreiben. Selbstwirksamkeit definiert sich als das Vertrauen, schwierige Situationen meistern zu können. Je höher das Stadium ist, in dem sich der Klient im transtheoretischen Modell befindet, desto höher ist auch die wahrgenommene Selbstwirksamkeit.

Das transtheoretische Modell wurde in vielen Bereichen der Gesundheitspsychologie angewandt und adaptiert. Ein Bereich der bis jetzt vernachlässigt wurde ist der Faktor Zwang (Gegenhuber, 2008).

6. Therapiemotivation und Zwangskontext

Die Wirksamkeit des Faktors Zwang ist umstritten bzw. noch unklar, wie aus Kapitel 2.4.3 entnommen werden kann. Da noch wenig empirisch fundierte Forschungsergebnisse bezüglich des Zusammenhangs zwischen Zwang und der Veränderung der Therapiemotivation speziell nach dem transtheoretischen Modell vorliegen, ist noch ein enormer Wissensdurst auf diesem Gebiet zu stillen.

Gegenhuber (2007) führt die Studie von Gregoire und Burke (2004) an, in der 295 Drogenabhängige bezüglich ihrer Veränderungsbereitschaft im Quasi-Zwangskontext untersucht wurden. Die Probanden haben sich einer ambulanten Behandlung unterzogen. Die beiden Wissenschaftler kamen zu dem Ergebnis, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen justiziellem Zwang und der Therapiemotivation gibt. Daher gingen sie davon aus, dass justizieller Zwang die Bereitschaft zur Veränderung der Behandlungsmotivation verbessern könnte.

Gegenhuber (2007) gibt an, dass aus weiteren Untersuchungen bekannt ist, dass die Veränderungsmotivation zu Beginn der Behandlung einen Einfluss auf den weiteren Therapieverlauf und damit im weitesten Sinne auch auf den Therapieerfolg hat. Dieser Aspekt ist für die Fragestellung der jetzigen Arbeit von großer Relevanz, da der Frage nachgegangen werden soll, ob sich die Therapie- bzw. Behandlungsmotivation nach sechsmonatiger Therapie verändert hat. Gegenhuber (2008) führt hierzu in ihrer Dissertation als Beispiel die Untersuchung von Leontieva und KollegInnen (2003) an, welche zeigt, dass Alkoholiker, die sich zu Beginn der Behandlung in der Handlungsphase des transtheoretischen Modells befunden haben, nach drei Monaten signifikant weniger Alkohol trinken, weniger alkoholbezogenes Risikoverhalten und weniger Abhängigkeitssymptome zeigen, als Klienten, die sich zu Beginn der Behandlung in einer früheren Phase, nämlich die der Absichtslosigkeit befunden haben.

Das Ziel der Dissertation von Gegenhuber (2008) im Rahmen der europäischen Multi-Center-Studie „QCT (=Quasi-Compulsory treatment of drug depend offenders)-Europe“ war es empirisch fundierte Belege über den Zusammenhang von externen Zwang und der Behandlungsmotivation zu gewinnen. Die Stichprobe bestand aus 845 Personen, aus sechs europäischen Ländern. Die Gruppe der Klienten mit richterlicher Weisung hatten

signifikant höhere Werte beim wahrgenommenen Zwang, was nicht verwunderlich scheint. Allerdings zeigten die Klienten, die freiwillig eine Therapie begonnen haben, dass zwei Drittel ebenfalls externen Zwang verspürten. Bezüglich des Zusammenhangs von externen Zwang und der Therapiemotivation konnte festgestellt werden, dass die Bereitschaft ein problematisches Verhalten zu ändern, eher mit dem Ausmaß an subjektiv wahrgenommenem Zwang zusammenhängt, als beispielsweise von einer gerichtlichen Weisung. Gegenhuber (2008) ergänzt des Weiteren, dass der subjektiv wahrgenommene Zwang bei den Personen am höchsten ist, die sich zu Behandlungsbeginn noch in der Phase der Absichtsbildung des transtheoretischen Modells befinden.

Nach einem 18-monatigen Katamnesezeitraum konnte festgestellt werden, dass eine Tendenz besteht, dass höher motivierte Personen die Therapie eher abschließen, während Personen die zu Behandlung keine Intention haben ein problematisches Verhalten zu ändern, die Behandlung eher wieder abbrechen. Diese Ergebnisse waren jedoch nicht signifikant, der Trend entspricht aber den Vorhersagen des transtheoretischen Modells.

Eine weitere interessante Untersuchung stammt von Nowak (1997), welche zum Ziel hatte, drogenabhängige Personen mit richterlicher Weisung mit drogenabhängigen Personen, die aus anderen Motiven eine ambulante Drogenberatungsstelle aufsuchen, zu vergleichen. Die Psychotherapiemotivation, der Behandlungserfolg sowie die Abbruchquote zählten zu den Hauptkriterien. Die Untersuchung beinhaltete zwei Messzeitpunkte, einen zu Behandlungsbeginn und einen nach drei Monaten in Therapie. Die Ergebnisse zeigten, dass die Gruppe der Personen, die aus anderen Motiven eine Behandlung begonnen haben zu beiden Messzeitpunkten höhere Werte bezüglich der Motivation zeigten. Über den Behandlungsverlauf hinweg zeigte sich weder in der Gruppe mit Weisung noch in der ohne Weisung ein Anstieg der Motivation. Auch bezüglich der Abbruchquote gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden untersuchten Gruppen.

Es gibt noch zahlreiche andere Untersuchungen, die sich auch mit dem Zusammenhang von externen Zwang und Behandlungsmotivation im stationären Behandlungssetting

beschäftigen, allerdings würde dies den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Ich wollte mich auf die Studien zum ambulanten Behandlungssetting beschränken, da auch die vorliegende Arbeit dieses untersucht.

7. Zusammenspiel zwischen emotionalen und motivationalen Faktoren

Im Kapitel 4 wurde das Konstrukt der Therapiemotivation ausführlich dargestellt. Kurz zusammengefasst geht es bei der Motivationspsychologie um die Bedingungen und Prozesse, welche die Auswahl, die Aufnahme, die Aufrechterhaltung und die Beendigung eines Verhaltens zum Gegenstand haben (Trimmel, 2003).

Unter Emotion versteht Trimmel (2003) „ein komplexes Muster von Zuständen, welches (subjektiv) qualitativ bestimmbar und zeitlich begrenzt ist. Zumeist ist es eine Reaktion auf eine persönlich bedeutsame Situation und moderiert bzw. bestimmt den Ausdruck (verhalten), die Physiologie und das Erleben (Bewusstsein, Fühlen, Denken)“ (S.48).

Es gibt unterschiedliche Entstehungstheorien von Emotionen. Die klassischen und wohl bekanntesten Emotionstheorien sind die James- Lange- Theorie und die Canon- Bard- Theorie, welche in Anlehnung an Schmidt-Atzert (1996) nun genauer erläutert werden.

Die James- Lange- Theorie geht davon aus, dass ein Reizereignis eine Erregung im autonomen Nervensystem und andere körperliche Reaktionen auslöst, die dann zur Wahrnehmung einer Emotion führen. Entsprechend der Theorie von James und Lange sind Menschen beispielsweise traurig, weil sie weinen. Die Cannon- Bard- Theorie geht im Gegensatz zu der James- Lange- Theorie davon aus, dass körperliche von den physiologischen Prozessen unabhängig sind. Ebenso können verschiedene emotionale Reaktionen mit gleichen körperlichen Reaktionen einhergehen, beispielsweise kann Herzklopfen positiv beispielsweise bei Verliebtheit oder negativ bei Angst entstehen.

Bezüglich des komplexen Zusammenspiels zwischen der Therapiemotivation von substanzabhängigen Klienten und deren emotionalen Lage ist aus bisherigen Studien noch wenig bekannt. Es gibt allerdings einige Autoren, die sich mit den Zusammenhängen und Unterschieden zwischen Emotionen und Motivationen beschäftigt haben.

Rothermund und Eder (2011) beschreiben beispielsweise, dass Motivationen zwangsweise auf zukünftige Ereignisse ausgerichtet sind, während Emotionen auch vergangene Ereignisse erreichen können.

Auf das Thema der Studie lässt sich diese Aussage folgendermaßen übertragen: Es ist davon auszugehen, dass Emotionen sowohl den Suchtbeginn als auch den Suchtverlauf, aber auch die Beendigung der Sucht beeinflussen. Wo hingegen die Motivation, sollte sich der Klient in einer fortgeschrittenen Phase des Transtheoretischen Modells der Verhaltensänderung befinden, eher in der Zukunft, d.h. in der Beendigung der Sucht, anzusiedeln ist.

Das Zusammenwirken zwischen emotionalen und motivationalen Faktoren ist ein breit diskutiertes Thema in der Literatur. Es gibt viele Stellungnahmen von verschiedensten Autoren. Hierzu soll auf Plutchik's sequentielles Modell der Emotionen eingegangen werden. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf Otto(2000):

Plutchik schreibt den Grundemotionen (Furcht, Ärger, etc.) eine Motivationsfunktion für bestimmte Verhaltensweisen zu. Beispielsweise kann auf die Emotion „Ärger“ das Verhalten „Zerstörung“ folgen, was jedoch je nach Situation variieren kann. Generell ist der Mensch bestrebt positive Befindlichkeiten zu maximieren und negative zu minimieren.

Es ist davon auszugehen, dass Emotionen als Beweggründe viel mit motivationalen Zuständen gemeinsam haben. Emotionen wirken als Motivatoren, beispielsweise motiviert Angst vermeidendes Verhalten oder Zorn die Vergeltung (Rothermund & Eder, 2011, zitiert nach Frijda, 1986). Sich wechselnde motivationale Zustände und missglückte Anpassungen an Situationen werden von Emotionen begleitet. So können Misserfolge zu negativen Emotionen (Bsp. Enttäuschung, Trauer) führen und Erfolge zu positiven Emotionen, die eine Aufrechterhaltung des Verhaltens bewirken können (Rothermund & Eder, 2011). Eine ähnliche Auffassung haben Heckhausen und Heckhausen (2006), laut ihnen können Emotionen als ein rudimentäres Motivsystem bezeichnet werden, das der internen und externen Kommunikation von motivationalen Sequenzen dient. Emotionen spielen eine entscheidende Rolle dabei, Verhaltensweisen zielgerichtet auf die Umwelt einwirken zu lassen, um die angestrebten Handlungsfolgen zu realisieren.

Heckhausen und Heckhausen (2006) meinen zusammenfassend dazu:

„Emotionen liefern einen wichtigen Beitrag zum Motivationsgeschehen, da sie dem Organismus anzeigen, ob der Fortgang der Handlung glatt oder stockend ist, ob er gefördert oder unterbrochen wird, ob sich unerwartete Schwierigkeiten in den Weg stellen oder glückliche Fügungen ergeben, ob man in böser Absicht behindert und ob man schließlich verbindliche Standards erfüllen oder nicht erfüllen kann.“ (S. 64)

8. Zielsetzung der Studie - Überleitung zum empirischen Teil

Um zum empirischen Teil überleiten zu können, soll kurz auf die Ziele der Studie eingegangen werden. Im theoretischen Teil wurde versucht eine Definition der Therapiemotivation zu finden. Die primäre Zielsetzung dieser Studie befasst sich mit der Veränderung der Therapiemotivation über die Zeit hinweg. Wie schon oben erwähnt beschrieb Krause (1966, zitiert nach Mladen, 2009) zum ersten Mal, dass die Therapiemotivation kein stabiles Merkmal, sondern ein veränderbares Konstrukt darstellt. Es ist nun von großem Interesse, inwieweit sich die Therapiemotivation bei substanzabhängigen Personen im Programm „Therapie statt Strafe“ nach sechs monatiger Therapie verändert hat. Insbesondere ist in diesem Zusammenhang noch von Interesse, in welchem Stadium des Transtheoretischen Modells sich die Klienten nach einem halben Jahr Therapie befinden. Denn die Idee des Transtheoretischen Modells besagt, dass eine Therapie nur dann sinnvoll und erfolgreich sein kann, wenn die Behandlung auf das Stadium, in dem sich der Klient befindet, abgestimmt wird. Das bedeutet, je nachdem in welchem Stadium sich der Klient befindet, muss in der Behandlung wo anders angesetzt werden. Laut der Literatur kann davon ausgegangen werden, dass die Therapiemotivation sich im Laufe der Zeit steigern wird, im Gegensatz zum Beginn der Behandlung, wo beispielsweise Angst, Zweifel oder Frust im Vordergrund gestanden haben.

Zudem wird der Faktor Zwang in der Studie berücksichtigt und zwar in der Hinsicht, dass es eine Vergleichsgruppe gibt, die sich nicht aus justiziellen Gründen in Therapie befindet. Es wird interessant zu sehen sein, in welcher Hinsicht sich der Faktor Zwang auswirken wird. Zu guter Letzt wird untersucht inwieweit sich die Emotionslage nach sechsmonatiger Therapie verändert hat. Die Literatur postuliert, dass es einen Zusammenhang von Motivation und Emotion gibt, so müsste davon ausgegangen werden, dass im Verlauf der Therapie mit der Therapiemotivation auch die Emotionslage einer positiven Veränderung unterliegt.

Diese Studie soll dazu beitragen, neue und verwertbare Erkenntnisse über das Programm „Therapie statt Strafe“ zu liefern, um die Effektivität und Akzeptanz zu optimieren. Ebenso gab es bis jetzt noch wenige Studien, die den Faktor Zwang in diesem Kontext mitberücksichtigt haben.

Empirischer Teil

9. Fragestellungen

Nach dem Modell von Dollard und Miller's (1950) setzt Therapiebereitschaft voraus, dass die Aufsuchetendenz größer als die Vermeidendenz sein muss. Es ist interessant zu untersuchen, ob sich das Ausmaß der Aufsuchetendenz bzw. die Vermeidungstendenz nach einer sechs monatigen Therapie im Vergleich zum Therapiebeginn verändert.

Elliot et al. (1997, zitiert nach Grosse Holtforth & Grawe, 2002) fanden heraus, dass Personen, die mehr Vermeidungsziele als Annäherungsziele haben, höhere Neurotizismuswerte aufweisen. Wie sieht nun die Emotionslage nach einer sechsmonatigen Therapie im Vergleich zum Therapiebeginn bei suchtabhängigen Klienten aus?

Über den Zusammenhang zwischen externem Zwang und Veränderungsmotivation nach dem transtheoretischen Modell ist noch sehr wenig aus empirischen Forschungsarbeiten bekannt. Das transtheoretische Modell postuliert, dass Klienten erst dann eine Behandlung beginnen, wenn sie sich in der Handlungsphase, also einem höheren Stadium des transtheoretischen Modells, befinden. Es wäre interessant zu erheben, in welchem Stadium des transtheoretischen Modells sich die Therapie statt Straffe - Klienten nach sechs monatiger Therapie im Vergleich zum Therapiebeginn befinden.

Dies führt zur Frage, ob es einen signifikanten Unterschied in der Therapiemotivation – im Sinne von Annäherungs- bzw. Vermeidungsmotivation - zwischen substanzabhängigen Klienten mit richterlicher Weisung im Programm „Therapie statt Strafe“ und substanzabhängigen Klienten, die aus anderen Motiven eine ambulante Suchttherapiestelle aufsuchen (nach sechsmonatiger Therapie) gibt, und ob sich die Untersuchungsgruppen in der Emotionslage und hinsichtlich des Veränderungsstadiums unterscheiden.

10. Hypothesen

10.1. *Haupthypothese H(1) zur Therapiemotivation*

Fragestellung 1: Gibt es eine Veränderung bezüglich der motivationalen Schemata zwischen substanzabhängigen Klienten mit richterlicher Weisung im Programm „Therapie statt Strafe“ und substanzabhängigen Klienten, die aus anderen Motiven eine ambulante Suchttherapiestelle aufsuchen, nach sechsmonatiger Therapie im Vergleich zum Therapiebeginn?

Krause (1966, zitiert nach Mladen, 2009) geht davon aus, dass die Therapiemotivation im Therapieverlauf variiert. Nachdem sich erste Erfolge durch die Therapie gezeigt haben, wird die Motivation im Gegensatz zum Beginn der Behandlung steigen, wo beispielsweise Angst, Zweifel oder Frust im Vordergrund gestanden haben.

Alternativhypothese (1): Es gibt eine positive Veränderung bezüglich der Therapiemotivation zwischen substanzabhängigen Klienten mit richterlicher Weisung im Programm „Therapie statt Strafe“ und substanzabhängigen Klienten, die aus anderen Motiven eine ambulante Suchttherapiestelle aufsuchen, nach sechsmonatiger Therapie im Vergleich zum Therapiebeginn.

10.2. *Haupthypothese H(2) zur Emotionslage*

Fragestellung 2: Gibt es eine Veränderung bezüglich der Emotionslage zwischen substanzabhängigen Klienten mit richterlicher Weisung im Programm „Therapie statt Strafe“ und substanzabhängigen Klienten, die aus anderen Motiven eine ambulante Suchttherapiestelle aufsuchen, nach sechsmonatiger Therapie im Vergleich zum Therapiebeginn?

An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass es bei dieser Fragestellung um die emotionale Belastung in Bezug auf die Drogentherapie geht. Zu Therapiebeginn haben die Klienten ohne richterliche Weisung eine höhere emotionale Belastung gezeigt (Leeb,

2011). Aus der Literatur konnte kein zeitlicher Verlauf der emotionalen Entwicklung herausgelesen werden.

Alternativhypothese (2): Es gibt eine Veränderung bezüglich der Emotionslage zwischen substanzabhängigen Klienten mit richterlicher Weisung im Programm „Therapie statt Strafe“ und substanzabhängigen Klienten, die aus anderen Motiven eine ambulante Suchttherapiestelle aufsuchen, nach sechsmonatiger Therapie im Vergleich zum Therapiebeginn.

10.3. Haupthypothese H(3) zum Veränderungsstadium

Fragestellung 3: Gibt es eine Veränderung bezüglich des Stadiums im transtheoretischen Modell in dem sich substanzabhängigen Klienten mit richterlicher Weisung im Programm „Therapie statt Strafe“ befinden und substanzabhängigen Klienten, die aus anderen Motiven eine ambulante Suchttherapiestelle aufsuchen, nach sechsmonatiger Therapie im Vergleich zum Behandlungsbeginn?

Wie im theoretischen Teil dieser Arbeit bereits angeführt wurde, verweilen Betroffene unterschiedlich lang in den jeweiligen Phasen des transtheoretischen Modells der Verhaltensänderung (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). Ebenso kann es zu Rückfällen in der Drogentherapie und damit auch zu einem Rückfall in eine frühere Stufe des transtheoretischen Modells kommen. Daher kann nicht klar angenommen, ob sich eine Veränderung im Verhaltensstadium in die eine oder andere Richtung orientiert.

Alternativhypothese (3): Es gibt eine Veränderung bezüglich des Stadiums im transtheoretischen Modell in dem sich substanzabhängigen Klienten mit richterlicher Weisung im Programm „Therapie statt Strafe“ befinden und substanzabhängigen Klienten, die aus anderen Motiven eine ambulante Suchttherapiestelle aufsuchen, nach sechsmonatiger Therapie im Vergleich zum Behandlungsbeginn.

11. Beschreibung der Untersuchungsverfahren

Da es sich bei der Diplomarbeitsstudie um eine Katamnese handelt, werden dieselben psychologisch- diagnostischen Verfahren zur Anwendung kommen, wie bei der ersten Testung, um die zwei Testzeitpunkte miteinander vergleichen zu können.

11.1. Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata

Der Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata (Grosse Holtforth & Grawe, 2002) kommt bei volljährigen Personen zum Einsatz, um motivationale Aspekte des Verhaltens und Erlebens zu erfassen. Es wird speziell die Population der PsychotherapieKlienten angesprochen. Der FAMOS kann aber auch für „normale“ Personen angewandt werden.

Der FAMOS unterscheidet zwischen Annäherungs- und Vermeidungszielen. Insgesamt besteht der Fragebogen aus 94 Items, welche 14 Skalen für die Annäherungsziele beinhaltet und 9 Skalen für die Vermeidungsziele. Die Skalen für die Annäherungsziele lauten: Intimität/ Bindung. Affiliation/ Geselligkeit, Altruismus, Hilfe, Anerkennung/ Bestätigung, Status, Autonomie, Leistung, Kontrolle, Bildung/ Verstehen, Glauben/ Sinn, Abwechslung, Selbstvertrauen und Selbstbelohnung. Die Skalen für die Vermeidungsziele lauten: Alleinsein/ Trennung, Geringschätzung, Erniedrigung/ Blamage, Vorwürfe/ Kritik, Abhängigkeit/ Autonomieverlust, Verletzungen/ Spannungen, Hilflosigkeit und Versagen. Der FAMOS soll für die TherapeutInnen hilfreich sein, um Details des Therapieverlaufs abzuklären.

Die Durchführung dauert im Durchschnitt 15 Minuten und ist mit einer inneren Konsistenz zwischen $\alpha = .37$ und $\alpha = .93$ angesiedelt.

11.2. Das Emotionalitätsinventar als Befindlichkeitsmaß

Das Emotionalitätsinventar als Befindlichkeitsmaß (kurz EMI-B) besteht aus einer Skala, welche mit 70 Items die emotionale Befindlichkeit erfasst. Der Test fragt nach dem Befinden in den letzten Wochen. Der Proband soll seine Gefühle und Befindlichkeiten zwischen zwei entgegen gesetzten Eigenschaftsworten auf einer sechsstufigen Skala beschreiben (Ullrich de Muynck & Ullrich, 1977). Die bewerteten Items können anschließend in sieben Bereiche gegliedert werden und geben so ein differenzierteres Bild der derzeitigen Emotionslage. Die Skalensetzen sich wie folgt zusammen:

- „Ängstliches versus angstfreies Befinden“ – 18 Items
- „Depressive versus frohe Stimmung“ – 9 Items
- „Erschöpftes versus dynamisches Befinden“ – 9 Items
- „Aggressive versus nachgiebige Stimmung“ – 9 Items
- „Gehemmtes versus spontanes Befinden“ – 9 Items
- „Verlassenheits- versus Geborgenheitsgefühl“ – 9 Items
- „Gestörtes Allgemeinbefinden versus Wohlbefinden“ – 18 Items

Die Durchführung dauert im Durchschnitt 15 Minuten. Die Testautoren geben eine Reliabilität von $r_{12} = .98$ (Odd-Even-Methode) und ein $\alpha = .97$ an, was für eine hohe innere Konsistenz des Emotionalitätsinventars spricht (Ullrich de Muynck & Ullrich, 1977).

11.3. Veränderungsstadienskala

Die von Heidenreich, Fecht & Hoyer (2001) ins Deutsche übersetzte Veränderungsstadienskala dient der Erfassung der Veränderungsmotivation über die einzelnen Stadien der Veränderung. Als Vorlage diente die amerikanische Originalversion „University of Rhode Island Change Assessment Scale“ (URICA) die von McConaughy et al. (1983, zitiert nach Heidenreich et al., 2001) zur Erfassung der „Stages of Change“ (SoC) entwickelt worden ist.

Die Veränderungsstadien-Skala umfasst 32 Items, welche auf einer fünfstufigen Ratingskala von 1 (überhaupt nicht zutreffend) bis 5 (sehr stark zutreffend) beantwortet werden müssen. Die 32 Items werden anschließend den fünf Phasen der Verhaltensänderung (Absichtslosigkeit, Absichtsbildung, Vorbereitung, Handlung und Aufrechterhaltung) zugeteilt. Jede dieser fünf Phasen beinhaltet acht Items. Die Phase mit der höchsten Punktezahl, ist jene in der sich der Klient wiederfindet.

„Die faktorielle Bestimmung mittels Hauptkomponentenanalyse ergab vier Dimensionen, die den „Stages of Change“ Precontemplation (acht Items, $\alpha = .69$), Contemplation (acht Items, $\alpha = .61$), Action (acht Items, $\alpha = .83$) und Maintenance (acht Items, $\alpha = .73$) entsprechen. [...] Die Ergebnisse zur Konstruktvalidität des Instrumentes sind in dieser Stichprobe noch unbefriedigend, ebenso die teils hohen Skaleninterkorrelationen, vor allem zwischen Contemplation und Action ($r = .62$).“ (Maurischat, 2001, S. 26). Die Durchführung dauert im Durchschnitt 10 Minuten.

12. Darstellung der Untersuchung

In der geplanten Untersuchung wurde eine Längsschnittstudie, genauer eine Panelstudie, durchgeführt. Es handelt sich um die Katamnese der Querschnittstudie zu Therapiebeginn von Leeb (2011), welche das Thema „Therapiemotivation bei substanzabhängigen Personen im Programm „Therapie statt Strafe““ behandelt. Die somit abhängige Stichprobe wurde nach sechs Monaten erneut getestet, um die Wirksamkeit der Therapie sowohl inter- als auch intraindividuell zu untersuchen.

Bei Panelstudien besteht die Gefahr der Stichprobenmortalität, d.h. dem unvorhersehbaren Ausfall von StudienteilnehmerInnen. Von der betreuenden Beratungspraxis ist jedoch bekannt, dass diese immer bemüht ist, den Kontakt zu den Klienten aufrecht zu erhalten und Kontaktdaten stets zu aktualisieren.

12.1. Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe entspricht, der nach sechs Monaten noch in Therapie befindlichen Klienten, der Diplomarbeit von Frau Mag. Leeb. Rückblickend kann gesagt werden, dass alle volljährigen Klienten, die vom Gericht eine Weisung zur Therapie aufgrund ihrer Suchtabhängigkeit bekommen haben, an der Studie teilnehmen konnten bzw. Klienten, die aus anderen Motiven eine Behandlung begonnen haben. Minderjährige Personen oder Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung unter Drogeneinfluss gestanden haben, aggressives Verhalten zeigten oder an der Untersuchung nicht teilnehmen wollten, wurden nicht in die Stichprobe aufgenommen.

Die Stichprobe setzt sich aus Klienten der ambulanten Suchtbehandlungseinrichtung P.A.S.S. zusammen. Der Umfang der gesamten Stichprobe hat bei der Ersterhebung 61 Personen betragen. Die Anzahl der Personen, die aufgrund einer richterlichen Weisung eine Drogentherapie machen, beträgt 32. Die zweite Untersuchungsgruppe besteht aus 29 Personen, welche freiwillig eine Drogentherapie machen.

12.2. Der Untersuchungsablauf

Die Stichprobe wurde ursprünglich auf zwei Untersuchungsgruppen aufgeteilt. Die eine besteht aus Klienten, die auf Weisung des Gerichts eine Psychotherapie im Rahmen des Programms „Therapie statt Strafe“ bei der Suchtberatungspraxis P.A.S.S. beginnen

müssen. Die andere besteht aus Klienten, welche wegen einer Suchtabhängigkeitsdiagnose Therapie aus anderen Motivgründen machen, und zwar ebenfalls bei den Therapeuten, die bei P.A.S.S. arbeiten. Der wesentliche Unterschied zwischen den beiden Untersuchungsgruppen besteht darin, dass die Kosten der Therapie für die Klienten mit Weisung vom Gericht bezahlt werden und den Klienten ohne Weisung nicht.

Beiden Gruppen wurden die oben beschriebenen Untersuchungsverfahren zu zwei Messzeitpunkten vorgelegt, einmal zu Therapiebeginn (vgl. Untersuchung von Leeb (2011) und einmal nach einem sechsmonatigen Katamnesezeitraum. Da bei den Klienten nicht nur das Ausmaß der Therapiemotivation, der Emotionslage und das Stadium der Verhaltensänderung, sondern auch etwaige Veränderungen derselben im Verlauf der ambulanten Therapie untersucht werden sollten, wurde ein Untersuchungsdesign mit Messwiederholung gewählt.

12.3. Verwendete Auswertungsverfahren

In erster Linie wurde das Datenmaterial gemäß der theoretischen Vorgaben und den empirischen Forschungsfragen aufbereitet. Für die Auswertung der Ergebnisse, sowohl deskriptiv als auch inferenzstatistisch wurde IBM SPSS Statistics Version 19.0 für Windows 7 herangezogen. Die Darstellung der im Folgenden angeführten Diagramme erfolgte mittels des Diagrammtools von SPSS und einer anschließenden Bearbeitung durch MS Word für Windows 7.

Ergebnisse, die unter einem Signifikanzniveau von $p < .05$ liegen, werden als signifikant angenommen. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Nullhypothese fälschlicherweise abgelehnt wird ist somit kleiner als 5%.

Die verwendeten statistischen Verfahren wurden je nach Skalenniveau sowie Überprüfung auf Normalverteilung des Datensatzes ausgewählt. Für die folgende Beschreibung der Voraussetzungen und der statistischen Verfahren wurde Bortz und Döring (2006) sowie Field (2009) herangezogen.

Um den der Untersuchung zugrunde liegenden Datensatz auf Normalverteilung zu überprüfen, wurde der Kolmogoroff-Smirnov-Anpassungstest verwendet. Dieser vergleicht die Werte in der Stichprobe mit einem normalverteilten Set an Daten mit selben Mittelwert und selben Standardabweichung. Fällt der Kolmogoroff-Smirnov-Anpassungstest nicht signifikant aus ($p > .05$), kann davon ausgegangen werden, dass die Daten einer Normalverteilung zugrunde liegen.

Eine weitere Voraussetzung für die Anwendung der unten angeführten statistischen Verfahren ist die Prüfung auf Varianzhomogenität. Hierzu wurde der Levene-Test herangezogen um zu überprüfen ob sich Varianzen signifikant unterscheiden oder nicht. Die Nullhypothese des Levene Test geht davon aus, dass die Varianzen in verschiedenen Gruppen gleich sind ($p > .05$). Fällt der Levene-Test allerdings signifikant aus ($p < .05$), so kann davon ausgegangen werden, dass heterogene Varianzen vorliegen und die Voraussetzung für eine Varianzanalyse nicht gegeben wäre. In diesem Fall müsste ein parameterfreies Verfahren angewendet werden.

Für die Überprüfung der Hypothesen kommen folgende Auswertungsverfahren zum Einsatz:

t- Tests für unabhängige und abhängige Stichproben

Mittels t-Tests werden Mittelwertsunterschiede zwischen verschiedenen Stichproben erhoben. In dieser Studie werden sowohl Unterschiede zwischen den Gruppen (unabhängige t-Tests) als auch innerhalb von Gruppen (abhängige t-Tests) analysiert. Fallen t-Tests signifikant aus, kann von einem Unterschied in den Gruppen ausgegangen werden. Um t-Tests anwenden zu können, muss mindestens Intervallskalenniveau, Normalverteilung der Daten und Varianzhomogenität vorherrschen.

Uni- bzw. multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung

Da es sich bei der vorliegenden Untersuchung um eine Katamnese handelt, und der Einfluss von mehreren unabhängigen Variablen (Gruppenzugehörigkeit und Erhebungszeitpunkt) auf eine bzw. mehrere abhängige Variablen untersucht werden soll,

kommen sowohl univariate als auch multivariate Varianzanalysen mit Messwiederholung zum Einsatz. Varianzanalysen bieten des Weiteren den Vorteil, Wechselwirkungen zwischen den Variablen erkennen zu können. Die Voraussetzung für die Anwendung univariater bzw. multivariater Varianzanalysen mit Messwiederholung sind unter anderem die Normalverteilung der Daten und die Homogenität der Varianzen, wie schon beschrieben.

Vorzeichentest

Laut SPSS Base 16.0 – Benutzerhandbuch berechnet der Vorzeichentest „...für alle Fälle die Differenzen zwischen den beiden Variablen und klassifiziert sie als positiv, negativ oder verbunden. Falls die beiden Variablen ähnlich verteilt sind, unterscheidet sich die Zahl der positiven und negativen Differenzen nicht signifikant“ (S.430). Dieser nicht-parametrische Test kann auch eingesetzt werden, wenn lediglich Ordinalskalenniveau vorliegt.

13. Ergebnisdarstellung

Im folgenden Kapitel soll eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse dieser Studie gegeben werden. Zuerst erfolgt eine detaillierte Beschreibung der in dieser Untersuchung rekrutierten Stichprobe, gefolgt von der Überprüfung der Hypothesen mittels Ergebnisdarstellung.

13.1. Stichprobenbeschreibung

Da das Hauptaugenmerk dieser Studie auf der Frage beruht, welche Veränderungen sich in den motivationalen Schemata, der Emotionslage und des Veränderungsstadiums des transtheoretischen Modells ergeben, wird sich die Auswertung der Stichprobenbeschreibung auf die wesentlichsten soziodemographischen Daten beschränken.

Ursprünglich haben an dieser Untersuchung 61 Personen teilgenommen, davon waren 40 Männer und 21 Frauen. Die Gesamtzahl der Personen wurde in eine Untersuchungsgruppe bestehend aus KlientInnen mit Weisung vom Gericht ($n = 32$) und eine Untersuchungsgruppe bestehend aus freiwilligen KlientInnen ($n=29$) aufgeteilt. Die 32 Personen mit Weisung haben sich aus 25 Männern und sieben Frauen zusammengesetzt. Die zweite Untersuchungsgruppe, ohne richterliche Weisung, welche aus anderen Motiven eine ambulante Drogentherapie absolvieren, hat sich aus 15 männlichen und 14 weiblichen Probanden zusammengesetzt.

Nach einem sechsmonatigen Katamnesezeitraum hat sich die Stichprobe wie folgt verändert: Von den gesamt 61 Probanden befanden sich 43 nach wie vor in therapeutischer Behandlung, fünf haben die Therapie vorzeitig beendet und 13 sind aus der Studie ausgeschlossen worden (siehe Abbildung 1). Personen, die aus der Studie ausgeschlossen wurden, konnten trotz andauernder Therapie entweder nicht mehr kontaktiert werden oder haben sich geweigert sich zum zweiten Testzeitpunkt abermals testen zu lassen.

Von den ursprünglich 43 verbleibenden Klienten mit Weisung befinden sich 23 Personen weiterhin in Therapie sowie 20 Personen die nach wie vor freiwillig eine Drogentherapie machen.

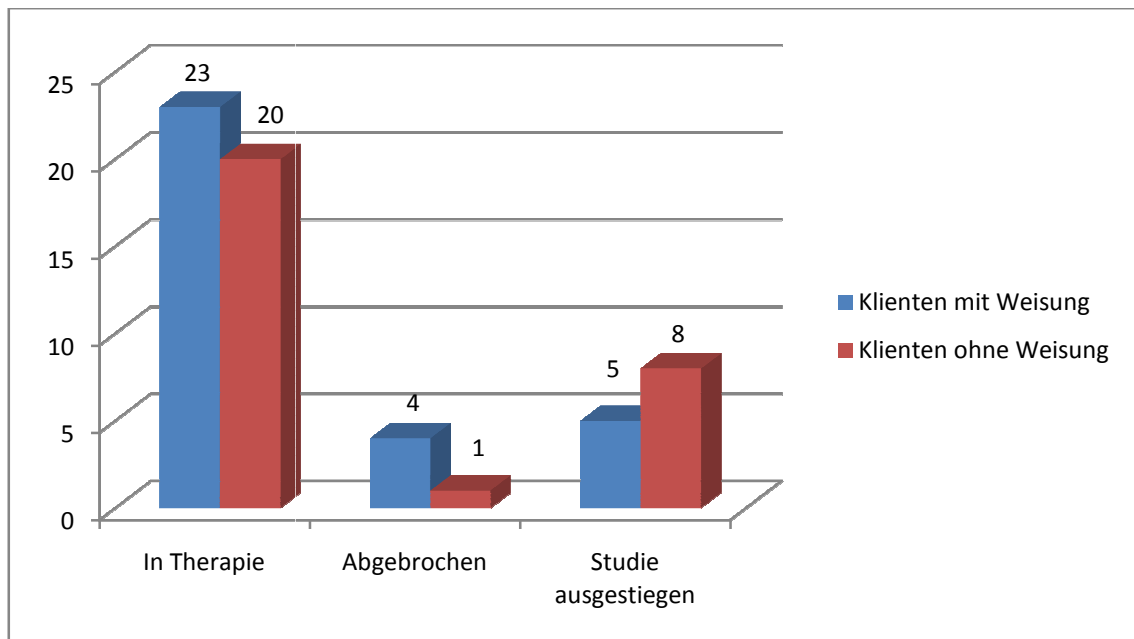


Abbildung 1 - Therapiestatus nach 6 Monate

13.1.1. Geschlecht

Zum ersten Testzeitpunkt hat es bezüglich der Verteilung des Geschlechts innerhalb der Gruppen ein Ungleichgewicht gegeben ($\chi^2(1) = 4.679$ und $p = .030$). Zum zweiten Testzeitpunkt konnten keine Verteilungsunterschiede in Abhängigkeit zum Geschlecht festgestellt werden. Die Berechnung der entsprechenden Prüfgröße ergibt mit $\chi^2(1) = 1.685$ und $p = .194$ ein nicht signifikantes Ergebnis. Da es zum ersten Messzeitpunkt in der Untersuchungsgruppe der Klienten mit Weisung wesentlich mehr Männer gegeben hat (25 Männer und sieben Frauen), kam es zu einem Ungleichgewicht in Bezug auf das Geschlecht. Nach dem sechsmonatigen Katamnesezeitraum haben sich wesentlich mehr Männer als Frauen aus der Untersuchungsgruppe mit Weisung nicht mehr in Therapie befunden, wodurch es zum zweiten Messzeitpunkt zu keinem signifikanten Unterschied mehr gekommen ist. In der Untersuchungsgruppe ohne Weisung fielen annähernd gleich viele Männer und Frauen aus der Therapie aus. In Abbildung 2 lässt sich das Verhältnis der Verteilung des Geschlechts in Abhängigkeit zur Gruppenzugehörigkeit zum zweiten Messzeitpunkt ablesen.

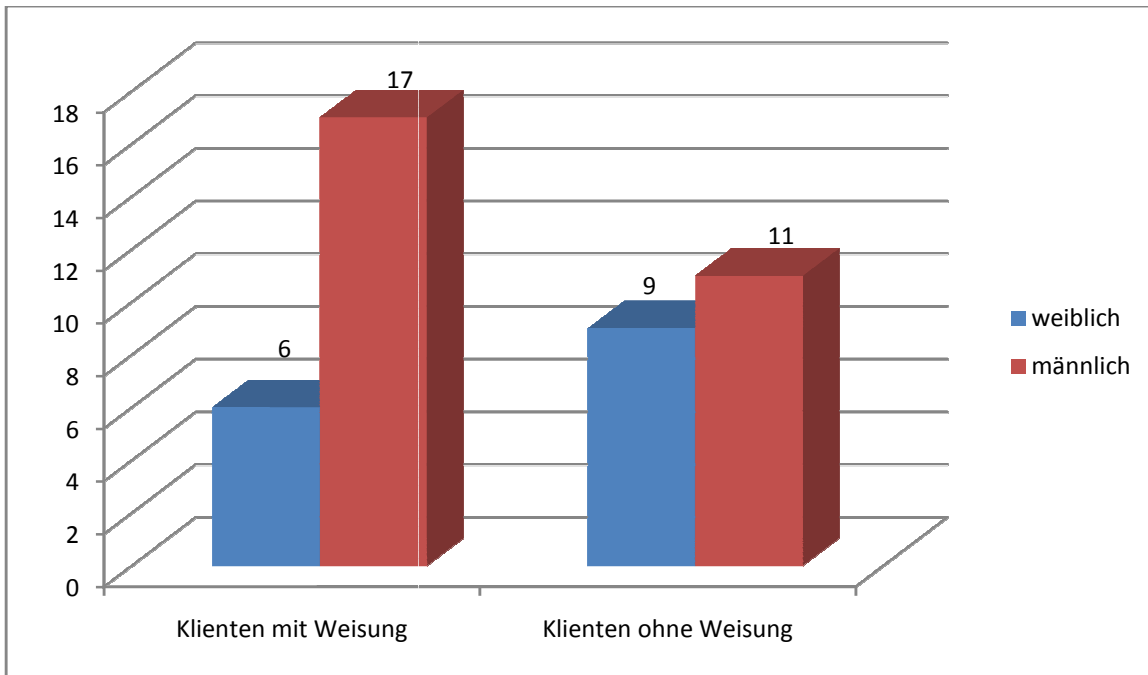


Abbildung 2 - Anzahl der Personen zum 2. Testzeitpunkt

13.1.2. Alter

Zum ersten Testzeitpunkt wurde ein signifikantes Ergebnis ($t(48.716) = -2.420; p = .019$) zwischen den beiden Gruppen in Abhängigkeit auf das Alter ermittelt. In der unten angeführten Tabelle 1 wird das durchschnittliche Alter mit 33.70 (9.36), sowie die entsprechende Standardabweichung der Gesamtstichprobe zum zweiten Zeitpunkt, als auch differenziert in Abhängigkeit der Gruppenzugehörigkeit und des Geschlechts, dargestellt.

	Klienten mit Weisung	Klienten ohne Weisung	Gesamt
weiblich	31.17 (7.03)	34.11 (8.45)	32.93 (7.79)
männlich	31.12 (8.01)	38.73 (11.84)	34.11 (10.21)
Gesamt	31.13 (7.61)	36.65 (10.46)	33.70 (9.36)

Tabelle 1 - Durchschnittliches Lebensalter (Standardabweichung) zum 2. Testzeitpunkt

Die Gruppenzugehörigkeit näher betrachtet, lässt erkennen, dass das durchschnittliche Alter der Klienten mit Weisung 31.13 und der Untersuchungsgruppe ohne Weisung 36.65 beträgt. Um zu überprüfen, ob sich die beiden Gruppen zum zweiten Testzeitpunkt bezüglich des Alters signifikant unterscheiden, wird ein t-Tests für unabhängige Stichproben herangezogen. Die Homogenität der Varianzen kann mit $p = .065$ angenommen werden. Die Berechnung des t-Tests für unabhängige Stichproben ergibt

mit $t(41) = -1.997$ und $p = .053$ ein nicht signifikantes Ergebnis. Es ist daher nicht anzunehmen, dass sich die Personen zum zweiten Testzeitpunkt in Bezug auf das Alter unterscheiden.

13.1.3. Höchste abgeschlossene Ausbildung

Zur Überprüfung der höchsten abgeschlossenen Ausbildung zum zweiten Testzeitpunkt wurde die entsprechende Prüfgröße χ^2 (korr. nach Fisher) berechnet, um zu sehen, ob es in Abhängigkeit zur Gruppenzugehörigkeit Unterschiede gibt. Da die Erwartungswerte zum Teil unter fünf liegen (siehe Tabelle 2), ist die Berechnung des χ^2 zu ungenau, weswegen der exakte Test nach Fisher herangezogen wird. Mit einem χ^2 (korr. nach Fisher) = 6.038 und $p = .095$ ist nicht davon auszugehen, dass es Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich ihrer höchsten abgeschlossenen Schulausbildung gibt.

Die beiden Untersuchungsgruppen haben sich zum ersten Messzeitpunkt vor allem in Bezug auf die Absolvierung der Pflichtschule unterschieden (18 Personen mit Weisung und 7 Personen ohne Weisung). Wie aus Tabelle 2 entnommen werden kann, sind zum zweiten Messzeitpunkt acht Personen mit Pflichtschulabschluss nicht mehr in Therapie. Es ist anzumerken, dass auch Personen mit anderen Schulbildungen aus der Studie ausgeschieden sind, jedoch waren es im Vergleich zu den Personen mit Pflichtschulabschluss nicht so viele.

			Höchste abgeschlossene Schulbildung				
			Pflichtschule	Lehrabschluss- prüfung	Matura	Uni/FH	Gesamt
Gruppen- zugehörigkeit	Klienten mit Weisung	Anzahl	10	12	1	0	23
		Erwartete Anzahl	7.5	11.8	2.1	1.6	23
		% innerhalb von Gruppenzugehörigkeit	43.50%	52.20%	4.3%	0.00%	100.00%
	Klienten ohne Weisung	Anzahl	4	10	3	3	20
		Erwartete Anzahl	6.5	10.2	1.9	1.4	20
		% innerhalb von Gruppenzugehörigkeit	20.00%	50.00%	15.00%	15.00%	100.00%

Tabelle 2 - Kreuztabelle der höchsten abgeschlossenen Schulbildung und der Gruppenzugehörigkeit zum 2. Messzeitpunkt

13.1.4. Leitdroge

Zum ersten Testzeitpunkt wurde ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Untersuchungsgruppen bezüglich der angegebenen Leitdroge festgestellt. Die am häufigsten genannte Leitdroge bei den Klienten mit Weisung war mit 57% Heroin und in der freiwilligen Untersuchungsgruppe Alkohol mit 55,2%. Nun soll der Frage nachgegangen werden, ob es zum zweiten Testzeitpunkt bezüglich der angegebenen Leitdroge Unterschiede bezüglich der Gruppenzugehörigkeit gibt.

Die Berechnung der entsprechenden Prüfgröße fällt mit χ^2 (korr. nach Fisher) = 23.816 und $p < .001$ signifikant aus. Es kann wiederum ein Verteilungsunterschied in der Präferenz der Leitdroge in Abhängigkeit zur Gruppenzugehörigkeit beobachtet werden. Die korrigierte Berechnung nach dem exakten Test nach Fisher ist aufgrund der Erwartungswerte, die teilweise unter fünf liegen, zur Anwendung gekommen.

Wie schon beim ersten Testzeitpunkt ist die angegebene Leitdroge der Klienten mit Weisung Heroin und die der Klienten ohne Weisung Alkohol. In Abbildung 3 lassen sich die angegebenen Drogen in Abhängigkeit der Gruppenzugehörigkeit ablesen.

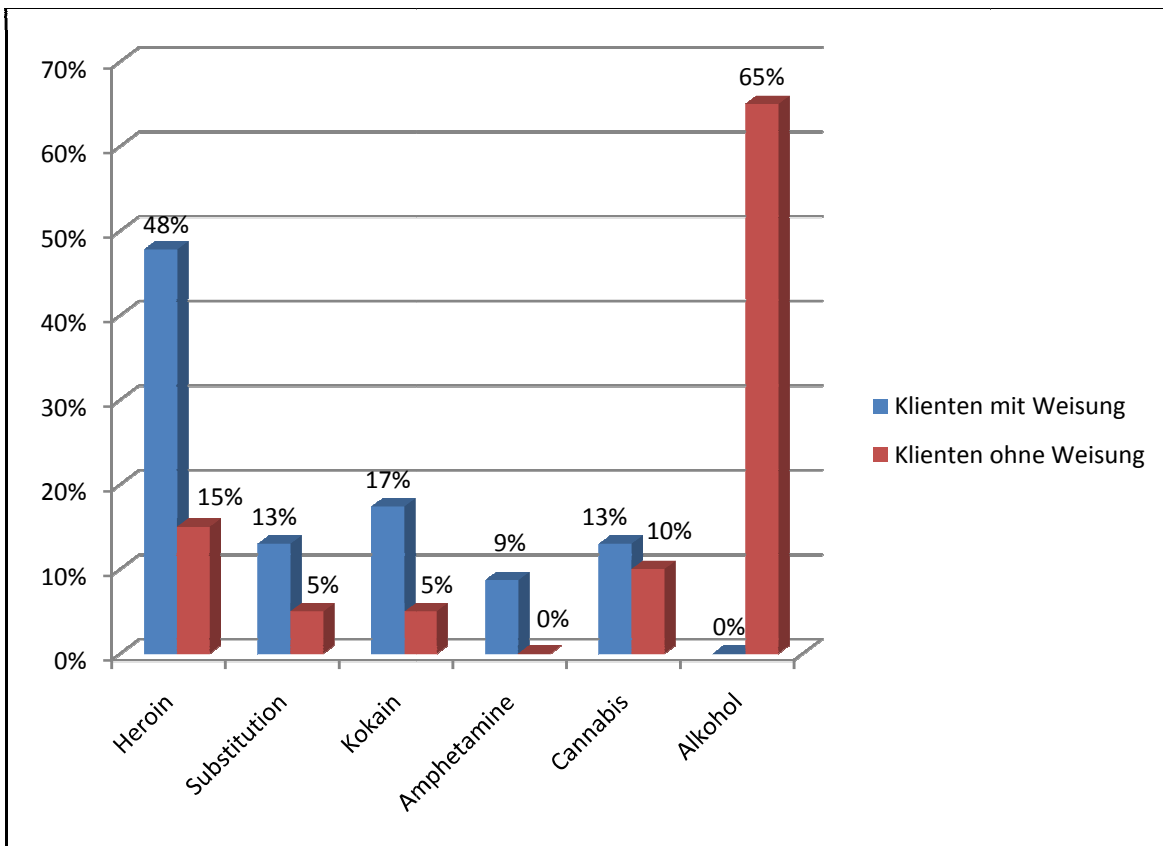


Abbildung 3 - Art der Drogenpräferenz in Abhängigkeit zur Gruppenzugehörigkeit

13.1.5. Substitution

Da sich die Untersuchungsgruppen in Bezug auf ihre Drogenpräferenz zu beiden Messzeitpunkten unterscheiden, ist nun interessant zu untersuchen, ob es in Bezug auf die Substitution zu Differenzen kommt. Abbildung 4 zeigt, in Abhängigkeit zur Gruppenzugehörigkeit, wie viele Personen sich zum zweiten Messzeitpunkt unter Substitution befinden und welche Arten von Substitutionsmittel von den Klienten eingenommen werden.

Die Berechnung der entsprechenden Prüfgröße ergibt mit $\chi^2(1) = 2.199$ und $p = .138$ ein nicht signifikantes Ergebnis. Das bedeutet, dass von keinem Verteilungsunterschied in Bezug auf die Substitution ausgegangen werden kann, so dass man annehmen kann, dass die beiden Untersuchungsgruppen diesbezüglich vergleichbar sind.

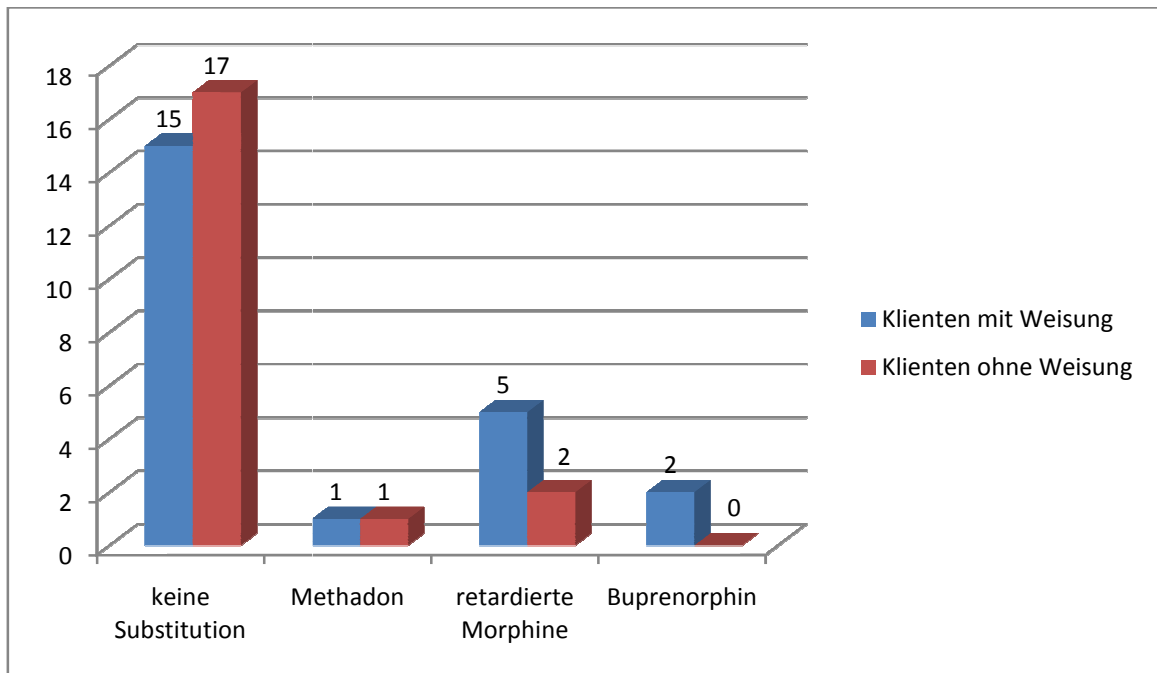


Abbildung 4 - Substitution in Abhängigkeit zur Gruppenzugehörigkeit

13.2. Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata (FAMOS)

Bevor nun auf die Testung der Hypothesen eingegangen wird, soll eine Reliabilitätsanalyse durchgeführt werden um die Messgenauigkeit bei der verringerten Stichprobe festzustellen. Zum ersten Testzeitpunkt wurde mit einer Gesamtstichprobe von $n = 61$ für die Gesamtskala der 14 Annäherungsziele ein Cronbach Alpha von .846 und für die Gesamtskala der neun Vermeidungsziele ein Cronbach Alpha von .802 errechnet. Zum zweiten Testzeitpunkt, mit der neuen Gesamtstichprobe von $n = 43$, wird für die Gesamtskala der Annäherungsziele ein Cronbach Alpha von .798 und für die Gesamtskala der Vermeidungsziele ein Cronbach Alpha von .849 ermittelt. Somit kann der Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata für beide Gesamtskalen, sowohl beim ersten als auch beim zweiten Messzeitpunkt als ein zuverlässiges Messinstrument angesehen werden.

Mittels FAMOS soll die Frage beantwortet werden, ob es eine signifikante Veränderung bezüglich der motivationalen Schemata zwischen substanzabhängigen Klienten mit richterlicher Weisung im Programm „Therapie statt Strafe“ und substanzabhängigen Klienten, die aus anderen Motiven eine ambulante Suchttherapiestelle aufsuchen, nach sechsmonatiger Therapie im Vergleich zum Therapiebeginn, gibt.

In Tabelle 3 lassen sich die durchschnittlichen Werte der Annäherungs- und Vermeidungsziele in Abhängigkeit zur Gruppenzugehörigkeit zu beiden Messzeitpunkten erblicken.

		Anzahl	Messzeitpunkt 1	Messzeitpunkt 2
Annäherungs- ziele	Klienten mit Weisung	23	3.74 (0.28)	3.71 (0.28)
	Klienten ohne Weisung	20	3.68 (0.69)	3.73 (0.48)
Vermeidungs- ziele	Klienten mit Weisung	23	3.55 (0.81)	3.48 (0.50)
	Klienten ohne Weisung	20	3.68 (0.41)	3.76 (0.50)

Tabelle 3 - Durchschnittlichen Werte der Annäherungs- und Vermeidungsziele

Zunächst wurden die Daten mittels Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest auf Normalverteilung geprüft. Die Normalverteilung aller Skalen zu beiden Messzeitpunkten kann mit $p > .05$ angenommen werden.

Die Homogenität der Varianzen, berechnet mittels Levene-Test, kann bei der Skala zu den Annäherungszielen zu beiden Erhebungszeitpunkten mit jeweils $p < .05$ nicht angenommen werden, während bei der Skala zu den Vermeidungszielen bei beiden Testzeitpunkten die Homogenität der Varianzen angenommen werden kann ($p > .05$). Laut Backhaus (2003) stellt diese Verletzung aufgrund der Robustheit der Varianzanalyse bei annähernd gleich großen Zellbesetzungen ($n = 23$, $n = 20$) keine wesentliche Einschränkung dar. Die Voraussetzung der Intervallskala ist aufgrund des standardisierten Fragebogens gegeben.

Um nun die oben gestellte Frage zu beantworten, wird eine Multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung herangezogen mit einem Zwischensubjektfaktor (Gruppenzugehörigkeit) und einem Innersubjektfaktor (Messzeitpunkt). Die beiden abhängigen Variablen sind die Annäherungs- und Vermeidungsziele.

Die Berechnung der entsprechenden Prüfgröße für die Annäherungsziele ergibt mit $F(1,41) = 0.029$ und $p = .865$ ein nicht signifikantes Ergebnis. Es kann keine Veränderung der Annäherungsziele über die Zeit angenommen werden. Die H_0 wird daher beibehalten. Ebenso bei der Berechnung der entsprechenden Prüfgröße für die Vermeidungsziele wird ein nicht signifikantes Ergebnis mit $F(1,41) = 0.001$ und $p = .980$ berechnet. Auch für die zweite abhängige Variable wird somit die H_0 beibehalten.

Die Multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung lässt auch die Berechnung von Wechselwirkungen zwischen der Gruppenzugehörigkeit und den motivationalen Zielen zu (Abbildung 5 und 6).

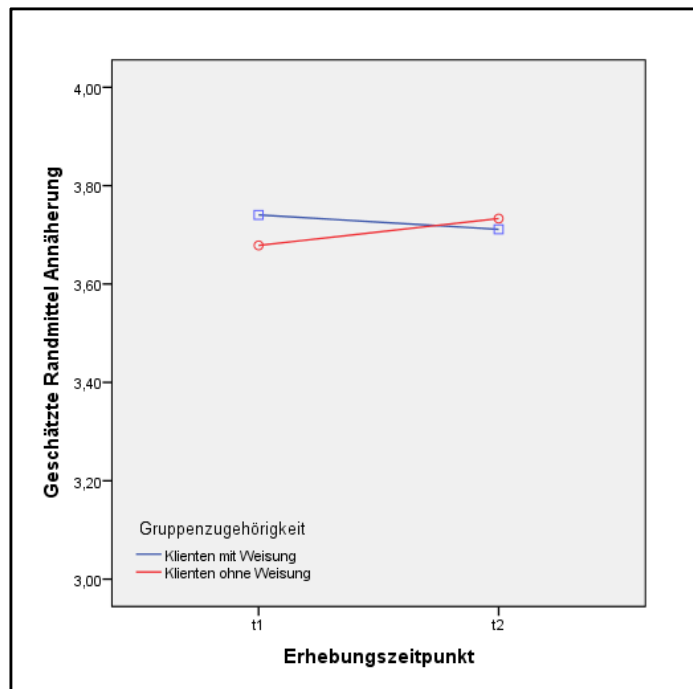


Abbildung 5 - Wechselwirkungsdiagramm Annäherung x Gruppe

Es kann für die Dimension Annäherungsziele mit $F(1,41) = 0.320$ und $p = .575$ keine Wechselwirkung angenommen werden.

Auch für die Dimension Vermeidungsziele lässt sich mit $F(1,41) = 0.657$ und $p = .422$ keine Wechselwirkung annehmen (siehe Abbildung 6).

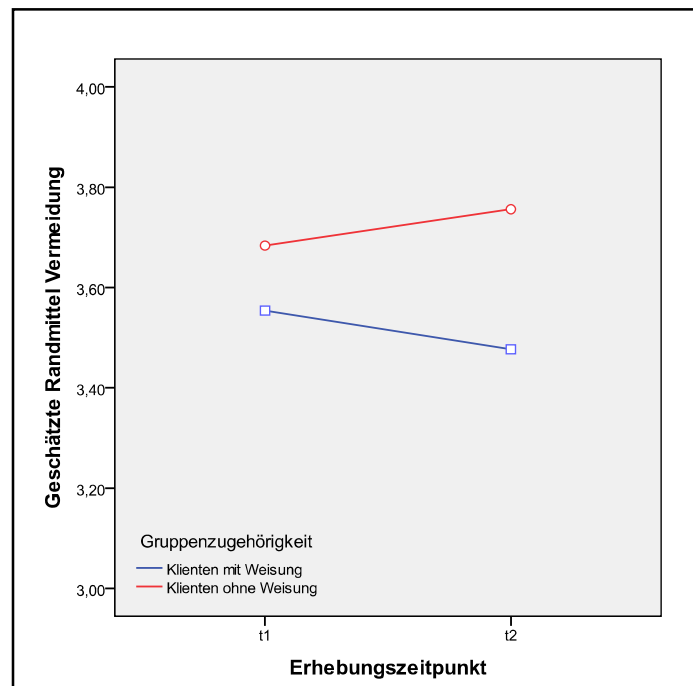


Abbildung 6 - Wechselwirkungsdiagramm Vermeidung x Gruppe

Es stellt sich nun die Frage, ob es einen Niveauunterschied zwischen den Gruppen (für beide Messzeitpunkte) gibt. Der Gruppenvergleich für die Annäherungsziele zeigt mit $F(1,41) = 0.029$ und $p = .866$ kein signifikantes Ergebnis. Da für die Vermeidungsziele mit $F(1,41) = 1.799$ und $p = .187$ ebenfalls kein signifikantes Ergebnis berechnet werden kann, können zwischen den Gruppen keine Niveauunterschiede angenommen werden.

Die Wechselwirkungsdiagramme zeigen sowohl für die Annäherungs- als auch Vermeidungsziele zu beiden Testzeitpunkten unterschiedliche Durchschnittswerte. Um die Unterschiede zwischen den Gruppen zu den beiden Testzeitpunkten in den beiden Dimensionen (Annäherung und Vermeidung) zu prüfen, werden vier unabhängige t-Tests berechnet. Abbildung 7 soll das weitere Vorgehen veranschaulichen.

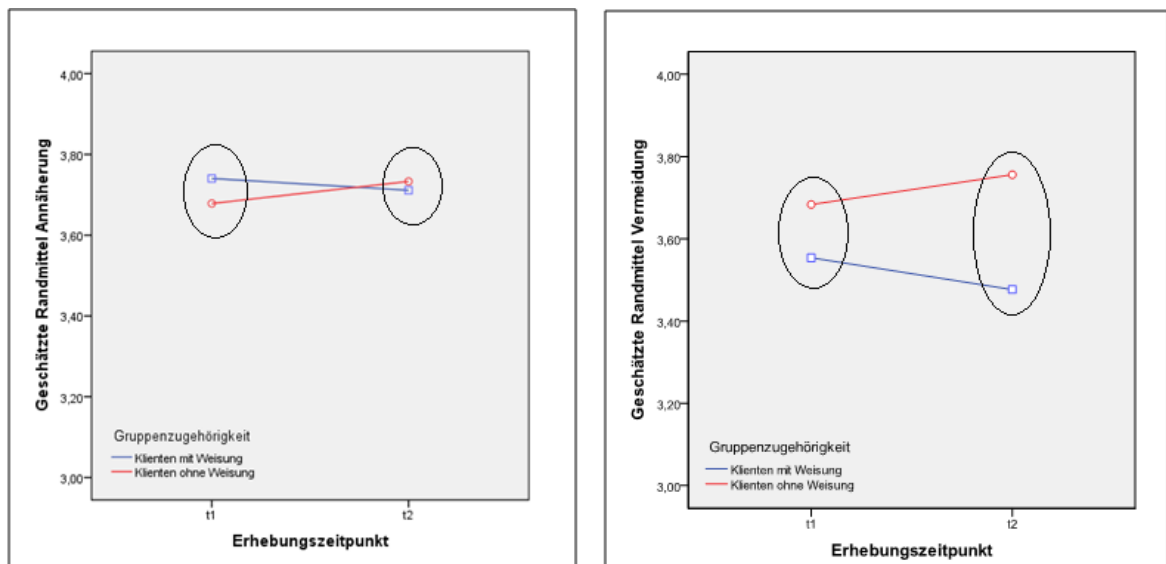


Abbildung 7 - Annäherung und Vermeidung zu den beiden Messzeitpunkten

Für den Fall, dass die Varianzhomogenität nicht angenommen werden kann, sind t-Tests für heterogene Varianzen (Welch Test) zu berechnen.

Annäherungsziele	Messzeitpunkt 1	$t(24.74) = 0.373$	$p = .712$
Annäherungsziele	Messzeitpunkt 2	$t(29.55) = -0.180$	$p = .858$
Vermeidungsziele	Messzeitpunkt 1	$t(41) = -0.646$	$p = .522$
Vermeidungsziele	Messzeitpunkt 2	$t(41) = -1.832$	$p = .074$

Tabelle 4 - Ergebnisse der 4 unabhängigen t-Tests

Die vier unabhängigen t-Tests sind allesamt nicht signifikant (siehe Tabelle 4), weswegen nicht davon ausgegangen werden kann, dass es Unterschiede zwischen den Gruppen zu den beiden Testzeitpunkten gibt. Allerdings kann beim zweiten Testzeitpunkt eine tendenzielle Signifikanz angenommen werden, dass die Klienten ohne richterliche Weisung die höheren Werte bei den Vermeidungszielen erreichen.

Um die Unterschiede innerhalb der Gruppen zu den beiden Testzeitpunkten in den beiden Dimensionen (Annäherung und Vermeidung) zu prüfen, werden vier abhängige t-Tests berechnet.

Annäherungsziele	Klienten mit Weisung	t (22) =0.521	$p = .608$
Annäherungsziele	Klienten ohne Weisung	t (19) = -0.375	$p = .711$
Vermeidungsziele	Klienten mit Weisung	t (22) = 0.491	$p = .628$
Vermeidungsziele	Klienten ohne Weisung	t (19) = -0.900	$p = .379$

Tabelle 5 - Ergebnisse der 4 abhängigen t-Tests

Aufgrund der nicht signifikanten Ergebnisse der vier abhängigen t-Tests (siehe Tabelle 5) ist davon ausgehen, dass es keine Unterschiede innerhalb der Gruppen zu den beiden Testzeitpunkten gibt. Daher wird auch in diesem Fall die H_0 beibehalten.

Der FAMOS berechnet einen Verhältniswert (V/A), welcher sich aus dem Quotienten der Vermeidungs- und Annäherungszielen ergibt. Da die bisherigen Ergebnisse bezüglich der Veränderung der motivationalen Schemata über die Zeit nicht signifikant ausfielen, wird nun der Quotient (V/A) herangezogen.

Um den Quotient (V/A) über die zwei Messzeitpunkte in Abhängigkeit zur Gruppenzugehörigkeit vergleichen zu können, wird eine univariate Varianzanalyse mit Messwiederholung berechnet.

Die Homogenität der Varianzen kann für den Quotient (V/A) für beide Messzeitpunkte mit $p > .05$ angenommen werden.

Es kann keine Veränderung zwischen den beiden Messzeitpunkten mit $F(1,41) = 0.222$ und $p = .640$ angenommen werden. Auch die Überprüfung der Wechselwirkung fällt mit $F(1,41) = 0.026$ und $p = .872$ nicht signifikant aus. Es kann keine Interaktion festgestellt werden, das bedeutet, dass der Quotient (V/A) in beiden Gruppen gleichförmig verläuft (siehe Abbildung 8).

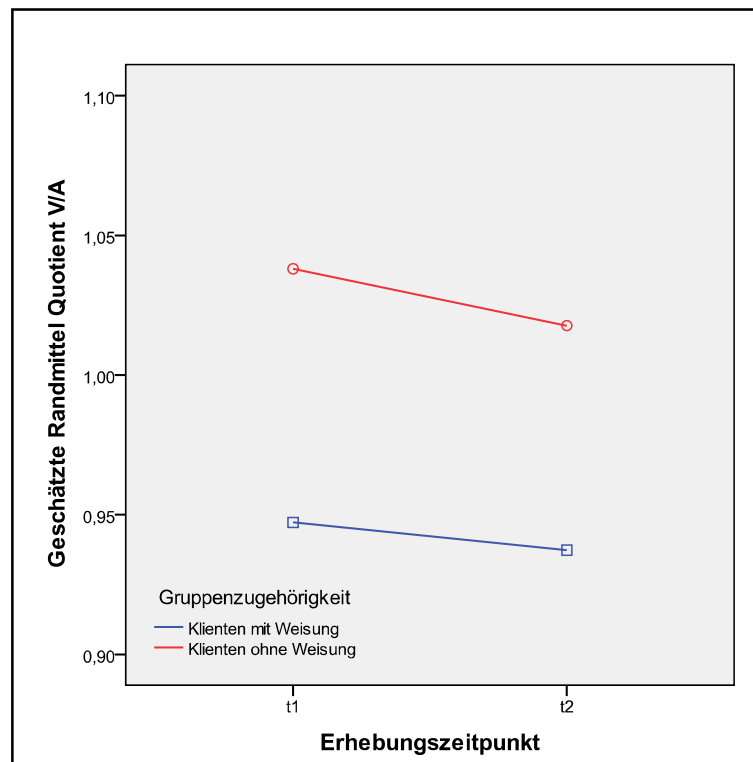


Abbildung 8 - Wechselwirkungsdiagramm Quotient V/A x Gruppe

Um die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen zu den beiden Messzeitpunkten im Quotient (V/A) zu prüfen, werden jeweils unabhängige t-Tests berechnet. Zum ersten Messzeitpunkt fällt die Berechnung der entsprechenden Prüfgröße mit $t(41) = -1.346$ und $p = .186$ nicht signifikant aus. Ebenso lassen sich zum zweiten Messzeitpunkt mit $t(41) = -1.863$ und $p = .070$ keine Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen feststellen.

Nach Dollard und Miller (1950) ist Therapiemotivation erst dann gegeben, wenn die Annäherungstendenz größer als die Vermeidungstendenz ist. Um zu überprüfen, inwieweit die Therapiemotivation in der gesamten Stichprobe gegeben ist, wird für beide Messzeitpunkte ein χ^2 -Test berechnet.

Die Berechnung der entsprechenden Prüfgröße fällt sowohl für den ersten als auch für den zweiten Messzeitpunkt mit $\chi^2(1) = 0.019, p = .890$ und $\chi^2(1) = 3.741, p = .053$ knapp nicht signifikant aus.

In den Abbildungen 9 und 10 lässt sich das Verhältnis der Annäherungs- und Vermeidungstendenzen zu beiden Messzeitpunkten in Abhängigkeit zur Gruppenzugehörigkeit erkennen.

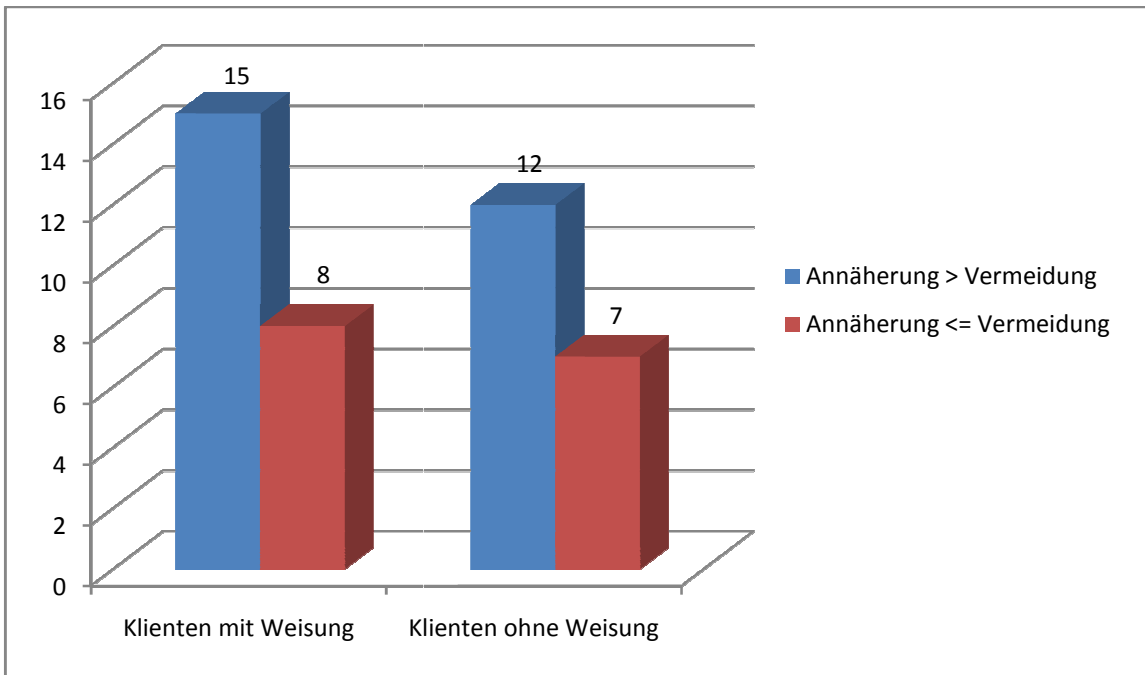


Abbildung 9 - Verhältnis der Annäherungs- und Vermeidungstendenzen zum 1. Messzeitpunkt

Rein graphisch gesehen, lässt sich eine tendenzielle Verbesserung der Therapiemotivation der Klienten mit Weisung erkennen, welche allerdings nicht signifikant ausfällt. Die Klienten ohne Weisung zeigen ein gegenteiliges Bild. Zum zweiten Messzeitpunkt (siehe Abbildung 10) weist fast die Hälfte der Klienten eine höhere Vermeidungs- als Annäherungstendenz auf.

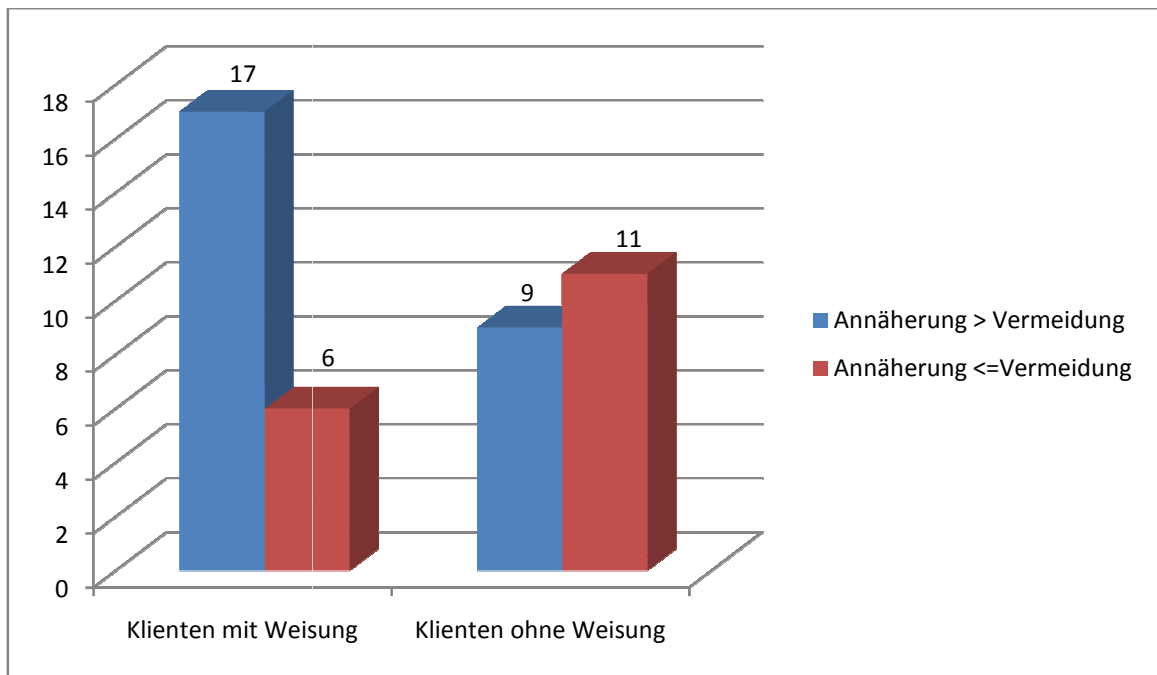


Abbildung 10 - Verhältnis der Annäherungs- und Vermeidungstendenzen zum 2.Messzeitpunkt

13.3. Emotionalitätsinventar (EMI-B)

Das Emotionalitätsinventar beinhaltet sieben Skalen, welche sowohl positiv als auch negativ gepolte Items beinhalten. Bevor nun an eine Prüfung der Hypothesen gedacht werden kann, ist es notwendig die negativ gepolten Items laut Handbuch (1=6; 2=5; 3=4; 4=3; 5=2; 6=1) zu transformieren.

Anschließend ist die Messgenauigkeit mittels Reliabilitätsanalyse vorgesehen. Die Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse sind in Tabelle 6 ersichtlich.

Skala	Skalenbezeichnung	Cronbach Alpha	Itemanzahl
Skala 1	Ängstliches versus angstfreies Befinden	.959	18
Skala 2	Depressive versus frohe Stimmung	.956	9
Skala 3	Erschöpfendes versus dynamisches Befinden	.967	9
Skala 4	Aggressive versus nachgiebige Stimmung	.933	9
Skala 5	Gehemmted versus spontanes Befinden	.912	9
Skala 6	Verlassenheits- versus Geborgenheitsgefühl	.938	9
Skala 7	Gestörtes Allgemeinbefinden versus Wohlbefinden	.970	18

Tabelle 6 - Cronbach Alpha des EMI-B

Aufgrund der in Tabelle 6 angeführten Prüfgrößen kann das Emotionalitätsinventar über alle sieben Skalen hinweg, sowohl beim ersten als auch beim zweiten Messzeitpunkt als ein zuverlässiges Messinstrument angesehen werden.

Mittels des Emotionalitätsinventars soll der Frage nachgegangen werden, ob es eine signifikante Veränderung bezüglich der Emotionslage zwischen substanzabhängigen Klienten mit richterlicher Weisung im Programm „Therapie statt Strafe“ und substanzabhängigen Klienten, die aus anderen Motiven eine ambulante Suchttherapiestelle aufsuchen, nach sechsmonatiger Therapie im Vergleich zum Therapiebeginn, gibt.

Tabelle 7 zeigt die durchschnittlichen Werte sowie die Standardabweichungen der sieben Skalen zum emotionalen Befinden in Abhängigkeit zur Gruppenzugehörigkeit zu beiden Messzeitpunkten.

Skala	Gruppe	Anzahl	Messzeitpunkt 1	Messzeitpunkt 2
Skala 1	Klienten mit Weisung	23	2.72 (0.85)	2.81 (0.99)
	Klienten ohne Weisung	20	3.98 (0.74)	3.63 (0.98)
Skala 2	Klienten mit Weisung	23	2.73 (0.95)	2.56 (1.06)
	Klienten ohne Weisung	20	3.58 (0.83)	3.52 (1.10)
Skala 3	Klienten mit Weisung	23	3.01 (1.13)	2.76 (1.18)
	Klienten ohne Weisung	20	4.04 (1.06)	3.76 (0.98)
Skala 4	Klienten mit Weisung	23	2.56 (1.07)	2.50 (1.13)
	Klienten ohne Weisung	20	3.41 (0.82)	3.21 (1.02)
Skala 5	Klienten mit Weisung	23	3.05 (0.87)	2.86 (0.81)
	Klienten ohne Weisung	20	3.85 (0.93)	3.69 (1.03)
Skala 6	Klienten mit Weisung	23	3.04 (0.92)	2.66 (1.01)
	Klienten ohne Weisung	20	3.48 (0.95)	3.39 (0.98)
Skala 7	Klienten mit Weisung	23	2.86 (0.80)	2.72 (0.99)
	Klienten ohne Weisung	20	3.88 (0.91)	3.78 (0.92)

Tabelle 7 - Durchschnittlichen Werte der sieben Skalen des EMI-B

Aus Tabelle 7 lässt sich erkennen, dass alle durchschnittlichen Werte vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt leicht sinken. Eine Ausnahme stellt die Skala 1 (Ängstliches versus angstfreies Befinden) in der Untersuchungsgruppe mit Weisung dar, wo der durchschnittliche Wert leicht steigt. Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Untersuchungsgruppe ohne Weisung sowohl beim ersten als auch beim zweiten Messzeitpunkt höhere Werte in den sieben Dimensionen aufweist. Ob diese Unterschiede signifikant ausfallen wird mittels einer multivariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung untersucht. Als Zwischensubjektfaktor zählt die Gruppenzugehörigkeit und als Innersubjektfaktor der Erhebungszeitpunkt. Die sieben abhängigen Variablen stellen die sieben Dimensionen des EMI-B dar.

Zunächst wurden die Daten mittels Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest auf Normalverteilung geprüft. Die Normalverteilung aller Skalen zu beiden Messzeitpunkten kann mit $p > .05$ angenommen werden.

Die Homogenität der Varianzen, berechnet mittels Levene-Test, kann bei allen Skalen zu beiden Erhebungszeitpunkten mit jeweils $p > .05$ angenommen werden,

Die Berechnung der entsprechenden Prüfgrößen mittels multivariater Varianzanalyse mit Messwiederholung ergibt für beide Gruppen keine signifikante Veränderung ($p > .05$) des emotionalen Befindens über die beiden Messzeitpunkte hinweg. Das bedeutet, dass die einzelnen Skalen über die Zeit konstant geblieben sind. Wie sich schon aus der deskriptiven Analyse vermuten ließ, gibt es in allen sieben Skalen einen signifikanten Niveauunterschied ($p < .05$) in Abhängigkeit der Gruppenzugehörigkeit, nämlich in die Richtung, dass Klienten ohne richterliche Weisung durchwegs die höheren Werte erzielten. Es lässt sich allerdings festhalten, dass die Therapie für keine der beiden Untersuchungsgruppen eine höhere Wirksamkeit in Bezug auf die emotionale Befindlichkeit erreichte.

Es stellt sich nun die Frage ob in innerhalb irgendeiner Gruppe in Bezug auf eine Skala der emotionalen Befindlichkeit ein merkbarer Niveauunterschied festgestellt werden kann.

Bei Betrachtung der Wechselwirkungsdiagramme aller Skalen mit freiem Auge, lässt sich lediglich in der Skala „Ängstliches versus angstfreies Befinden“ ein Abfall der durchschnittlichen Werte in der Untersuchungsgruppe ohne Weisung, sowie in der Skala „Verlassenheits- versus Geborgenheitsgefühl“, ein deutlicher Abfall der durchschnittlichen Werte bei den Klienten mit Weisung, feststellen (Abbildung 11).

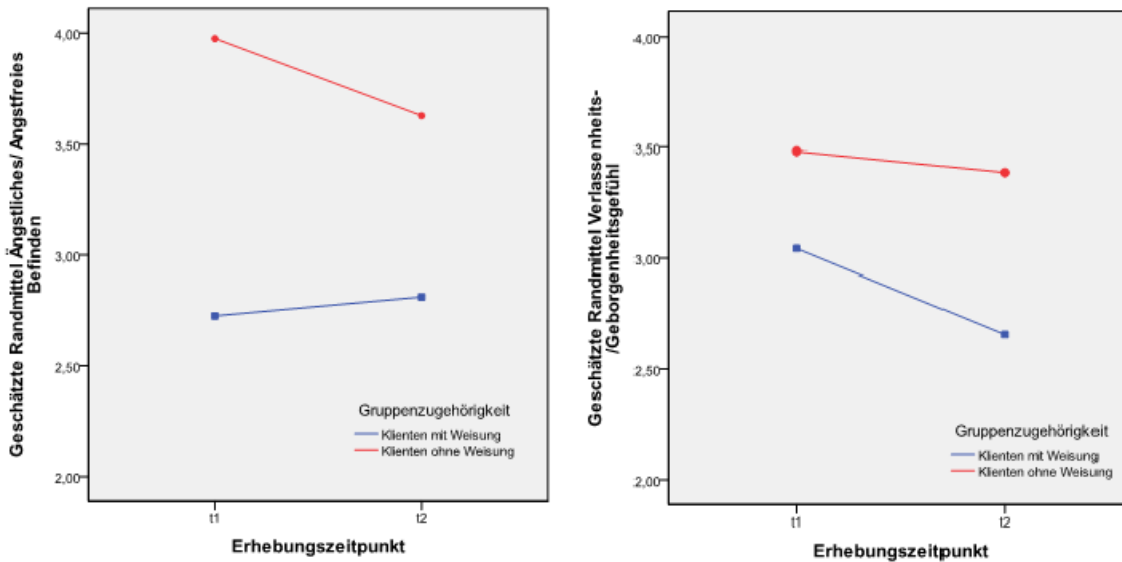


Abbildung 11 - Wechselwirkungsdiagramme der Skalen "Ängstliches versus angstfreies Befinden" und "Verlassenheits- versus Geborgenheitsgefühl"

Um den Unterschied innerhalb der Untersuchungsgruppe, der Klienten ohne Weisung, zu den beiden Messzeitpunkten in der Skala „Ängstliches versus angstfreies Befinden“ zu prüfen, wurde ein abhängiger t-Test berechnet. Die Berechnung der entsprechenden Prüfgröße fiel mit $t(19) = 1.437$ und $p = .167$ nicht signifikant aus. Die Berechnung der standardisierten Effektgröße weit mit $d = 0.40$ auf einen kleinen bis mittleren Effekt hin.

Um nun auch den Unterschied innerhalb der Gruppe, der Klienten mit Weisung, zu beiden Messzeitpunkten in der Skala „Verlassenheits- versus Geborgenheitsgefühl“ zu messen, wurde ebenfalls ein abhängiger t-Test berechnet. In diesem Fall fällt die Berechnung der entsprechenden Prüfgröße mit $t(22) = 2.109$ und $p = .047$ knapp signifikant aus. Allerdings weist die Berechnung der standardisierten Effektgröße auch in diesem Fall mit $d = 0.40$ auf einen kleinen bis mittleren Effekt hin.

Schlussendlich lässt sich die Hypothese in Bezug auf das emotionale Befinden so beantworten, dass es bei den Klienten mit Weisung in der Skala „Verlassenheits- versus Geborgenheitsgefühl“ im Laufe der Zeit einen Niveauunterschied gegeben hat, so dass von einer Veränderung gesprochen werden kann.

13.4. Veränderungsstadienskala (VSS)

Auch bei der Veränderungsstadienskala ist vor der Prüfung der Hypothesen eine Reliabilitätsanalyse angebracht um die Genauigkeit des Messinstruments aufgrund der verringerten Stichprobe von $n = 43$ zu prüfen.

Stufenbezeichnung	Cronbach Alpha	Itemanzahl
Precontemplation	.640	8
Contemplation	.734	8
Action	.862	8
Maintenance	.884	8

Tabelle 8 - Cronbach Alpha der VSS Skalen

Aufgrund der in Tabelle 8 angeführten akzeptablen Prüfgrößen kann auch zum zweiten Erhebungszeitpunkt von einem zuverlässigen Messinstrument ausgegangen werden.

Die Gesamtstichprobe ($n=43$) beschreibt sich zum ersten Testzeitpunkt bezüglich der Veränderungsstadienskala folgendermaßen: Zwei Klienten sehen sich im Stadium Precontemplation, 14 im Stadium Contemplation, 19 im Stadium Action und drei im Stadium Maintenance. Interessant ist zu sehen, dass sich drei Klienten sowohl in der Phase Precontemplation als auch Contemplation sehen. Eine Person beschreibt sich anhand ihrer Werte sowohl mit der Phase Contemplation als auch Maintenance und eine Person befindet sich sowohl in der Phase Action als auch Maintenance. Zum zweiten Messzeitpunkt befindet sich kein Klient mehr im Stadium Precontemplation. Neun Klienten sehen sich in der Phase Contemplation, 27 in der Phase Action und vier in der Phase Maintenance. Zwei Klienten werden sowohl der Phase Contemplation als auch Action zugewiesen und eine Person ist in Phase Action als auch Maintenance.

Zum ersten Messzeitpunkt hat sich gezeigt, dass sich die Klienten ohne Weisung im Gegensatz zu den Klienten mit Weisung signifikant häufiger im Stadium Contemplation (Absichtsbildung) befinden. Im Gegensatz weisen die Klienten mit Weisung den höchsten Wert im Stadium Action (Handlungsphase) auf, welcher sich zum ersten Messzeitpunkt allerdings nicht signifikant von dem Mittelwert der Klienten ohne Weisung unterschieden hat. Um zu überprüfen, ob es diesbezüglich eine Veränderung nach dem Katamnesezeitraum gegeben hat, wurde eine Multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung berechnet. Die Berechnung ergab mit $F(1) = 4.780$ und $p = .035$ für die Handlungsphase ein signifikantes Ergebnis. Aufgrund dessen ist anzunehmen, dass es zwischen den beiden Messzeitpunkten zu einer Veränderung im Stadium der Handlungsphase gekommen ist. Da alle Wechselwirkungen nicht signifikant ausgefallen sind, kann nicht davon ausgegangen werden, dass eine der beiden Untersuchungsgruppen mehr von der Therapie profitiert hat.

Bei Betrachtung der Wechselwirkungsdiagramme der einzelnen Stufen (Abbildung 12) zu beiden Messzeitpunkten in Abhängigkeit der Gruppenzugehörigkeit lässt sich mit freien Augen erkennen, dass es in der Handlungsphase (Action) die größte Veränderung über die Zeit gegeben hat.

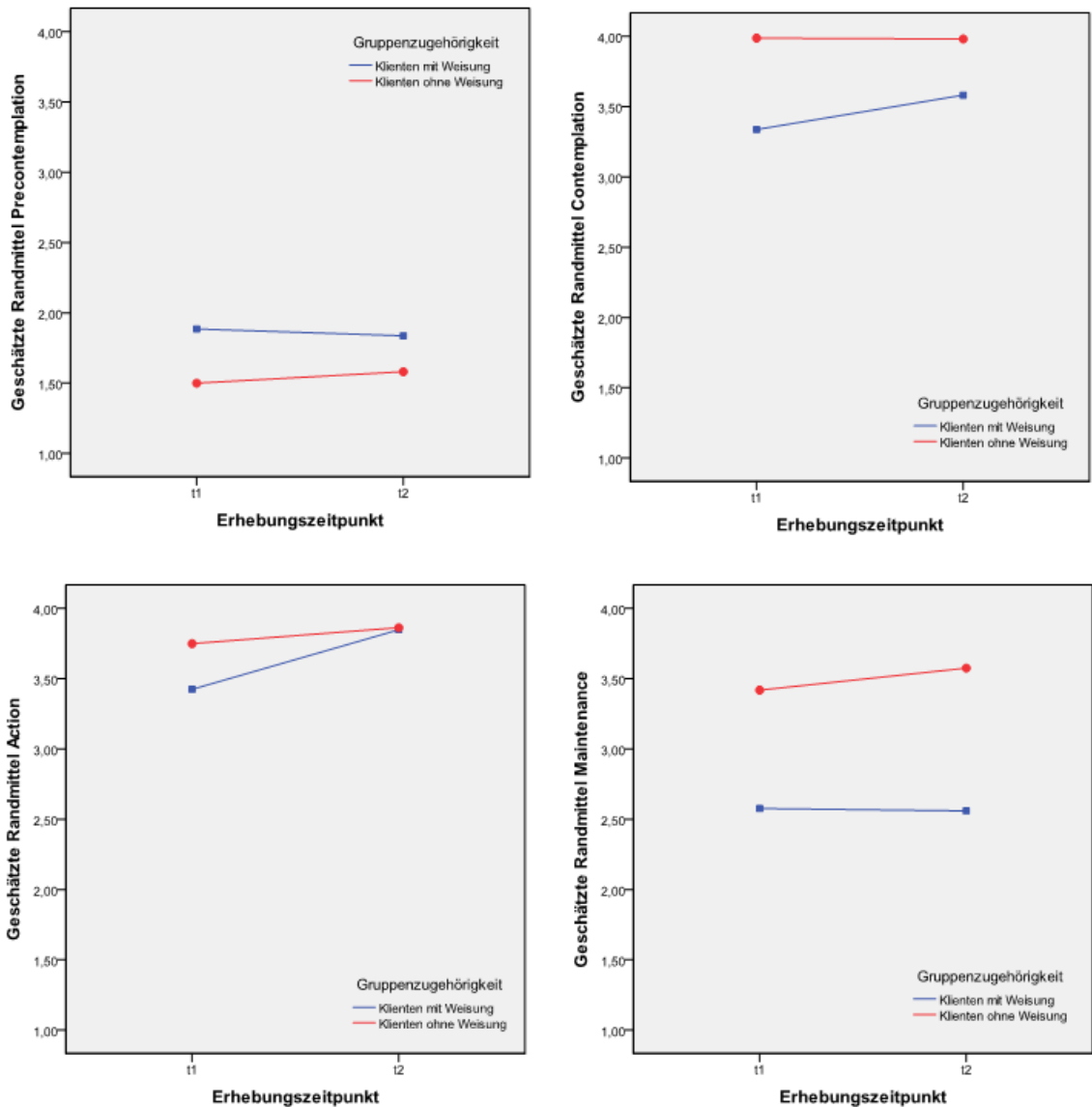


Abbildung 12 - Stufen der Veränderungsstadienskala zu beiden Messzeitpunkten

Zur Überprüfung ob es innerhalb der beiden Gruppen Unterschiede gibt wurde ein t-Tests für abhängige Stichproben berechnet. Gleich wie zum ersten Messzeitpunkt befinden sich die Klienten mit Weisung mit $t(22) = -2.821$ und $p = .010$ signifikant in der Handlungsphase. Für die Klienten ohne Weisung lässt sich keine Signifikanz bezüglich einer Stadienzugehörigkeit finden.

Um im Detail zu überprüfen ob es zwischen den beiden Untersuchungsgruppen zu den jeweiligen Testzeitpunkten Unterschiede gegeben hat wurden vier unabhängige t-Tests berechnet.

Precontemplation	1.Messzeitpunkt	$t(41) = 2.762$	$p = .009$
	2.Messzeitpunkt	$t(34.630) = 1.646$	$p = .109$
Contemplation	1.Messzeitpunkt	$t(37.034) = -2.922$	$p = .006$
	2.Messzeitpunkt	$t(41) = -1.977$	$p = .055$
Action	1.Messzeitpunkt	$t(41) = -1.332$	$p = .190$
	2.Messzeitpunkt	$T(41) = -0.058$	$p = .954$
Maintenance	1.Messzeitpunkt	$t(41) = -2.812$	$p = .008$
	2.Messzeitpunkt	$t(41) = -3.639$	$p = .001$

Tabelle 9 - Unabhängige t-Tests zu Berechnung der Unterschiede zwischen den Gruppen

Aus Tabelle 9 lässt sich ablesen, dass sich zum ersten Erhebungszeitpunkt die Gruppen in den Phasen Precontemplation, Contemplation und Maintenance signifikant unterschieden haben, während zum zweiten Messzeitpunkt lediglich in der Phase Maintenance ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen festgestellt werden kann.

Um festzustellen, ob es eine Verbesserung der Gesamtgruppe zum zweiten Testzeitpunkt gegeben hat, mussten uneindeutige Fälle, d.h. Werte bei denen sich Klienten nicht nur einem Stadium zuordnen ließen, neutralisiert werden. Das bedeutet, dass im Zweifelsfall auf keine Veränderung gesetzt wurde. Es ist darauf geachtet worden, keinen Verfälschungen zu unterliegen. Hat sich eine Person beispielsweise zum ersten Testzeitpunkt in der Phase Contemplation befunden und in der zweiten Phase sowohl in der Phase Contemplation als auch Action, so wurde die Phase Contemplation für den zweiten Testzeitpunkt angenommen. Hat sich eine Person allerdings zum ersten Messzeitpunkt in der Phase Action befunden und zum zweiten Messzeitpunkt sowohl in der Phase Action als auch Contemplation, wurde die Phase Contemplation für den zweiten Messzeitpunkt herangezogen. Die Begründung in dieser Vorgehensweise liegt darin, dass durch die plötzlich höheren Werte in der Contemplation Phase zum zweiten Messzeitpunkt eine Unsicherheit bezüglich der Verhaltensänderung erkennbar ist und somit von einem Rückschritt ausgegangen werden muss. Diese Kategorisierung war notwendig, da andernfalls die folgende Berechnung nicht möglich gewesen wäre.

Um zu überprüfen ob die kategorisierten Stufen eine Verbesserung in der Gesamtgruppe zum zweiten Zeitpunkt anzeigen, wurde ein Vorzeichentest, ein Binominaltest für Veränderungsmessung, berechnet. Es kann eine tendenzielle Verbesserung mit einem $p = .058$ (einseitig) angenommen werden. In Abbildung 13 lässt sich erkennen, wie viel Prozent der Personen in ein früheres Stadium der Veränderungsskala zurückgefallen sind, welche im selben Stadium verharret sind (Bindung) und wie viele in eine höhere Stufe gekommen sind.

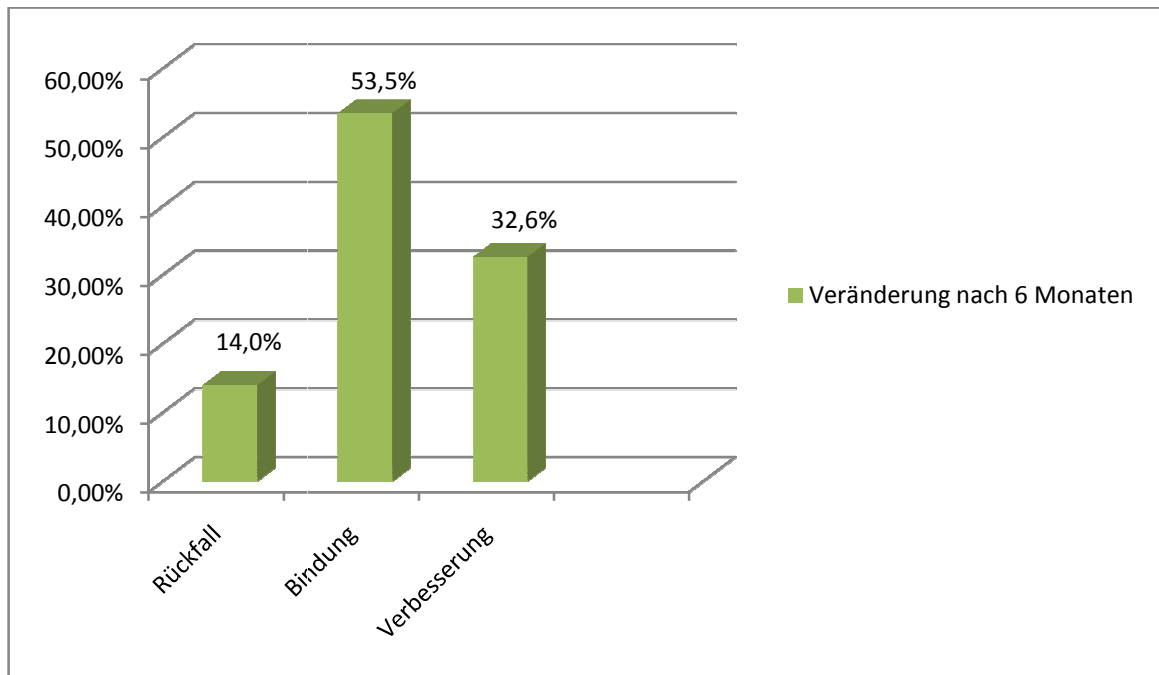


Abbildung 13 - Veränderung des Stadiums der VSS nach 6 Monaten

Folglich wird der Frage nachgegangen, ob es einen Unterschied in der Art der Veränderung in Abhängigkeit zur Gruppenzugehörigkeit gegeben hat. Aus Tabelle 10 lässt sich die deskriptive Auswertung der Veränderung in Abhängigkeit zur Gruppenzugehörigkeit ablesen.

		Veränderung				
			Verschlechterung	Bindung	Verbesserung	Gesamt
Gruppen- zugehörigkeit	Klienten mit Weisung	Anzahl	3	14	6	23
		Erwartete Anzahl	3.2	12.3	7.5	23.0
		% innerhalb von Gruppenzugehörigkeit	13.0%	60.9%	26.1%	100.0%
	Klienten ohne Weisung	Anzahl	3	9	8	20
		Erwartete Anzahl	2.3	11.2	6.5	20.0
		% innerhalb von Gruppenzugehörigkeit	15.0%	45.0%	40.0%	100.0%
Gesamt		Anzahl	6	23	14	43
		Erwartete Anzahl	6.0	23.0	14.0	43.0
		% innerhalb von Gruppenzugehörigkeit	14.0%	53.5%	32.6%	100.0%

Tabelle 10 - Kreuztabelle zur Veränderung in Abhängigkeit zur Gruppenzugehörigkeit

Die Berechnung der entsprechenden Prüfgröße fällt mit χ^2 (korr. nach Fisher) = 1.836 und $p = .460$ nicht signifikant aus. Es kann kein Verteilungsunterschied in der Art der Veränderung in Abhängigkeit der beiden Untersuchungsgruppen angenommen werden.

Es stellt sich nun die Frage, in welcher der beiden Untersuchungsgruppen die Veränderung stattgefunden hat. Die Berechnung der Prüfgröße mittels Vorzeichentest ergibt für die Klienten mit Weisung ein $p = .289$ und für die Klienten ohne Weisung $p = .227$ ein nicht signifikantes Ergebnis, das heißt, es ist nicht von einem Einfluss der Gruppenzugehörigkeit bezüglich der Verbesserung in den Stadien auszugehen.

Aus Abbildung 13 und Tabelle 10 kann man den prozentuellen Anteil an Verbesserungen, Bindungen und Verschlechterungen in Bezug auf die jeweiligen Stufen der Veränderungsstadienskala entnehmen. Es lässt sich allerdings nicht erkennen, welche individuellen Sprünge zwischen den Stufen über die Zeit stattgefunden haben. Tabelle 11 soll diesbezüglich eine Übersicht bieten. Die grau unterlegte Hauptdiagonale der Kreuztabelle spiegelt die Bindungen (keine Veränderung) wieder. Die grün hinterlegten Felder zeigen die Verbesserungen der Gesamtstichprobe über die Zeit hinweg. Es lässt sich erkennen, dass sich zum zweiten Messzeitpunkt keine Person in der Stufe 1

(Precontemplation) befindet. Sehr deutlich zu erkennen ist, dass es zehn Sprünge von Stufe 2 (Contemplation) auf Stufe 3 (Action) gegeben hat. Eine Person ist von Stufe 1 (Precontemplation) sogar zwei Stufen weiter in Stufe 3 gesprungen. Umgekehrt lässt sich allerdings erkennen, dass drei Personen von Stufe 4 (Maintenance) in Stufe 2 (Contemplation) und drei Personen von Stufe 3 (Action) in Stufe 2 (Contemplation), zurück gefallen sind.

		Stadium zum 2.Messzeitpunkt				Gesamt
		1	2	3	4	
Stadium zum 1.Messzeitpunkt	1	-	1	1	-	2
	2	-	5	10	-	15
	3	-	3	17	2	22
	4	-	3	-	1	4
Gesamt		-	12	28	3	43

Tabelle 11 - Sprünge innerhalb der Stadien – Gesamtstichprobe

Tabelle 12 und 13 zeigen die Sprünge innerhalb der Stufen der Veränderungsskala differenziert nach der Gruppenzugehörigkeit. Auch in diesen Darstellungen soll die grau hinterlegte Diagonale die Bindungen darstellen.

		Stadium zum 2.Messzeitpunkt				Gesamt
		1	2	3	4	
Stadium zum 1.Messzeitpunkt	1	-	1	1	-	2
	2	-	2	4	-	6
	3	-	2	12	-	14
	4	-	1	-	-	1
Gesamt		-	6	17	-	23

Tabelle 12 - Sprünge innerhalb der Stadien - Klienten mit Weisung

		Stadium zum 2.Messzeitpunkt				Gesamt
		1	2	3	4	
Stadium zum 1.Messzeitpunkt	1	-	-	-	-	-
	2	-	3	6	-	9
	3	-	1	5	2	8
	4	-	2	-	1	3
Gesamt		-	6	11	3	20

Tabelle 13 - Sprünge innerhalb der Stadien - Klienten ohne Weisung

Sowohl bei den KlientInnen mit Weisung als auch ohne Weisung lässt sich erkennen, dass sich jeweils drei Personen in Bezug auf das Veränderungsstadium verschlechtert haben. Nach dem sechsmonatigen Katamnesezeitraum befindet sich lediglich eine Person in der Maintenance-Phase.

14. Diskussion und Schlussfolgerung

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Studie diskutiert. Es soll ein Zusammenhang zu bisherigen Untersuchungen hergestellt werden, wodurch Unterschiede und Gemeinsamkeiten der jeweiligen Ergebnisse erläutert werden.

Ziel dieser Studie war es zu untersuchen, ob sich Klienten, die aufgrund einer richterlichen Weisung in eine Drogentherapie begeben von Klienten, die aus anderen Motiven eine Drogentherapie begonnen haben, in Bezug auf ihre motivationalen Schemata, ihre Emotionslage und ihres Stadiums der Verhaltensänderung im Sinne des transtheoretischen Modells nach Prochaska, nach einem sechsmonatigen Katamnesezeitraum unterscheiden und ob es zu einer Veränderung innerhalb der Gruppen in Bezug auf die Therapiemotivation, das emotionale Befinden und der Stufe der Verhaltensänderung kommt.

Bevor nun auf die einzelnen Forschungsfragen eingegangen wird, soll auf die Vorselektion durch den Richter eingegangen werden. Die Klienten, welche aufgrund einer richterlichen Weisung im Programm „Therapie statt Strafe“ sind, haben gewisse Kriterien erfüllt, welche den zuständigen Richter dazu veranlasst haben, den Strafaufschub zu bewilligen. Eine wichtige Rolle in diesem Zusammenhang spielt der vom Richter beauftragte Gutachter, welcher darüber befunden soll, ob die Voraussetzungen für einen Strafaufschub nach §39 SMG vorliegen. Der Gutachter hat die Aufgabe die Therapiefähigkeit und Therapiewilligkeit zu untersuchen sowie dem Richter einen Vorschlag zu unterbreiten, ob eine ambulante oder stationäre Drogentherapie indiziert ist. Nach welchen Kriterien der Richter schlussendlich sein Urteil fällt, beispielsweise ob zu einem früheren Zeitpunkt schon einmal ein Strafaufschub nach §39 SMG bewilligt wurde, lässt sich nicht näher erkunden.

Für die Vergleichbarkeit der beiden Untersuchungsgruppen war es von Vorteil, dass sich die Klienten mit als auch ohne Weisung in Bezug auf die Verteilung des Geschlechts, des Alters sowie der höchsten abgeschlossenen Schulausbildung zum zweiten Messzeitpunkt im Vergleich zum Therapiebeginn nicht mehr von einander unterscheiden. Es stellt sich

nun die Frage, wie sich die Untersuchungsgruppen nach dem sechsmonatigen Katamnesezeitraum zusammengesetzt haben, so dass es zu keinem Unterschied mehr gekommen ist. In Bezug auf das Geschlecht zeigt sich, dass bei den Klienten mit als auch ohne Weisung gleich viele Personen ausgeschieden sind, entweder durch Abbruch der Therapie oder da sie aus der Studie ausgestiegen sind. Insgesamt konnten 12 Männer und fünf Frauen nicht mehr zum zweiten Messzeitpunkt zur Testung herangezogen werden. Insbesondere in der Untersuchungsgruppe mit Weisung kam es zu einem deutlichen Ausscheiden von Männern (acht im Gegensatz zu einer Frau). In der Untersuchungsgruppe ohne Weisung verhielt sich der Ausfall an Klienten annähernd gleich (vier Männer zu fünf Frauen).

Ebenso lässt sich festhalten, dass von den achtzehn Klienten, welche zum zweiten Messzeitpunkt nicht erneut getestet werden konnten, elf einen Pflichtschulabschluss (acht Personen mit Weisung und drei Personen ohne Weisung) haben. Es ist anzumerken, dass auch Klienten mit anderen Schulbildungen aus der Studie ausgeschieden sind, jedoch waren es im Vergleich zu den Personen mit Pflichtschulabschluss wesentlich weniger.

Bei den angegebenen soziodemographischen Variablen der angegebenen Leitdroge und dem Erhalt von Substitutionsmittel hat sich ein interessantes Ergebnis gezeigt. Klienten ohne Weisung geben bei ihrer präferierten Leitdroge signifikant häufiger Alkohol an als die Klienten mit Weisung. Auf der anderen Seite präferieren Klienten mit Weisung signifikant häufiger Heroin als ihre Leitdroge. Für Alkohol, ein legales Suchtmittel, gibt es kein Substitutionsmittel im Gegensatz zu Heroin. In Bezug auf den Erhalt von Substitutionsmittel besteht allerdings kein signifikanter Unterschied zwischen den zu vergleichenden Gruppen. Es stellt sich nun die Frage, wieso sich die beiden Untersuchungsgruppen bezüglich des Erhalts von Substitutionsmittel nicht unterscheiden, wenn sie zum einen unterschiedliche Leitdrogen präferieren und zum anderen Alkohol nicht substituiert wird. Da sowohl die Hälfte der Klienten mit als auch ohne Weisung nicht substituiert werden, sondern lediglich acht Personen mit Weisung und drei Personen ohne Weisung Substitutionsmittel erhalten, scheint es nicht weiter verwunderlich, dass sich die beiden Untersuchungsgruppen nicht unterscheiden. Die Art der Substitutionsmittel ist ebenfalls annähernd gleich verteilt. Eine weitere Begründung liegt

in der Tatsache, dass die Mehrheit der Klienten unter Polytoxikomanie leiden. Klienten ohne Weisung bezeichnen zwar Alkohol als ihre Leitdroge, allerdings auch 15% Heroin, 5% Kokain und 10% Cannabis als ihre Leitdroge nennen, wodurch es deutlich wird, dass es auch in der Untersuchungsgruppe ohne Weisung zur Gabe von Substitutionsmittel kommt.

Der erste Untersuchungsschwerpunkt ist der Frage nachgegangen, ob es eine signifikante Veränderung bezüglich der motivationalen Schemata zwischen substanzabhängigen Klienten mit richterlicher Weisung im Programm „Therapie statt Strafe“ und substanzabhängigen Klienten, die aus anderen Motiven eine ambulante Suchttherapiestelle aufsuchen, nach sechsmonatiger Therapie im Vergleich zum Therapiebeginn, gibt.

Laut Krause (1966, zitiert nach Mladen, 2009) ist Therapiemotivation ein über die Therapie hinweg veränderbares Konstrukt. Er geht davon aus, dass die Motivation, die Therapie zu absolvieren steigt, nachdem erste Erfolge erzielt werden. Die Annahme von Krause konnte in der vorliegenden Studie nicht belegt werden. Es konnte keine Veränderung, das heißt, weder eine steigende noch eine sinkende Therapiemotivation in den Untersuchungsgruppen festgestellt werden. Auch Unterschiede zwischen bzw. innerhalb der Gruppen fielen zu beiden Testzeitpunkten unauffällig aus. Diese Ergebnisse decken sich mit der Studie von Nowak (1997), die ebenfalls die Veränderung der Therapiemotivation über einen Katamnesezeitraum von drei Monaten, bei substanzabhängigen Personen mit und ohne richterliche Weisung, untersucht hat. Eine mögliche Erklärung diesbezüglich könnte sein, dass Klienten, die sich schon längere Zeit (in der vorliegenden Untersuchung seit sechs Monaten) in einer Therapie befinden, intensiv mit ihrem problematischen Verhalten und damit auch der Schwierigkeit der Verhaltensänderung auseinandergesetzt haben. Das Ausmaß der Therapiemotivation könnte aufgrund von Ängsten oder Schamgefühlen unverändert bleiben.

Das Stigma, das Klienten mit richterlicher Weisung, weniger Therapiemotivation aufweisen als Klienten, die aus anderen Motiven eine Drogentherapie beginnen, konnte ebenso wie in der Dissertation von Gegenhuber (2007) in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden. Der Einfluss des Faktors Zwang hatte in Abhängigkeit zur

Gruppenzugehörigkeit keinen Einfluss auf die Therapiemotivation. Es ist jedenfalls festzuhalten, dass eine geringe Therapiemotivation für das Durchhalten einer Therapie ausreichend zu sein scheint.

Eine weitere Herangehensweise bieten Dollard und Miller (1950), welche postuliert haben, dass Therapiemotivation erst dann besteht, wenn die Annäherungstendenz größer als die Vermeidungstendenz ist. Diesbezüglich wird beim Messinstrument FAMOS ein Verhältnis zwischen Vermeidungs- und Annäherungszielen ermittelt. Wird dieser Definition nachgegangen, lässt sich an der vorliegenden Stichprobe erkennen, dass beim zweiten Messzeitpunkt bei 17 Klienten (sechs Personen mit Weisung und 11 Personen ohne Weisung), keine Therapiemotivation festgestellt werden konnte. Zu Therapiebeginn können diverse Gründe für das Nichtvorhandensein einer Therapiemotivation verantwortlich sein, beispielsweise der Druck vom Gericht oder von Freunden oder der Familie, Angst vor dem Danach oder vor dem Versagen. Doch welche Gründe lassen sich für die nicht vorhandene Therapiemotivation nach einem Katamnesezeitraum von sechs Monaten finden?

Eine Erklärung lässt sich durch einen möglichen zwischenzeitlichen Rückfall begründen. Bei einem Rückfall müssen die Motivationsprozesse von neuem begonnen werden (Beiglböck, Feselmayer & Honemann, 2006). Ebenso ist laut den Autoren darauf zu achten, in welcher Phase der Verhaltensänderung sich der Klient nach dem Rückschlag befindet um entsprechend neue Motivationsprozesse starten zu können. Dieses Statement bietet eine ideale Überleitung zu einer weiteren Forschungsfrage der vorliegenden Studie.

Der zweite Untersuchungsschwerpunkt ist der Frage nachgegangen, ob es eine signifikante Veränderung bezüglich des Stadiums im transtheoretischen Modell indem sich substanzabhängige Klienten mit richterlicher Weisung im Programm „Therapie statt Strafe“ befinden und Klienten, die aus anderen Motiven eine ambulante Suchttherapiestelle aufsuchen, nach sechsmonatiger Therapie im Vergleich zum Behandlungsbeginn, gibt.

Es soll wiederum auf die Dissertation von Gegenhuber (2008) eingegangen werden, welche anführt, dass die Veränderungsmotivation zu Beginn der Therapie einen Einfluss

auf den weiteren Therapieverlauf hat. Gegenhuber (2008) stützt sich diesbezüglich auf die Ergebnisse der Untersuchung von Leontieva und KollegInnen (2003), welche zeigen, dass Alkoholiker, die sich zu Therapiebeginn in der Handlungsphase des transtheoretischen Modells befunden haben, nach dreimonatiger Therapie, signifikant weniger Alkohol trinken, weniger Risikoverhalten sowie Abhängigkeitssymptome zeigen im Gegensatz zu Alkoholikern, welche sich zu Beginn in einer früheren Phase befunden haben. In der vorliegenden Untersuchung hat sich zum ersten Messzeitpunkt die Mehrheit der Klienten mit richterlicher Weisung in der Handlungsphase befunden, also jenem Stadium in dem die Verhaltensänderung stattfindet. Die Mehrheit der Klienten, welche aus anderen Motiven eine Drogentherapie gemacht haben, erreichte den höchsten Wert in der Phase der Absichtsbildung, sprich in jenem Stadium wo Betroffene sich ihrem Problem bewusst werden aber noch keine Handlungen setzen, sondern lediglich Pros und Contras der Verhaltensänderung abwägen. Der Unterschied bezüglich der Phase der Absichtsbildung war in Abhängigkeit zur Gruppenzugehörigkeit zum ersten Messzeitpunkt signifikant. Nach dem Katamnesezeitraum von sechs Monaten zeigt sich ein ähnliches Bild bezüglich der höchsten Ausprägungen in den einzelnen Phasen des transtheoretischen Modells in Abhängigkeit zur Gruppenzugehörigkeit. Die Klienten mit richterlicher Weisung erzielten den höchsten Wert wieder in der Handlungsphase, allerdings ist diesmal der Unterschied im Gegensatz zu den Klienten ohne richterliche Weisung signifikant höher. Der Großteil der Klienten ohne richterliche Weisung befindet sich nach wie vor in der Phase der Absichtsbildung; zum zweiten Messzeitpunkt war der Unterschied zu den Klienten mit richterlicher Weisung aber nicht signifikant.

53,5% der Gesamtstichprobe, das heißt sowohl Klienten mit als auch ohne Weisung vom Gericht, verharrten in der gleichen Stufe des transtheoretischen Modells. 14% fielen auf ein früheres Stadium der Verhaltensänderung zurück und 32,6% rückten in ein höheres Stadium vor. Aufgrund der inferenzstatistischen Auswertung kann von einer tendenziellen Verbesserung ausgegangen werden. Prochaska und DiClemente (1983) gehen davon aus, dass Klienten sich unterschiedlich lang in den jeweiligen Phasen aufhalten.

Interessant ist es auch auf die Klienten ein Licht zu werfen, welche die Therapie abgebrochen und so nicht mehr zum zweiten Erhebungszeitpunkt zu Verfügung gestanden haben. Vier von fünf Personen, welche die Therapie abgebrochen haben,

befanden sich zu Therapiebeginn in der Handlungsphase des transtheoretischen Modells. Dieses Ergebnis deckt sich nicht mit den oben erwähnten Ergebnissen von Leontieva und KollegInnen (2003). Interessanterweise hatten genau diese vier Klienten eine Weisung vom Gericht. Wie lassen sich die hohen Werte in der Handlungsphase bei Klienten mit richterlicher Weisung erklären? Eine mögliche Erklärung wäre, dass sich die Klienten mit richterlicher Weisung in Haft schon längere Zeit mit der Therapie auseinandergesetzt haben und aufgrund der Tatsache, dass es zu einer Verurteilung gekommen ist, sich der Schwere ihrer Drogenproblematik eher bewusst sind. Eine andere Möglichkeit wäre, dass Klienten mit Weisung sich bewusst sind, dass über ihren Behandlungsverlauf Protokoll geführt wird und es regelmäßige Rückmeldungen an das Gericht gibt. Für die Klienten mit Weisung vom Gericht gibt es auch die Möglichkeit vor der eigentlichen Drogentherapie Vorbetreuungsgruppen zu besuchen, in denen die Problematik und die Konsequenzen der Drogenproblematik aufgezeigt werden.

Interessant zu beobachten war, dass kein Verteilungsunterschied zwischen substanzabhängigen Klienten mit richterlicher Weisung und Klienten, die aus anderen Motiven eine Drogentherapie begonnen haben, gefunden werden konnte. Es ist daher nicht davon auszugehen, dass der Druck durch die Justiz einen höheren Einfluss auf substanzabhängige Klienten hat, als der soziale Druck der Familie, der Freunde oder anderen Institutionen für substanzabhängige Klienten ohne Weisung vom Gericht.

Der dritte Untersuchungsschwerpunkt ist der Frage nachgegangen, ob es eine signifikante Veränderung bezüglich der Emotionslage zwischen substanzabhängigen Klienten mit richterlicher Weisung im Programm „Therapie statt Strafe“ und substanzabhängigen Klienten, die aus anderen Motiven eine ambulante Suchttherapiestelle aufsuchen, nach sechsmonatiger Therapie im Vergleich zum Therapiebeginn, gibt.

Aus der Deskriptivstatistik zeigt sich, dass bis auf die Skala „Ängstliches versus angstfreies Empfinden“ bei den Klienten mit richterlicher Weisung, alle durchschnittlich angegebenen Werte vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt sinken. Das bedeutet, dass die Klienten die emotionale Belastung als geringer beschrieben haben, jedoch fiel dieser Unterschied nicht signifikant aus. Interessant zu sehen war aber, dass die Klienten ohne richterliche

Weisung, sprich die Klienten, die aus anderen Motiven eine Drogentherapie begonnen haben sowohl zum ersten, als auch zum zweiten Messzeitpunkt höhere Werte in allen Skalen des Emotionalitätsinventars aufweisen. Der Unterschied in Abhängigkeit zur Gruppenzugehörigkeit fiel zum zweiten Messzeitpunkt für alle Dimensionen des Emotionalitätsinventars signifikant aus. Es ist davon auszugehen, dass Klienten, die aus anderen Motiven eine Drogentherapie beginnen, emotional mehr belastet sind als Klienten, die aufgrund einer Weisung vom Gericht eine Therapie machen. Der Druck durch die Familie, von Freunden, der Arbeit oder anderen Institutionen scheint emotional mehr belastender zu sein, als der von der Justiz. Dies lässt sich dadurch begründen, dass neben der Sucht vor allem die Familie und Freunde das soziale Standbein bilden und dass Drogenabhängige mit enormen Verlustängsten zu kämpfen haben. Eventuell könnte die niedrigere emotionale Belastung der Klienten, welche vom Gericht kommen durch den positiven Beschluss des Strafaufschubs eine vorübergehende emotionale Erleichterung erleben und die Therapie im Gegensatz zum Strafvollzug als etwas Positives, beispielsweise die wieder gewonnene Freiheit, schätzen. Personen, die aus anderen Motiven eine Drogentherapie machen, haben zu dem noch die persönliche, wie finanzielle Belastung. Es entstehen Ängste, die Familie oder Freunde zu verlieren, da Menschen, die keine Drogen nehmen sich von Drogensüchtigen im Regelfall distanzieren. Eine weitere Belastung besteht in der Finanzierung der Drogentherapie, die im Normalfall von den Klienten selbst finanziert werden muss. Ein Verlust des Arbeitsplatzes stellt eine enorme Belastung für die Familie und dem Drogensüchtigen selbst dar.

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass die Drogenbehandlung für keine der beiden Untersuchungsgruppen in Bezug auf die emotionale Belastung wirksamer wäre. Die einzige signifikante Verbesserung des emotionalen Befindens lässt sich bei den Klienten mit richterlicher Weisung in der Skala „Verlassenheits- versus Geborgenheitsgefühl“ über den sechsmonatigen Katamnesezeitraum hinweg, finden.

15. Kritik und Forschungsausblick

In der vorliegenden Untersuchung ist es gelungen von den ursprünglich 61 Personen, der Untersuchung von Leeb (2011) zu Therapiebeginn, nach einem sechsmonatigen Katamnesezeitraum 43 Personen erneut bezüglich ihrer motivationalen Schemata, ihrer Emotionslage und dem Stadium der Verhaltensänderung nach dem transtheoretischen Modell von Prochaska zu untersuchen.

Für eine klinische Stichprobe ist die Gesamtanzahl von 43 Personen, davon haben 23 Klienten eine richterliche Weisung und 20 Personen keine Weisung vom Gericht, ausreichend zufriedenstellend. Eine Stichprobe, vergleichbar zum ersten Messzeitpunkt, von 30 Personen pro Gruppe wäre für die Inferenzstatistik von Vorteil gewesen, da bei kleinen Stichproben Effekte sehr groß sein müssen, um statistisch erkennbar zu sein. Ebenso könnte bei einer Verteilung von 30 Personen pro Gruppe von einer Normalverteilung der Daten ausgegangen werden.

Ein weiterer Kritikpunkt liegt in der Rekrutierung der Vergleichsgruppe. Die zweite Untersuchungsgruppe hat aus Klienten bestanden, welche keine richterliche Weisung bekommen und somit aus anderen Motiven eine Drogentherapie begonnen haben. Die ideale Vergleichsgruppe zu den Justizklienten hätte der Warteliste derselben entsprochen. Das bedeutet, Klienten mit richterlicher Weisung, die noch auf einen Therapieplatz warten. Dieses Konzept wurde allerdings aufgrund ethischer Bedenken seitens des Vereins P.A.S.S. verworfen, da eine Aufnahme zur Drogentherapie nicht garantiert werden könne.

Aus den Untersuchungsergebnissen hat sich gezeigt, dass die angegebene Leitdroge in Abhängigkeit zur Gruppenzugehörigkeit signifikant unterschiedlich ist. Klienten mit richterlicher Weisung gaben überwiegend an, Heroin als Leitdroge zu präferieren, während die Klienten ohne Weisung überwiegend Alkohol nannten. Da Alkohol, als Rauschmittel, zu den legalen Drogen zählt und die Klienten ohne richterliche Weisung in dieser Studie keine Probleme mit dem Gesetz aufgrund ihrer Drogenabhängigkeit gehabt haben, ist dieses Ungleichgewicht nicht verwunderlich.

In Bezug auf die verwendeten Fragebögen muss festgehalten werden, dass sowohl beim Fragebogen zur Erfassung der motivationalen Schemata (FAMOS) als auch beim Fragebogen zur Erfassung der emotionalen Befindlichkeit (EMI) gute Deutschkenntnisse der Klienten notwendig waren. Schon bei der Erhebung zum ersten Messzeitpunkt konnten einige Klienten, aufgrund mangelnder Deutschkenntnisse, nicht in die Untersuchung aufgenommen werden. Positiv zu erwähnen ist allerdings die Fragebogenlänge, die seitens der Klienten als zeitlich zumutbar beurteilt wurde.

Ein allgemeines Problem der Selbstbeurteilungsfragebögen ist das Phänomen des sozial erwünschten Antwortverhaltens. Einige Klienten haben, trotz der Instruktion, dass ihre Antworten vertraulich und anonym behandelt werden, nachgefragt ob ihre zuständigen Therapeuten Einsicht in die Fragebögen haben. Es ist bekannt, dass es bei Selbstbeurteilungsfragebögen zu Verzerrungen kommen kann und auch in der vorliegenden Untersuchung ist zum Ausdruck gekommen, dass die Klienten wohl darüber nachdenken, wie die gegebenen Antworten interpretiert werden könnten.

Erwähnenswert ist die Tatsache, dass die Berechnung der Items im Emotionalitätsinventar sonderbar ist. Einige zu beantwortende Items werden bei der Auswertung nicht berücksichtigt; diesbezüglich ist keine weitere Erläuterung im Handbuch zu finden. Des Weiteren beinhaltet die Skala „Gestörtes Allgemeinbefinden versus Wohlbefinden“ Items aus den Skalen „Ängstliches versus angstfreies Befinden“, „Erschöpfendes versus dynamisches Befinden“, „Gehemmtes versus spontanes Befinden“ und „Verlassenheits- versus Geborgenheitsgefühl“. Aufgrund dieser Zuteilung der betreffenden Items kann nicht von einer eindimensionalen Messung ausgegangen werden.

Bei der Auswertung der Veränderungsstadienskala hat sich herausgestellt, dass sich viele Klienten nicht eindeutig einer Stufe der Verhaltensänderung zuordnen konnten. Einige Personen haben bei zwei Stufen eine gleich hohe Punkteanzahl erreicht, so dass Mischformen entstanden sind, welche bei der statistischen Auswertung mit besonderer Sorgfalt berücksichtigt werden mussten, um eine Inferenzstatistik überhaupt möglich zu

machen. Des Weiteren liefert die Veränderungsstadienskala lediglich vier Stadien der Verhaltensänderung während das zugrunde liegende transtheoretische Modell von Prohaska und DiClemente sechs Veränderungsstadien beschreibt.

Für zukünftige Untersuchungen zu der Thematik „Therapie statt Strafe“ wäre es spannend zu untersuchen, inwieweit sich die Ergebnisse der ambulanten mit jenen von stationärer Drogentherapie decken bzw. unterscheiden. Beim stationären Setting unterliegen die Klienten viel strafferen Rahmenbedingungen, so dass die Rolle des Faktor Zwangs wiederum von großem Interesse wäre.

Ein kritischer Punkt, der noch angeführt werden muss, ist die Interpretation des Faktor Zwangs. In dieser Untersuchung wurde Zwang indirekt über die Gruppenzugehörigkeit, je nach dem ob eine richterliche Weisung besteht oder nicht, interpretiert. Für zukünftige Untersuchungen wäre ein entsprechendes Messinstrument zur Operationalisierbarkeit der Variable wünschenswert.

Ebenso ist der weitere Verlauf der Therapie statt Strafe Klienten von großem Interesse, da beispielsweise Meichenbaum und Turk (1994, zitiert nach Hunt & Bospalec, 1974) berichten, dass 60% von den erfolgreich substanzabhängigen Behandelten innerhalb der ersten drei Monate nach Therapieende wieder rückfällig werden. Sind die Betroffenen ein Jahr nach der Drogentherapie weiterhin unter Substitution? Sind sie abstinent? Es wäre generell in Bezug auf das transtheoretische Modell von Interesse, ab welchem Zeitpunkt sich die Klienten in der Stufe Maintenance dauerhaft wiederfinden.

Ein weiterer wichtiger Schritt wäre die Differenzierung der unterschiedlichen Therapieformen bei Drogenabhängigen. Gibt es Unterschiede in Abhängigkeit der Therapieform (klinisch- psychologische Behandlung, Psychotherapie, etc.) bei Klienten mit richterlicher Weisung?

Diese Arbeit sollte weitere Erkenntnisse zum Programm Therapie statt Strafe liefern um das Therapieangebot und das Umgehen mit der Thematik zu optimieren um demnach noch besser auf die Bedürfnisse und Probleme der substanzabhängigen Klienten eingehen zu können.

16. Zusammenfassung

Das Forschungsinteresse der vorliegenden Studie lag darin zu untersuchen, ob es einen signifikanten Unterschied in der Therapiemotivation zwischen substanzabhängigen Klienten mit richterlicher Weisung im Programm „Therapie statt Strafe“ und substanzabhängigen Klienten, die aus anderen Motiven eine ambulante Suchttherapiestelle aufsuchen, nach einem Katamnesezeitraum von sechs Monaten nach Therapiebeginn gibt, und ob sich die Klientelgruppen in Bezug auf ihre Emotionslage und des Veränderungsstadiums unterscheiden.

Insgesamt umfasste die Stichprobe 43 Personen, wobei 23 Personen eine richterliche Weisung aufzuweisen hatten und 20 Personen aus anderen Motiven die Drogentherapie absolviert hatten. Überwiegend männliche Klienten mit niedriger Schulbildung und Weisung vom Gericht konnten zum zweiten Messzeitpunkt nicht mehr rekrutiert werden. Die Untersuchung erfolgte, wie zum ersten Messzeitpunkt, bei der ambulanten Drogeneinrichtung P.A.S.S.

Das durchschnittliche Alter der Personen betrug 33,70 und streckte sich von 21 bis 57. Die Stichprobe setzte sich aus 28 Männern (65,1%) und 15 Frauen (34,9%) zusammen. Die Mehrheit der angegebenen Leitdroge wurde mit Heroin (32,6%) und Alkohol (30,2%) angegeben. In diesem Zusammenhang wurde festgestellt, dass die Gruppe mit richterlichen Weisung signifikant Heroin als Leitdroge nannte und die Gruppe ohne Weisung Alkohol.

Der gesamten Stichprobe wurde der Fragebogen zur Erfassung der motivationalen Schemata (FAMOS) von Grosse Holtforth und Grawe (2002), das Emotionalitätsinventar als Befindlichkeitsmaß (EMI-B) von Ullrich de Muynck und Ullrich (1977) und die Veränderungsstadienskala (VSS) von Heidenreich, Fecht und Hoyer (2001) vorgegeben

In der vorliegenden Studie zeigte sich, dass bezüglich der motivationalen Schemata keine Veränderungen nach dem sechsmonatigen Katamnesezeitraum festgestellt werden konnten. Sowohl die Annäherungs- als auch Vermeidungsziele blieben über die Zeit hinweg unverändert. Des Weiteren wurden weder zwischen als auch innerhalb den

beiden Gruppen Niveauunterschiede festgestellt. Aufgrund der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung kann nicht bestätigt werden, dass es in Bezug auf die Therapiemotivation Unterschiede zwischen Klienten mit richterlicher Weisung und Klienten ohne Weisung gibt. In dieser Untersuchung konnte die Rolle des Faktor Zwangs nicht bestätigt werden.

Die Ergebnisse zur emotionalen Befindlichkeit zeigten, dass Klienten, welche keine Weisung vom Gericht erhalten haben, signifikant mehr belastet sind als Klienten, welche eine Therapieauflage vom Gericht erhalten haben. Es wurden jedoch innerhalb der jeweiligen Gruppen keine Niveauunterschiede im Laufe der Zeit festgestellt, weswegen auch nicht davon ausgegangen werden kann, dass eine der beiden Behandlungsgruppen mehr von der Therapie profitiert haben.

Die Veränderungsstadienskala zeigte auf, dass es eine tendenzielle Veränderung im Stadium der Verhaltensänderung in der gesamten Stichprobe gegeben hat. 14% der Klienten sind in ein höheres Stadium der Verhaltensänderung gerutscht. Es konnte allerdings nicht festgestellt werden in welcher Gruppe die Verhaltensänderung stattgefunden hat. Die Gruppenzugehörigkeit und damit auch der Faktor Zwang, blieben unauffällig.

Anhang

I. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 - Therapiestatus nach 6 Monate.....	49
Abbildung 2 - Anzahl der Personen zum 2. Testzeitpunkt.....	50
Abbildung 3 - Art der Drogenpräferenz in Abhängigkeit zur Gruppenzugehörigkeit.....	52
Abbildung 4 - Substitution in Abhängigkeit zur Gruppenzugehörigkeit.....	53
Abbildung 5 - Wechselwirkungsdiagramm Annäherung x Gruppe	56
Abbildung 6 - Wechselwirkungsdiagramm Vermeidung x Gruppe.....	56
Abbildung 7 - Annäherung und Vermeidung zu den beiden Messzeitpunkten	57
Abbildung 8 - Wechselwirkungsdiagramm Quotient V/A x Gruppe.....	59
Abbildung 9 - Verhältnis der Annäherungs- und Vermeidungstendenzen zum 1. Messzeitpunkt.....	60
Abbildung 10 - Verhältnis der Annäherungs- und Vermeidungstendenzen zum 2. Messzeitpunkt.....	61
Abbildung 11 - Wechselwirkungsdiagramme der Skalen "Ängstliches versus angstfreies Befinden" und "Verlassenheits- versus Geborgenheitsgefühl"	64
Abbildung 12 - Stufen der Veränderungsstadienskala zu beiden Messzeitpunkten.....	67
Abbildung 13 - Veränderung des Stadiums der VSS nach 6 Monaten.....	69

II. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 - Durchschnittliches Lebensalter (Standardabweichung) zum 2. Testzeitpunkt..	50
Tabelle 2 - Kreuztabelle der höchsten abgeschlossenen Schulbildung und der Gruppenzugehörigkeit zum 2. Messzeitpunkt.....	51
Tabelle 3 - Durchschnittlichen Werte der Annäherungs- und Vermeidungsziele	54
Tabelle 4 - Ergebnisse der 4 unabhängigen t-Tests	57
Tabelle 5 - Ergebnisse der 4 abhängigen t-Tests	58
Tabelle 6 - Cronbach Alpha des EMI-B.....	61
Tabelle 7 - Durchschnittlichen Werte der sieben Skalen des EMI-B	62
Tabelle 8 - Cronbach Alpha der VSS Skalen	65
Tabelle 9 - Unabhängige t-Tests zu Berechnung der Unterschiede zwischen den Gruppen	68
Tabelle 10 - Kreuztabelle zur Veränderung in Abhängigkeit zur Gruppenzugehörigkeit	70
Tabelle 11 - Sprünge innerhalb der Stadien – Gesamtstichprobe	71
Tabelle 12 - Sprünge innerhalb der Stadien - Klienten mit Weisung.....	71
Tabelle 13 - Sprünge innerhalb der Stadien - Klienten ohne Weisung.....	72

III. Literaturverzeichnis

Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., & Weiber, R. (2003). *Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung*. Berlin: Springer Verlag.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward u unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), S. 191-215.

Beiglböck, W., Feselmayer, S., & Honemann, E. (2006). *Handbuch zur klinisch-psychologischen Behandlung*. Wien: Springer Verlag.

Bericht zur Drogensituation. (Oktober 2010). Abgerufen am 16. Juni 2011 von http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/Drogensituation_2010.pdf

Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.

Elliot, A. J. (2008). Approach and avoidance motivation. In A. J. Elliot (Ed.), *Handbook of approach and avoidance motivation*. (S. 3–14). New York: Psychology Press.

Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*. Los Angeles: Sage.

Dollard, J., & Miller, N. (1950). *Personality and psychotherapy: an analysis in terms of learning, thinking and culture*. New York: McGraw-Hill.

Litzka, G., Matzka, M., & Zeder, M. (2009). *SMG - Suchtmittelgesetz*. Wien: Verlag Manz.

Drogenbericht. (2003-2005). Abgerufen am 16. Juni 2011 von <http://drogenhilfe.at/downloads/Wiener-Drogenbericht-2003-2005.pdf>

Drogenbericht. (2006-2008). Abgerufen am 16. Juni 2011 von <http://drogenhilfe.at/downloads/Wiener-Drogenbericht-2006-2008.pdf>

Gegenhuber, B., Werdenich, W., & Kryspin-Exner, I. (2007). Justizieller Zwang, Motivation und Therapieerfolg - Eine Evaluationsstudie. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 90 (4), S. 304-316.

Gegenhuber, B. (2008). *Veränderungsmotivation im Quasi-Zwangskontext – Eine Untersuchung bei drogenabhängigen Straftätern in Behandlung*. Wien: Dissertation.

Grosse Holtforth, M., & Grawe, K. (2002). *Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata (FAMOS). Manual*. Göttingen: Verlag Hogrefe.

Heckhausen, J., & Heckhausen, H. (2006). *Motivation und Handeln*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.

Heidenreich T., Fecht J., & Hoyer J.: Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES); in Rist F, Kufner H, Glöckner-Rist A, Schmidt P (Hrsg): *Elektronisches Handbuch für Erhebungsinstrumente im Suchtbereich*. Version 1.00. Mannheim, Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen, 2001.

help.gv.at. (2011). Abgerufen am 16. Juni 2011 von <http://www.help.gv.at/Content.Node/152/Seite.1520260.html>

Kuntz, H. (2007a). *Sucht - Eine Herausforderung im therapeutischen Alltag*. Stuttgart: Verlag Klett-Cotta.

Kuntz, H. (2007b). *Drogen & Sucht - Alles, was sie wissen müssen*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Ladewig, D. (2002). *Sucht und Suchtkrankheiten. Ursachen Symptome Therapien*. München: C.H. Beck Verlag.

Leeb, S. (2011). *Therapiemotivation bei substanzabhängigen Klienten im Programm Therapie statt Strafe*. Wien: unveröffentlichte Diplomarbeit.

- Litzka, G., Matzka, M., & Zeder, M. (2009). *SMG - Suchtmittelgesetz*. Wien: Verlag Manz.
- Maurischat, C. (2001). Abgerufen am 19.02.2011 von <http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2004/424/pdf/154.pdf>
- Meichenbaum, D., & Turk, D. (1994). *Therapiemotivation des Patienten - Ihre Förderung in Medizin und Psychotherapie*. Bern u.a.: Verlag Huber.
- Mladen, S. (2009). *Veränderung der Therapiemotivation bei Patienten mit einer Generalisierten Angststörung in Korrelation zur Symptomveränderung während der stationären psychosomatischen Behandlung*. Bad Aussee: Diplomarbeit
- Otto, J. H. (2000). *Emotionspsychologie – Ein Handbuch*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Saß, H., Wittchen H. -U., & Zaudig, M. (1998). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen u.a.: Hogrefe Verlag.
- Rothermund, K., & Eder, A. (2011). *Allgemeine Psychologie: Motivation und Emotion*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schmidt-Atzert, L. (1996). *Lehrbuch der Emotionspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- SPSS Base 16.0 – Benutzerhandbuch*. (2007). Abgerufen am 27.11.2011 von www.uni-muenster.de/imperia/md/content/ziv/service/software/spss/handbuecher/deutsch/spss_base_benutzerhandbuch_16.0.pdf
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Self change processes, self efficacy and decisional balance across five stages of smoking cessation. *Advances in Cancer Control* , S. 131-140.

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*, S. 390-395.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. *American Psychologist*, 47, S. 1102-1114.

Trimmel, M. (2003). *Allgemeine Psychologie: Motivation, Emotion, Kognition*. Wien: Facultas Verlag.

Ullrich de Mynck, R., & Ullrich, R. (1977). *Das Emotionalitätsinventar als Befindlichkeitsmaß. Testmanual EMI-B*. München: Verlag J.Pfeiffer.

Veith, A. (1997). *Therapiemotivation - Zur Spezifizierung einer unspezifischen Therapievariablen*. Opladen: Westdt. Verl.

IV. Fragebogen motivationaler Schemata

FAMOS

Patient

Bitte machen Sie folgende Angaben zu Ihrer Person:

Codenummer/Name: _____

Alter: _____

Geschlecht: m w

Anleitung:

Sie finden nachstehend eine Liste von Sachverhalten, welche man in unterschiedlichem Maße **positiv empfinden kann** und **anstreben möchte** (Teil 1), und Sachverhalten, welche man **negativ empfinden kann** und lieber **vermeiden möchte** (Teil 2).

Bitte lesen Sie jede Formulierung sorgfältig durch und schätzen Sie sich selbst auf der jeweiligen Skala ein. Überlegen Sie nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es auf Sie persönlich zutrifft.

Bitte lassen Sie keine Zeile aus!

Alle Antworten werden vertraulich behandelt.

Beispiel

Frage: Wie wichtig ist es für Sie, „**sich selbst zu beherrschen**“, unabhängig davon, ob es momentan für sie realisierbar ist, oder ob Sie es schon erreicht haben?

Wenn bei Ihnen als Antwort auf die Frage am besten „**ziemlich wichtig**“ zu trifft, dann kreuzen Sie bitte das entsprechende Kästchen an!

überhaupt nicht wichtig	weniger wichtig	mittel-mäßig wichtig	ziemlich wichtig	außer-ordentlich wichtig
1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5

Teil 1

Bitte beurteilen Sie, wie wichtig das Genannte für Sie ist, unabhängig davon, ob es momentan für Sie realisierbar ist oder ob er/sie es schon erreicht haben!

	überhaupt nicht wichtig	weniger wichtig	mittel-mäßig wichtig	ziemlich wichtig	außer-ordentlich wichtig
1. mich selbst zu beherrschen	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Leistung zu bringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	überhaupt nicht wichtig	weniger wichtig	mittel- mäßig wichtig	ziemlich wichtig	außer- ordentlich wichtig
3. auf mich selbst zu vertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. akzeptiert zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. über ein großes Wissen zu verfügen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. das Leben aus vollen Zügen zu genießen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. meinen Glauben zu leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. bewundert zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. meinen Freiraum zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. besser als andere abzuschneiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. anerkannt zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. etwas zu erleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. einen großen Bekanntenkreis zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. mich zu entspannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. meine Sexualität zu leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. die Situation im Griff zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. unabhängig zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. wichtige Zusammenhänge zu verstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Hilfe zu bekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. eine verlässliche Paarbeziehung zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. andere zu beschützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	überhaupt nicht wichtig	weniger wichtig	mittel- mäßig wichtig	ziemlich wichtig	außer- ordentlich wichtig
22. mich anzustrengen und durchzuhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. etwas für mich zu machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. an mich zu glauben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. meinen Platz in der Welt zu finden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ein spannendes Leben zu führen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. mit jemandem zärtlich zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ein gutes Selbstwertgefühl zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. viele Freunde zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. mich weiterzubilden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. intensiv zu leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. andere zu beeindrucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. anderen zu helfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. geachtet und respektiert zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. viele Kontakte zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. effizient zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. mir selber etwas zu gönnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. eigenständig zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. mich selber unter Kontrolle zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	überhaupt nicht wichtig	weniger wichtig	mittel- mäßig wichtig	ziemlich wichtig	außer- ordentlich wichtig
40. eine intime Beziehung zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. ein tüchtiger Mensch zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Liebe zu erfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. umsorgt zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. selber über mich zu bestimmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. anderen überlegen zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. breite Interessen zu verfolgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. wertgeschätzt zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. viel mit anderen zusammen zu unternehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. beschützt zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. einen Sinn im Leben zu finden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. mich für Schwächere einzusetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. mich als Teil einer höheren Ordnung zu erleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. die Übersicht zu behalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. entlastet zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. ein abwechslungsreiches Leben zu führen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. andere zu unterstützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. mir meines eigenen Wertes bewusst zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teil 2

Bitte beurteilen Sie, wie schlimm das Genannte für Sie ist, unabhängig davon, ob Sie es tatsächlich vermeiden können, und ob Ihnen dies momentan gelingt.

	überhaupt nicht schlimm	weniger schlimm	mittel- mäßig schlimm	ziemlich schlimm	außer- ordentlich schlimm
58. Vorwürfen ausgesetzt zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. nicht genug Liebe und Zuwendung zu erhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. eigene Schwächen zu zeigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. hilflos zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. einsam zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. fremdbestimmt zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. mich mit anderen streiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. mich in peinliche Situationen zu bringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. zu versagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. andere zu verletzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. abhängig zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. nicht zu genügen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. kritisiert zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. eingeengt zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. von anderen getrennt zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. angegriffen zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	überhaupt nicht schlimm	weniger schlimm	mittel- mäßig schlimm	ziemlich schlimm	außer- ordentlich schlimm
74. von Gefühlen überwältigt zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. bestraft zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. nicht respektiert zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. nicht selbst bestimmen zu können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. nicht akzeptiert zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. machtlos zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. mich zu blamieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81. meine Eigenständigkeit zu verlieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82. ertappt zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83. nicht wertgeschätzt zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84. andere aggressiv zu behandeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85. inkompetent zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. verlassen zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. nicht bestätigt zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. Anforderungen nicht zu genügen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. meine eigenen Bedürfnisse zu zeigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90. andere zu verärgern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91. einer Situation ausgeliefert zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. Emotionalitätsinventar

Name Datum Nr. 11 (EMI-B), S. 1

Arbeitsblatt Nr. 11

Das Emotionalitätsinventar EMI als Befindlichkeitsmaß

In diesem Fragebogen geht es um Ihr Befinden in der vorangegangenen Woche. Überlegen Sie jeweils, wie Sie sich in der letzten Woche überwiegend gefühlt haben und kreuzen Sie dann die zutreffende Zahl an.

Lesen Sie zunächst die beiden entgegengesetzten Gefühle pro Zeile durch und entscheiden Sie dann, welche Richtung für Sie eher zutrifft.

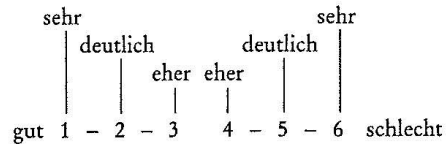
Dann stufen Sie Ihre Antwort ab nach:

- eher zutreffend
- deutlich zutreffend
- sehr zutreffend

Achten Sie darauf, dass die Pole beider Seiten sich oft abwechseln, das heißt: »positive« Gefühle können links oder rechts in der Zeile auftauchen.

Beispiel:

Sie haben bei Nr. X die Begriffe



Sie haben sich während der letzten Woche vorwiegend »sehr gut« gefühlt und kreuzen die Zahl »1« an (falls sehr schlecht die Zahl »6«).

Oder Sie haben sich »deutlich gut« gefühlt und kreuzen die Zahl »2« an (falls deutlich schlecht die Zahl »5«).

Oder Sie haben sich »eher gut« als schlecht gefühlt, dann kreuzen Sie die Zahl »3« an (falls »eher schlecht« als gut die Zahl »4«).

Pro Zeile darf nur eine Zahl angekreuzt werden. Es darf keine Zeile ausgelassen werden.

Kreuzen Sie die Zahlen und nicht die Zwischenräume an.

Name Datum Nr. 11 (EMI-B), S. 2

Während der letzten Woche fühlte ich mich vorwiegend:

	sehr		deutlich		eher		eher		deutlich		sehr	
1. gespannt	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... entspannt
2. locker	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... steif
3. starr	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... gelöst
4. zittrig	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... nicht zittrig
5. ruhig	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... zappelig
6. gelöst	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... verkrampft
7. antriebsarm	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... angetrieben
8. völlig ausgeglichen ..	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... zum Aufspringen
9. federnd gespannt ...	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... angenehm schwer
10. explosiv	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... bequem
11. gehemmt	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... frei
12. verschlossen	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... offen
13. furchtsam	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... furchtlos
14. zögernd	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... spontan
15. schüchtern	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... selbstbewusst
16. draufgängerisch	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... zurückhaltend
17. entscheidungs- freudig	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... abwägend
18. unbefangen	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... befangen
19. vorsichtig	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... risikobereit
20. klar	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... blockiert
21. unruhig	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... ruhig
22. ausgeglichen	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... nervös
23. stabil	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... labil
24. Herzjagen	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... Herzruhe

Während der letzten Woche fühlte ich mich vorwiegend:

	sehr		deutlich		eher		eher		deutlich		sehr
25. hektisch	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6 ... still
26. fröstelnd	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6 ... wohlig warm
27. durcheinander	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6 ... regelmäßig
28. bequem	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6 ... unbequem
29. wohl	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6 ... unwohl
30. überempfindlich ...	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6 ... unempfindlich
31. kraftlos	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6 ... kräftig
32. unternehmungs- lustig	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6 ... erschöpft
33. tatendurstig	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6 ... untätig
34. quicklebendig	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6 ... erschlagen
35. todmüde	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6 ... hellwach
36. passiv	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6 ... aktiv
37. frisch	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6 ... matt
38. träge	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6 ... energievoll
39. munter	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6 ... schlaff
40. schläfrig	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6 ... dynamisch
41. friedlich	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6 ... aggressiv
42. sanft	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6 ... zornig
43. nachgiebig	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6 ... trotzig
44. gelassen	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6 ... wütend
45. gereizt	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6 ... ausgeglichen
46. brav	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6 ... böse
47. feindselig	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6 ... versöhnlich
48. bissig	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6 ... friedfertig

Name Datum Nr. 11 (EMI-B), S. 4

Während der letzten Woche fühlte ich mich vorwiegend:

	sehr		deutlich		eher		eher		deutlich		sehr	
49. kompromissbereit ..	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... kämpferisch
50. giftig	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... neutral
51. unsicher	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... sicher
52. vertraut	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... unheimlich
53. ausgeliefert	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... geschützt
54. umsorgt	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... verlassen
55. hilflos	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... souverän
56. bedroht	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... geborgen
57. todängstlich	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... neutral
58. geordnet	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... chaotisch
59. unbeachtet	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... beachtet
60. geliebt	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... abgewiesen
61. heiter	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... deprimiert
62. froh	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... bedrückt
63. fröhlich	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... traurig
64. lebensmüde	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... lebensbejahend
65. pessimistisch	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... optimistisch
66. hoffnungsvoll	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... resignierend
67. freudig	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... weinerlich
68. zufrieden	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... unzufrieden
69. betrübt	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... beschwingt
70. nicht benötigt	1	-	2	-	3		4	-	5	-	6	... benötigt

VI. Veränderungsstadienskala

Name/Code:

Datum:

Veränderungsstadienskala (VSS: Heidenreich et al., 2001)

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

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

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

	überhaupt nicht zutreffend	ein wenig zutreffend	ziemlich zutreffend	stark zutreffend	sehr stark zutreffend
1. Ich habe persönlich keine Probleme die verändert werden müssten.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2. Ich denke, ich bin jetzt so weit, das mich in einigen Bereichen zu verbessern.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3. Ich bin dabei, etwas gegen die Probleme zu tun, die mich belasten.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4. Es könnte sich lohnen, an meinem Problem zu arbeiten.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Name/Code:

Datum:

	überhaupt nicht zutreffend	ein wenig zutreffend	ziemlich zutreffend	stark zutreffend	sehr stark zutreffend
5. Ich bin kein Problemfall; deshalb macht es keinen Sinn für mich, dass ich eine Psychologische Beratung erhalte.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. Ich mache mir Sorgen, ich könnte wieder in ein Problem geraten, das ich schon verändert habe, deshalb such ich Hilfe durch eine psychologische Beratung.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7. Endlich tue ich etwas gegen mein Problem.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8. Ich habe schon daran gedacht, etwas an mir zu verändern.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9. Ich habe mit Erfolg an meinem Problem gearbeitet, aber ich weiß nicht, ob ich alleine weiterhin durchhalten kann.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
10. Manchmal ist mein Problem schwierig, aber ich arbeite daran.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11. Eine psychologische Beratung ist eine ziemliche Zeitverschwendung für mich, weil das Problem nichts mit mir zu tun hat.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
12. Ich hoffe, mir wird geholfen, mich selbst besser zu verstehen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
13. Ich vermute ich habe Schwächen, aber es gibt nichts, was ich wirklich verändern müsste.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
14. Ich arbeite wirklich hart daran mich zu verändern.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

2

Name/Code:

Datum:

	überhaupt nicht zutreffend	ein wenig zutreffend	ziemlich zutreffend	stark zutreffend	sehr stark zutreffend
15. Ich habe ein Problem, und ich denke wirklich, dass ich daran arbeiten sollte.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
16. Das was ich schon geändert habe, ist nicht so leicht beizubehalten, wie ich gehofft hatte, und ich suche eine psychologische Beratung, um einen Rückfall zu verhindern.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
17. Auch wenn es mir nicht immer gelingt mich zu verändern, so arbeite ich doch zumindest an meinen Problemen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
18. Ich dachte, wenn ich mein Problem einmal gelöst habe, wäre ich es los, aber manchmal kämpfe ich immer noch damit.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
19. Ich wünschte, ich hätte mehr Ideen, wie ich mein Problem lösen kann.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
20. Ich habe schon angefangen, an meinem Problem zu arbeiten, aber ich hätte gerne Hilfe.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
21. Vielleicht kann mir durch eine psychologische Beratung geholfen werden.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
22. Vielleicht brauche ich jetzt einen Schubs, um die Veränderungen aufrechtzuerhalten, die ich schon gemacht habe.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
23. Es könnte sein, dass ich zu dem Problem etwas beigetragen habe, aber eigentlich glaube ich das nicht.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
24. Ich hoffe, dass ein psychologischer Berater einen guten Rat für mich hat.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Name/Code:

Datum:

	überhaupt nicht zutreffend	ein wenig zutreffend	ziemlich zutreffend	stark zutreffend	sehr stark zutreffend
25. Jeder kann darüber reden, dass er sich verändern will; ich tue was dafür.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
26. Dieses ganze Gerede über Psychologie ist langweilig. Die Leute sollten ihre Probleme einfach vergessen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
27. Ich suche eine psychologische Beratung, um einen Rückfall vorzubeugen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
28. Es ist frustrierend, aber ich fürchte, ein Problem, von dem ich dachte, dass ich es gelöst habe, könnte wieder auftauchen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
29. Jeder Mensch hat Sorgen, deshalb sollte ich meine Zeit nicht damit verbringen, darüber nachzudenken.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
30. Ich arbeite aktiv an meinem Problem.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
31. Ich würde lieber lernen, mit meinen Fehlern umzugehen, als den Versuch zu machen, sie zu verändern.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
32. Nach allem was ich unternommen habe, um mein Problem zu verändern, verfolgt es mich doch immer wieder.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

VII. Curriculum Vitae

PERSÖNLICHE DATEN:

Name	Marianne Zwettler
E-Mail-Adresse	marianne.zwettler@gmail.com
Staatsangehörigkeit	Österreich
Geburtsdatum und -ort	19.08.1987, Wien

AUSBILDUNG:

1993 – 1997	Piaristen Volksschule 1080 Wien
1997 – 2002	Piaristen Gymnasium 1080 Wien
2002 – 2007	HTL Ottakring, Informationstechnologie Elektronik Abteilung: Netzwerktechnik
2007 – 2012	Universität Wien, Diplomstudium Psychologie

BERUFLICHE TÄTIGKEIT:

07/2003:	BIG Bundesimmobilien Gesellschaft 1030 Wien, Praktikum Abteilung Technik/ Instandhaltung
07/2004:	BIG Bundesimmobilien Gesellschaft 1030 Wien, Praktikum Abteilung Schulen/Universitäten
07/2005:	VISA SERVICE Kreditkarten AG 1030 Wien, Praktikum Abteilung Organisation/ IT
10/2010 – 03/2011	Univ. Klinik für HNO-Krankheiten, AKH, 1090 Wien Pflichtpraktikum im Ausmaß von 240 Stunden
03/2011 – 06/2011	P.A.S.S. Suchtbehandlungseinrichtung, 1080 Wien Freiwilliges Praktikum
08/2011 – 02/2012	HILL AMC Management GmbH, 1030 Wien Freiwilliges Praktikum Abteilung Forschung und Entwicklung
09/2007 – heute	card complete Service Bank AG, Abteilung Autorisierung, Kartensperre & Emergency Service

WEITERGEHENDE AUSBILDUNG:

Cambridge First Certificate in English
Ersthelfer Grundkurs für Organisationen

BESONDERE KENNTNISSE:

Anwendung des Biofeedback
Kognitives Training COGPACK