



universität  
wien

# DIPLOMARBEIT

Titel der Arbeit

„Selbstdarstellung und Fremdwahrnehmung bei  
Erstgesprächen im Suchtbereich – subjektive  
diagnostische Theorien“

Verfasserin

Mag.<sup>a</sup> Maria Ketscher

angestrebter akademischer Grad:

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer.nat.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 298

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Diplomstudium Psychologie

Betreuerin / Betreuer:

Prof. Dr. Carmen Hagemeyer

## Abstract

---

Verfälschungen zu erkennen ist nicht nur bei Bewerbungsgesprächen im wirtschaftlichen Bereich relevant, sondern kann auch im klinischen Kontext während eines Erstgesprächs Bedeutung haben. In Anlehnung an die bisherigen Forschungsergebnisse wurde mit einem Interview-Leitfaden versucht, implizite diagnostische Theorien zum Thema Diskrepanzen zwischen Selbstdarstellung und Fremdwahrnehmung zu ermitteln. Fokussiert wurde auf BetreuerInnen von Suchteinrichtungen, wobei zwischen den drei dort arbeitenden Berufsgruppen unterschieden wurde (ÄrztInnen, PsychologInnen und SozialarbeiterInnen). Es wurden 15 BetreuerInnen in verschiedenen Suchteinrichtungen interviewt und anschließend zu jeweils drei Erstgesprächen begleitet. Die Interviews ergaben, dass die BetreuerInnen zwar Diskrepanzen zwischen den Angaben der SuchtklientInnen und dem vermittelten Eindruck immer wieder beobachteten konnten, sie diese aber häufig nicht für bewusste Manipulation hielten. Die BetreuerInnen legten selbst wenig Wert auf das Erkennen von Verfälschungen im Erstkontakt, darüber hinaus gäbe es keine Konsequenzen für falsche Angaben. Die KlientInnen würden eher vor zu viel Selbstexposition geschützt. Aufgrund der Besonderheiten in Bezug auf Selbstwahrnehmung und -darstellung des Suchtklientels ist die Validität von Aussagen im Erstgespräch nicht entscheidend, sondern wird als diagnostisches Mittel für die Eindrucksgewinnung verwendet. Es konnten einige Einflussfaktoren auf Offenheit erhoben werden, darunter Misstrauen, der Kontext, die Substanzverschreibung, die Berufsgruppe und das Gefälle zwischen BetreuerIn und KlientIn.

*The detection of falsification is not just of relevance for interviews in the economic sector, but can also take on significance during initial consultations in clinics. In order to identify the discrepancies between self-portrayal and perception by others and express them as implicit diagnostic theories, an interview guideline, based on existing research results, was applied. The focus was on staff in drug treatment facilities, particularly on three groups of people: doctors, psychologists and social workers. In succession 15 advisors in different drug treatment facilities were questioned and each one of them accompanied to 3 preliminary consultations. The interviews showed that there are discrepancies but that these were not perceived as conscious manipulation. The advisors put little emphasis on detecting falsifications in their first meetings and there were no consequences for false information. The clients were rather protected from too much exposition. Due to the specific features of self-perception and -expression of drug addicts, statements during initial consultations are not*

*considered valid, but used as diagnostic means to establish an impression. Following psychological factors were found to have influenced the level of candour: mistrust, context, medical prescription, occupational group and inclination.*

## Danksagung

---

Für die Entstehung dieser Arbeit möchte ich mich vor allem bei meiner Betreuerin Prof. Dr. Carmen Hagemeister bedanken, die mit zahlreichen hilfreichen Hinweisen, viel Zeit, Energie und Motivation diese Arbeit ermöglicht hat.

Ein besonderer Dank gilt auch meinem Vater, Dipl.-Ing. Gerhard Ketscher, der mir eine große Hilfe und Unterstützung bei dieser Arbeit war.

Ich möchte auch den zahlreichen Interview-PartnerInnen dafür danken, dass sie an dieser Untersuchung teilgenommen haben. An dieser Stelle möchte ich mich auch für die Unterstützung durch den Verein „Dialog“ und des „Anton-Proksch-Instituts“ bedanken.

Auch möchte ich mich bei vielen FreundInnen und KollegInnen bedanken, die mich auf sehr unterschiedlicher Art und Weise unterstützt haben, sei es durch ermutigende und motivierende Worte, Geduld oder inhaltliche Anregungen.

Wien, März 2012

Maria Ketscher

## Inhaltsverzeichnis

---

Danksagung.....	4
Abstract .....	2
1. Einleitung .....	9
2. Theorie .....	11
2.1 Erstgespräch .....	12
2.1.1 Besonderheiten bei Erstgespräche im Suchtbereich.....	12
2.1.2 Freiwilligkeit versus Unfreiwilligkeit .....	13
2.1.3 Gestaltung des Erstgesprächs im Suchtbereich.....	14
2.1.4 Berufsgruppenspezifische Besonderheiten bei Erstgesprächen im Suchtbereich.....	15
2.1.5 Das Erstgespräch bei den unterschiedlichen Berufsgruppen im Vergleich.....	18
2.2 Selbstdarstellung und -wahrnehmung im Suchtbereich .....	20
2.2.1 Selbstdarstellung und Selbstbild .....	20
2.2.2 Substanzspezifische Selbstdarstellung im Suchtbereich .....	22
2.2.2.1 Sucht und substanzspezifische Einwirkungen auf die Wahrnehmung...23	
2.2.2.2 Komorbidität .....	24
2.2.2.3 Psychosoziale Aspekte: Beziehungs- und Kommunikationsstrukturen..25	
2.3 Fremdwahrnehmung: Erkennung von Verfälschung aus professioneller Sicht.....	25
2.3.1 Glaubhaftigkeitsbeurteilung .....	26
2.3.2 Zeugenbegutachtung und Ausdrucksverhalten: Kriterien und Grenzen.....	27
3. Methode.....	30
3.1 Aufbau und Durchführung der Untersuchung .....	30
3.1.1 Voruntersuchung – Betroffenen-Interviews .....	30
3.1.2 Institutionen.....	31
3.1.3 Stichprobe.....	33
3.1.3.1 BetreuerInnen .....	34
3.1.3.2 KlientInnen.....	35

3.2 Interviewleitfäden.....	35
3.2.1 Interviewleitfaden für BetreuerInnen .....	36
3.2.2 Interviewleitfaden nach den Erstkontakten .....	37
3.3 Datenerhebung .....	37
3.4 Datenauswertung.....	40
3.4.1 Datenaufarbeitung – Transkription.....	40
3.4.2 Inhaltsanalyse und Kategoriensystem .....	41
3.4.3 Häufigkeitsanalysen und Gruppenvergleiche.....	43
4. Ergebnisse .....	45
4.1 Kategorie „Eindrucksfindung“ .....	45
4.1.1 Äußerungen der BetreuerInnen in Bezug auf „Beobachtung – ich achte auf...“.	47
4.1.2 Äußerungen der BetreuerInnen in Bezug auf „Formales“ .....	48
4.1.3 Äußerungen der BetreuerInnen in Bezug auf „Subjektive Theorien“ .....	49
4.1.4 Äußerungen der BetreuerInnen in Bezug auf „Besonderheiten des Suchtklientels – allgemein“ .....	50
4.2 Kategorie: „Besonderheiten des Suchtklientels in Bezug auf Selbstdarstellung und Fremdwahrnehmung“ .....	50
4.2.1 Äußerungen der BetreuerInnen in Bezug auf die „Selbstwahrnehmung“ .....	53
4.2.2 Äußerungen der BetreuerInnen in Bezug auf die „Selbstdarstellung“ .....	54
4.2.3 Äußerungen der BetreuerInnen in Bezug auf „Diskrepanzen zwischen Selbstwahrnehmung und Selbstdarstellung“ .....	55
4.2.4 Äußerungen der BetreuerInnen in Bezug auf die „Besonderheiten der Lebenswelt des Suchtklientels“ .....	56
4.3 Kategorie „Vorbeugen – was tue ich, um zu verhindern, dass jemand nicht die Wahrheit sagt?“ .....	56
4.4 Kategorie „Wie erkennen ich, dass jemand nicht die Wahrheit sagt?“ .....	58
4.4.1 Äußerungen der BetreuerInnen in Bezug auf „Einflussfaktoren auf die Offenheit“ .....	60
4.4.2 Äußerungen der BetreuerInnen in Bezug auf den „Kontext“ .....	61

4.5 Kategorie „Konsequenzen, wenn sie nicht die Wahrheit sagen – wie gehe ich damit um?“ .....	64
5. Diskussion .....	67
5.1 Erstgespräch .....	67
5.1.1 Eindrucksfindung allgemein .....	67
5.1.2 Besonderheiten des Suchtklientels .....	69
5.1.3 Gestaltung des Erstgesprächs .....	71
5.2 Selbstwahrnehmung und -darstellung .....	75
5.2.1 Selbstwahrnehmung .....	75
5.2.2 Selbstdarstellung .....	77
5.3 Diskrepanzen zwischen Selbstdarstellung und Fremdwahrnehmung .....	80
6. Kritik an der Studie und Ausblick .....	83
Literatur .....	84
Anhang .....	89

## Vorwort

---

Prof. Dr. Carmen Hagemeister untersucht das Erkennen von Verfälschung bei Bewerbungsgesprächen, d.h. wie und durch welche Kriterien erkannt werden kann, wenn jemand versucht zu täuschen. Da die Autorin seit mehreren Jahren im Suchtbereich tätig ist, lag der Wunsch nahe, die Diplomarbeit im klinischen Forschungsfeld zu schreiben. So kam es in Absprache mit Prof. Dr. Hagemeister zur folgender Fragestellung: „Woran machen die BetreuerInnen in einer Suchteinrichtung fest, ob jemand die Wahrheit sagt oder nicht?“

Nach einem Gespräch mit dem psychosozialen Leiter des Vereins „Dialog“, Mag. Christof Zedrosser, musste die Fragestellung an den klinischen Kontext angepasst werden: Im klinischen Bereich kann nicht von Lüge oder Wahrheit gesprochen werden, da von außen wahrgenommene „Lügen“ oft keine bewusste Verfälschungen der Realität sind, sondern Symptome von klinischen Krankheitsbildern. So wurden die Fragestellung und das Thema der Diplomarbeit an den klinischen Bereich angepasst: Entsprechend untersucht diese Arbeit die subjektiven diagnostischen Theorien der BetreuerInnen im Suchtbereich. Es sollen Diskrepanzen zwischen Selbstbeschreibung und -darstellung und der Fremdwahrnehmung durch die SuchtbetreuerInnen untersucht werden.

## 1. Einleitung

Vor der Aufnahme in eine Behandlung muss abgeklärt werden, ob eine Person von den angebotenen Unterstützungsmöglichkeiten profitieren kann. Hierfür wird ein Erstgespräch, ähnlich einem Vorstellungsgespräch im wirtschaftlichen Bereich, durchgeführt: Die Person wird anhand von Fragen und Reaktionen eingeschätzt und aufgrund dieser Einschätzungen werden Behandlungsentscheidungen getroffen. Hierfür gibt es Vorstellungsgespräche oder Assessmentcenter im wirtschaftlichen, Anamnesegespräch und Exploration im klinischen Kontext. In der Arbeit mit kranken Menschen kommen allerdings nicht dieselben Kriterien wie im ökonomischen Bereich zu tragen, daher bleibt es nicht bei der bloßen Einschätzung, ob die Person gewissen Anforderungen entspricht, sondern es kommt zu einer darüberhinausgehenden Eindrucksfindung. Es spielen neben definierten Kriterien, wie Kriterien der Diagnostik-Instrumente (z.B. ICD-10) oder durch Rahmenbedingungen (z.B. Spezialisierung einer Einrichtung), auch immer implizite diagnostische Theorien eine Rolle.

Im ökonomischen Bereich kommt es in Vorstellungsgesprächen immer wieder zu Verfälschungen, die bereits Gegenstand aktueller Forschung sind. Es kommt auch im Suchtbereich vor, dass im Erstgespräch Abweichungen zwischen der Selbstdarstellung der/des KlientIn und der Fremdwahrnehmung durch den/die BetreuerIn festgestellt werden. Wie solche Diskrepanzen erkannt werden können, wie mit diesen im Suchtbereich umgegangen wird, was durch diese bei den BetreuerInnen implizit ausgelöst wird und welche Konsequenzen sie für den/die KlientIn bedeuten können, wird Thema dieser Untersuchung sein.

Um dieses Thema zu erforschen, wurden inhaltsrelevante Informationen zur Abwicklung von Erstgespräche, zu den Prinzipien der Personenwahrnehmung, zur Persönlichkeitseinschätzung und zur Wahrnehmungspsychologie, sowie zu Elementen der forensische Psychologie und der Glaubhaftigkeitsbeurteilung, herangezogen.

In einem ersten Schritt wurde die für das Thema relevante Literatur gesucht und geordnet. Da keine dem Diplomarbeitsthema entsprechenden Studien gefunden wurden, mussten die relevanten Informationen mittels eines eigens erstellten Interviewleitfadens erhoben werden. Gemäß des „Problemzentrierten Interviews“ (Mayring, 2002; genaueres siehe Kapitel 7.4) wurden die Interview-Leitfäden anhand der sich aus der Literatur ergebenden Fragen erstellt:

Es wurden implizite diagnostische Theorien aus der Literatur herausgefiltert und zu Fragen umformuliert. Eine detaillierte Beschreibung der Untersuchung findet sich im Methodenteil.

In Folge werden nun die relevanten Angaben aus der Literatur zusammengefasst, die letztlich Grundlage des Interviewleitfadens waren. Am Ende jedes Kapitel werden jene Fragen angeführt, die in einem weiteren Schritt – geordnet, neu strukturiert und umformuliert – den BetreuerInnen-Interviewleitfaden bildeten. Begonnen wurde mit der Frage, wie die unterschiedlichen Berufsgruppen ein Erstgespräch gestalten und inwieweit die Besonderheiten des Suchtklientels dieses beeinflussen.

## 2. Theorie

Jeder diagnostischen Entscheidung im klinischen Bereich geht eine professionell gestaltete Informationserhebung in Form eines Erstgesprächs voraus. Es wird angenommen, dass sowohl der klinische Bereich als auch die Berufsgruppe das Erstgespräch beeinflussen. Entsprechend wird im Zuge dieses Kapitels der Fokus auf die Besonderheiten der Gestaltung von Erstgesprächen im Suchtbereich und auf die berufsgruppenspezifische Handhabung, also die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Gestaltung von Erstgesprächen durch PsychologInnen, SozialarbeiterInnen und ÄrztInnen gelegt. In den untersuchten Suchtberatungsstellen arbeiten in der KlientInnenbetreuung fast ausschließlich ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen und PsychologInnen, was der Grund für diese Auswahl war.

Wie auch bereits in der Einleitung angedeutet, wurden aufgrund fehlender Quellen auch angrenzende Bereiche in diese Arbeit mit aufgenommen. An dieser Stelle soll kurz auf die Persönlichkeitseinschätzungen eingegangen werden, die ein Schlüsselement bei der Eindrucksbildung darstellen und von folgenden Faktoren abhängig sind: den Eigenschaften der Zielperson, den einzuschätzenden Merkmalen sowie den zur Verfügung stehenden Informationen (Spinath, 2000). Die hier zum Tragen kommende Personenwahrnehmung ist ein Konglomerat aus Verhaltens- und Situationsinformationen, den daraus generierten Zuschreibungen sowie den durch Vorinformationen entstandenen Erwartungen. Es wird versucht anhand der wahrgenommenen Äußerungen und Handlungen eines Menschen auf seine Absichten, Stimmungen, Eigenschaften und Einstellungen zu schließen (Herkner, 2001) und so letztlich zu einer Eindrucksfindung zu kommen. Neben objektivierbaren Kriterien schwingen hier auch immer sogenannte Interferenzen mit, wobei von beobachtbaren Reizen (wie dem Gesichtsausdruck oder Teilen des Verhaltens) auf „nicht beobachtbare Variablen wie Stimmung und Persönlichkeitsmerkmale geschlossen“ (Herkner, 2001, S. 277) wird. So wird die Eindrucksfindung u.a. durch implizite Theorien beeinflusst, die anhand von Vorerfahrungen, Informationen und Zuschreibungen gebildet wurden. Ob nun diese Kriterien während der Erstkontakte Anwendung finden, soll im Zuge dieser Untersuchung festgestellt werden.

In Folge soll dargestellt werden, welche Besonderheiten bei Erstgesprächen im Suchtbereich bestehen und ein Überblick über die theoretischen Handhabungen der unterschiedlichen Berufsgruppen gegeben werden.

## 2.1 Erstgespräch

Bei einem Erstgespräch in Suchtberatungen soll abgeklärt werden, ob ein Sucht- bzw. Drogenproblem besteht, ob es zusätzlich behandlungsrelevante Auffälligkeiten gibt (sowohl psychische als auch medizinische) und ob ein darüber hinausgehender Unterstützungsbedarf (v.a. sozialarbeiterisch) besteht. Um diese Fragen beantworten zu können, wird eine genaue Substanzanamnese durchgeführt, die Person über relevante Bereiche befragt, wie beispielsweise über die aktuellen Lebensbedingungen (z.B. Wohnsituation, finanzielle Situation), das soziale und berufliche Umfeld, frühere Behandlungen oder Vorerkrankungen. Ziel des Erstgesprächs ist die Erstellung einer Diagnose und die Einschätzung des Behandlungs- bzw. des Unterstützungsbedarfs. Das Erstgespräch dient außerdem als Entscheidungsgrundlage für eine mögliche Betreuungsübernahme durch eine Institution.

Auf genauere Angaben zu den Vorgehensweisen in den untersuchten Institutionen soll im empirischen Teil dieser Arbeit eingegangen werden. Die besonderen Herausforderungen die ein Erstgespräch im Suchtbereich mit sich bringt und welche berufsgruppenspezifischen Unterschiede festzumachen sind, werden in Folge dargestellt.

### 2.1.1 Besonderheiten bei Erstgespräche im Suchtbereich

Es soll vorangestellt werden, dass viele KlientInnen, die eine Suchteinrichtung zum ersten Mal aufsuchen, in unterschiedlichen Verfassungen erscheinen, was in weiterer Folge Einfluss auf die Informationserhebung nehmen kann. Welche Substanzen eingenommen und wo diese erworben wurden, kann ebenfalls das Gespräch beeinflussen und soll in Folge dargestellt werden.

KlientInnen kommen entweder beeinträchtigt durch Substanzkonsum, entzügig, stabil auf ihre Substitutionsdosis eingestellt oder clean. Die relevanten Substanzen sind Alkohol, Cannabis, Opiate, Kokain, Benzodiazepine, Amphetamine und Halluzinogene<sup>2</sup> und können in sehr unterschiedlicher Art und Weise konsumiert werden (z.B. rauchen, intravenös, nasal), wobei die Form des Konsums die Wirkung verändern kann. Die Substanzen können entweder legal, also ärztlich verschrieben (z.B. Benzodiazepine und Substitutionsmittel) – wobei ein Gefühl

---

2 Die Entscheidung für die Auswahl der relevanten Substanzen war einerseits die in den Klassifikationsmanualen (ICD-10 und DSM IV) angeführten Substanzen und andererseits die von den KlientInnen in den Beratungsstellen gängigsten konsumierten Substanzen – dieses wurde durch Vorgespräche mit erfahrenen BetreuerInnen und aus den dort verwendeten Anamnesebögen erhoben.

des Behandeltdewerdens und des Krankseins mitschwingt –, im Supermarkt (wie Alkohol) oder illegal auf der Straße erworben werden (Vogt, 2004). Darüber hinaus gibt es bei allen missbräuchlich verwendeten Substanzen, neben substanzspezifischen Unterschieden, eine Beeinträchtigung der sozialen und beruflichen Funktionsfähigkeit (American Psychiatric Association, 2003). Entsprechend ist auch der Grund eine Beratungsstelle aufzusuchen und der Zustand der Personen sehr unterschiedlich und muss in der Gestaltung von Erstgesprächen Beachtung finden.

Welcher Hintergrund eine Person in die Betreuungseinrichtung führt, kann sehr unterschiedlich sein und beeinflusst das Auftreten. Die Gründe der KlientInnen in einer Suchtberatung zu gehen, sind sehr unterschiedlich und werden der Einfachheit halber hier in zwei Szenarien unterschieden: Freiwilligkeit und Unfreiwilligkeit (z.B. aufgrund einer gerichtlichen Weisung, durch eine Zuweisung vom Jugendamt oder auf Druck von Angehörigen) – wobei diese Unterscheidung mit Vorbehalt zu betrachten ist, da aufgrund der vielen finanziellen, interpersonalen, psychologischen und soziopolitischen Konsequenzen eines fortgesetzten Suchtmittelkonsums, die Frage der Freiwilligkeit eine schwierige ist. Beck et al. (1997) sprechen bei Drogenmissbrauch und Abhängigkeit über einen Zwangsprozess, „in dessen Verlauf sich die Betroffenen in einem ganzen Geflecht von sozialen, wirtschaftlichen und strafrechtlichen Problemen verstricken, über die sie immer mehr die Kontrolle verlieren“ (Beck et al., 1997, S. 28). Dennoch wird die Unterscheidung zwischen Eigenmotivation und äußerem Druck für diese Arbeit als sinnvoll erachtet, da von einem Einfluss auf die Selbstdarstellung ausgegangen wird.

### 2.1.2 Freiwilligkeit versus Unfreiwilligkeit

Kommen KlientInnen von sich aus in die Beratungsstelle, so ist das ein Resultat eines langen Prozesses: Die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung geht über einen langen Zeitraum, und erst durch die zunehmenden negativen Konsequenzen entsteht eine Veränderungsmotivation (Preuss, Wong & Watzke, 2010). Der erste Kontakt zu einer Suchthilfeeinrichtung ist häufig ambivalent und kann zwischen dem Wunsch nach Abstinenz und der Weiterführung des Konsums schwanken (Preuss et al., 2010). Auch sind oft die Erwartungen unklar (Vogt, 2004). Das Verhalten gegenüber den beratenden Personen wird von dieser Ambivalenz geprägt: Die KlientInnen prüfen zu Beginn, was ihnen angeboten wird, wie mit ihnen umgegangen wird und lassen sich unterschiedlich stark auf die

Gesprächssituation ein. Aufgrund der unterschiedlichen Lebensgeschichten und Erfahrungen, demographischen Daten und Weltanschauungen sprechen Beck und Newman (1997) hier sogar von einem den Beratenden gegenüber innewohnenden Misstrauen. Viele Betroffene sind in kriminelle Aktivitäten verwickelt, wodurch wenig Neigung zur Offenheit besteht, da sie in ihrem unmittelbaren Umfeld gewohnt sind, vorsichtig zu sein und nicht über ihre Drogenaktivitäten zu sprechen (Vogt, 2004).

Oft kommen SuchtklientInnen nicht freiwillig zur Drogenberatung, sondern auf Drängen ihrer Familienangehörigen, ArbeitgeberInnen oder aufgrund gerichtlicher Auflagen (Beck et al., 1997). Besonders bei Letzteren kommt hinzu, dass die Beratenden das Einhalten und oftmals den Verlauf des Erstgesprächs bescheinigen bzw. manchmal sogar bewerten müssen. Für Vogt (2004) haben die BetreuerInnen dadurch ein Machtinstrument in der Hand, das auf die KlientInnen bedrohlich wirken kann. Das dadurch entstehende Gefälle kann starke Auswirkungen auf das Gespräch haben (z.B. Verweigerung des Gesprächs, Bagatellisierungen) (Vogt, 2004).

### 2.1.3 Gestaltung des Erstgesprächs im Suchtbereich

Wie eben beschrieben birgt ein Erstgespräch im Suchtbereich einige besondere Schwierigkeiten in sich, auf die speziell geachtet werden muss, um die notwendigen Informationen und Eindrücke zu erhalten. So beeinflussen die Art der Kontaktaufnahme, das Motivationsstadium (Vgl. Modell der sechs Stadien der Veränderung bei Prochaska und Di Clemente 1982, zitiert nach Miller & Rollnick, 1999, S. 31) und die Erwartungen des/der Betroffenen die Gestaltung des Erstgesprächs. Die Aufgabe der BeraterInnen im Erstgespräch Wertschätzung, Empathie und den Glaube an eine Veränderung zu vermitteln, wird dadurch erschwert, dass die KlientInnen oft unter Substanzeinfluss die Beratungsstelle aufsuchen oder die Ratsuche nicht freiwillig erfolgt – hier gilt: je weniger Druck, desto höher sind die Chancen auf eine Zusammenarbeit (Vogt, 2004). Auf den oben beschriebenen Widerstand, das Misstrauen, das Gefälle bzw. auf die Machtfrage muss offen reagiert und die Therapiemotivation überprüft werden (Preuss et al., 2010). Preuss et al. (2010) weisen darauf hin, wie wichtig es gerade im Erstgespräch mit SuchtklientInnen ist, die „Beziehungsgestaltung und Grenzziehung der therapeutischen und institutionellen Möglichkeiten“ (Preuss et al., 2010, S. 231) zu besprechen und mögliche Bevorzugungen der KlientInnen bzw. Übergriffe den Betreuenden gegenüber zu unterbinden. In Bezug darauf ist die Form und Art der Kommunikation zu beachten. Vogt (2004) rät davon ab, sich des

Szenejargons zu bedienen und schlägt vor, aktiv und reflexiv zuzuhören, offene Fragen zu stellen sowie kurze Zusammenfassungen der Themen anzubieten und Fragen zu stellen. So kann mithilfe der Sprache die erforderliche Nähe und gleichzeitig die notwendige Distanz vermittelt werden (Vogt, 2004). Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Beratung von Suchterkrankten ist die schwierige Position der BeraterInnen: Sie befinden sich in einem Spannungsfeld von unterschiedlichen AkteurInnen und Interessen (die des/der KlientIn, der Institution, der Gesetzgebung und auch der eigenen Vorstellungen und Wünsche). Um eine offene Gesprächssituation zu ermöglichen, müssen äußere Gestaltung (Raumgestaltung oder Festlegung von Rahmenbedingungen) sowie geschlechts-, kultur- und schichtspezifische Unterschiede Beachtung finden (Vogt, 2004). Auf die Einhaltung der allgemeinen professionellen Grundhaltung innerhalb der Diagnostik, also auf eine faire Einstellung, eine neutrale Haltung sowie auf den Umgang mit eigenen Vorurteilen durch soziale Stereotypen, auf implizite Persönlichkeitstheorien und unangemessene Urteilsheuristiken (Westhoff & Kluck, 2008) ist bei Erstgesprächen im Suchtbereich besonders zu achten.

#### 2.1.4 Berufsgruppenspezifische Besonderheiten bei Erstgesprächen im Suchtbereich

Wie bisher gezeigt wurde, gestalten sich Erstgespräche im Suchtbereich besonders herausfordernd. Es soll nun angeführt werden, welche berufsgruppenspezifischen „Richtlinien“ für Erstgespräche im Suchtbereich in der Literatur gefunden wurden und diese sollen hier ohne Anspruch auf Vollständigkeit in Folge kurz dargestellt werden. Für klinische PsychologInnen und auch für ÄrztInnen konnten einige Richtlinien für den Suchtbereich, für SozialarbeiterInnen konnte in der gesichteten Fachliteratur nur allgemeine Richtlinien zum Umgang mit Unwahrheiten gefunden werden.

Klinische PsychologInnen soll bei Erstgesprächen mit SuchtpatientInnen, nach Preuss et al. (2010), ein Fallkonzept erstellen, um die Abhängigkeitserkrankung im Einzelfall besser zu verstehen. Hier wird das Augenmerk besonders auf Copingstrategien, Ressourcen und Risikofaktoren gelegt (Preuss et al., 2010). Es sollte eine Prüfung der Motivation und die Definition der Therapieziele beinhalten (Preuss et al., 2010).

Die Rolle der ÄrztInnen in einer Suchtberatung unterscheidet sich von jener der psychosozialen MitarbeiterInnen<sup>3</sup>, da es sich hier zunächst um einen klaren

---

<sup>3</sup>„Psychosoziale MitarbeiterInnen“ ist ein Begriff aus Suchtinstitutionen und umfasst die SozialarbeiterInnen und die PsychologInnen.

Behandlungsauftrag handelt: Es soll mittels Substitution zu einer Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz sowie zu einer Verbesserung und Stabilisierung des gesundheitlichen Zustandes kommen (Bayerische Akademie für Suchtfragen [BAS], 1999). Entsprechend ist die Aufgabe des Anamnesegesprächs für Mediziner im Suchtbereich, neben einer umfassenden Diagnostik und klinischen Untersuchung, die Erhebung der Vorgeschichte, der Ursachen und der Folgen der Suchtentwicklung. Es wird neben der sozialen und somatischen Anamnese auch eine sehr ausführliche psychiatrische und suchtspezifische Exploration durchgeführt (BAS, 1999). Speziell werden die Gründe für den aktuellen Wunsch nach Betreuung und Substitution abgefragt sowie, wenn vorhanden, Fremdanamnesen beigezogen (in Form von Arztbriefen oder Gesprächen mit Angehörigen).

ÄrztInnen und PsychologInnen haben in den untersuchungsrelevanten Bereichen gemeinsam, dass sowohl Zielformulierung als auch die Motivationsabklärung im Vordergrund stehen und relativ genaue Angaben zu den zu erhebenden Inhalten gemacht werden. Jedoch wird weder auf die Validität von Aussagen und den Umgang mit Unwahrheiten, noch auf die Frage, wie man zu validen Informationen kommen kann, eingegangen. Nicht explizit, aber zumindest erwähnt, werden Diskrepanzen zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung angesprochen: Ein Ziel der PsychologInnen ist die Prüfung der Motivation und die Definition der Therapieziele – also der Versuch, Konkordanz zwischen den Vorschlägen des/der PsychologIn und den Erwartungen des/der KlientIn herzustellen, um so Diskrepanzen zu reduzieren. Bei den ÄrztInnen wird der Wunsch nach Substitution abgefragt und Fremdanamnesen beigezogen, wobei Letzteres als Versuch zur Diskrepanzreduzierung gewertet werden könnte.

Anders verhält es sich bei den SozialarbeiterInnen. Für die Sozialarbeit ist der Wahrheitsgehalt der Aussagen wichtig, da die Interventionen oft im Feld angesetzt sind. Entsprechend stellt sich im sozialarbeiterischen Bereich das Problem der Validität der Diagnosen, da viele Datenbestände auf den Angaben der KlientInnen beruhen und viele KlientInnen gefärbte bzw. nur selektierte Informationen weitergeben. Entsprechend gibt es für SozialarbeiterInnen basale Vorsichtsmaßnahmen, um eine möglichst hohe Validität der Aussagen zu erhalten – darunter z.B. Überprüfung der Fakten, Bewusstsein über die Unsicherheiten der Informationen oder das Einholen von Daten bei anderen Quellen (Pantucek, 2006).

Insgesamt kann man also einen Unterschied in der prinzipiellen Handhabung der Erstgespräche bei SuchtklientInnen und mit Unwahrheiten zwischen ÄrztInnen und

PsychologInnen einerseits und SozialarbeiterInnen andererseits feststellen. Diese ersten Erkenntnisse aus der Literatur haben zu der ersten Forschungsfrage geführt: **„Gibt es im Suchtbereich Besonderheiten bei der Gestaltung von Erstgesprächen – und hier v.a. auch berufsgruppenspezifische Unterschiede? Wird auf Diskrepanzen geachtet und, wenn ja, wie wird berufsgruppenspezifisch damit umgegangen?“**

- *Kennen Sie das, dass Ihnen KlientInnen im Erstkontakt misstrauen? Wenn ja: Wie erklären Sie sich dieses Misstrauen? Woran erkennen Sie das?*
- *Passiert es, dass die KlientInnen mit unrealistischen Erwartungen oder Vorurteilen in die Beratungsstelle kommen?*
- *Haben Sie oft das Gefühl, dass KlientInnen Ihnen etwas verheimlichen? Wenn ja: Woran machen Sie das fest? Was glauben Sie, sind die Gründe dafür?*
- *Gibt es einen Unterschied zwischen WeisungsklientInnen und freiwilligen KlientInnen in ihrer Offenheit? Warum? Wie erklären Sie sich das?*
- *Gibt es ein innewohnendes Misstrauen der KlientInnen?*
- *Spüren manche KlientInnen ein Gefälle – woran erkennen Sie das? Wie wirkt sich das auf die Offenheit des/der KlientInnen Ihnen gegenüber aus? Kann es vorkommen, dass die KlientInnen dadurch weniger offen sind, versuchen etwas zu verheimlichen oder sich in einer gewissen Weise darzustellen? Woran machen Sie das fest (unterschiedliche Glaubenssätze, politische Einstellung, Rollenverteilung)?*
- *Gibt es einen Unterschied zwischen ÄrztInnen, PsychologInnen und SozialarbeiterInnen im Umgang mit den KlientInnen im Erstkontakt? Sind KlientInnen manchmal mehr oder weniger offen? Haben die unterschiedlichen Berufsgruppen Einfluss auf die Offenheit?*
- *Machen Sie etwas bewusst dafür, dass eine entspannte Situation hergestellt wird (Sprache und Aufklärung, Tonfall, Kleidung, Raum, Sprache, Dialekt)?*
- *Achten Sie auf äußere Rahmenbedingungen?*
- *Ist es für Sie eine wichtige Information, wie jemand zu einem Erstkontakt gekommen ist?*
- *Wie gehen sie mit Vorinformationen um (Telefon, Vorinformation)?*
- *Worauf achten Sie auf der nonverbalen Ebene?*
- *Was sagt es für Sie aus, wenn jemand alleine oder zu zweit kommt?*
- *Benutzen Sie besondere Fragetechniken?*
- *Im Zwangskontext ist man als BetreuerIn misstrauischer? Oder sicherer, weil man davon ausgeht, dass dann eher die Wahrheit gesprochen wird?*
- *Umgang der BetreuerInnen mit Zusatzinformation über KlientInnen (Briefe von Gerichten, Laborberichte, Briefe von Krankenhäusern, sowie frühere Erfahrungen mit diesem/dieser KlientIn in der Institution)*
- *Erster Eindruck – was gibt es da für Erwartungen? Gibt es da bereits eigene Theorien über den/die KlientIn? (z.B. kommt zu spät, ist beeinträchtigt)*

Abbildung 1 Interviewfragen zum Themenbereich „Besonderheiten bei Erstgesprächen im Suchtbereich“

Wie es sich bei der Durchführung von Erstgesprächen im Allgemeinen verhält, soll im Folgenden untersucht werden, indem die drei Berufsgruppen in den unterschiedlichen Bereichen gegenübergestellt werden. Es soll hier darauf hingewiesen werden, dass es sich hier um eine theoretische Auseinandersetzung handelt und nicht alle folgenden Erkenntnisse auf den Suchtbereich umzulegen sind.

#### 2.1.5 Das Erstgespräch bei den unterschiedlichen Berufsgruppen im Vergleich

Erstgespräche haben in allen drei Bereichen – sozialarbeiterisch, psychologisch als auch medizinisch – eine wichtige Bedeutung, nehmen stark Einfluss auf die Folgekontakte und werden dementsprechend gestaltet und durchgeführt. Klares gemeinsames Ziel aller Berufsgruppen ist es, eine vertrauensvolle Situation herzustellen, dem Gegenüber Raum zu geben, um seine/ihre subjektive Sicht darstellen zu können. Für alle drei ist es entscheidend, einen Einblick in die Lebensrealität des/der KlientIn zu erlangen und mittels offener Fragen und aktivem Zuhören dieses zu erreichen. Auch werden neben der verbalen Erhebung der Situation auch nonverbale Beobachtungen angestellt – PsychologInnen im Zuge der indirekten Verhaltensbeobachtung (Westhoff & Hagemeyer, 2008; Westhoff & Terlinden-Arzt & Klüber, 2000), die SozialarbeiterInnen wenden das „Experiment“ (Pantucek, 2006, S. 16) bzw. die „Sichtdiagnose“ (Pantucek, 2006, S. 105) an und ÄrztInnen durch „waches Anteilnehmen“ (Roßmanith, 2002b, S. 159). Sehr wichtig ist auf den sich hier ergebenden Unterschied zwischen SozialarbeiterInnen einerseits und den PsychologInnen und ÄrztInnen andererseits hinzuweisen: Während für Erstere die Individualisierung im Vordergrund steht und versucht wird von Typisierung Abstand zu nehmen, ist das erklärte Ziel der beiden anderen Berufsgruppen eine Diagnose zu erheben – also die Person nach bestimmten Kriterien in das diagnostische Schema einzuordnen. Dieses Ziel bringt weitere Verschiedenheiten zum Ausdruck: Die Entwicklung und Vorgeschichte sind wichtige Informationen für ÄrztInnen und PsychologInnen, um in Folge ein Behandlungskonzept zu erstellen. Die SozialarbeiterInnen lehnen den Krankheitsbegriff ab und versuchen anhand der „Eigendiagnose“ (Pantucek, 2006, S. 252) die Handlungsbereitschaft und Motivation der/des KlientIn abzuklären. Das Erstgespräch ist im psychologischen und medizinischen Bereich Entscheidungsgrundlage für das weitere Vorgehen und wird von dem Behandlungsbeginn unterschieden (Vgl. Kubinger, 2006, Pantucek, 2006; Roßmanith, 2002b). Im sozialarbeiterischen Kontext können während des Erstkontaktes bereits erste Interventionen gesetzt werden (Pantucek, 2006).

Die subjektive Sicht der KlientInnen auf das Problem wird von allen Berufsgruppen erhoben, wobei hier von Seiten der PsychologInnen zusätzlich darauf geachtet wird, die eigenen Emotionen mit zu bedenken, um eine faire Einstellung zu erlangen. Für die ÄrztInnen ist hierbei relevant eine „Konvergenz des Krankheitsbildes von Arzt und Patient“ (Roßmanith, 2002b, S. 165) zu erreichen. Die SozialarbeiterInnen explorieren das „präsentierte Problem“ (Pantucek, 2006, S. 255) unabhängig davon, ob es nach ihrer professionellen Einschätzung das vorrangig relevante ist. Zur vorläufigen Einschätzung der Fallsituation des/der KlientIn können im Vorfeld auch Daten, wenn vorhanden, hinzugezogen werden, es muss aber klar unterschieden werden, ob es sich z.B. um Einschätzungen von KollegInnen oder harte Fakten handelt (Pantucek, 2006, S. 122).

PsychologInnen sowie ÄrztInnen legen weiter den Fokus auf die Gestaltung der Rahmenbedingungen, während sozialarbeiterische Erstkontakte überall stattfinden können – dementsprechend wird hier weniger auf das Setting geachtet. Besonderheiten der ÄrztInnen sind noch einerseits die körperliche Untersuchung, die im Zuge eines Erstgesprächs durchgeführt wird, und andererseits die besonderen Rollenerwartungen und Vorurteile, die dieser Berufsgruppe entgegengebracht werden, nämlich eine „Vergöttlichung der ÄrztInnen“ (Roßmanith, 2002a).

Alle drei Berufsgruppen haben das gemeinsame Ziel eine vertrauensvolle Gesprächssituation herzustellen, um ein gutes Verstehen und Kennenlernen der Person zu ermöglichen. Unterschiede zwischen den einzelnen Berufsgruppen wurden v.a. in zwei Bereichen gefunden: einerseits in den Methoden, wie die Informationserhebung von statten geht, andererseits in den unterschiedlichen Zielsetzungen, also Diagnostik für PsychologInnen und ÄrztInnen, für SozialarbeiterInnen eine Grundlage für erste Interventionen zu schaffen.

- *Werden im Erstgespräch bestimmte Fragetechniken verwendet?*
- *Worauf wird im Besonderen bei der Gestaltung der Umgebung geachtet?*
- *Worauf wird bei der Beziehungsarbeit im Besonderen geachtet (eigene Einstellung, Voreingenommenheit, Vorurteile)?*
- *Welche Verhaltensbeobachtungen werden gemacht und wie interpretiert?*
- *Worauf wird beim eigenen Verhalten geachtet?*
- *Wie wird mit Vorinformationen umgegangen? Liegen immer welche vor?*
- *Worauf wird beim ersten Hinschauen, beim ersten Eindruck geachtet?*

Abbildung 2 Interviewfragen zum Themenbereich „Erstgespräche bei unterschiedlichen Berufsgruppen“

Nachdem nun ausführlich die professionelle Gestaltung eines Erstgespräch dargestellt, Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den Berufsgruppen herausgearbeitet sowie Besonderheiten der Erstkontaktgestaltung im Suchtbereich beschrieben wurde, soll nun auf die KlientInnenseite eingegangen werden. So wird in Folge versucht einen Einblick in die Selbstdarstellung und -wahrnehmung von Personen mit substanzgebundener Abhängigkeitssymptomatik zu geben.

## *2.2 Selbstdarstellung und -wahrnehmung im Suchtbereich*

Die Sucht und der damit einhergehende Substanzkonsum haben entscheidenden Einfluss auf körperliche, soziale und psychische Funktionen, u.a. auch auf die Selbstwahrnehmung und -darstellung. In Folge soll hier ein entsprechender Überblick gegeben werden, da alle diese Bereiche die Gestaltung eines Erstkontaktes beeinflussen.

### 2.2.1 Selbstdarstellung und Selbstbild

Die Selbstdarstellung ist eine bewusste Manipulation des Eindrucks, den man versucht beim Gegenüber zu hinterlassen. Es wird häufig fälschlicher Weise angenommen, dass versucht wird einen positiven Eindruck zu hinterlassen, obwohl es vielmehr darum geht etwas Bestimmtes zu provozieren (Franke, 2002; Herkner, 2001). Das Publikum besteht zudem nicht nur aus anderen Menschen, sondern kann auch die eigene Person sein (Herkner, 2001). Selbstdarstellung ist also nicht nur eine Manipulation anderer, sondern kann auch eine Selbsttäuschung sein (Steele, 1988; zitiert nach Herkner, 2001, S. 375).

Konstitutiv für das Selbstbild und in Folge für die Selbstdarstellung sind die bisherigen Erfahrungen. Bisher Erlebtes wird im autobiographischen Gedächtnis gespeichert und besteht aus Selbstschemata, die die Gesamtheit der „subjektiv verarbeiteten Informationen über sich selbst“ (Stube & Weinert, 1987; zitiert nach Piller, 2006, S. 26) und damit alle Überzeugungen eines Menschen über sich und seine Vergangenheit beinhaltet. Die Speicherung erfolgt über Wahrnehmungsfilter und Denkkategorien und beeinflusst in Folge auch die Außenwahrnehmung, sodass nur ein bestimmter Ausschnitt der Realität erfasst wird. Auch die Erinnerung unterliegt einer Selektion und wird als Mittel der Selbstwerterhaltung eingesetzt (z.B. Selbsterhöhung, Rechtfertigung). Das autobiographische Gedächtnis ist zudem

„rekonstruktiv“, d.h. es ist anfällig für „Verzerrungen, Reorganisationen, Kontaminationen und Ergänzungen“ (Greuel et al., 1998, S. 33), also Prozesse, die vor dem bewussten Lügen oder der „Verschönerung“ der eigenen Biographie liegen. Untersuchungen zeigen, dass Inhalte des autobiographischen Gedächtnisses sich solange entwickeln, bis sie eine Übereinstimmung mit dem jeweiligen Selbstkonzept der Person gefunden haben (Greuel et al., 1998). So kann es sein, dass Personen Erinnerungen über sich und ihre Welt haben, die mit der Realität nicht übereinstimmen. Indizien zur Erkennung solcher Diskrepanzen zwischen selbstkonstruierter und gegebener Realität sind Unstimmigkeiten zwischen den geäußerten Emotionen und den dazugehörigen objektiven Ereignissen (Piller, 1996).

Bisher Erlebtes bestimmt auch, wie die Außenwelt wahrgenommen wird (eben über Wahrnehmungsfiler oder Interpretation) und formt so ein subjektive Bild der äußeren Realität. Letztlich wird nur ein subjektiv ausgewählter Ausschnitt der Realität wahrgenommen. Eine wichtige Funktion dieser Selektionsprozesse ist das eigene Selbstbild zu schützen: Besteht Unvereinbarkeit zwischen dem Eigenen und dem Außen kann es zu Deformierung und Verzerrungen der Wahrnehmung kommen (Heigl-Evers, 1995).

Insgesamt zeigt das oben Beschriebene, dass das Selbstbild und die Selbstdarstellung sehr komplexen Strukturen unterliegen, die u.a. den Schutz der Person zur Aufgabe haben und so aufgrund der Selbstwerterhaltung auch Verzerrungen in Kauf nehmen. Es ist ein Wechselspiel zwischen der Außenwahrnehmung, dem Selbstbild und der Selbstwerterhaltung. Die beschriebenen Strukturen scheinen insbesondere im Suchtbereich relevant zu sein, da hier oftmals sowohl innerpsychische als auch wahrnehmungsspezifische Beeinträchtigungen vorliegen. Bei SuchtklientInnen kann also angenommen werden, dass diese Beeinträchtigung Einfluss auf das zuvor beschriebene Wechselspiel hat. Entsprechend ist es an dieser Stelle sinnvoll, näher auf die betreffende Stichprobe einzugehen und hier den Fokus auf das Selbsterleben und die Erfahrungswelt der SuchtklientInnen zu legen. So wird im folgenden Kapitel versucht nach einer allgemeinen Einführung zum Thema Sucht auf die Substanzwirkungen, ihren Einfluss auf Fremd- und Selbstwahrnehmung einzugehen und in weiterer Folge die mit Sucht oft einhergehenden Komorbiditäten und die damit verbundenen Kontakt- und Beziehungsstrukturen herauszuarbeiten.

## 2.2.2 Substanzspezifische Selbstdarstellung im Suchtbereich

Vorangestellt soll werden, dass jeder autobiographische Bericht, also die Nacherzählung eines konkret erlebten Ereignisses oder der eigenen Geschichte, seine Grundlage in der Wachwirklichkeit hat und entsprechend auch den Wahrnehmungsgesetzlichkeiten, die stets konstruktiv und mit Interpretationen behaftet sind, unterliegt. In Anlehnung an die Begutachtung der Glaubhaftigkeit von Zeugenaussagen von psychologischen Sachverständigen wird für die Eindrucksfindung nicht das Ziel sein, zu beurteilen, ob ein Ereignis in der Realität tatsächlich stattgefunden hat oder nicht. Vornehmlich soll entschieden werden, ob der entsprechende Lebensbericht oder die Aussagen der SuchtklientInnen „einen Erlebnishintergrund in der Wirklichkeit“ (Greuel et al., 1998, S5) haben oder nicht. Unter diesem Aspekt soll nun die Wahrnehmung und im Speziellen die Selbstwahrnehmung der Personen mit Suchtproblematik betrachtet werden, um sich an folgende Fragen heranzutasten: Was wurde wahrgenommen und inwieweit kann es mit einer objektiven Realität abgeglichen werden? Was könnten Gründe für Diskrepanzen sein? Was sagt das Erzählte über die Person und ihr Selbsterleben aus? Inwieweit haben die zuvor eingenommen Substanzen Einfluss auf diese Wahrnehmung? Gibt es substanzspezifische Unterschiede?

### *2.2.2.1 Sucht und substanzspezifische Einwirkungen auf die Wahrnehmung*

Wenn von Suchtmittelkonsum gesprochen wird, sind psychoaktive bzw. psychotrope Substanzen gemeint, also jene Stoffe, die auf das Zentralnervensystem mittelbar oder unmittelbar wirken, und dessen Funktionen verändern. Je nach Konsumdauer, der Dosis und Art der eingenommenen Substanz sind die Folgen unterschiedlich. Sie haben Einfluss auf die Wahrnehmung, die Stimmungslage, die kognitiven Funktionen, das Bewusstsein und das Verhalten (Vogt, 2004), verändern den Bezug zur Wirklichkeit und können zu entscheidenden Einschränkungen des Sozialverhaltens und der Kontaktfähigkeit führen. Die Diskrepanz zwischen der Eigen- und Fremdwahrnehmung beginnt immer größer zu werden (Schmidbauer, 2004). Die KlientInnen, die in die Suchtberatung kommen, sind Personen, die ein substanzbezogenes Missbrauchs- oder Abhängigkeitsproblem haben, d.h. sie unterliegen einem der folgenden Störungsprofile: Akute Intoxikation, Schädlicher Gebrauch, Missbrauch, Abhängigkeitssyndrom, Entzugssyndrom oder anderen zusätzlichen psychischen Verhaltensstörungen (Vogt, 2004; American Psychiatric Association, 2003).

Dosis, Substanzart und Applikationsform beeinflussen die Wirkung. In Folge soll kurz darauf eingegangen werden, wie die einzelnen Suchtmittel auf Wahrnehmung – und v.a. Selbstwahrnehmung – und das Verhalten von Personen wirken können. So hat Alkohol ein „immenses Potential zur Selbsttäuschung“ (Schmidbauer, 2004, S. 54), der Cannabis-Konsum kann zu einem amotivationalen Syndrom führen, das bis zu Persönlichkeitsveränderungen (v.a. im Antrieb) reichen kann (Kleiber & Kovar, 1998; Schmidbauer, 2004). Opiate haben neben Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeitsstörungen auch vielfach den sozialen Abstieg und die Beschränkung der Sozialkontakte auf andere konsumierende Personen zur Folge. Letzteres trifft ebenso auf Kokain zu: Aufgrund der sehr hohen Preise am Schwarzmarkt ist ein sozialer Abstieg oft unvermeidbar. Kokain führt zu verminderter Selbstkritik, was auch Folge von Amphetamin-Konsum sein kann (die Personen fühlen sich kompetenter und wohler im zwischenmenschlichen Kontakt) und kann zu massiven Wesensveränderungen führen (z.B. Misstrauen). Die reduzierte Kritikfähigkeit kann so weit gehen, dass beeinträchtigte Personen ihren zunehmenden Realitätsverlust nicht erkennen und immer noch glauben, völlig klar zu sein (Schmidbauer, 2004).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass jede Substanz zwar eine individuelle wie auch intraindividuelle Wirksamkeit hat, aber alle einen Einfluss auf die Selbst- und Außenwahrnehmung sowie auf soziale Kontakte und Beziehungsgestaltung haben. Aber es sind nicht nur die substanzspezifischen Unterschiede, die auf die Beziehungsfähigkeit und die Selbstdarstellung im Zuge eines Erstgespräches Einfluss nehmen – auch die oft mit Suchterkrankungen einhergehenden psychischen Krankheiten sind in diesem Kontext mit zu bedenken.

#### *2.2.2.2 Komorbidität*

Personen mit einem substanzgebundenen Abhängigkeitsproblem haben im Vergleich zur Normalbevölkerung eine überzufällig hohe Rate an psychischen Störungen (Vogt, 2004). Für diese Arbeit interessant sind v.a. die Persönlichkeitsstörungen, da sie Einfluss auf das Verhalten, die Selbstwahrnehmung und die Beziehungsfähigkeit haben – eben jene Aspekte, die bei einem Erstgespräch von hoher Relevanz sind. Im Zuge von Studien zur Aussagetüchtigkeit bei Zeugen wurde bereits ihr Einfluss untersucht, da aufgrund der einhergehenden Störung des Sozialverhaltens die Zeugeneignung fragwürdig ist (Greuel et al.,

1998). Auch in klinischen Untersuchungen hat sich gezeigt, dass Menschen mit Persönlichkeitsstörungen im forensischen Setting bei der Beschreibung ihre Symptomatik übertreiben und versuchen, sich schlechter, d.h. z.B. kränker, darzustellen als es der Realität entspricht (Franke, 2002).

Auch Beck et al. (1997) betonen diese hohe Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Suchtkranken und beschreiben die Persönlichkeitsstörungen als „überdauernde Formen affektiver, kognitiver und beziehungsrelevanter Verhaltensmuster“ (Beck et al., 1997, S. 277), die schwer behandelbar und fehlangepasst sind, sowie auch mit verminderter Reflexionsfähigkeit einhergehen. Beck et al. (1997) ziehen klare Parallelen zwischen dem Verhalten Suchtmittelabhängiger und Personen mit Persönlichkeitsstörung, worunter sie u.a. das Bestehlen von vertrauten Personen, Lügen, wahnhaftes Misstrauen und starken Egozentrismus zusammenfassen (Beck et al., 1997).

### *2.2.2.3 Psychosoziale Aspekte: Beziehungs- und Kommunikationsstrukturen*

Für Fengler (1993) zeichnen sich auch eindeutige Besonderheiten in der Beziehung zwischen Betreuungspersonen und SuchtklientInnen ab, die er durch frühkindliche, höchstproblematische Beziehungserfahrungen erklärt. Er geht davon aus, dass mit Beginn der Sucht die Persönlichkeitsentwicklung zum Stillstand kommt und der/die KlientIn dem/der BetreuerIn auf einer kindlichen Ebene begegnet. Der/Die KlientIn gibt die Verantwortung ab und hofft, dass der/die BetreuerIn alles für ihn/sie zum Guten wenden wird. Die Folge davon sind die Überschätzung der HelferInnen-Ressourcen, Verwöhnungshaltung, Anspruchsdenken, ein symbiotischer Beziehungsaufbau, Spaltung wie auch Ambivalenzen gegenüber dem Suchthilfesystem. Fengler (1993) sieht im Lügen, Intrigieren, in der Realitätsflucht wie auch in der Entfremdung ehemalige notwendige Überlebensstrategien (Fengler, 1993).

Nach Baudis (1995) schafft die süchtige Beziehungsstruktur und nicht die Droge die „Disposition zum Suchtmittelmissbrauch“ (Baudis, 1995, S. 48). Berauscht zu sein macht einen Menschen unerreichbar für Andere und schafft so einen Schutz vor realem Kontaktaufbau (Baudis, 1995; Heigl-Evers, 1995). Der Rauschzustand ermöglicht es, die Kontrolle über die Kommunikation zu behalten, indem ein Beziehungsaufbau und -abbruch jederzeit möglich bleiben. Die Voraussetzungen für ein interaktives Gespräch auf Augenhöhe werden so verhindert. Entsprechend muss in der Arbeit mit abhängigen Personen darauf geachtet werden, sich die entscheidenden Informationen nicht nur aus den Inhalten der

verbalen Mitteilungen zu holen, sondern auf die Art und Weise zu achten, wie sie vorgebracht werden, also auf die nonverbalen Aspekte der Kommunikation (Stimmfarbe und -färbung, körperlichen Begleiterscheinungen und Gestik) (Baudis, 1995).

- *Gibt es Besonderheiten der KlientInnen im Kontakt – hier v.a. im Vergleich zu anderen KlientInnengruppen?*
- *Nehmen Sie Misstrauen im Erstkontakt wahr?*
- *Beeinflusst die Substanz und der Grad der Beeinträchtigung Ihre Eindrucksbildung?*
- *Macht es für Sie einen Unterschied, ob es sich um illegale oder legale Substanzen handelt?*

Abbildung 3 Interviewfragen zum Themenbereich „Selbstwahrnehmung bei KlientInnen mit Suchtproblematik“

Zusammenfassend konnten Besonderheiten in der Wahrnehmung und dem Beziehungsaufbau bei SuchtklientInnen festgestellt werden, die auf unterschiedlichste Faktoren zurückzuführen sind (Suchterkrankung, Substanzwirkung, psychische Erkrankung). Die Beziehung zur Außenwelt ist bei suchtkranken Menschen besonders komplex, da nicht zuletzt jeder Suchtmittelkonsum eine Flucht darstellt und die Wahrnehmung verändert. So ist es schwierig festzumachen, ob und ab wann es sich bei der Verfälschung der Wahrheit um eine bewusste Manipulation, eine Selbsttäuschung oder ein „nicht-Wahrnehmen-können“ handelt. Es soll an dieser Stelle festgehalten werden, dass es im Suchtbereich zwar immer wieder zu Verfälschungen kommt bzw. zu Diskrepanzen zwischen Selbstdarstellung- und Fremdwahrnehmung, allerdings lässt sich nicht beantworten, ob diese nun intentional oder unbewusst erfolgen.

Anhand dieser Erkenntnisse wurde eine weitere Forschungsfrage formuliert: „***Gibt es Besonderheiten in der Selbstwahrnehmung bzw. Selbstdarstellung bei SuchtklientInnen und wie werden diese im Erstgespräch erkennbar?***“

### *2.3 Fremdwahrnehmung: Erkennung von Verfälschung aus professioneller Sicht*

Aus den zwei vorhergehenden Kapiteln geht hervor, wie schwierig die Einschätzung von Menschen mit Suchtproblematik prinzipiell ist, insbesondere in Hinblick darauf, dass SuchtklientInnen zwar dazu neigen, die Realität zu verfälschen, dies ihnen aber nicht bewusst

ist. Dadurch gestaltet sich der Kontaktaufbau zu anderen Menschen sehr oft schwierig und beeinträchtigt auch die Wahrnehmung der Realität.

Um einen prinzipiellen Einblick zu bekommen, wie die Beurteilung von Wahrhaftigkeit in einem anderen Rahmen vor sich geht, wird in Folge die Glaubhaftigkeitsbeurteilung vorgestellt. Dort wird zur Beurteilung der Wahrhaftigkeit von Aussagen prinzipiell eine Unterscheidung zwischen dem unbewussten, nicht gewünschten Irrtum und einem bewussten, intentionalen Täuschungsversuch gemacht. Bei Letzterem muss eine entsprechende Motivation, eine gewisse körperliche Selbstbeherrschung (z.B. des Ausdruckverhaltens) und entsprechende kognitive Fähigkeiten (inhaltliche Planung, Gedächtnisleistung, Qualität der verbalen Inhalte) vorliegen. Bei nichtintentionalen Unwahrheitsaussagen, wo das Gesagte für wahr gehalten wird, werden weder Motivation noch bestimmte Fähigkeiten gebraucht (Greuel et al., 1998; Volbert, 2005; Westhoff & Terlinden-Arzt & Klüber, 2000).

### 2.3.1 Glaubhaftigkeitsbeurteilung

Die forensische Psychologie ist jener klinischer Bereich, bei dem die Einschätzung des Wahrheitsgehaltes der Aussagen von Personen entscheidend für die weitere Vorgehensweise ist. Hier muss anhand verschiedener Kriterien abgeglichen werden, welchen Eindruck eine Person hinterlässt, wie der/die BegutachterIn sie einschätzt und ob eine Person verfälscht oder nicht. Diese Erkenntnisse der forensischen Begutachtung sollen vor allem Aufschluss darüber geben, welche Kriterien es gibt um zu beurteilen, ob jemand etwas verheimlichen möchte bzw. woran eine Diskrepanz zwischen der Selbstdarstellung und dem Eindruck des Beraters/der Beraterin festzumachen ist.

In der forensisch-psychologischen Glaubhaftigkeitsbeurteilung werden keine Personenbegutachtungen durchgeführt, sondern es wird anhand von Aussagenbegutachtungen entschieden, ob eine Person bei einzelnen Aussagen wahrheitsgemäß geantwortet hat oder nicht (Steller, 2005). Hierfür wurden „Realkennzeichen“ oder „Glaubhaftigkeitsmerkmale“ (Steller, 2005, S. 7), oder aber auch Realüberwachungs- und Wirklichkeitskriterien (Greuel et al., 1998, S. 23) definiert, um zu einer sicheren Unterscheidung von Aussagen über tatsächlich stattgefundenen Erlebnisse oder erlogenen Darstellungen zu kommen. Zusätzlich wurden von Greuel et al. (1998) vier Problembereiche unterschieden, die entscheidend für die Glaubhaftigkeitsbegutachtung bei Aussagen sind: „Aussagetüchtigkeit“ (Reichen die kognitiven Fähigkeiten für eine valide Zeugenaussage?), „Wirklichkeitskontrolle“ (Kann der

Zeuge zwischen verschiedenen Wirklichkeitsebenen unterscheiden?), „Täuschungsabsicht“ und „Suggestibilität“ (Gedächtnis- und sozialpsychologische Aspekte der Veränderung der Aussage durch Dritte) (Greuel et al., 1998, S. 10).

Für diese Arbeit von besonderem Interesse ist die Aussagetüchtigkeit, da die KlientInnen oft beeinträchtigt in die Suchteinrichtung kommen. Jager (2007) betont, dass bei Drogenkonsum die Anwendbarkeit der Glaubhaftigkeitskriterien nicht mehr gegeben ist und daher besonderes Augenmerk auf die Rahmenbedingungen (wie die Entstehung und Entwicklung der Aussagen, die motivationale Situation der Person, ihre Leistungsfähigkeit oder die Besonderheiten in ihrem Erleben und Verhalten) gelegt werden muss. Jager (2007) vergleicht die Glaubhaftigkeitsbegutachtung mit einem „Gedankenlesen“ – so werden die motivationalen und kognitiven Strukturen der Person erhoben, um zu wissen, inwieweit die betreffende Person wahrheitsgemäß antwortet bzw. ob und welche Gründe sie für Falschaussagen haben könnte. Letztlich wird zur Beurteilung der Glaubhaftigkeit einer Aussage, neben dem Inhalt auch das begleitende Ausdrucksverhalten mitberücksichtigt (Greuel et al., 1998).

### 2.3.2 Zeugenbegutachtung und Ausdrucksverhalten: Kriterien und Grenzen

Ein spezieller Bereich in der Forensik, wo sowohl verbale als auch nonverbale Informationen hinzugezogen werden, um zu entscheiden, ob eine Person wahrheitsgemäß eine Frage beantwortet oder ob ein Täuschungsversuch vorliegt, ist die Zeugenbegutachtung.

Vor allem das Ausdrucksverhalten, bei dem die sonst von außen unzugänglichen inneren Zustände einer Person zum Ausdruck gebracht werden (Greuel et al., 1998), bietet einen wichtigen Kanal, um Täuschungsabsichten zu erkennen. Hier gelten v.a. visuelle Reize und der Kommunikationsstil als zuverlässige Quellen (Burgoon, Blair & Strom, 2008). Greuel et al (1998) stellen verschiedene Erklärungsansätze vor, die sich mit dem Zusammenhang zwischen Täuschungsabsicht und Ausdrucksverhalten beschäftigen. So beschreiben sie u.a. die Theorie, dass eine „erhöhte Sympathikus-Aktivität“ oder „verschiedene, oft mit Täuschungssituationen verbundene Emotionen“ (Greuel et al. 1998, S. 147), wie die Angst, entdeckt zu werden oder Schuld- und Schamgefühle, für das Ausdrucksverhalten bei Täuschungen verantwortlich sind. Andere Erklärungsansätze gehen davon aus, dass jemand, der täuschen möchte, Hinweise auf diesen Täuschungsversuch im Ausdrucksverhalten zu verbergen und vermehrt zu kontrollieren versucht: So werden der gesprochene Inhalt und die Mimik besonders kontrolliert. Andere Erklärungsansätze stellen die „kognitive

Überforderung“, die sich z.B. durch Versprecher zeigt, als entscheidendes Merkmal für das Beurteilen von der Validität der Aussagen in den Vordergrund (Greuel et al., 1998).

Für Herkner (2001) gibt es ganz klare Eigenschaften in der Kommunikation die Lügen vermuten lassen, darunter verminderten Blickkontakt und Lächeln, vermehrte Haltungsänderungen und Sprachfehler, längere Reaktionszeiten und verlangsamtes Sprechtempo.

Bei einer Täuschungsabsicht können drei verschiedenen Strategien unterscheiden werden, um nicht entdeckt zu werden: dem „Informationsmanagement“ (Kontrolle der verbale Inhalte), dem „Verhaltensmanagement“ (Kontrolle spezifischen nonverbalen Verhaltens) und dem „Imagemanagement“ (positive Selbstpräsentation) (Burgoon et al., 2008). Diese drei Kommunikationsstrategien werden angewandt, um einen generellen Eindruck von Aufrichtigkeit zu erwecken (Burgoon et al., 2008).

- *Wird auf nonverbale Reize geachtet? Auf was wird besonders geachtet? Was sind die Erklärungen für welches Verhalten?*
- *Werden nonverbale Verhaltensweisen unter den KollegInnen besprochen? Holt man sich Rat bei den PsychiaterInnen ein? Gibt es da Workshops? Woher weiß man das?*
- *Achten Sie auf Mimik, Gesichtsausdruck, Verhalten?*
- *Achten Sie darauf, ob die Person alleine oder zu zweit kommt?*
- *Kommt intentionales Verfälschen vor? (Versuch, einen bestimmten Eindruck zu hinterlassen vs. Diskrepanzen zwischen Selbstdarstellung und Fremdwahrnehmung)*
- *Wenden die BetreuerInnen Glaubwürdigkeitskriterien, Realitätsüberwachungskriterien oder Wirklichkeitskriterien an?*
- *Hat der Grad der Beeinträchtigung Einfluss auf die Eindrucksbildung?*
- *Beeinflusst Sie die Tatsache, dass jemand beeinträchtigt in die Beratungsstelle kommt, ihre Eindrucksbildung?*

Abbildung 4. Interviewfragen zum Themenbereich „Fremdwahrnehmung“

Wichtig erscheint in diesem Kontext anzumerken, dass nonverbale Verhaltensweisen bei der Beurteilung des Wahrheitsgehaltes einer Aussage nur mit Vorbehalt heranzuziehen sind, da weder die Begutachtungssituation (Westhoff et al., 2000), noch der Wunsch einen bestimmten Eindruck zu hinterlassen – also das „Impression Management“ (Greuel et al., 1998) –, die Unbefangenheit und Natürlichkeit des zu Begutachtenden unterstützen. Letzteres wäre genau das entscheidende Kriterium, die den nonverbalen Informationen einen höheren

Echtheitsgehalt zuschreiben würden. Auch die Treffsicherheit der Beurteilenden kann durch Falschannahmen geschmälert werden (Davis & Markus, 2006) bzw. können Missverständnisse durch eine Fehlinterpretation des Ausdrucksverhaltens entstehen (Köhnken, 1990; zitiert nach Greuel et al., 1998, S. 145).

Diese Vorbehalte mit bedacht bleiben das Ausdrucksverhalten und die nonverbale Kommunikation ein entscheidendes diagnostisches Mittel bei der Eindrucksgegnung – wichtig ist, sie nicht als einziges Kriterium heranzuziehen. So empfehlen Westhoff et al. (2000) Veränderungen des nonverbalen Verhaltens in Kombination mit verbalen Ausführungen als Entscheidungskriterium heranzuziehen. Für Greuel et al. (1998) sind Ausdrucksverhalten und die Kontextbedingungen entscheidend bei der Eindrucksgegnung und David und Markus (2006) weisen darauf hin, dass Hinweisreize für Täuschungsverhalten nur durch Training gefunden werden können.

Aus diesen Überlegungen heraus wurde nun folgende Forschungsfrage entwickelt: „***Woran werden Diskrepanzen zwischen Selbstdarstellung und Fremdwahrnehmung festgestellt?***“

Sowohl Selbstwahrnehmung und -darstellung als auch die professionelle Einschätzung einer Person sind sehr komplexe und vielschichtige Prozesse. Anhand der oben ausführlichen Darstellung der Ergebnisse der Literatursuche wurde deutlich, dass Eindrücke aufgrund der eigenen Wahrnehmung, impliziten Vorannahmen und von aus Erfahrungen geformten Theorien gebildet werden. Diese Erkenntnisse wurden in einem Interviewleitfaden zu Fragen umformuliert und in der gelebten Praxis abgefragt. In Folge werden Methodik und Ergebnisse dargestellt, um letztlich beantworten zu können, wie die professionelle Eindrucksbildung und allen voran das Erkennen von Diskrepanzen im Suchbereich von statten geht.

### 3. Methode

#### *3.1 Aufbau und Durchführung der Untersuchung*

Die Untersuchung teilt sich in drei verschiedene Phasen auf: In einer ersten Phase wurde eine kurze Voruntersuchung gemacht, um eine Innenperspektive der Betroffenen zu erhalten. Danach wurden die BetreuerInnen aus unterschiedlichen Suchteinrichtungen in Wien und Niederösterreich über ihre Erfahrungen bezüglich Erstkontakte und Eindrucksfindung befragt, wobei der Fokus auf das Erkennen von Diskrepanzen gelegt wurde. Im letzten Teil der Untersuchung wurden die BetreuerInnen nach Durchführung eines Erstkontaktes zu ihrer Eindrucksfindung interviewt.

##### 3.1.1 Voruntersuchung – Betroffenen-Interviews

Aufgrund fehlender vergleichbarer Studien in der bisherigen Forschung wurden im Vorfeld zwei Interviews mit ehemaligen Betroffenen durchgeführt, um eine Innenperspektive zu bekommen und zu erfahren, wie ein Erstgespräch aus der Sicht von Betroffenen erlebt wird. Der hierzu erstellte Interview-Leitfaden erfasst vor allem strukturell und wenig präzise die Erfahrungen bei einem Erstgespräch – was aufgrund des zu diesem Zeitpunkt bestehenden Informationsmangels durchaus gerechtfertigt war. Der Interviewleitfaden der ehemaligen Betroffenen ist im Anhang A zu entnehmen.<sup>7</sup>

Befragt wurden zwei männliche Personen – auf das Geschlecht wurde hier keine Rücksicht genommen, da keine Hypothese dazu für die Untersuchung formuliert war –, die bereits ihr Suchtproblem im Zuge der institutionellen Suchthilfe behandeln ließen und zum Zeitpunkt der Befragung abstinent lebten. Beide Personen waren zwischen 25 und 30 Jahre alt, berufstätig und seit rund einem Jahr clean, also drogenfrei. Beide hatten eine Langzeittherapie mit entsprechender Vor- und Nachbetreuung absolviert und besuchten zum Zeitpunkt der Befragung eine ambulante Gruppenpsychotherapie zur Stabilisierung.

Die Betroffenen wurden einzeln befragt und wussten nicht, dass der jeweils Andere auch interviewt wurde. Inhalte der Interviews waren einerseits, wie die Kontaktaufnahme mit der Suchthilfe zustande gekommen war, woher sie davon erfuhren, was sie bereits und von wem

---

<sup>7</sup> Die Ergebnisse der Interviews mit den ehemaligen Betroffenen wurden inhaltlich zusammengefasst und flossen an dieser Stelle in die Arbeit ein. Nachdem es sich hierbei um eine erste Annäherung um das Thema handelte, wurden keine weiteren Auswertungsschritte für notwendig erachtet.

darüber gehört hatten, und andererseits, wie sie selbst die Erstgespräche erlebt hatten. Es wurde auch gefragt, ob sie sich auf die Erstgespräche vorbereitet oder sich etwas dafür im Vorfeld zurechtgelegt hätten, bzw. ob sie Angst gehabt hätten, nicht aufgenommen zu werden. Insgesamt ergaben die Interviews, dass bereits im Vorfeld von Bekannten aus der Szene die verschiedenen Einrichtungen bekannt waren bzw. sie von aufsuchenden SozialarbeiterInnen (z.B. StreetworkerInnen) Informationen über die Möglichkeiten hatten. Beide ehemalige Betroffene berichteten, dass sie sich vor der Vereinbarung des Erstgesprächs wenig Gedanken über den Ablauf gemacht hätten. Sie seien beide nervös gewesen, könnten sich aber aufgrund ihrer damaligen Substanzbeeinträchtigung nicht genau an das eigentliche Erstgespräch erinnern. Die Gründe, warum eine Beratung in Anspruch genommen wurde, waren der große Leidensdruck, die schwierige soziale Situation (Obdachlosigkeit, Perspektivenlosigkeit) und der zunehmend schlechter werdende körperliche Zustand (Überdosierungen, Abmagerung). Sie wurde auch danach gefragt, was ihrer Meinung nach Aufnahmekriterien für eine Betreuung in einer Einrichtungen wären und gaben Motivation, die Einhaltung von Hausregeln und der Termine an.

### 3.1.2 Institutionen

Die Untersuchung wurde in verschiedenen Einrichtungen der österreichischen Suchthilfe durchgeführt (Wien und Niederösterreich), die alle zu einer der beiden Trägerorganisationen „Dialog“ und „Anton-Proksch-Institut“ (API) gehören. Im „Dialog“ wurden in folgenden Stellen Interviews durchgeführt: „Integrative Suchtberatung Wassermann-gasse“ (Wassermann-gasse 7, 1210 Wien), „Integrative Suchtberatung Hegel-gasse“ (Hegel-gasse 8, 1010), „Integrative Suchtberatung Gudrunstrasse“ (Gudrunstrasse 184, 1100 Wien), „Sucht und Beschäftigung“ (Gudrunstrasse 184, 1100 Wien) und „PAZ Hernalser Gürtel“ (Polizeianhaltezentrum, Breitenfelder Gasse 21, 1080 Wien). Es wurden Personen aus folgenden Einrichtungen des „Anton-Proksch-Instituts“ befragt: „Treffpunkt“ (Radetzkystrasse 31/6, 1030 Wien) und „Suchtberatung Mödling“ (Sr. Maria Restitutagasse 33, 2340 Mödling). Alle oben genannten Einrichtungen – mit Ausnahme des „Polizeianhalte-zentrums“ – bieten Menschen mit einem illegalen Suchtproblem ambulante Betreuung an und führen Einzelgespräche zur Abklärung der aktuellen Situation durch. Es arbeiten in allen befragten Standorten sowohl ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen als auch PsychologInnen in einem Team zusammen. Während in allen Einrichtungen des Vereins „Dialog“ ausschließlich ambulante Betreuung angeboten wird, können im „Anton-Proksch-

Institut“ auch stationäre Behandlungen (Entzüge und Langzeittherapien) in Anspruch genommen werden. Allerdings bieten die Einrichtungen des „Anton-Proksch-Instituts“, in denen Interviews durchgeführt wurden, also der „Treffpunkt“ wie auch die „Suchtberatung Mödling“, ausschließlich ambulante Betreuungen an (Genaueres über die Einrichtungen [www.api.or.at](http://www.api.or.at) bzw. [www.dialog-on.at](http://www.dialog-on.at)).

Eine Ausnahme ist das „Polizeianhaltezentrum“, ein Wiener Gefängnis für Verwaltungsstrafen und Schubhaft. Der Verein „Dialog“ betreut dort Menschen mit einer Suchtproblematik und hat an verschiedenen Tagen sowohl eine psychosoziale als auch medizinische Sprechstunde in der Behandlungen und Beratungen durchgeführt werden. Die Bedingungen unter denen Menschen in Haft zur Beratung kommen, sind nicht vergleichbar mit denen außerhalb des Gefängnisses. Die Methoden der Eindrucksfindung der Betreuenden sowie die Zielgruppe, die Erstgespräche in Anspruch nimmt, bleiben aber auch unter diesen besonderen Bedingungen gleich. Aufgrund der beschränkten zeitlichen Ressourcen eines/einer ÄrztIn des „Dialogs“ wurden hier Erstkontakt-Interviews durchgeführt und die Interviews für die Auswertung entsprechend markiert<sup>9</sup>.

Die verschiedenen Institutionen unterscheiden sich in ihren Abläufen und Strukturen. Es gibt in jeder Einrichtung andere Anamnesebögen, der Erstkontakt dauert je nach Institution unterschiedlich lang (20 Minuten bis zu 1 Stunde), eine Person wird bei einem Erstkontakt von einer (psychosozial oder medizinisch) oder von beiden Berufsgruppen (psychosozial und medizinisch) gesehen. Auch die nächsten Schritte nach einem Erstkontakt sind sehr verschieden: In manchen Institutionen wird jede Person im Team vorgestellt, in manchen nicht; die Entscheidung, ob eine Person in die Betreuung aufgenommen wird, liegt entweder bei der Person, die den Erstkontakt durchgeführt hat, kann aber auch eine Teamentscheidung sein; die weiteren Schritte nach einem Erstkontakt können je nach Institution sehr unterschiedlich sein – so ist in manchen Einrichtungen gleich anschließend an den psychosozialen Erstkontakt der medizinische, in manchen Einrichtungen erhält der/die KlientIn zu einem späteren Zeitpunkt einen Abklärungstermin bei einem/einer ÄrztIn, in anderen Institutionen ist der nächste Schritt die Teilnahme an einer Informationsgruppe. Weitere Unterschiede sind die den Einrichtungen zugrundeliegenden ideologischen Ausrichtungen. In allen Einrichtungen werden sehr humanistische und tolerante Grundhaltungen vertreten, jedoch unterscheiden sich die Tendenzen nach abstinenz- oder

---

<sup>9</sup> Es wurden, sowohl bei den Transkripten als auch in den Auswertungstabellen Interviews, die im Polizeianhaltezentrum durchgeführt wurde, mit einen „h“ für Haft markiert.

substitutionsgestützter Orientierung. Entsprechend kommen auch unterschiedliche Zielsetzungen zu den verschiedenen Einrichtungen. So kann das vorrangige Ziel eine Vorbetreuung für einen stationären Aufenthalt oder eine längerfristige ambulante Betreuung sein. Die Beratungsstellen befinden sich an unterschiedlichen geographischen Orten (Innenstadt, Stadtrand oder Land), was wiederum die angesprochenen Personen unterscheidet. Diese beschriebenen interinstitutionellen Verschiedenheiten eliminieren eine mögliche Störvariable – damit kann ausgeschlossen werden, dass die untersuchte Eindrucksgewinnung ausschließlich von den Strukturen bestimmt wurde.

### 3.1.3 Stichprobe

#### *3.1.3.1 BetreuerInnen*

Insgesamt wurden 15 BetreuerInnen aus den genannten Institutionen befragt, die sich in die drei relevanten Berufsgruppen gleichmäßig aufteilen: je fünf PsychologInnen, SozialarbeiterInnen und ÄrztInnen. Die Personen waren zwischen 28 und 61 Jahre alt, wobei das Durchschnittsalter der SozialarbeiterInnen und der PsychologInnen bei rund 38 Jahren, das der ÄrztInnen bei 47 Jahren lag. Von den 15 Personen waren 7 Männer (3 Sozialarbeiter, 3 Psychologen und 1 Arzt) und 8 Frauen (4 Ärztinnen und jeweils 2 Sozialarbeiterinnen bzw. Psychologinnen). Alle SozialarbeiterInnen hatten entweder einen Abschluss der ehemaligen „Sozialakademie“ oder eines Fachhochschulstudiengangs für „Soziale Arbeit“. Alle PsychologInnen hatten die Zusatzausbildung „KlinischeR und GesundheitspsychologIn“ oder absolvierten sie zum Zeitpunkt der Befragung. Unter den ÄrztInnen befanden sich zwei PsychiaterInnen, zwei NotfallmedizinerInnen und einE PalliativmedizinerIn. Fünf der befragten Personen sind zusätzlich PsychotherapeutInnen (einE ÄrztIn und jeweils zwei der PsychologInnen und der SozialarbeiterInnen).

Wie oft im Durchschnitt Erstgespräche von den verschiedenen BetreuerInnen durchgeführt wurden, ist sehr unterschiedlich – zwischen einmal im Monat und 20 Mal in der Woche. Ein Durchschnitt konnte aufgrund der Ungenauigkeit der Angaben nicht berechnet werden. In Bezug auf die Berufserfahrung wurde zwischen Jahren der Berufserfahrung im Sozialbereich, im Suchtbereich und in der Institution unterschieden. Insgesamt hatten die ÄrztInnen mit durchschnittlich 20 Jahren die längste Berufserfahrung im Sozialbereich, SozialarbeiterInnen und PsychologInnen deutlich weniger (jeweils rund 13 und 12 Jahre). Im Suchtbereich

arbeiteten die ÄrztInnen im Durchschnitt seit rund 11 Jahren, die SozialarbeiterInnen 12 und die PsychologInnen seit 8 Jahren (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1  
*Beschreibung der Stichprobe der BetreuerInnen*

	Geschlecht	Alter in Jahren	Berufserfahrung in der Institution (in Jahren)	Berufserfahrung im Sozialbereich (in Jahren)	Berufserfahrung im Suchtbereich (in Jahren)	Anzahl von Erstkontakten (min.u.max.)
ÄrztInnen	1 Mann	34-61	4-24	10-26	4-24	min. 1 mal/Mo.
	4 Frauen	MW: 47.0 SD: 9.7	MW: 10.6 SD: 7.9	MW: 19.6 SD: 6.9	MW: 10.6 SD: 7.9	max.20/Wo.
PsychologInnen	3 Männer	31-43	2-11	6-17	2-15	min. 1 mal/Mo.
	2 Frauen	MW: 37.6 SD: 5.6	MW: 6.0 SD: 3.4	MW: 11,8 SD: 4.0	MW: 7.6 SD: 5.3	max. 10/Wo.
SozialarbeiterInnen	3 Männer	28-55	1-22	5-22	5-22	min. 1 mal/Wo.
	2 Frauen	MW: 38.2 SD: 10.3	MW: 10.0 SD:9.7	MW: 12.8 SD: 8.1	MW: 11,6 SD: 8.2	max. mehrere/Tag

*Anmerkung:* MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung.

### 3.1.3.2 KlientInnen

Die hier dargestellte KlientInnen-Stichprobe sind jene Personen, die zum Erstkontakt kamen und bei denen anschließend die BetreuerInnen über ihren Eindruck befragt wurden. Die KlientInnen wurden nicht direkt befragt. Zur Nachvollziehbarkeit der Untersuchung ist es dennoch wichtig zu beschreiben, welche Personen die Erstgespräche wahrgenommen haben. Die KlientInnen-Stichprobe wird in Tabelle 2 dargestellt.

Unter den insgesamt 45 Personen waren 32 Männer und 13 Frauen. 23 der KlientInnen hatten bereits Erfahrungen mit unterschiedlichen Hilfesystemen, wie Drogeneinrichtungen, substituierenden ÄrztInnen, Entzugsstationen, Therapien in Haft und Psychiatrien. Für 15 war es eine völlig neue Situation und bei 7 Personen konnte anhand des Erstkontakt-Interviews diese Frage nicht beantwortet werden. Die Gründe, warum die Personen ein Erstgespräch in Anspruch nahmen, konnten in vier Gruppen unterschieden werden: 18 Personen kamen freiwillig, das heißt mit einem persönlichen Anliegen (Entzugs- bzw. Betreuungswunsch, Leidensdruck, Wunsch nach Einstellung auf Substitution), 16 Personen kamen unfreiwillig

aufgrund einer Weisung (Gericht, AmtsärztIn, Jugendamt), 10 Personen aufgrund des Drucks von Angehörigen (Eltern, PartnerInnen, Großeltern) und bei einer Person liegt die Vermutung nahe, dass sie versuchte sich Substanzen verschreiben zu lassen, die nicht von ärztlicher Seite indiziert waren, um sie eventuell am Schwarzmarkt zu verkaufen.

Tabelle 2

*Beschreibung der KlientInnen aus den Erstkontakten*

Geschlecht	32	Männer
	13	Frauen
Anliegen	16	Freiwillig (d.h. Änderungswunsch, Entzug bzw. Teilentzug, hoher Leidensdruck)
	1	Versuch, sich Substanzen verschreiben zu lassen, um sie eventuell am Schwarzmarkt zu verkaufen
	2	Wunsch medikamentös eingestellt zu werden (Substitution)
	10	Druck von Angehörigen (Eltern, Großeltern, PartnerInnen)
	16	Weisung (Gericht, AmtsärztIn, Jugendamt)
Gab es bereits Erfahrung mit Einrichtungen, Behandlungen oder Beratungen?	23	Ja
	15	Nein
	7	Unklar

### 3.2 Interviewleitfäden

Es wurde relevante Literatur zu den Themen Erstgespräche, Verfälschung, Sucht und Eindrucksfindung gesucht und die für die Arbeit relevanten Inhalte zusammengetragen. Diese Auswahl wurde thematisch geordnet und zu einem Interviewleitfaden zusammengestellt.

Die Erhebung wurde als „Problemzentriertes Interview“ gestaltet: Die eigentliche Problemstellung bzw. die Forschungsfragen wurden im Vorfeld anhand der gefundenen Literatur analysiert und auf bestimmte Aspekte eingegrenzt, die dann in einem Interviewleitfaden zusammengetragen wurden. Die Interviews selbst waren alle in teilstrukturierter Befragungsform gehalten, d.h. es wurde den Befragten ermöglicht frei zu Wort zu kommen, und gleichzeitig das Gespräch auf die relevanten Forschungsfragen zentriert (Mayring, 2002). Alle Interviews sind nach der selben Struktur gestaltet: Sie beginnen mit ganz allgemein gehaltenen Einstiegsfragen, sogenannte „Sondierungsfragen“, anschließend wurden „Leitfadenfragen“ gestellt, die die wesentlichen Fragestellungen der Untersuchung enthielten, und ließen darüber hinaus Platz für „Ad-hoc-Fragen“, also spontane

Fragen, die nach Einschätzung der Autorin für das Thema relevant waren (Mayring, 2002, S. 70). Um eine höchstmögliche Objektivität zu gewährleisten, wurde vermieden Suggestivfragen zu stellen und die gefundenen Kriterien der Eindrucksfindung aus der Literatur abzufragen. Insgesamt wurden drei verschiedene Interviewleitfäden erstellt – ein Leitfaden für ehemalige Betroffene, einer für die BetreuerInnen-Interviews und einer für die Befragung nach den Erstkontakten. In Folge werden die Entstehung und die Inhalte der Interviewleitfäden beschrieben, mit Ausnahme des Leitfadens für ehemalige Betroffene, der bereits im Kapitel 3.1.1 vorgestellt wurde.

### 3.2.1 Interviewleitfaden für BetreuerInnen

In diesem Interviewleitfaden wurde darauf geachtet, die BetreuerInnen langsam an das eigentliche Thema heranzuführen. Im ersten Teil „1. BetreuerIn-Information“ wurden v.a. allgemeine Fragen zu Grundberuf, Vorerfahrungen und aktueller Tätigkeiten der Befragten gestellt, er diene neben der Erhebung von soziodemographischen Daten zur Erwärmung in das eigentliche Thema. Am Ende des Interviews wurden die relevanten demographischen Daten noch genauer erhoben. Zum Abschluss dieses ersten Teils wurde die Frage formuliert, seit wann die Person selbst Erstkontakte durchführen würde, ob sich seitdem strukturell etwas verändert hätte und nach der durchschnittlichen Häufigkeit der durchgeführten Erstkontakte.

Mit der sehr offen gehaltenen Frage: *„Bitte schildern Sie mir den Ablauf eines Erstkontaktes.“* wurde das eigentliche Thema eingeleitet. In Folge wurde gezielt gefragt, wie eine vertrauensvolle Situation hergestellt und inwieweit auf das eigene Verhalten bzw. auf jenes der KlientInnen geachtet werden würde. Weiter war von Interesse, was die BetreuerInnen für entscheidend bei der Eindrucksfindung erachteten bzw. auf welche Kriterien sie hier insbesondere achten würden. Es wurde eine Kriterienliste bereitgestellt, die anhand der Informationen aus der Literatur zusammengestellt und mit persönlichen Erfahrungen ergänzt wurde (siehe Anhang D). In Folge wurde nach angewandten Gesprächstechniken gefragt und damit der Teil des allgemeinen Erstgesprächsaufbaus abgeschlossen.

Danach wurde auf die Besonderheiten des Suchtklientels eingegangen und von zwei Seiten beleuchtet: Einerseits wurde speziell nach der Sichtweise der KlientInnen gefragt, d.h. Erfahrungen bzgl. der Erwartungen der KlientInnen, eventuellem Misstrauen und wahrgenommenem Gefälle, sowie abgefragt, welche Kriterien als entscheidend für die Offenheit befunden werden und ob Strategien angewandt würden, um einen guten Eindruck

im Erstgespräch zu hinterlassen. Andererseits wurde die Sichtweise der BetreuerInnen erhoben, also der Umgang mit Vorinformationen und mit der Unfreiwilligkeit der KlientInnen (z.B. aufgrund von Weisungen). Des Weiteren wurden Fragen zu den Besonderheiten des Suchtklientels im Erstkontakt formuliert bzw. es wurden die BetreuerInnen gebeten, eine Einschätzung bezüglich der Selbstdarstellung der KlientInnen zu machen. Danach wurde gezielt gefragt, ob es Diskrepanzen zwischen der Selbstdarstellung der KlientInnen und Fremdwahrnehmung gibt. Abschließend wurden die Kriterien für die Aufnahme in die Betreuung erfragt. Im Anhang wird der Interviewleitfaden den relevanten Erkenntnissen aus der Literatur gegenübergestellt (Anhang B).

### 3.2.2 Interviewleitfaden nach den Erstkontakten

Das Folgeinterview nach den Erstkontakten wurde sehr offen gestaltet und mit der Frage *„Bitte schildern Sie mir kurz Ihren Eindruck über den/die KlientIn.“* eingeleitet. Es wurde darauf geachtet, keine Suggestivfragen zu stellen. Zur Unterstützung wurde die Kriterienliste (siehe oben) mit dem Hinweis vorgelegt, dass diese Liste bereits aus dem BetreuerInnen-Interview bekannt sei, und gefragt, ob etwas Besonders aufgefallen wäre. Es wurde bei bestimmten Themen (z.B. bei der Einschätzung der Schilderungen der Person, ob Diskrepanzen beobachtet wurden oder woran die Befragten diese erkennen würden) genauer nachgefragt. Es wurde auch gezielt gefragt, ob nach ihrer Einschätzung die Person etwas verheimliche und ob die vorher entstandenen eigenen Erwartungen erfüllt worden seien. Als Abschlussfrage wurde erhoben, ob die Person aufgenommen würde oder nicht (Leitfaden Anhang C).

## 3.3 Datenerhebung

Um die Erhebung durchführen zu können, wurde im Vorfeld die Einverständniserklärung des psychosozialen Leiters des Vereins „Dialog“ sowie der Leitungspersonen der verschiedenen Standorte eingeholt. Im Verein „Dialog“ fragte die Autorin die einzelnen BetreuerInnen selbstständig, ob sie an der Studie teilnehmen würden. In den anderen Institutionen übernahmen die Hausleitungen diese Entscheidung. Zusätzlich wurde das Einverständnis jedes/jeder einzelnen/einzeller BetreuerIn eingeholt, wobei sich einE ÄrztIn entschied nicht teilzunehmen. Das Einverständnis der KlientInnen bzgl. der Teilnahme der Autorin an den

Gesprächen (bei den Erstkontakt-Interviews) sowie bzgl. der Tonaufzeichnung während des Gespräches (bei den Interviews der ehemaligen Betroffenen) wurde jeweils zu Beginn des Interviews mündlich eingeholt.

Die Datenerhebung wurde im Zeitraum zwischen 24.8.2009 und 9.2.2011 in den jeweiligen Institutionen durchgeführt. Als erstes wurden die ehemaligen Betroffenen befragt, danach wurden die BetreuerInnen-Interviews durchgeführt. Erst nach Beendigung der BetreuerInnen-Interviews begannen die Erstkontakt-Interviews: Hier wurden die BetreuerIn zu je drei Erstgesprächen begleitet, und danach über ihren entstandenen Eindruck befragt. Insgesamt wurden 45 Erstkontakt-Interviews durchgeführt.

Die BetreuerInnen-Interviews konnten recht schnell und zügig durchgeführt werden. Die Befragung nach den Erstgesprächen gestaltete sich weitaus schwieriger, da viele Betroffene zu den vereinbarten Terminen nicht erschienen: Nur rund ein Drittel der Personen nahm ihre Termine wahr und so kam es zu Verzögerungen bei der Durchführung der Untersuchung. Die Autorin nahm als stille Beobachterin bei den Erstgesprächen teil. In Absprache mit dem psychosozialen Leiter des Verein „Dialogs“ wurde den Betroffenen keine genauere Aufklärung über die Funktion der Autorin gegeben – außer bei Nachfragen –, da im Zentrum des Interesses nicht die Betroffenen selbst, sondern die BetreuerInnen standen. Es wurde bei jedem Erstgespräch das Einverständnis der/des Betroffenen eingeholt – eine Person wollte nicht, dass die Autorin am Erstkontakt teilnahm, eine andere akzeptierte nur bis zur Hälfte des Erstgesprächs die Anwesenheit einer dritten Person und so musste die Autorin nach rund einer halben Stunde das Gespräch verlassen. Beide Erstkontakte wurden dennoch in die Untersuchung mit hinein genommen.

Bei allen Interviews wurde einerseits mitgeschrieben, um die spätere Transkription zu erleichtern. Andererseits wurden die Gespräche mit einem digitalen Tonträger (MP3) aufgezeichnet. Die ehemaligen Betroffenen-Interviews dauerten durchschnittlich 45 Minuten, die BetreuerInnen-Interviews 133 Minuten (zwischen 100 Minuten und 223 Minuten) und die Erstkontakt-Interviews 16 Minuten (zwischen 7 Minuten und 36 Minuten). Im Durchschnitt waren die längsten BetreuerInnen-Interviews jene der PsychologInnen, gefolgt von den SozialarbeiterInnen und als letztes die der ÄrztInnen.<sup>10</sup>

---

10 Die BetreuerInnen-Interviews der PsychologInnen dauerten im Schnitt 145 Minuten, die Erstkontakt-Interviews 18 Minuten; die der SozialarbeiterInnen 130 Minuten bzw. 17 Minuten und jene der ÄrztInnen 125 Minuten bzw. 14 Minuten

Nahezu alle Interviews wurden in den Beratungszimmern in den jeweiligen Einrichtungen durchgeführt, mit Ausnahme eines ehemaligen Betroffenen-Interviews, das in einem Caféhaus, und eines BetreuerInnen-Interviews, das in der Wohnung der befragten Person, stattfanden. Hier sei noch erwähnt, dass es hinsichtlich des Settings große Unterschiede zwischen den Interviews mit ehemaligen Betroffenen und BetreuerInnen einerseits, und mit jenen nach den Erstkontakten andererseits gab: Während Erstere zu einem vereinbarten Termin in einem vorher ausgemachten Zeitfenster stattfand, waren die Erstkontakt-Interviews kaum planbar. Der Grund dafür war, dass im Vorfeld nicht einschätzbar war, wie viele Personen ihren Erstkontakt wahrnehmen würden. Gleichzeitig fanden die Interviews oftmals zwischen mehreren KlientInnengesprächen im Arbeitsalltag statt. So sind die Erstkontakt-Interviews insgesamt kürzer, sparsamer und wurden offener gehalten. Es ist auch zu bedenken, dass – trotz der Unterstützung durch die Kategorienliste – hier nur jene Dinge thematisiert wurden, die den BetreuerInnen im Gespräch aufgefallen waren und aufgrund der eben erwähnten besonderen Bedingungen nicht viel Reflexion im Vorfeld möglich war. Entsprechend sind die Erstkontakt-Interviews als intuitiv zu verstehen und erheben so auch die tatsächlich im Gespräch mitschwingenden impliziten Theorien der Betreuenden.

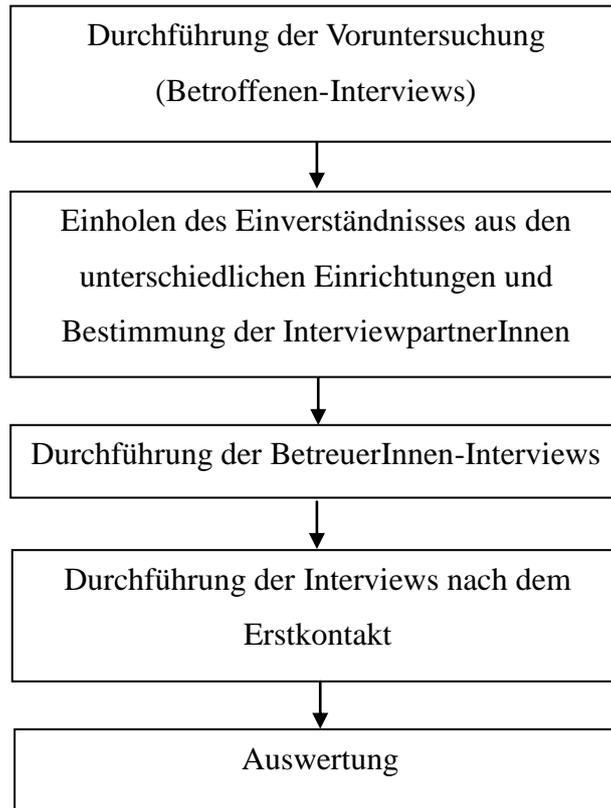


Abbildung 5. Überblick über den Ablauf der Datenerhebung

### 3.4 Datenauswertung

Im folgenden Kapitel wird die Datenauswertung beschrieben. Zunächst wird die Methode der Datenaufarbeitung vorgestellt, um in Folge sowohl die inhaltsanalytische als auch die quantitative Herangehensweise zu erklären.

#### 3.4.1 Datenaufarbeitung – Transkription

Die Datenauswertung fand im Anschluss an die Erhebung statt. In einem ersten Schritt wurden alle Mitschriften, die während der Interviews<sup>11</sup> gemacht wurden, in den Computer eingegeben und anhand der digitalen Tonaufzeichnungen ergänzt. Es wurde darauf verzichtet, wortwörtliche Transkriptionen zu erstellen, da sie für die hier vorliegende Arbeit nicht notwendig erschienen. Das Gesagte wurde in normales Schriftdeutsch übertragen. Die

---

<sup>11</sup> Hier sind alle Interviews gemeint – d.h. die der ehemaligen Betroffenen, der BetreuerInnen sowie die nach den Erstkontakten.

Transkription erfolgte entsprechend des „selektiven Protokolls“ (Mayring, 2002, S. 99), d.h. es wurden bereits bei der Datenaufarbeitung Redundanzen (z.B. persönliche Erlebnisse, die nicht relevant waren, Ausschweifungen und Ausschmückungen) weggelassen und nur die relevanten Aspekte ins Protokoll aufgenommen. Dadurch konnten die sehr umfangreichen Interviews bereits reduziert werden. Die interessierenden Inhalte blieben erhalten und flossen in die Auswertung ein.

### 3.4.2 Inhaltsanalyse und Kategoriensystem

Die Datenanalyse und -auswertung erfolgten nach der zusammenfassenden Inhaltsanalyse von Mayring (2007) und wurde einzig für die BetreuerInnen-Interviews angewandt. In Folge werden die einzelnen Analyseschritte aufgezählt und konkret beschrieben, wie im Zuge dieser Untersuchung vorgegangen wurde (Vgl. Mayring, 2007, S. 60, Abbildung *Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse*):

- „Bestimmung der Analyseeinheiten“ und „Paraphrasieren der inhaltstragenden Textstellen“ (Mayring, 2007, S. 60): In einem ersten Schritt wurden die forschungsrelevanten Fragen aus dem Interviewleitfaden zu ersten Kategorien geformt, d.h. es wurden anhand der im Interviewleitfaden gestellten Fragen 18 Kategorien gebildet (siehe Abbildung 6). Zusätzlich wurden die Interviews in die drei unterschiedlichen Berufsgruppen aufgeteilt; konkret wurden drei Excel-Mappen erstellt (jeweils eine für SozialarbeitInnen, PsychologInnen und ÄrztInnen), in denen unter den Kategorien die relevanten Aussagen der BetreuerInnen zusammengetragen wurden. Es wurden Aussageneinheiten zusammengefasst, die anhand von Punctuation und inhaltliche Zusammengehörigkeit definiert wurden. Danach wurden sie der entsprechenden Kategorie zugeordnet.

- Anhand des Interviewleitfaden erstellte  
18 erste Grobategorien:
1. „Vertrauensvolle, entspannte Situation“,
  2. „Nonverbale Reize“
  3. „Eindrucksfindung“
  4. „Gesprächstechniken“
  5. „Besonderheiten des Suchtklientels“
  6. „Erwartungen der KlientInnen“
  7. „Misstrauen der KlientInnen“
  8. „Wahrgenommenes Gefälle“
  9. „Offenheit der KlientInnen“
  10. „Strategien, um einen guten Eindruck zu hinterlassen“
  11. „Vorinformationen der BetreuerInnen“
  12. „Zwangskontext“
  13. „Selbstwahrnehmung des Suchtklientels“
  14. „Selbstdarstellung des Suchtklientels“
  15. „Diskrepanzen zwischen der Selbstdarstellung und Fremdwahrnehmung“
  16. „Entscheidung für oder gegen die Aufnahme“
  17. „Berufsgruppen/Struktur“
  18. „Motivation“

Abbildung 6. Anhand des BetreuerInnen-Interviewleitfaden erstellte 18 erste Grobategorien, vor der Generalisierung

- *„Generalisieren auf das Abstraktionsniveau“* (Mayring, 2007, S. 60): In Folge wurden die zugeordneten Aussagen der BetreuerInnen in vereinfachter Form zusammengefasst. Hier wurden nichtinhaltstragende und ausschmückende Textteile gestrichen und versucht, die Aussagen auf einem einheitlichen Sprach- und Abstraktionsniveau zu formulieren. In den Umschreibungen wurde darauf geachtet, die Aussagen der anderen interviewten Personen zu berücksichtigen, und, wenn bereits Gemeinsamkeiten gefunden worden waren, wurden die Generalisierungen entsprechend gleich formuliert.
- *„Erste Reduktion durch Selektion, Streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen“* und *„Zweite Reduktion durch Bündelung, Konstruktion, Integration von Paraphrasen auf dem angestrebten Abstraktionsniveau“* (Mayring, 2007, S. 60): Im nächsten Schritt wurden die bereits abstrahierten Aussagen für jede Person zusammengetragen und bedeutungsgleiche Generalisierungen gestrichen. Auch hier wurden wieder

Redundanzen fallengelassen und nur die forschungsrelevanten Aussagen mitgenommen.

- *„Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem“* und *„Rückprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterial“* (Mayring, 2007, S. 60): Anhand der zuvor gefundenen Generalisierungen konnten neue Grobkategorien gebildet werden. Es konnten insgesamt folgende fünf relevante Grobkategorien definiert werden: (1) „Eindrucksfindung“, (2) „Besonderheiten des Suchtklientels in Bezug auf Selbstdarstellung und Fremdwahrnehmung“, (3) „Vorbeugen – was tue ich, um zu verhindern, dass jemand nicht die Wahrheit sagt?“, (4) „Wie erkenne ich, dass jemand nicht die Wahrheit sagt?“ und (5) „Konsequenzen, wenn sie nicht die Wahrheit sagen – wie gehe ich damit um?“. Unter jeder dieser Grobkategorien wurden die hierzu passenden Generalisierungen zusammengetragen. Anhand von mehreren Durchgängen wurde die Zuteilung zu den Kategorien überprüft.
- In einem weiteren Schritt wurden die relevanten Aussagen aus den Erstkontakt-Interviews markiert und in das Kategoriensystem unverändert zugeordnet – sie brachten keine neuen Kategorien hervor. In den Auswertungstabellen wurden sie unter „EK zu...“ unter die jeweilige Kategorie hintangestellt. Im Anhang E ist die Kategorienliste zu finden.

### 3.4.3 Häufigkeitsanalysen und Gruppenvergleiche

Um unterscheiden zu können, bei welchen Aussagen es sich um Einzel- oder Mehrfachnennungen handelt, bzw. ob es wahrnehmbare Unterschiede in den Aussagen zwischen den Berufsgruppen gab, wurde eine Häufigkeitsanalyse durchgeführt. Es wurde gezählt, wie viele der BetreuerInnen sich zu einer Generalisierung geäußert haben und die Anzahl dieser BetreuerInnen zusammengerechnet. Danach wurden jede der fünf Grobkategorien gesondert ausgewertet, wobei hier immer zwischen den verschiedenen Berufsgruppen unterschieden wurde. Die Ergebnisse der Erstkontakt-Interviews wurden nach demselben methodischen Vorgehen ausgewertet.

Es wurden zwei Auswertungsschemata erstellt, jeweils eines für die BetreuerInnen- und eines für die Erstkontakt-Interviews. Die Unterscheidung zwischen BetreuerInnen- und Erstkontakt-Interviews wurde aufgrund der verschiedenen Bedingungen der beiden Befragungen gewählt.

Es wurde anhand einer Bestimmung von Intervallen versucht, eine Unterscheidung zwischen Einzelaussagen und allgemeinen Vorstellungen zu treffen. Zusätzlich wurde zur Erleichterung der Lesbarkeit ein Wording für die unterschiedlichen Bereiche festgelegt.

Folgende Intervalle und Wordings wurden für die BetreuerInnen-Interviews bestimmt:

- Es wurden einerseits bei den BetreuerInnen-Interviews nur Aussagen in die Auswertung hineingenommen, zu denen sich **mindestens ein Drittel**, d.h. zwischen 5 und 7 Personen, geäußert hat. Diese erste Kategorie wurde im Zuge des weiteren Textes mit den Worten „erwähnenswert“ bezeichnet. Haben sich die  **Hälfte der Interviewten** zu einer Kategorie geäußert, also zwischen 8 und 9 Personen, wird diese durch die Betitelung „bemerkenswert“ markiert. Als „vielfach vertretene Aussagen“ werden jene bezeichnet, die von **zwei Drittel aller Befragten** erwähnt wurden, somit von mindestens 10 Personen.
- Das Auswertungsschema für die Erstkontakt-Interviews wurde in Zehnerschritten gewählt, wobei auch hier das oben vorgeschlagene Wording verwendet wurde: „erwähnenswert“ für mindestens 10 Äußerungen der BetreuerInnen, „bemerkenswert“ ab 20 Statements und „vielfach vertretene Aussagen“ ab 30 Aussagen.

Die Ergebnisse wurden in Tabellen zusammengetragen und in zwei Schritten untersucht: Zuerst wurden nur die in ihrer Häufigkeit relevanten Aussagen zusammengetragen und tabellarisch dargestellt (siehe Tabelle 3, Tabelle 4, Tabelle 5 und Tabelle 6). In einem weiteren Schritt wurde nochmals das gesamte Datenmaterial nach gegensätzlichen Aussagen der BetreuerInnen analysiert. Widersprüchliche Aussagen wurden miteinander verglichen und in Hinblick auf mehrere Aspekte beleuchtet: Hat sich ein und dieselbe Person in ihren Aussagen widersprochen? Kann man je nach Berufsgruppe unterschiedliche Haltungen festmachen? Worin besteht die Gegensätzlichkeit? Im Anhang wurden diese gegensätzlichen Aussagen tabellarisch, nach den fünf Grobkategorie geordnet, dargestellt (Anhang F, Anhang G, Anhang H, Anhang I und Anhang J).

## 4. Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse anhand der fünf Grobkategorien dargestellt, wobei hier immer die Häufigkeit der einzelnen Aussagen dargestellt, die berufsspezifische Unterschiede angeführt und in weiterer Folge auf Widersprüche das Augenmerk gelegt wurde. In den Tabellen wurden nur die Aussagen dargestellt, die als erwähnenswert, bemerkenswert und als vielfach vertreten bewertet wurden.

Im Fließtext werden nun einerseits die Häufigkeitsanalysen diskutiert, wobei die Ergebnisse in den jeweiligen Tabellen abzulesen sind. Andererseits werden auch alle gegensätzlichen Aussagen angeführt, darunter auch jene, die als Einzelaussagen gelten und aus der Häufigkeitsanalyse herausgenommen wurden (bei BetreuerInnen-Interviews weniger als 5 Aussagen, bei den Erstkontakt-Interviews weniger als 10). Im Text werden diese Widersprüche nur diskutiert und im Anhang im Detail tabellarisch dargestellt. Zur Erleichterung der Lesbarkeit werden die Häufigkeiten in Zahlen angegeben.

### *4.1 Kategorie „Eindrucksfindung“*

Die Eindrucksfindung ist ein Randthema dieser Untersuchung und soll dementsprechend auch nur kurz in dieser Arbeit behandelt werden. Zu Beginn der BetreuerInnen-Interviews wurden die BetreuerInnen gebeten, den Ablauf eines Erstkontakts zu schildern, zu beschreiben, was für sie bei der Eindrucksfindung entscheidend ist und worauf sie bei dem Verhalten der KlientInnen achten<sup>13</sup>. Diese Fragen dienten zur Erwärmung in das eigentliche Thema (Diskrepanzen zwischen Selbstdarstellung und Fremdwahrnehmung). Nachdem die Eindrucksfindung nicht zentrales Untersuchungsthema war, flossen die Erstkontakt-Interviews nicht in die Auswertung ein und es wurden nur die BetreuerInnen-Interviews ausgewertet.

Zum Thema „Eindrucksfindung“ gab es von Seiten der SozialarbeiterInnen mehr Äußerungen (mit insgesamt 119 Aussagen) als von den anderen Berufsgruppen (ÄrztInnen 109,

---

<sup>13</sup> Folgende Fragen sind hier gemeint: „Bitte schildern Sie mir den Ablauf eines EK.“, „Nonverbale Reize sind sehr wichtig. Beschreiben Sie mir bitte kurz, worauf Sie bei dem Verhalten der KlientInnen achten.“ und „Was ist für Sie entscheidend bei Ihrer „Eindruck-Findung“? Auf welche Kriterien achten Sie da besonders?“.

PsychologInnen 102 Aussagen). Die Ergebnisse wurden zusammengefasst, in vier Themenbereiche aufgeteilt, die auch in dieser Reihenfolge im folgenden Kapitel beschrieben werden („Beobachtungen – ich achte auf...“, „Formales“, „Subjektive Theorien“ und „Besonderheiten des Suchtklientels – allgemein“) und in der Tabelle 3 dargestellt. Viele Themen überschneiden sich hier mit Aspekte aus den anderen Kategorien, aber die hier dargestellten Aussagen sind allgemein gehalten und geben keine Auskunft über Besonderheiten des Suchtklientels im Bezug auf Diskrepanzen zwischen Selbstdarstellung und Fremdwahrnehmung. Deswegen wurden diese Kategorien hier zusammengefasst und gesondert dargestellt.

Tabelle 3  
*Auswertungstabellen zu der Grobkategorie „Eindrucksfindung“*

	insgesamt	ÄrztInnen	Psycho- logInnen	Sozial- arbeiter- Innen
<b>Äußerungen der BetreuerInnen in Bezug auf „Beobachtung – ich achte auf...“ (Kapitel 4.1.1)</b>				
„Ich achte auf das Gesamtbild.“	13	5	4	4
„Ich achte darauf wie strukturiert bzw. organisiert jemand ist.“	9	3	3	3
„Ich achte auf Körpersprache.“	8	4	3	1
„Ich achte auf psychische Auffälligkeiten.“	8	5	2	1
„Ich hole mir genaue Substanz- und Konsuminformationen.“	8	5	1	2
„Ich achte auf die Anspannung der KlientInnen.“	6	2		4
„Ich achte darauf, wie jemand im Kontakt mit mir ist.“	6	1	2	3
„Ich achte auf Besonderheiten im Lebenslauf.“	6	4	1	1
„Ich achte darauf, in wie weit sich jemand mit der Behandlung auseinandergesetzt hat.“	6		5	1
„Ich achte darauf, ob KlientInnen in Begleitung kommen.“	5		2	3
„Motivation erkenne ich an der Bereitschaft sich einzulassen.“	5		3	2
<b>Äußerungen der BetreuerInnen in Bezug auf „Formales“ (Kapitel 4.1.2)</b>				
„Es gibt formale Aufnahmekriterien.“	15	5	5	5

„Ich habe Vorinformationen.“	12	3	5	4
„Weisungen beeinflussen den Gesprächsverlauf.“	9	2	3	4
„Vorinformationen haben Einfluss auf das Gespräch.“	8	3	2	3
„Es gibt auch subjektive Kriterien für die Aufnahmen.“	8	3	2	3
„Motivation ist ein entscheidendes Aufnahmekriterium.“	8	4	2	2
„Mit Vorinformationen muss man vorsichtig umgehen.“	7	2	1	4
„Ich kläre Erwartungen ab.“	5	3		2
<b>Äußerungen der BetreuerInnen in Bezug auf „Subjektive Theorien“ (Kapitel 4.1.3)</b>				
„Die Erwartungen der KlientInnen sind oft unrealistisch.“	9	3	2	4
„Die Berufsgruppe hat Einfluss auf das Verhalten der KlientInnen.“	9	3	2	4
„Gefälle wird durch unterschiedliche Aspekte erzeugt.“	9	1	4	4
„Kein Unterschied zwischen Freiwilligen und WeisungsklientInnen.“	7	1	3	3
„Institution muss spürbar sein – Gefälle hat positiven Einfluss auf die Beziehung.“	7	2	4	1
„Gefälle ist vorhanden.“	6	3	1	2
„Ich erstelle während des Gesprächs eine Prognose.“	5	4		1
„Der Konsum ist eine Bewältigungsstrategie.“	5	1	3	1
<b>Besonderheiten des Suchtklientels – allgemein (Kapitel 4.1.4)</b>				
„Das Suchtklientel ist eine heterogene Gruppe.“	6	2	2	2
„SuchtklientInnen haben besondere Persönlichkeitseigenschaften/-strukturen.“	6		3	3
„SuchtklientInnen haben schwere psychische Störungen.“	6	4	1	1

#### 4.1.1 Äußerungen der BetreuerInnen in Bezug auf „Beobachtung – ich achte auf...“

Nahezu alle BetreuerInnen achten bei der Eindrucksfindung auf das Gesamtbild, worunter das Geschlecht, das Alter, das äußeres Erscheinungsbild, die Art der Sprache, das Verhalten, der Beeinträchtigungsgrad aber auch die Mimik, der Blickkontakt und wie offen sich jemand gibt,

zusammengefasst wurde. Die BetreuerInnen gaben an, speziell auf die Körpersprache und den Strukturierungsgrad zu achten, worunter verstanden wurde, ob jemand pünktlich kommt oder die notwendigen Unterlagen zum Erstgespräch mitnimmt. Weitere wichtige Kriterien zur Eindrucksfindung waren psychische Auffälligkeiten, Substanz- und Konsuminformationen und Besonderheiten im Lebenslauf – wobei auf diese besonders die ÄrztInnen Augenmerk legen (fast alle ÄrztInnen gaben sie als Kriterium für die Einschätzung an) – und die Anspannung der KlientInnen (besonders für die SozialarbeiterInnen relevant). Wichtig für die Einschätzung im Erstgespräch war auch für die BetreuerInnen, wie jemand im Kontakt ist, bzw. welche Besonderheiten im Lebenslauf beschrieben werden. Für die PsychologInnen von besonderem Interesse war es, in wieweit sich jemand mit der Behandlung auseinandergesetzt hat (dazu haben alle PsychologInnen eine Aussage getätigt). Immerhin erwähnenswert waren auch die Beobachtungen, ob KlientInnen in Begleitung kommen. Festzuhalten hier wäre auch, dass die ÄrztInnen sich zu folgenden Kategorien nicht geäußert haben: „Ich achte darauf, inwieweit sich jemand mit der Behandlung auseinandergesetzt hat.“, „Ich achte darauf, ob KlientInnen in Begleitung kommen.“ und „Motivation erkenne ich an der Bereitschaft sich einzulassen.“.

Widersprüchlichkeiten waren hier kaum zu finden. Insgesamt können zwei festgemacht werden: Nur einE einziger/einzige SozialarbeiterIn gab an, nicht auf die Kleidung zu achten – er/sie achte v.a. auf die Mimik, die Sitzhaltung und auf „zerfahrene Denkmuster“. EinE PsychologIn gab an, dass Pünktlichkeit für sie/ihn nicht entscheidend wäre, während 2 ÄrztInnen und 1 SozialarbeiterIn die Zuverlässigkeit, darunter auch die Pünktlichkeit, als Einschätzungsmöglichkeit der Motivation galt. Diese/Dieser PsychologIn würde aber darauf achten, wie strukturiert jemand ist und ob die Person „auf den Punkt kommen kann“ – was weitere 8 BetreuerInnen ebenfalls angaben.

#### 4.1.2 Äußerungen der BetreuerInnen in Bezug auf „Formales“

In dieser Kategorie gaben alle Befragten an, dass es formale Aufnahmekriterien gäbe (darunter Kapazitäten, Alter, Substanz, Einhaltung der Hausordnung, Bezirkszugehörigkeit), gleichzeitig geben auch einige an, dass es auch subjektive Aufnahmekriterien gäbe (wie der persönliche Eindruck oder die Art und Weise, wie eine Person im Team vorgestellt werden würde). 3 SozialarbeiterInnen nennen als subjektives Kriterium für die Aufnahme „Ich muss das Gefühl haben, dass der Mensch hierher passt“.

Ein entscheidendes Aufnahmekriterium sei für 8 BetreuerInnen die Motivation (für 4 ÄrztInnen und jeweils 2 PsychologInnen und SozialarbeiterInnen). Woran die Motivation festgemacht würde, wurde nicht einheitlich beantwortet: So achten die PsychologInnen v.a. darauf, in wie weit sich jemand mit der Behandlung auseinandergesetzt hat (alle PsychologInnen und 2 SozialarbeiterInnen machen diese Aussage) bzw. würden die Motivation an der Bereitschaft sich einzulassen (3 PsychologInnen und 2 SozialarbeiterInnen) erkennen. Weitere Kriterien, die zwar nicht in ihrer Häufigkeit relevant, aber der Vollständigkeit halber an dieser Stelle genannt werden sollen, waren die Zuverlässigkeit und ob ein persönliches Anliegen spürbar wäre. Es wurde auch gesagt, dass jene Personen, die sich auf das Betreuungsangebot nicht einlassen könnten, nicht aufgenommen würden. Insgesamt 3 Personen (2 ÄrztInnen und 1 PsychologIn) merkten an, dass sich die Motivation entwickeln würde und keine konstante Größe wäre. Speziell von einer/einem ÄrztIn wurde die Autorin im Zuge der Interviews mehrfach darauf hingewiesen, dass die Frage der Motivation zynisch wäre und sie nicht mehr – auch nicht nach den Erstkontakten – danach gefragt werden wollen möchte.

Fast alle gaben an vor dem Erstgespräch Vorinformationen zu haben, wobei hier mehr als die Hälfte betonten, dass diese Einfluss auf das Gespräch hätten. Vorinformationen hätte sowohl strukturellen (sie würden das Gespräch verkürzen), als auch inhaltlichen Einfluss (sie würden den Fokus, den Inhalt und den Verlauf verändern). Dementsprechend müsse mit ihnen sorgsam umgegangen werden.

#### 4.1.3 Äußerungen der BetreuerInnen in Bezug auf „Subjektive Theorien“

Subjektive Vorannahmen der BetreuerInnen waren, dass die KlientInnen mit unrealistischen Erwartungen zum Erstgespräch kommen würden, also zum Beispiel, dass alles auf einmal gelöst werden solle, sie „den Schalter umlegen“ wollen und „normal“ werden oder den Wunsch äußerten, kontrolliert zu trinken. Einig sind sich die BetreuerInnen, dass ein Gefälle vorhanden sei und durch unterschiedliche Aspekte erzeugt werden würde, wie u.a. durch das Alter, das Auftreten, das Geschlecht, den kulturellen Background der BetreuerInnen und durch die persönlichen Erfahrungen der KlientInnen. Für insgesamt 7 BetreuerInnen (und v.a. für die PsychologInnen) müsse ein Gefälle spürbar sein und hätte einen positiven Einfluss auf die Rollenklarheit, die Vertrauensbildung und die Offenheit der KlientInnen. Der Einfluss des

Gefälles auf die Offenheit wird nicht einheitlich betrachtet und soll in Folge genauer dargestellt werden (siehe Kapitel 4.4.1).

Uneinigkeit besteht zwischen den ÄrztInnen und den PsychologInnen, ob eine Prognose erstellt werden könne: Für nahezu alle ÄrztInnen sei das möglich, 2 der PsychologInnen sprechen sich dagegen aus – es wäre zu wenig Zeit dafür.

Des Weiteren wird von einem Großteil der Befragten angenommen, dass die Berufsgruppe einen Einfluss auf das Verhalten der KlientInnen hätte, und hier wurde besonders ein Unterschied zwischen den ÄrztInnen und den psychosozialen MitarbeiterInnen wahrgenommen: Die ÄrztInnen hätte mehr Macht, müssten permanent Grenzen setzen und ihnen würde mehr Respekt entgegengebracht. Ob jemand freiwillig oder aufgrund einer Weisung eine Beratungsstelle aufsuche, hätte keinen Einfluss. Rund ein Drittel der BetreuerInnen sahen im Konsum eine Bewältigungsstrategie.

#### 4.1.4 Äußerungen der BetreuerInnen in Bezug auf „Besonderheiten des Suchtklientels – allgemein“

In der Kategorie „Besonderheiten des Suchtklientels – allgemein“ fanden sich nur drei erwähnenswerte Aussagen. Jeweils 2 Personen aus den drei Berufsgruppen befanden das Suchtklientel als eine „heterogene Gruppe“. Dass SuchtklientInnen besondere Persönlichkeitseigenschaften bzw. -strukturen aufweisen würden (wie einen niedrigeren Selbstwert, Ohnmächtigkeit gegenüber der Substanz oder risikohaftes Verhalten), wurden nur bei den psychosozialen MitarbeiterInnen ausgesprochen, keinE ÄrztIn tätigte eine derartige Aussage. Die Aussage, dass SuchtklientInnen unter schweren psychischen Störungen leiden würden, wurde v.a. von ärztlicher Seite angenommen: Fast allen ÄrztInnen und nur jeweils einE der PsychologInnen bzw. der SozialarbeiterInnen machten hierzu eine Aussage.

#### *4.2 Kategorie: „Besonderheiten des Suchtklientels in Bezug auf Selbstdarstellung und Fremdwahrnehmung“*

Zum Thema „Besonderheiten des Suchtklientels in Bezug auf Selbstdarstellung und Fremdwahrnehmung“ gab es von Seiten der PsychologInnen mehr Äußerungen (mit

insgesamt 55 Aussagen) als von den anderen Berufsgruppen (ÄrztInnen 41, SozialarbeiterInnen 47 Aussagen). Bei den Erstkontakten ist die Anzahl der Aussagen zwischen den Berufsgruppen ungefähr gleich (ÄrztInnen 46, PsychologInnen 48, SozialarbeiterInnen 40 Aussagen).

Die Ergebnisse wurden zusammengefasst, in vier Themenbereiche aufgeteilt, die auch in dieser Reihenfolge in den folgenden Kapiteln beschrieben werden: „Selbstwahrnehmung“, „Selbstdarstellung“, „Diskrepanzen zwischen Selbstwahrnehmung und Selbstdarstellung“ und „Besonderheiten der Lebenswelt des Suchtklientels“. In der Tabelle 4 werden die Ergebnisse, inhaltlich und nach Häufigkeit geordnet, dargestellt. In einem nächsten Schritt wurden diese Aussagen mit widersprüchlichen Aussagen verglichen.

Tabelle 4

*Auswertungstabellen zu der Grobkategorie „Besonderheiten des Suchtklientels in Bezug auf Selbstdarstellung und Fremdwahrnehmung“*

	Insgesamt	ÄrztInnen	Psycho- logInnen	Sozial- arbeiter- Innen
<b>Äußerungen der BetreuerInnen in Bezug auf die „Selbstwahrnehmung“ (in den BetreuerInnen-Interviews) (Kapitel 4.2.1)</b>				
„Selbstwahrnehmung entspricht nicht der Außenwahrnehmung – nicht bewusst, wie sie wirken.“	11	4	3	4
„Selbstwahrnehmung ist verzerrt durch den Substanzkonsum“	9	3	4	2
„Häufiges Thema bei SuchtklientInnen ist die Selbstverantwortung, Drogensucht hat was Selbstbestimmtes.“	8		3	5
KlientInnen erkennen die eigenen Probleme nicht, eingeschränktes Problembewusstsein.“	7	2	1	4
„SuchtklientInnen erkennen oft ihren eigenen Anteil nicht und externalisieren die Verantwortung.“	6	1	4	1
<b>Äußerungen der BetreuerInnen in Bezug auf die „Selbstdarstellung“ (in den BetreuerInnen-Interviews) (Kapitel 4.2.2)</b>				
„KlientInnen versuchen einen gesteuerten Eindruck zu hinterlassen, um das zu bekommen, was sie wollen.“	11	5	3	3
„KlientInnen erzählen, was sie glauben, was wir hören wollen.“	8	3	3	2
„Selbstdarstellung ist kontextabhängig.“	6	1	3	2

„Es gibt eine substanzspezifische Selbstdarstellung.“	5	2	1	2
„Personen, die in die Suchtberatung kommen, stellen sich besser dar, als es der Realität entspricht.“	5	1	2	2
<b>Äußerungen der BetreuerInnen in Bezug auf die „Selbstdarstellung“ (bei den Erstkontakt-Interviews) (Kapitel 4.2.2)</b>				
EK zu „KlientInnen stellen sich so dar, wie sie es empfinden, sind ehrlich.“	27	10	8	9
EK zu „Personen, die in die Suchtberatung kommen, stellen sich besser dar, als es der Realität entspricht.“	16	8	3	5
<b>Äußerungen der BetreuerInnen in Bezug auf die „Diskrepanzen zwischen Selbstwahrnehmung und Selbstdarstellung“ (in den BetreuerInnen-Interviews) (Kapitel 4.2.3)</b>				
„Diskrepanzen zwischen dem Auftreten/Ausdruck und den Inhalten des Gesprächs.“	9	3	5	1
„Diskrepanzen bei der Angabe der eingenommenen Substanzen bzw. der Konsumart und dem hinterlassenen Eindruck.“	7	3	2	2
„Diskrepanzen zwischen Wunsch, Lebenszielen und Realität.“	5	1	2	2
<b>Äußerungen der BetreuerInnen in Bezug auf die „Diskrepanzen zwischen Selbstwahrnehmung und Selbstdarstellung“ (in den Erstkontakt-Interviews) (Kapitel 4.2.3)</b>				
EK zu „Diskrepanzen zwischen dem Auftreten/Ausdruck und den Inhalten des Gesprächs.“	19	6	10	3
EK zu „Inhaltliche Diskrepanzen innerhalb der Aussagen der KlientInnen. /Diskrepanzen in den KlientInnenangaben.“	10	2	6	2
<b>Äußerungen der BetreuerInnen in Bezug auf die „Besonderheiten der Lebenswelt des Suchtklientels“ (in den BetreuerInnen-Interviews) (Kapitel 4.2.4)</b>				
„SuchtklientInnen sind an ihre Szene angepasst.“	6	2	1	3
„KlientInnen stehen oft in Konflikt mit dem Gesetz und der Gesellschaft.“	5		3	2

Anmerkung: EK = Erstkontakt

#### 4.2.1 Äußerungen der BetreuerInnen in Bezug auf die „Selbstwahrnehmung“

Ein Großteil der Interviewten gab an, dass den KlientInnen nicht bewusst sei, wie sie wirken, ihre Selbstwahrnehmung nicht der Außenwahrnehmung entsprechen würde. So sprachen die ÄrztInnen von einer verzerrten Wahrnehmung, die dazu führen würde, dass die KlientInnen nicht sahen wie sie ankämen, die Prioritäten falsch setzen und glauben würden, nicht aufzufallen; die PsychologInnen sprachen von einer inadäquaten Selbstwahrnehmung, die bedingt durch den Halo-Effekt und einer beeinträchtigten Wahrnehmung sei; die SozialarbeiterInnen beschrieben eine eingeschränkte Wahrnehmung aufgrund der sozialen Kontakte, eine verfälschte Selbstwahrnehmung, u.a. bedingt durch ein starkes Über-Ich und aufgrund der Verwahrlosung, sowie eine Überschätzung der Selbstwirksamkeit. Hier sei noch eine berufsspezifische Besonderheit erwähnt: Die PsychologInnen begründeten die verzerrte Wahrnehmung, die letztlich zu Diskrepanzen führen würde, aufgrund innerpsychischer Geschehnisse (wie z.B. „Halo-Effekt“), die SozialarbeiterInnen betonten wiederum den sozialen Kontext (z.B. Umfeld).

Insgesamt tätigten 9 BetreuerInnen die Aussage, dass die Selbstwahrnehmung durch den Substanzkonsum verzerrt sei und Einige sagten auch, dass die KlientInnen ein eingeschränktes Problembewusstsein hätten. Die KlientInnen würden ihre eigenen Anteile nicht erkennen und die Verantwortung externalisieren. Die Selbstverantwortung sei ein Thema, das sowohl für die SozialarbeiterInnen (alle haben dieses Thema in den BetreuerInneninterviews angegeben) als auch für die PsychologInnen (Mehrheit hat sich dazu geäußert) eine sehr hohe Bedeutung, für die ÄrztInnen aber keine Relevanz hätte (keine Äußerungen hierzu).

Widersprüche zwischen den Aussagen verschiedener BetreuerInnen finden sich bei der Einschätzung des Problembewusstseins der KlientInnen. Während 2 BetreuerInnen den Suchtabhängigen illegaler Substanzen eine höhere Reflexionsfähigkeit und ein größeres Problembewusstsein zuschrieben als Personen mit Alkoholproblem, bezeichneten 6 BetreuerInnen das Problembewusstsein der KlientInnen als eingeschränkter. Eine Person äußerte sich in beiden Richtungen. Dieser Widerspruch ist klar auflösbar: Die Person nahm einerseits zwar prinzipiell das Problembewusstsein und die Reflexionsfähigkeit des Suchtklientel als eingeschränkt wahr – sozusagen als eine ihrer Besonderheiten. Andererseits differenzierte sie innerhalb des Suchtklientel zwischen Abhängigen illegaler Substanzen und AlkoholikerInnen, wobei sie angab, dass AlkoholikerInnen ein vermindertes

Problembewusstsein hätten und ihren Konsum eher zu verharmlosen versuchen würden als Personen mit illegalem Substanzkonsum.<sup>14</sup>

#### 4.2.2 Äußerungen der BetreuerInnen in Bezug auf die „Selbstdarstellung“

Ungefähr ein Drittel der Befragten gab an, dass die Selbstdarstellung kontextabhängig und substanzspezifisch sei – darunter „KokainistInnen stellen sich übertrieben da (\"Ich bin der Größte!\", „Heroin-KonsumentInnen sind offener.“ und „Personen unter Benzo-Einfluss erzählen nicht die Wahrheit und leugnen ihre Beeinträchtigung.“). Die Art der Selbstdarstellung wurde von den verschiedenen BetreuerInnen sehr unterschiedlich gesehen und es konnten hier zwei gegensätzliche Richtungen beobachtet werden: Einerseits beschrieben die BetreuerInnen, dass die KlientInnen sich als negativ darstellen würden (zeigt die Kategorie „Personen, die in die Suchtberatung kommen, stellen sich negativ dar [arm, leidendes Opfer, bedrohlich].“ von insgesamt 4 BetreuerInnen genannt). Andererseits wurde beschrieben, dass Personen, die in eine Suchtberatung kämen, versuchen würden sich besser darzustellen als es der Realität entspreche (darunter Verleugnen, Bagatellisieren, Verharmlosen der Probleme/Konsums, bewusstes „sich-zusammenreißen“, den intravenösen Konsum verschweigen oder sich als „GenusstrinkerInnen“ darzustellen). Wobei v.a. der Versuch, sich besser darzustellen bei den Erstkontakt-Interviews vermehrt wiedergefunden werden konnte (bei insgesamt 16 Erstgesprächen). EinE einzige/einziger medizinischeR MitarbeiterIn äußerte sich in beide Richtungen: Einerseits gibt er/sie an, dass sich die KlientInnen schlechter darstellen würden, um nicht weniger zu bekommen; andererseits würde die KlientInnen „heile Welt spielen“ und WeisungsklientInnen ihre Probleme runterspielen.

Die Selbstdarstellung wurde einheitlich als manipuliert wahrgenommen: So sagen insgesamt 11 Befragte, dass KlientInnen versuchen würden einen gesteuerten Eindruck zu hinterlassen, um das zu bekommen was sie wollen (z.B. ÄrztIn „KlientInnen stellen sich schlechter dar, um nicht zu wenig zu bekommen.“, PsychologIn „Es gibt Stehsätze, wo ich heraushöre, dass sie gebrieft worden sind, glauben, dass die Darstellung notwendig ist, um Substitol zu kriegen. Wenn es nicht authentisch wirkt.“, SozialarbeiterIn „Viele haben Institutionserfahrung - sie wissen, was sie sagen müssen um das zu bekommen, was sie wollen.“). Auch die Kategorie

---

<sup>14</sup> *Erstkontakt-Interview Nr. 14.a.* „Diskrepanz: stellt seinen Alkoholkonsum wenig als Problem dar und wie ich es einschätze“; *ÄrztIn Nr. 14* „AlkoholikerInnen schieben Schuld ab, weniger reflektiert; illegale Abhängige sind kooperativer und reflexionsfähiger.“; *ÄrztIn Nr. 8* „Drogenabhängige sind bzgl. der Substanzen ehrlicher als AlkoholikerInnen - Dosierung nicht immer korrekt.“

„KlientInnen erzählen, was sie glauben, was wir hören wollen.“ unterstreicht diese Annahme und wurde von mehr als der Hälfte der Interviewten angegeben.

Die in den BetreuerInnen-Interviews unterstellte bewusste Strategie der Manipulation des Ersteindrucks konnte im Zuge der Erstkontakt allerdings nicht belegt werden, ganz im Gegenteil: Es wurde bei insgesamt 27 Personen – was mehr als die Hälfte der Erstkontakte entspricht und insgesamt die Erstkontakt-Kategorie darstellt, die am meisten Stimmen fand – angegeben, dass die KlientInnen sich so darstellen würden, „wie sie es empfinden“, also „ehrlich“. Diese Aussage wurde bei den BetreuerInnen-Interviews von insgesamt 3 Personen genannt – jeweils einer Person aus den unterschiedlichen Berufsgruppen. EinE ÄrztIn äußert sich hierbei widersprüchlich: Einerseits gab sie an, dass der Wunsch, den Suchtdruck zu befriedigen, dazu führen würde, dass jemand täuschen würde; andererseits nahm sie an, dass SuchtklientInnen versuchen würden, weniger ein Bild zu vermitteln und sich ehrlicher präsentieren würden (Vgl. Anhang G). Hierzu sei noch eine weitere, zwar nicht in ihrer Häufigkeit aber inhaltlich relevante Kategorie erwähnt: Insgesamt 3 BetreuerInnen (2 PsychologInnen und 1 SozialarbeiterIn) gaben an, dass „Selbstdarstellung ist auch eine Selbsttäuschung“ und die Frage nach einer bewussten Manipulation könnte auch in diesem Sinne beantwortet werden.

#### 4.2.3 Äußerungen der BetreuerInnen in Bezug auf „Diskrepanzen zwischen Selbstwahrnehmung und Selbstdarstellung“

Diskrepanzen zwischen Selbstdarstellung und Fremdwahrnehmung wurden im Zuge der BetreuerInnen-Interviews v.a. zwischen dem Auftreten bzw. Ausdruck und den Inhalten der Gespräche genannt (darunter „traurige Geschichte und lachendes Gesicht“, „properer Kleidung und wilde Geschichte – Gewalt, Straße, nichts zu essen“, „versucht überlegen zu sein, hat aber gleichzeitig totale unruhige Sitzhaltung“, „wenn themenspezifisch sich das Verhalten ändert – anfangs neutrale Haltung, spricht über Männer und beginnt weibliche bzw. aufreizende Haltung einzunehmen“) sowie zwischen den Wünschen bzw. Lebenszielen und den angegebenen Substanzen bzw. der Konsumart (wie z.B. „hoher, riskanter Konsum und der Wunsch, das von einem Tag auf den anderen abzustellen“). Im Erstkontakt manifestieren sich diese Widersprüche v.a. zwischen dem Auftreten und dem BetreuerInneneindruck bei insgesamt 19 Personen, darunter z.B. „Optisch dachte ich, dass er wesentlich beeinträchtiger ist als er war, und mehr konsumiert als was er gesagt hat“, „Zu alt, zu lange im Drogengeschäft, ich hätte diese hohen Dosierungen nicht abgekauft.“, „Körpersprache was

aggressiv, aber Inhalt war klagend“, „Er fühle sich `pudlewohl`, sein Zustand ist aber nach meiner Einschätzung katastrophal.“, „`Naive Art` wie er sich präsentiert hat, nehme ich ihm nicht ab. Unklar was er will.“, „Er redet über Inhalte als wären sie viel banaler als sie es wirklich sind“, „Jammert, dass er bei der Polizei sitzen musste – hat aber mit Drogen gedealt“, „Er beschreibt sich selbst als extrem passiv – die Freundin macht alles mit ihm und er kann sich nicht erwehren, und gleichzeitig erzählt er von Schlägereien von früher, hat aggressiv und angespannt gewirkt. Unglaublich, dass er sich nicht wehren kann.“. Widersprüche in den inhaltlichen Angaben der KlientInnen im Erstgespräch wurde bei insgesamt 10 Personen beobachtet, darunter „Es sagt, dass er arbeitet, ist aber arbeitslos“, „Seine Geldquelle ist mir nicht klar, das war komisch und da verschweigt er was“, „Es geht seit 8 Wochen zu einer Psychologin, weiß nicht wie sie heißt, wer das ist, wer das zahlt, wie das Betreuungsverhältnis zustande gekommen ist.“

#### 4.2.4 Äußerungen der BetreuerInnen in Bezug auf die „Besonderheiten der Lebenswelt des Suchtklientels“

In den BetreuerInnen-Interviews wurde immer wieder von einer eigenen Lebensrealität der KlientInnen gesprochen: Die KlientInnen würden in einer von der Gesellschaft abgegrenzten Szene leben, oft mit dem Gesetz oder den gesellschaftlichen Regeln in Konflikt. KlientInnen seien an die Szene angepasst, in der sie auch „gelernt haben, weniger offen zu sein v.a. gegenüber Autoritäten“.

#### *4.3 Kategorie „Vorbeugen – was tue ich, um zu verhindern, dass jemand nicht die Wahrheit sagt?“*

Zum Thema „Vorbeugen – was tue ich, um zu verhindern, dass jemand nicht die Wahrheit sagt?“ haben sich alle BetreuerInnen ungefähr gleich häufig geäußert und es konnten keine bemerkenswerten berufsgruppenspezifischen Unterschiede festgestellt werden (ÄrztInnen 28, PsychologInnen 31, SozialarbeiterInnen 26 Aussagen). Bei den Erstkontakten äußerten sich mehr PsychologInnen und ÄrztInnen dazu, als SozialarbeiterInnen (ÄrztInnen 8, PsychologInnen 10, SozialarbeiterInnen 4 Aussagen), wobei hier keine erwähnenswerten Aussagen zu finden waren, die auswertungsrelevant gewesen wären.

In den BetreuerInnen-Interviews gaben alle befragten Personen an, sie würden aktiv und bewusst eine vertrauensvolle Situation gestalten, die meisten würden hierfür spezielle Gesprächstechniken verwenden (siehe Tabelle 5). Die Mehrheit achte hierbei darauf, das Gespräch „auf Augenhöhe“ zu gestalten und versuche ihr Verhalten zu kontrollieren. Speziell würden weitere relevante Techniken angewandt, wie der Versuch zu entängstigen, neutral zu bleiben, die Gesprächsführung an den/die KlientIn anzupassen und zu betonen, dass Ehrlichkeit eine Voraussetzung für eine produktive Unterstützung sei.

Alle PsychologInnen gaben an, dass sie spezielle Gesprächstechniken verwenden würden, mehr als die Hälfte der SozialarbeiterInnen und der ÄrztInnen ebenfalls. Wobei dies bei den PsychologInnen sehr bewusst und differenziert von statten geht, was sich in der Vielzahl der Nennungen und Differenzierung in verschiedene Gesprächstechniken zeigte (genannt wurden u.a. „Systematisierende Darstellung (Move)“, „Technik des Spiegeln“, „Paraphrasieren“, „offenen Fragen“, „Ambivalenzen ausloten“, „Sokratischer Dialog“, „Waagschalenmodell“, „Paradoxe Intervention“, „Keine ja-nein-Antworten provozieren“). Die SozialarbeiterInnen würden Gesprächstechniken eher unbewusst an wenden („Ich verwende keine speziellen Gesprächstechniken – zumindest nicht bewusst.“), die Mehrheit der ÄrztInnen wäre sich ihrer Gesprächsführung sehr klar (es wurden keine Widersprüche bei dieser Kategorie bei den ÄrztInnen ausgemacht).

Eine klare Haltung der unterschiedlichen BetreuerInnen bzgl. des Themas „Augenhöhe im Gespräch“ konnte herausgearbeitet werden: Es wurden keine relevanten berufsgruppenspezifischen, noch intraindividuellen Widersprüche gefunden. Die BetreuerInnen hatten eine klare Einstellung dazu, vor allem haben sich ÄrztInnen und SozialarbeiterInnen zu diesem Thema geäußert: Alle ÄrztInnen und die Mehrheit der SozialarbeiterInnen haben Position bezogen – nur einE einzigeR PsychologIn hat sich diesbezüglich geäußert (4 ÄrztInnen, 1 PsychologIn und 3 SozialarbeiterInnen gaben an zu versuchen, das Gespräch auf Augenhöhe zu gestalten; 1 ÄrztIn und 2 SozialarbeiterInnen gaben an, dass ein Gespräch auf Augenhöhe nie möglich wäre; 1 SozialarbeiterIn äußert sich widersprüchlich, siehe Anhang H – dieser Widerspruch konnte aber aufgelöst werden<sup>17</sup>).

---

17 SozialarbeiterIn Nr. 13 scheint sich zu widersprechen. Dieser Widerspruch kann aber dahingehend aufgelöst werden, dass Nr. 13 annimmt, dass in der Gestaltung des Erstkontaktes zwar der/die BetreuerIn prinzipiell die Regeln vorgibt, er/sie gleichzeitig versucht das Gefälle so gering wie möglich zu halten.

Tabelle 5

*Auswertungstabellen zu der Grobkatgorie „Vorbeugen – was tue ich um zu verhindern, dass jemand nicht die Wahrheit sagt“*

	insgesamt	ÄrztInnen	Psycho- logInnen	Sozial- arbeiter- Innen
<b>Äußerungen der BetreuerInnen in Bezug auf „Vorbeugen – was tue ich um zu verhindern, dass jemand nicht die Wahrheit sagt“ (in den BetreuerInnen-Interviews)</b>				
„Ich gestalte eine vertrauensvolle Situation (durch meine Körperhaltung, durch störungsfreies Umfeld, mittels Beziehungsgestaltung, Aufklärung).“	15	5	5	5
„Ich wende spezielle Gesprächstechniken an.“	11	3	5	3
„Ich kontrolliere mein Verhalten.“	9	2	3	4
„Ich versuche das Gespräch auf Augenhöhe zu gestalten.“	8	4	1	3
„Ich versuche zu entängstigen (u.a. indem ich die Personen informiere).“	7	1	4	2
„Ich passe die Gesprächsführung an den/die KlientIn an.“	7	3	1	3
„Ich versuche neutral zu bleiben.“	6	2	3	1
„Ehrlichkeit ist die Voraussetzung für eine produktive Unterstützung (Metaebene) – weise auch darauf hin.“	5	2	2	1

#### *4.4 Kategorie „Wie erkennen ich, dass jemand nicht die Wahrheit sagt?“*

Zum Thema „Wie erkennen ich, dass jemand nicht die Wahrheit sagt?“ wurden ungefähr gleich viele Äußerungen von Seiten der PsychologInnen (70 Aussagen) und SozialarbeiterInnen (67 Aussagen) gefunden, bedeutend weniger von den ÄrztInnen (45 Aussagen).

Bei den Erstkontakten sind zwei Gruppierungen erkennbar: einerseits die ÄrztInnen mit 27 und die SozialarbeiterInnen mit 30 Statements, andererseits die PsychologInnen mit 19, wobei insgesamt nur eine einzige erwähnenswerte Aussage bei den Erstkontakt-Interviews zu finden war. Die Ergebnisse wurden thematisch geordnet in Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 6

*Auswertungstabellen zu der Grobkatgorie „Wie erkenne ich, dass jemand nicht die Wahrheit sagt?“*

	insgesamt	ÄrztInnen	Psycho- logInnen	Sozial- arbeiter- Innen
<b>Äußerungen der BetreuerInnen in Bezug auf „worauf geachtet wird, um zu erkennen, ob jemand die Wahrheit sagt“ (in den BetreuerInnen-Interviews) (siehe Kapitel 4.4.1)</b>				
„Ich achte auf die Reaktionen des/der KlientIn.“	5	2	2	1
<b>Äußerungen der BetreuerInnen in Bezug auf prinzipielle Einflussfaktoren auf Offenheit wären (in den BetreuerInnen-Interviews) (Kapitel 4.4.1)</b>				
„Offenheit wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst.“	13	3	5	5
„Wahrgenommenes Gefälle kann zu weniger Offenheit seitens des/der KlientIn führen.“	8	3	3	2
„Substanzverschreibung hat Einfluss auf das KlientInnenverhalten (Privileg der ÄrztInnen).“	5	3	2	
<b>Äußerungen der BetreuerInnen in Bezug auf den „Kontext, warum jemand kommt, v.a. Weisung versus Freiwilligkeit“ (in den BetreuerInnen-Interviews) (Kapitel 4.4.2)</b>				
„Bei KlientInnen, die unfreiwillig kommen, bin ich misstrauischer.“	9	2	3	4
„Der Kontext, warum jemand kommt, ist entscheidend.“	8	1	4	3
„KlientInnen machen keine berufsgruppenspezifischen Unterschiede.“	6	3	2	1
„SuchtklientInnen stehen häufig unter starkem Druck.“	6	2	2	2
„Kein Unterschied in der Offenheit bzw. Ehrlichkeit bei WeisungsklientInnen und Freiwilligen.“	5		2	3
„Entscheidend ist wie KlientInnen mit einer Unfreiwilligkeit umgehen – kann auch positiven Einfluss haben.“	5	2	2	1
<b>Äußerungen der BetreuerInnen in Bezug auf Misstrauen (in den BetreuerInnen-Interviews) (Kapitel 4.4.2)</b>				
„Misstrauen der KlientInnen hat mit ihren Vorerfahrungen zu tun.“	10	4	3	3
„Misstrauen erkenne ich daran, wenn Informationen	8	2	3	3

zurückgehalten werden.“

---

**Äußerungen der BetreuerInnen in Bezug auf  
„pathologische Offenheit“ (in den BetreuerInnen-  
Interviews) (Kapitel 4.4.1)**

---

„Es gibt eine gesunde Form der Offenheit – zu viel im EK preisgeben ist pathologisch.“	5	3	1	1
---	---	---	---	---

---

**Äußerungen der BetreuerInnen in Bezug auf  
„pathologische Offenheit“ (in den Erstkontakt-  
Interviews) (Kapitel 4.4.1)**

---

EK zu „Es gibt eine gesunde Form der Offenheit – zu viel im EK preisgeben ist pathologisch.“	13	5	4	4
---	----	---	---	---

---

*Anmerkung:* EK = Erstkontakt

#### 4.4.1 Äußerungen der BetreuerInnen in Bezug auf „Einflussfaktoren auf die Offenheit“

Vielfach vertretene Aussagen in dieser Kategorie waren die Anmerkungen, dass die Offenheit durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst werde würde: ÄrztInnen würden weniger Offenheit im Gespräch wahrnehmen, wenn z.B. Eltern im Gespräch dabei seien, bei Illegalität oder Institutionserfahrung; für PsychologInnen seien Einflussfaktoren u.a. Vorurteile, konkrete Wünsche wie Substitution, oder wenn jemand eigentlich keines der Betreuungsangebote in Anspruch nehmen möchte und aufgrund von äußerem Druck zum Erstgespräch gekommen wäre; die SozialarbeiterInnen nannten das Geschlecht oder den kultureller Hintergrund der Betroffenen.

Viele BetreuerInnen gaben konkret an, dass wahrgenommenes Gefälle zu weniger Offenheit seitens der KlientInnen führen könne. Die Frage, ob ein Gefälle im Betreuungssetting vorhanden sei, wurde bereits oben besprochen (siehe Kapitel 4.1.3) und widerspruchsfrei bejaht (insgesamt 6 Personen). Es wird ein Zusammenhanges zwischen der Kategorie „Wahrgenommenes Gefälle kann zu weniger Offenheit seitens des/der KlientIn führen.“ und „Ich versuche, das Gespräch auf Augenhöhe zu gestalten“ vermutet, da 4 der befragten Personen, die das Gefälle als hinderlich für die Offenheit einschätzten, gleichzeitig darauf achten, das Gespräch auf Augenhöhe zu gestalten.

Welchen Einfluss das Gefälle auf die Offenheit habe, wurde allerdings sehr unterschiedlich beantwortet und auch immer wieder widersprüchlich. Insgesamt haben sich dazu 11 Personen geäußert (siehe Anhang I): Für 2 ÄrztInnen und 2 SozialarbeiterInnen hat es einen klaren negativen Effekt, für jeweils 1 ÄrztIn, 1 SozialarbeiterIn und 1 PsychologIn hat es einen

klaren positiven Einfluss auf die Offenheit. 4 Personen (1 ÄrztIn und 3 PsychologInnen) äußert sich zu dieser Kategorie widersprüchlich: Bei allen Personen ist der Widerspruch auflösbar: So hätte das Gefälle für eine/einen PsychologIn am Anfang negativen Einfluss auf die Offenheit, aber würde eigentlich Vertrauen schaffen; bei den beiden anderen PsychologInnen und der/dem ÄrztIn ist der Einfluss individuell unterschiedlich und würde sich auf einem schmalen Grat bewegen (Vgl. Anhang I).

Relevant für die BetreuerInnen, um zu erkennen, ob eine Person die Wahrheit sagt oder nicht, seien die Reaktionen der/des KlientIn (d.h. Reaktion auf das Geschlecht, auf die Provokationen der/des BetreuerIn oder auf das Ansprechen von Diskrepanzen). Auch die Substanzverschreibung hätte Einfluss auf das KlientInnenverhalten.

Interessant war noch die Aussage der BetreuerInnen, dass Offenheit sowohl gesunde wie auch pathologische Ausprägungen haben könnte, einE ÄrztIn spricht von „maligne Offenheit – Enthemmung im menschlichen Umgang“. EinE PsychologIn betont sogar, dass die KlientInnen vor zu viel Offenheit im Erstgespräch geschützt werden sollten („Ich schütze im Erstkontakt die KlientInnen vor zu großer Selbstexposition.“). Die „pathologische Offenheit“ war auch im Zuge der Erstkontakte immer wieder Thema und wurde von insgesamt 13 Personen genannt – bei 5 ÄrztInnen und je 4 PsychologInnen bzw. SozialsozialarbeiterInnen („Ich weiß nicht, ob er aktiv was verheimlicht hat. Ich hoffe, dass er etwas verheimlicht, sonst wäre er wirklich krank.“, „Verheimlicht: steht ihm zu, muss erst Gefühl bekommen, was er sagen kann.“, „Ich habe gar kein Misstrauen wahrgenommen, eher das Gegenteil, eine extreme Offenheit, auffälliges Ausmaß an Offenheit; war fast übertrieben, gewisse Skepsis und Unsicherheit hatte sie gar nicht“).

#### 4.4.2 Äußerungen der BetreuerInnen in Bezug auf den „Kontext“

Viele BetreuerInnen gaben an, dass v.a. der Kontext weswegen jemand in die Beratungsstelle käme, Einfluss auf die Offenheit hätte – bei Unfreiwilligkeit seien die BetreuerInnen misstrauischer. SuchtklientInnen stünden häufig unter starkem Druck und ob einE KlientIn misstrauisch sei, werde daran erkannt, ob Informationen zurückgehalten würde. Viele BetreuerInnen vertraten die Ansicht, dass Misstrauen der KlientInnen mit den Vorerfahrungen zu tun hätte (darunter „PatientInnen sehen selten, dass jemand was Gutes für sie will.“, „Misstrauische Personen sind oft traumatisierte, verletzte Personen“, „Sie haben Misstrauen,

weil sie schlechte Erfahrungen gemacht haben, ungenügende oder falsche Informationen haben, wie sie eine Situation gestalten können oder wie sie wirken.“).

Einige Interviewte geben an, dass KlientInnen keinen Unterschied zwischen den Berufsgruppen machen würden – also sie würde nicht erkennen, welcher Berufsgruppe sie gegenüber säßen. Zum Thema „berufsspezifische Unterschiede“<sup>18</sup> äußerten sich insgesamt 13 der interviewten Personen: alle ÄrztInnen und jeweils 4 der PsychologInnen und der SozialarbeiterInnen. Darunter tätigen 3 Personen widersprüchliche Aussagen (einE ÄrztIn, zwei PsychologInnen), die im Anhang I dargestellt wurden. Insgesamt sahen 3 Personen keine berufsspezifischen Unterschiede – KlientInnen würden sie nicht wahrnehmen, relevante Einflussfaktoren seien das Alter und Geschlecht der/des BetreuerIn und das gestellte Angebot. Fast die Hälfte der Personen (insgesamt 7 Personen) gab an, sowohl Unterschiede zwischen den Berufsgruppen als auch einen gerichteten Einfluss auf das Erstgespräch in Richtung weniger Offenheit – und hier v.a. ÄrztInnen gegenüber – wahrzunehmen (u.a. bedingt durch die Substanzverschreibung). Gleichzeitig werde ein starkes Vertrauen in die psychosozialen MitarbeiterInnen angenommen. Diese Ergebnisse wurden auch bei den 3 intrapersonalen Widersprüchlichkeiten wiedergefunden und können in diesem Sinne auch aufgelöst werden (Vgl. Anhang I):

- So beschrieb ÄrztIn Nr. 7 einerseits, dass nicht die Berufsgruppe Einfluss auf das Gespräch habe, sondern das Geschlecht der/des BetreuerIn; gleichzeitig nahm dieseR ÄrztIn an, dass aufgrund der Substanzverschreibung höheres Konfrontationspotential entstehe und dadurch Hierarchie und Grenzen klargestellt werden müssten. ÄrztIn Nr.7 vertrat die Ansicht, dass kein prinzipieller Unterschied zwischen den Berufsgruppen bestehe, sondern die Substanzverschreibung den berufsspezifischen Unterschied hervorbrächte.
- Für PsychologIn Nr. 11 könnten die KlientInnen nicht zwischen PsychologInnen und Psychiatern unterscheiden, wohl aber zwischen psychosozialen MitarbeiterInnen und ÄrztInnen. Den psychosozialen MitarbeiterInnen werde mehr Vertrauen

---

18 Betrifft die sich widersprechenden Kategorien: „KlientInnen machen keine berufsspezifischen Unterschiede.“ versus „KlientInnen haben ein vertrauensvolleres Verhältnis zu psychosozialen BetreuerInnen.“/„KlientInnen sind ÄrztInnen gegenüber weniger offen.“/„Substanzverschreibung hat Einfluss auf das KlientInnenverhalten (Privileg der ÄrztInnen).“/„Berufsgruppe hat Einfluss auf die Offenheit der KlientInnen.“, dargestellt im Anhang I.

entgegengebracht. Gleichzeitig seien die KlientInnen – bedingt durch die Substanzverschreibung – terminsicherer (nähmen also ihre Termine zuverlässiger wahr) bei den ÄrztInnen als bei Psychosozialen und müssten sich auch vor den ÄrztInnen besser darstellen. Aus dem heraus würde es zu vermehrten Diskrepanzen in der Selbstdarstellung kommen.

- PsychologIn Nr. 12 nahm bei ÄrztInnen einerseits ein größeres Gefälle („Götter in Weiß“), wie auch weniger Offenheit (ÄrztInnen hätten weniger Zeit für die KlientInnen und „mit der Zeit kommt die Offenheit“) wahr.

Es habe keinen entscheidenden Einfluss, ob eine Personen aufgrund eines Weisungspruchs (Gericht, Jugendamt) oder freiwillig käme – entscheidend sei, wie mit dem Zwangskontext umgegangen würde und ob er positiv genutzt werden könne.

Insgesamt fanden sich 9 Personen zum Thema „Offenheit bei Weisungen vs. Freiwilligen“ geäußert (siehe Anhang I). Ob der Grund für einen Betreuungswunsch (also Freiwilligkeit oder Zwangskontext) Einfluss auf die Offenheit der KlientInnen habe, wurde nicht einheitlich beantwortet: 2 SozialarbeiterInnen tätigten hierzu widersprüchliche Aussagen, 3 BetreuerInnen (2 PsychologInnen und 1 SozialarbeiterInnen) gaben diesbezüglich keinen Unterschied an, 4 sehr wohl (3 PsychologInnen, 1 ÄrztIn). Letztere gaben einen gerichteten Unterschied an, wobei WeisungsklientInnen als weniger offen und manipulativer, Freiwilligen als offener wahrgenommen werden würden. Die Absichtsvermutung bzw. Manipulation bei Weisungen war ebenfalls ein wichtiges Thema und wurde von einem Drittel der Personen genannt. Berufsgruppenspezifisch sind auch einige wichtige Auswertungsergebnisse festzuhalten:

- Insgesamt kann bei den SozialarbeiterInnen ein durchaus „pragmatischer Zugang“ bzgl. Weisungen festgestellt werden: KlientInnen im Zwangskontext seien nicht ehrlicher, würden aber ihre gerichtlichen Auflagen erfüllen wollen; Freiwillige seien offener und weniger misstrauisch (die zwei widersprüchlichen Aussagen von SozialarbeiterInnen sind auch in diesem Sinne auflösbar<sup>19</sup>).

---

19 Für beide sind WeisungsklientInnen zwar nicht ehrlicher, aber für Nr. 6 misstrauischer, für Nr. 13 wollen sie ihre gerichtlichen Auflagen erfüllen, während Nr.13 Freiwillige als offener wahrnahm (Vgl. Anhang I).

- Alle PsychologInnen bezogen bzgl. dieses Themas klar Stellung und bildeten zwei Lager: 2 Personen gaben keinen Unterschied zwischen WeisungsklientInnen und Freiwilligen an, 3 beurteilten WeisungsklientInnen als weniger offen.
- Nennungen von ÄrztInnen sind kaum vorhanden, einzig einE MedizinerIn äußerte sich zu diesem Thema und nahm einen Unterschied wahr: „Sie sind nicht bereits betreut zu werden und wollen trotzdem die Bestätigungen für den Richter.“. Hier stellt sich die Frage, die spärlichen Äußerungen betrachtend, ob dieses Thema für die ÄrztInnen überhaupt relevant ist.

#### *4.5 Kategorie „Konsequenzen, wenn sie nicht die Wahrheit sagen – wie gehe ich damit um?“*

Insgesamt äußerten sich bedeutend weniger ÄrztInnen zum Thema „Konsequenzen, wenn sie nicht die Wahrheit sagen – wie gehe ich damit um?“ als psychosoziale MitarbeiterInnen – insgesamt 15 Nennungen von PsychologInnen und 14 von Sozialarbeiterinnen, während nur 6 Aussagen seitens der ÄrztInnen gefunden wurden. In den Erstkontakten wurden kaum Nennungen zu diesem Thema gebracht (insgesamt 3) und davon keine, die für die Auswertung relevant erscheinen, da sie aufgrund der geringen Anzahl eher als Einzelaussagen zu bewerten sind („Ich glaub, dass sie sich was Unrealistisches erwartet hat, aber sie konnte es gut nehmen, dass man ihr das auch so gesagt hat“, „Beikonsum von Benzos nicht erzählt, sonst hab ich nicht so eindringlich gefragt, legitim bei Erstkontakt nicht so viel zu erzählen.“, „Wenn er mehr konsumiert als er angibt, dann ist das seine Verantwortung, das zu erzählen, nachdem ich ihn über die Verschwiegenheit aufgeklärt habe.“). Es konnte insgesamt zwar nicht viele Nennungen verzeichnet werden, wohl aber ist bemerkenswert, dass sich nahezu alle Personen zu diesem Thema geäußert haben (insgesamt 14, 1 PsychologIn hat sich nicht dazu geäußert). In Tabelle 7 wurden die auswertungsrelevanten Aussagen dargestellt.

Tabelle 7

*Auswertungstabellen zu der Grobkatgorie „Konsequenzen, wenn sie nicht die Wahrheit sagen – wie gehe ich damit um?“*

	insgesamt	ÄrztInnen	Psycho- logInnen	Sozial- arbeiter- Innen
<b>Äußerungen der BetreuerInnen in Bezug auf „Konsequenzen, wenn sie nicht die Wahrheit sagen– wie gehe ich damit um?“</b>				
Den/Die KlientIn mit meinen Eindrücken konfrontieren.	9	2	4	3
Ich versuche die Erwartungen der KlientInnen mit der Realität abzugleichen – Diskrepanz reduzieren.	8	1	4	3
Man muss den KlientInnen die Selbstverantwortung rückspielen.	8	1	3	4

Es konnten drei Strategien ausgemacht werden, wie die BetreuerInnen damit umgehen, wenn KlientInnen bei einem Erstkontakt nicht die Wahrheit sagen: Die KlientInnen mit den eigenen Eindrücken konfrontieren, die Erwartungen der KlientInnen mit der Realität abgleichen (umso Diskrepanz zu reduzieren) und den KlientInnen die Selbstverantwortung zurückspielen. Bemerkenswert ist, dass v.a. für die SozialarbeiterInnen das Thema der Selbstverantwortung sehr wichtig war – nahezu alle sprachen sich dazu aus und vertraten eine homogene Meinung.

Interessant ist, dass sich die ÄrztInnen jeweils zu einer dieser Strategien bekannt haben bzw. sogar einE ÄrztIn Diskrepanzen im Erstkontakt als für nicht relevant betrachtet („Bei der Substanzabfrage notiere ich mir, wenn es nicht stimmig ist – im Erstkontakt ist es mir egal, ob er die Wahrheit sagt.“). Die PsychologInnen gaben an mindestens zwei, die meisten allerdings alle dieser Strategien anzuwenden. Auch die Mehrheit der SozialarbeiterInnen gaben an, mehr als eine Strategie anzuwenden. Es wird hier klar ersichtlich, dass fast alle Befragten eine dieser erwähnten Strategien anwenden, die meisten sogar mehrere.

Widersprüche finden sich im Bezug auf die Reaktion der BetreuerInnen auf Diskrepanzen im Zuge eines Erstkontakts (8Vgl. Anhang J): Einerseits vertritt je eine Person aus den drei unterschiedlichen Berufsgruppen die Position, dass Diskrepanzen im Erstkontakt keine Bedeutung hätten (je einE ÄrztIn, PsychologIn und SozialarbeiterIn machte eine Aussage zur Kategorie „Im Erstkontakt sind mir Diskrepanzen egal.“). Andererseits gaben insgesamt 12 BetreuerInnen an, dass Widersprüche im Erstkontakt eine Reaktion hervorrufen würde, wie

die Kategorien „Man muss den KlientInnen die Selbstverantwortung rückspielen“, „Den/Die KlientIn mit meinen Eindrücken konfrontieren.“ und „Ich versuche die Erwartung mit der Realität abzugleichen – Diskrepanzen reduzieren.“ zeigen (zu denen sich insgesamt 4 ÄrztInnen, 3 PsychologInnen und alle SozialarbeiterInnen geäußert haben).

Zwei BetreuerInnen widersprachen sich in ihren Aussagen: PsychologIn Nr. 12 gab an, sie erwarte einerseits keine vollkommene Offenheit bei einem Erstkontakt, hinterfrage aber dennoch die Diskrepanzen bei Angaben von Dosierung von Substitutionsmittel oder anderen Medikamenten bzw. spielen die Verantwortung zurück und zeige Widersprüche klar auf (v.a. bei Bagatellisierung der Probleme). SozialarbeiterIn Nr. 5 korrigiere im Erstgespräch unrealistische Erwartungen nicht, weise aber auf die Selbstverantwortung hin, spiele Diskrepanzen zurück und überlege, wo die eigenen Handlungsspielräume seien. Details hierzu können aus dem Anhang J entnommen werden.

## 5. Diskussion

In der folgenden Diskussion werden die relevanten Ergebnisse der Untersuchung zusammengefasst und mit den aus der Literatur gefundenen Aussagen verglichen. Es wird die Reihenfolge des Theorieteils beibehalten und ausgehend von dem gefundenen Datenmaterial Parallelen zwischen den Ergebnissen und der Theorie gezogen. Die einzelnen Forschungsfragen sollen am Ende jedes Kapitels anhand der Ergebnisse der Untersuchung beantwortet werden.

Insgesamt konnten sehr homogene inhaltliche Aussagen bei den BetreuerInnen gefunden werden. Die Unterschiede zwischen den Berufsgruppen waren geringer als erwartet. Festzuhalten bleibt auch, dass die in der Literatur gefundenen Erkenntnisse in den Interviews bestätigt wurden und so eine hohe Konkordanz zwischen theoretischem und praktischem Wissen besteht.

### *5.1 Erstgespräch*

Dass der persönliche Eindruck für der Aufnahme in eine Betreuung in einer Suchteinrichtung entscheidend ist, konnte in der Untersuchung bestätigt werden: Unter der Grobkategorie „Eindrucksfindung“ gaben die Befragten an, dass neben den formalen Aufnahmekriterien (wie Einhaltung der Hausregeln und Kapazitäten etc.) auch subjektive Kriterien entscheidend wären. Solche Kriterien wären u.a. der persönliche Eindruck, die Art und Weise wie eine Person im Team vorgestellt würde und ob eine Person „hierher passt“.

Dementsprechend wird in Folge diskutiert, nach welchen Kriterien die Betreuenden ihre Eindrücke bildeten und mit Aspekten aus der Literatur verglichen.

#### 5.1.1 Eindrucksfindung allgemein

Spinath (2000) definiert als Schlüsselemente für die Persönlichkeitseinschätzung die Eigenschaften der Zielperson, das einzuschätzende Merkmal sowie die zu Verfügung stehenden Informationen, die u.a. durch die Personenwahrnehmung eingeholt werden. Letztere ist ein Konglomerat aus Situations- und Verhaltensinformationen und den daraus

generierten Zuschreibungen und zur Verfügung stehenden Vorinformationen (Herkner, 2001). Diese Form der Informationsgewinnung wurde im Zuge der Untersuchung von den BetreuerInnen unter dem Begriff „*Ich achte auf das Gesamtbild*“ zusammengefasst: So wurden von den Befragten auf die Verhaltensweisen geachtet, ob jemand in Begleitung kommt, wie sich jemand im Kontakt gibt und ob eine Person den Blickkontakt halten kann. Außerdem wird auf den Beeinträchtigungsgrad, das äußere Erscheinungsbild, die Art der Sprache und die Mimik geachtet. Wie in der Literatur beschrieben wurde, werden von allen Berufsgruppen nonverbale Beobachtungen angestellt – so wird auf die Körpersprache und die Anspannung der KlientInnen geachtet, auf Letzteres besonders von den SozialarbeiterInnen. Aufgrund der Gesprächsführung (z.B. ob jemand „auf den Punkt kommen kann“), ob jemand pünktlich kommt und ob er/sie die notwendigen Unterlagen ins Gespräch mitbringt, schließen die BetreuerInnen auf den Strukturierungsgrad einer Person. Hier handelt es sich um generierte Zuschreibung aus den zuvor genannten Beobachtungen, da die Eigenschaft „Strukturiertheit“ nicht aus objektiv beobachtbaren Verhaltensweisen gezogen werden kann. Diese Eigenschaft ist ein Konglomerat aus mehreren Informationen und kann als „Interferenz“ und als implizite diagnostische Theorie gewertet werden.

Vorinformationen haben fast alle Personen und diese würden auch das Gespräch beeinflussen, sowohl strukturell wie auch inhaltlich. In der Literatur wurde als Richtlinie bei Erstgesprächen das Hinzuziehen von Fremdanamnesen bei ÄrztInnen (Arztbriefe oder Anhängigengespräche) (Leitfaden für ÄrztInnen zur substitutionsgestützten Behandlung, 1999) und bei den SozialarbeiterInnen das Einholen von Daten aus anderen Quellen (Pantucek, 2006) angeführt. Bei den PsychologInnen wurde das Einholen von Informationen in der Literatur nicht explizit erwähnt.

Berufsgruppenspezifische Besonderheiten finden sich bei den ÄrztInnen, die alleangaben sich genaue Substanz- und Konsuminformationen zu holen und auf psychische Auffälligkeiten sowie auf Besonderheiten im Lebenslauf zu achten – ein Ergebnis, das sich mit den Richtlinien des ärztlichen Anamnesegesprächs im Suchtbereich deckt (Leitfaden für ÄrztInnen zur substitutionsgestützten Behandlung, 1999).

Für die PsychologInnen von besonderem Interesse ist in wieweit sich jemand mit der Behandlung auseinandergesetzt hat – ein Aspekt, der zuvor als „Prüfung der Motivation und Definition des Behandlungszieles“ (Preuss et al., 2010) in der Literatur gefunden wurde. Die Abklärung der Motivation wird v.a. von den ÄrztInnen als entscheidendes Aufnahmekriterium betrachtet, wie diese allerdings von statten geht, wurde in den Interviews nicht einheitlich

beantwortet. Sowohl die PsychologInnen als auch die SozialarbeiterInnen gaben hierzu an, dass die Motivation anhand der Bereitschaft zu erkennen wäre, sich auf die Betreuung einzulassen. Dass Motivation entscheidend ist, wurde auch an anderer Stelle sichtbar: So gaben die ehemaligen Betroffenen Motivation als Aufnahmekriterium in eine Betreuung an. Auch von BetreuerInnen-Seite wurde angegeben, dass die KlientInnen – und insbesondere WeisungsklientInnen – versuchen würden einen motivierten Eindruck zu hinterlassen. Es gab auch Stimmen, die eine Prüfung der Motivation für nicht zielführend hielten – Motivation würde sich entwickeln und wäre keine konstante messbare Größe. EinE ÄrztIn sprach sich sogar sehr bestimmt dagegen aus überhaupt von Motivation zu sprechen. Welchen Stellenwert die Motivation hat und ob sie ein Aufnahmekriterium sein könnte, wurde also nicht einheitlich beurteilt. Während sie für einige sehr wohl als Aufnahmekriterium gelten würde, wurde sie von anderen kritisch beäugt: Bei dieser klinischen Stichprobe wäre die Frage problematisch. Die Frage der Motivation im Suchtbereich bleibt weiterhin interessant, wie und ob diese Frage Thema weiterer Forschungen sein könnte, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden, ein sensibler Umgang wird auf jeden Fall empfohlen.

Die Ergebnisse zeigen, dass auf Vieles geachtet werde, was in der Literatur beschrieben wurde, und die Methodik sich deckt – so werden aus den Verhaltens- und Situationsinformationen und den Vorinformationen durchaus erste Zuschreibungen und implizite Theorien generiert, die letztlich zu einer Einschätzung der Person führen. Im Themenbereich der allgemeinen Eindrucksfindung wurden kaum widersprüchliche Aussagen gefunden und die berufsgruppenspezifischen Unterschiede decken sich weitgehend mit jenen aus der Literatur.

### 5.1.2 Besonderheiten des Suchtklientels

Im Erstgespräch müssen sich die BetreuerInnen mit den Besonderheiten des Suchtklientels auseinandersetzen, vor allem mit der Substanzbeeinträchtigung, der Illegalität der Drogen und dass der Grund, eine Beratungsstelle aufzusuchen, oft fremdbestimmt ist (Gericht, Jugendamt, Eltern, LebenspartnerIn etc.). Wie in der Literatur auch immer wieder betont wird (Beck et al., 1997; Vogt, 2004), hat dies Einfluss auf die Selbstpräsentation im Erstkontakt. In den BetreuerInnen-Interviews wurden diesbezüglich folgende Kategorien angesprochen: der Substanzkonsum („*Selbstwahrnehmung ist verzerrt durch den Substanzkonsum.*“, „*Es gibt*

*eine substanzspezifischen Selbstdarstellung.*“), die besonderen Lebensumständen („SuchtklientInnen sind an ihre Szene angepasst.“ und „KlientInnen stehen oft in Konflikt mit dem Gesetz und der Gesellschaft.“) sowie der Druck, mit dem sie kommen („Der Kontext, warum jemand kommt ist entscheidend.“ und „SuchtklientInnen stehen häufig unter starkem Druck.“).

Während die beiden ersten Bereiche im Zuge des Kapitels Selbstdarstellung und -wahrnehmung noch genauer diskutiert werden, soll nun hier auf Letzteres eingegangen werden – also auf die Umstände, unter denen eine Person in die Beratungsstelle kommt, und ihren Einfluss auf die Erstgesprächsgestaltung.

Preuss et al (2010) beschreiben, dass bei SuchtklientInnen der erste Kontakt zu einer einschlägigen Einrichtung oft durch Ambivalenz geprägt ist, für Vogt (2004) sind die Erwartungen oft unklar. Auch die Interviews zeigten, dass ein Fokus auf die Abklärung der Erwartungen der KlientInnen gelegt wurde: Fast zwei Drittel der BetreuerInnen gaben an, dass die KlientInnen oft mit unrealistischen Erwartungen in die Beratungsstelle kämen. Vor allem der Kontext wäre entscheidend: Die KlientInnen stünden häufig unter starkem Druck, Weisungen würden den Gesprächsverlauf auf mehreren Ebenen beeinflussen. Fast ein Drittel der BetreuerInnen gaben an, misstrauischer Personen gegenüber zu sein, die unfreiwillig kämen. Vogt (2004) beschreibt, dass Weisungen einen negativen Einfluss auf die Offenheit hätten, da der/die BetreuerIn hier ein Machtinstrument in die Hand bekäme und dieses auf die KlientInnen bedrohlich wirken würde. Außerdem wären viele KlientInnen in kriminelle Aktivitäten verwickelt, was die Neigung zur Offenheit zusätzlich mindern würde (Vogt, 2004). Beides findet sich in den Kategorien „SuchtklientInnen haben in ihrer Szene gelernt, weniger offen zu sein.“ und „KlientInnen stehen oft in Konflikt mit dem Gesetz und der Gesellschaft.“ wieder. In der Untersuchung konnte die Annahme, dass Unfreiwilligkeit einen negativen Einfluss auf die Offenheit hätte, nicht bestätigt werden. Die BetreuerInnen gaben an, dass sie keinen Unterschied zwischen WeisungsklientInnen und Freiwilligen in ihrer Ehrlichkeit wahrnehmen würden, vielmehr wäre entscheidend, wie die Personen mit der Unfreiwilligkeit umgingen – ob sie sie positiv nutzen könnten. Ob KlientInnen im Zwangskontext offener seien oder nicht, wurden nicht einheitlich beantwortet. Wurde ein gerichteter Unterschied angenommen, dann wurden WeisungsklientInnen als weniger offen und manipulativer beschrieben. Hierzu sind v.a. die Aussagen der SozialarbeiterInnen interessant: Sie haben insgesamt einen pragmatischen Zugang (WeisungsklientInnen wären

nicht ehrlicher als Freiwillige, sie wollen ihre Auflagen erfüllen). Die ÄrztInnen äußerten sich hierzu kaum; es stellt sich die Fragen, inwieweit das Thema für die ÄrztInnen relevant ist.

Ebenso wie Beck et al. (1997) gingen die BetreuerInnen davon aus, dass negative Vorerfahrungen Misstrauen bei den KlientInnen verursachen würde, und erkennen dieses daran, dass Informationen zurückgehalten würden. Offenheit wiederum würde von vielen unterschiedlichen Faktoren beeinflusst, wie etwa durch den Kontext und durch das wahrgenommene Gefälle (siehe unten) sowie von soziodemographische Variablen (wie Geschlecht oder Alter). Letztere finden wir auch in der Literatur wieder: So würde die Beziehung zwischen Beratenden und KlientInnen durch demographische Daten und Weltanschauung (Vogt, 2004) beeinflusst werden.

Differenzierte Unterschiede zwischen den Berufsgruppen würden KlientInnen nicht wahrnehmen, sie könnten aber zwischen psychosozialen MitarbeiterInnen und ÄrztInnen unterscheiden. Hierzu auch gleich die Anmerkung, dass den Ersteren mehr Vertrauen, den Letzteren weniger Offenheit entgegen gebracht würde. In diesem Kontext ist auch v.a. die Substanzverschreibung entscheidend: Sie hätte großes Konfrontationspotential und würde die Hierarchie klarstellen.

Wie differenziert die Wahrnehmung der KlientInnen nun wirklich ist, konnte nicht untersucht werden. Ein Anhaltspunkt könnte durch die Interviews mit den ehemaligen Betroffenen gegeben werden, bei denen mehrmals angegeben wurde, dass die Personen sich kaum an das Erstgespräch erinnern könnten, da sie damals stark beeinträchtigt gewesen wären.

### 5.1.3 Gestaltung des Erstgesprächs

Gemäß Literatur ist es wichtig das Erstgespräch aktiv zu gestalten (Beck et al, 1997; Preuss et al, 2010; Vogt, 2004). In der Grobkategorie „Vorbeugen – was tue ich, um zu verhindern, dass jemand nicht die Wahrheit sagt?“ wurde diese Annahme von allen drei Berufsgruppen gleichermaßen bestätigt. In den Erstkontakt-Interviews wurde hierzu wenig gefunden. Erklärungsmöglichkeiten sind einerseits, dass die BetreuerInnen über die Gestaltung des Erstgesprächssettings im Zuge der Erstkontakt-Interviews nicht explizit befragt wurden, andererseits hat die Autorin beobachtet, dass dieser Prozess intuitiv in den Gesprächsverlauf integriert worden ist.

Es wurde darauf geachtet das eigene Verhalten zu kontrollieren, um eine vertrauensvolle Situation herzustellen. Die BetreuerInnen würden darauf achten neutral zu bleiben, das Gegenüber zu „entängstigen“, die „Gesprächsführung an die/den KlientIn anzupassen“ und den KlientInnen gegenüber zu betonen, dass „Ehrlichkeit eine notwendige Voraussetzung für eine produktive Unterstützung“ wäre. Diese Aussagen erinnern an die allgemeine professionelle Grundhaltung innerhalb der Diagnostik von Westhoff und Gluck (2008): Hier wird der/die Abklärende dazu angehalten mit einer fairen Einstellung und einer vorurteilsfreien Haltung das Erstgespräch zu gestalten. Vogt (2004) spricht davon eine offene Atmosphäre zu schaffen, da es viele erschwerende Faktoren im Erstkontakt (wie Widerstand, Gefälle, Machtfrage) gibt und betont, wie entscheidend es ist, Grenzen zu setzen und die Möglichkeiten innerhalb der Institution zu kommunizieren. In Hinblick hierauf könnte man die Aussagen der BetreuerInnen bzgl. des Gefälles betrachten: „*Institution muss spürbar sein – Gefälle hat positiven Einfluss auf die Beziehung.*“, eine Aussage, die v.a. von Seiten der PsychologInnen geäußert wurde.

Eine berufsspezifische Besonderheit wurde bei den angewandten Gesprächstechniken gefunden: Die zahlreichen Nennungen der PsychologInnen deuten darauf hin, dass sie diese bewusst einsetzten. Die beiden anderen Berufsgruppen nannte viel weniger und gaben auch häufig an, nicht bewusst Gesprächstechniken einzusetzen. In der Literatur wird auf die Wichtigkeit der Gestaltung der Rahmenbedingungen hingewiesen, vor allem für PsychologInnen und ÄrztInnen, das sozialarbeiterische Erstgespräch könnte überall stattfinden. Diese Unterscheidung wurde im Zuge der Untersuchung nicht gefunden, was auch nicht erstaunt, da die Rahmenbedingungen von den verschiedenen Institutionen festgelegt werden und für alle drei Berufsgruppen gleich sind.

Eine berufsgruppenspezifische Besonderheit ist auch das Erstellen einer Prognose während des Erstgesprächs: Während sich nahezu alle ÄrztInnen dazu bekannten, sprachen sich einige PsychologInnen dagegen aus – es wäre zu wenig Zeit. In der Literatur wurde bei den ÄrztInnen und PsychologInnen eine Unterscheidung zwischen dem diagnostischen Prozess und der eigentlichen Behandlung getroffen (Vgl. Kubinger, 2006, Pantucek, 2006; Roßmanith, 2002b) – was u.a. auch eine Prognose miteinschließen könnte. So erstaunt es nicht, dass sich die SozialarbeiterInnen hierzu nicht geäußert haben. Die Aussagen der PsychologInnen könnten darauf hindeuten, dass die Zeit für eine ausführliche diagnostische Abklärung zu kurz wäre.

Im Themenbereich „Gestaltung des Gespräches auf Augenhöhe“ gab es berufsgruppenspezifische Unterschiede: Während alle ÄrztInnen und die Mehrheit der SozialarbeiterInnen zu diesem Thema klar Position bezogen, äußerte sich kaum einE PsychologIn dazu. So stellt sich hier die Frage, ob ein Gespräch auf Augenhöhe zu führen für die PsychologInnen überhaupt eine relevante Kategorie darstellt. Zugrundeliegende Theorie der BetreuerInnen war, dass die Gestaltung des Gesprächs auf Augenhöhe die Offenheit der KlientInnen fördern würde. Baudis (1995) spricht von einer „süchtigen Beziehungsstruktur“, die die Voraussetzungen für ein interaktives Gespräch auf Augenhöhe verhindert. Welchen Einfluss die Augenhöhe allerdings auf die Offenheit hätte, konnte in der Literatur nicht beantwortet werden. In Folge soll anhand der an dieses Thema angrenzende Literatur einige Erklärungsversuche gegeben werden: Wie Pantucek (2006) beschreibt, haben SozialarbeiterInnen einen sehr offenen Zugang zu KlientInnen beim Erstgespräch und setzen bereits hier erste Interventionen. So sind sie anders auf die Mitarbeit der KlientInnen angewiesen als PsychologInnen und ÄrztInnen, bei denen die Abklärungsphase klar von der Behandlung unterschieden wird. Die ÄrztInnen wiederum stehen oftmals Vorurteilen („Vergöttlichung“, Roßmanith, 2002a) gegenüber, die auch die für den weiteren Behandlungsverlauf wichtige Compliance erschweren könnten. So sind die Auseinandersetzung mit diesem Thema und der Versuch, das Gespräch auf Augenhöhe zu gestalten, bei diesen beiden Berufsgruppen nachvollziehbar. Für die PsychologInnen ist das Gefälle notwendig, um Vertrauen und Rollenklarheit zu schaffen – im Gespräche Augenhöhe zu erzeugen, ist kein erklärtes Ziel.

Insgesamt wurde das Vorhandensein eines Gefälles von fast zwei Drittel festgestellt und keine Widersprüche hierzu gefunden. Interessant hierbei war, dass fast alle ÄrztInnen ein Gefälle zwar annehmen, aber keine/keiner von ihnen Gründe dafür angegeben hat, wie es entstanden wäre. Die beiden psychosozialen Berufsgruppen haben sehr wohl unterschiedliche Aspekte angegeben wie Alter, kulturelle Hintergrund oder Geschlecht. Man könnte hier fast meinen, dass für die ÄrztInnen ein Gefälle in der ÄrztIn-PatientIn-Beziehung als „natürlich“ angesehen wird. Diese Beobachtung deckt sich auch mit denen in der Literatur gefundenen Erkenntnissen (Vgl. die besonderen Rollenerwartungen und Vorurteile ÄrztInnen gegenüber; siehe Roßmanith, 2002a).

Anhand der hier oben dargestellten Erkenntnisse, kann nun die erste Forschungsfrage beantwortet werden: **„Gibt es im Suchtbereich Besonderheiten bei der Gestaltung von Erstgesprächen – und hier v.a. auch berufsgruppenspezifische Unterschiede?“**. Die Situation eines Erstgesprächs mit SuchtklientInnen ist sehr komplex. Es gibt viele Faktoren, die ein Erstgespräch beeinflussen, wie die Substanzbeeinträchtigung, die Illegalität und den Kontext (siehe 5.1.2). Viele KlientInnen kommen nicht freiwillig, werden vom Gericht oder von Angehörigen geschickt. Dementsprechend achten die BetreuerInnen v.a. auf den Kontext, warum jemand die Beratungsstelle aufsucht, da die KlientInnen häufig unter großem Druck oder auch misstrauisch kommen. WeisungsklientInnen würden eher mit mehr Misstrauen von den BetreuerInnen betrachtet werden. Die Motivation der KlientInnen bleibt aber bei der Untersuchung ein umstrittenes Thema – einerseits von vielen Seiten als relevanten Faktor für die Aufnahme in eine Institution angegeben, andererseits eine, besonders für dieses Klientel, schwierig fassbare Größe. Die Substanzverschreibung stellt eine Besonderheit im Kontakt mit den ÄrztInnen dar, lässt ein klares Gefälle entstehen und kann die Offenheit negativ beeinflussen. So ist v.a. für die ÄrztInnen aber auch für die SozialarbeiterInnen die Gestaltung eines Gesprächs auf Augenhöhe entscheidend. Aufgrund dieser besonderen Schwierigkeiten im Erstkontakt mit SuchtklientInnen bedarf es einer besonderen Gestaltung des Settings (5.1.3): Die BetreuerInnen achten besonders auf die Gestaltung einer vertrauensvollen Umgebung und versuchen neutral den KlientInnen zu begegnen. Die PsychologInnen führen sehr bewusst und mit einer Vielzahl von Gesprächstechniken den Erstkontakt, die anderen Berufsgruppen machen das eher intuitiv. Die ÄrztInnen konzentrieren sich wenig überraschend auf die somatischen und pathologischen Bereiche im Zuge eines Erstgesprächs, die PsychologInnen auf die kognitiven Aspekte, die SozialarbeiterInnen achten v.a. auf Anspannung und haben im Erstgespräch eher einen pragmatischen Zugang.

Es kann angenommen werden, dass diese Besonderheiten auch in anderen Bereichen, wie bei der Selbstwahrnehmung und -darstellung von SuchtklientInnen, eine Rolle spielen und auf das wird in Folge eingegangen.

## 5.2 Selbstwahrnehmung und -darstellung

In den BetreuerInnen-Interviews stellen die befragten ÄrztInnen die Besonderheiten so dar, dass SuchtklientInnen „schwere psychische Störungen“ hätten. Die psychosozialen BetreuerInnen sahen besondere Persönlichkeitseigenschaften und -strukturen. In der Literatur wurde auch auf diese Auffälligkeiten hingewiesen und auch auf die damit einhergehenden Konsequenzen auf Aussagetüchtigkeit und Selbstbeschreibung: So gibt Vogt (2004) an, dass Menschen mit substanzgebundenem Abhängigkeitsproblem eine überzufällig hohe Rate an psychischen Störungen hätten und insbesondere Persönlichkeitsstörungen. Für Greuel et al. (1998) haben Letztere Einfluss auf die Aussagetüchtigkeit. Für Franke (2002) beeinflusst dieses Störungsbild die Beschreibung der eigenen Symptomatik, wobei die Personen versuchen würden, sich kränker darzustellen als sie tatsächlich wären. Diese Annahme fand sich auch in der Kategorie „*Personen, die in die Suchtberatung kommen, stellen sich negativ dar (arm, leidendes Opfer, bedrohlich)*.“ wieder – allerdings ging die Mehrheit der Aussagen der BetreuerInnen in eine andere Richtung (siehe unten).

### 5.2.1 Selbstwahrnehmung

Die in der Literatur beschriebene Verzerrung der Selbstwahrnehmung durch Substanzkonsum und Beeinträchtigungsgrad (Schmidbauer, 2004; Vogt, 2004) wird in der Untersuchung bestätigt: Die Selbstwahrnehmung entspräche nicht der Außenwahrnehmung und den Personen wäre nicht bewusst, wie sie wirken würden. Alle waren sich darüber einig, dass ein Grund für die verzerrte Wahrnehmung der Substanzkonsum wäre. Hier konnten noch zusätzlich berufsgruppenspezifische Erklärungsmuster entdeckt werden: Während die PsychologInnen die verzerrte Wahrnehmung durch innerpsychische und kognitive Aspekte begründeten, gaben die SozialarbeiterInnen v.a. den sozialen Kontext als Einflussfaktor an. Sowohl in der Literatur (Greuel et al., 1998; Piller, 1996) als auch durch die Untersuchung bestätigt, ist ein enger Zusammenhang gegeben zwischen den bisherigen Erfahrungen der KlientInnen und dem damit einhergehenden Selbstbild, das wiederum die Selbstdarstellung beeinflusst.

Der Einfluss der Illegalität, der bereits in der Literatur bei Vogt (2004) gefunden wurde, wurde auch hier hervorgehoben und eine Unterscheidung zwischen Abhängiger illegaler Substanzen und AlkoholikerInnen gemacht. Überraschend ist das Ergebnis, dass Personen mit

Alkoholproblematik weniger Problembewusstsein zugeschrieben wurde als jenen mit illegaler Suchtmittelabhängigkeit.

Fengler (1993) beschreibt, dass die KlientInnen dazu neigen, die Verantwortung abzugeben und darauf hoffen würden, dass der/die BetreuerIn alles für sie zum Guten wende. Dieses Thema wurde auch von den BetreuerInnen in den Kategorien *„Häufiges Thema bei SuchtklientInnen ist die Selbstverantwortung, Drogensucht hat was Selbstbestimmtes.“* und *„SuchtklientInnen erkennen oft ihren eigenen Anteil nicht und externalisieren die Verantwortung.“* angesprochen. Der Aspekt der *„Selbstverantwortung“* ist v.a. für die SozialarbeiterInnen und PsychologInnen entscheidend, hierzu gab es allerdings kaum Äußerungen von ärztlicher Seite. Was der Grund für diesen berufsgruppenspezifischen Unterschied ist, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden, könnte aber Thema für weitere Untersuchungen sein.

Die Substanzen haben – wie auch in der Literatur angegeben – Einfluss auf die Aussagetüchtigkeit, bei der es darum geht beantworten zu können, ob die kognitiven Fähigkeiten reichen, um eine valide Aussage zu tätigen (Greuel, 1998). In den Interviews finden sich einige Äußerungen zu diesem Thema: So sprechen einige der BetreuerInnen von einer durch den Substanzkonsum verzerrten Wahrnehmung, einem eingeschränkten Problembewusstsein und sozialen wie innerpsychische Faktoren (wie Halo-Effekt oder „Schwarz-Weiß“-Denken), die dazu führen würden, dass den Personen nicht bewusst wäre, wie sie wirken. Auch Jager (2007) betont, dass bei Drogenkonsum die Anwendung von Glaubhaftigkeitskriterien nicht mehr gegeben wäre und auf andere Aspekte geachtet werden müsse – in der Kategorie *„Ich achte auf die Reaktionen des/der KlientIn.“* wurden diese Aspekte zusammengefasst. Die von Greuel (1998) definierte Wirklichkeitskontrolle, also ob eine Person zwischen unterschiedlichen Wirklichkeitsebenen unterscheiden könne, kann anhand folgender zusammengefasster Aussagen beantwortet werden: Den Personen wäre nicht bewusst wie sie wirken und hätten eine verzerrte Selbstwahrnehmung – die Vermutung liegt also nahe, dass die Personen auch nicht immer zwischen den verschiedenen Wirklichkeitsebenen unterscheiden könnten. Explizit wurde es allerdings nicht ausgesprochen.

Zusammenfassend wird im Suchtbereich eine verzerrte Selbstwahrnehmung aufgrund unterschiedlicher Faktoren angenommen. Die drei Berufsgruppen achten hierbei auch auf verschiedene Aspekte. Fast alle Angaben aus der Literatur wurden auch hier wiedergefunden.

### 5.2.2 Selbstdarstellung

Wie bereits in der Literatur erwähnt (Franke, 2002; Herkner, 2001), geht die Selbstdarstellung nicht in eine Richtung – sich besser zu präsentieren als es der Realität entspricht –, sondern kann facettenreicher sein. Im Zuge der BetreuerInnen-Interviews konnten zwei gegensätzliche Richtungen festgemacht werden: einerseits eine übertrieben negative (arm, bedürftig) und andererseits eine unrealistisch positive (sich besser darzustellen als es der Realität entspricht) Selbstdarstellung. Bei den Erstgesprächen konnte, neben der Aussage „stellen sich so dar, wie sie es empfinden, sind ehrlich“, eine Tendenz in Richtung „sich besser darstellen als es der Realität entspricht“ gefunden werden. Ziel hierbei wäre es, dass der KlientInnen das bekommen würden, was sie wollen, wie z.B. eine höhere Dosis, bestimmte Medikamente oder eine Bestätigung für das Gericht. Ein weiterer Aspekt dieser übertrieben positiven Selbstdarstellung wäre der äußere Druck, z.B. aufgrund einer gerichtlichen Weisung. Dieser Versuch der Selbstdarstellung gehe mittels Bagatellisierung und Verharmlosen der eigenen Probleme von statten und beeinträchtige die Offenheit. Dass die Selbstdarstellung nicht nur als Manipulation der anderen, sondern auch als Selbsttäuschung betrachtet werden kann, wie bereits bei Steele (1998, zitiert nach Herkner, 2001) bemerkt wurde, findet sich auch in der Untersuchung wieder (in der Kategorie „*Selbstdarstellung ist auch eine Selbsttäuschung*“).

Die BetreuerInnen sprechen in den Interviews von „substanzspezifischer Selbstdarstellung“, die auch Einfluss auf die Offenheit hätte (Heroin mache offener, Benzodiazepine würde dazu verleiten, nicht die Wahrheit zuzusagen, Kokain führe zu einer Selbstüberschätzung etc.). Die besonderen Wirkungsweisen auf die Selbstwahrnehmung einerseits und die Selbstdarstellung andererseits wurde auch in der Literatur gefunden (z.B. Kokain führe zu verminderter Selbstkritik) (Vgl. Schmidbauer, 2004).

Die Selbstdarstellung wird als kontextabhängig und substanzspezifisch betrachtet und wurde einheitlich als manipuliert betrachtet: Die KlientInnen würden versuchen, einen gesteuerten Eindruck zu hinterlassen, um das zu bekommen, was sie wollen. Interessant hierbei war, dass diese Annahmen in den Erstkontakten nicht bestätigt werden konnten: Die Einschätzungen der BetreuerInnen während der Erstkontakte legen nahe, dass die KlientInnen ehrlich in ihrer

Selbstdarstellung wären. So nehmen die BetreuerInnen einerseits vermehrt eine gesteuerte Manipulation des Eindrucks an, im Erstgespräch allerdings beurteilen sie die Selbstdarstellung der KlientInnen als ehrlich. Letzte Äußerung fand sich wiederum kaum bei den BetreuerInnen-Interviews. So stellt sich hier die Frage, womit dieser Widerspruch zusammenhängt. Eine mögliche Annahme wäre, dass die BetreuerInnen einem „Truth bias“ unterliegen, also der Tendenz, die Aufrichtigkeit anderer zu überschätzen, eine Theorie über die Falschannahmen der Wahrhaftigkeit anderer, die bei Burgoon et al. (2008) beschrieben wurde.

Kurz zusammengefasst können die Besonderheiten in der Selbstwahrnehmung und -darstellung an folgenden Aspekten erkannt werden, die sowohl in der Literatur als auch in den Interviews gefunden wurden: substanzbedingte übertriebene positive oder negative Selbstdarstellung (Vgl. Schmidtbauer, 2004; Kategorien *„Personen, die in die Suchtberatung kommen, stellen sich besser dar als es der Realität entspricht.“*, *„Es gibt eine substanzspezifische Selbstdarstellung.“* und *„Personen, die in die Suchtberatung kommen, stellen sich negativ dar [arm, leidendes Opfer, bedrohlich].“*), verminderte Reflexionsfähigkeit (Vgl. Beck et al., 1997; Kategorie *„KlientInnen erkennen die eigenen Probleme nicht, eingeschränktes Problembewusstsein.“*), Verhaltensauffälligkeiten wie Misstrauen und Lügen bzw. besondere Persönlichkeitsstrukturen (Vgl. Beck et al., 1997; Kategorien *„Misstrauen erkenne ich daran, wenn Informationen zurückgehalten werden.“*, und *„SuchtklientInnen haben besondere Persönlichkeitseigenschaften/-strukturen.“*), die Verantwortung abgeben (Vgl. Fengler, 1993; Kategorie *„SuchtklientInnen erkennen oft ihren eigenen Anteil nicht und externalisieren die Verantwortung.“*), Realitätsflucht (Vgl. Fengler, 1993; Kategorien *„Die Erwartungen der KlientInnen sind oft unrealistisch.“* und *„Diskrepanzen zwischen Wunsch/Lebenszielen und Realität.“*) und Unstimmigkeit zwischen der geäußerten Emotion, dem Auftreten und den dazugehörigen objektiven Ereignissen (Piller, 1996; Kategorien *„Diskrepanzen zwischen dem Auftreten/Ausdruck und den Inhalten des Gesprächs.“*).

In Folge soll nun die Forschungsfrage **„Gibt es Besonderheiten in der Selbstwahrnehmung bzw. Selbstdarstellung bei SuchtklientInnen und wie werden diese im Erstgespräch erkennbar?“** beantwortet werden: Sowohl die Selbstwahrnehmung als auch die Selbstdarstellung der SuchtklientInnen ist geprägt von der Tatsache, dass oft schwere psychische Störungen und besondere Persönlichkeitsstrukturen vorliegen, die Konsequenzen auf die Aussagetüchtigkeit und die Selbstbeschreibung haben (siehe 5.2). Die Selbstwahrnehmung von substanzabhängigen Menschen wird aufgrund des Substanzkonsums, der besonderen Lebensumstände (Illegalität) und der fehlenden Selbstverantwortlichkeit als verzerrt betrachtet (siehe 5.2.1). Spezielle Einflussfaktoren auf die verzerrte Wahrnehmung wurde von den psychosozialen Berufsgruppen unterschiedlich beantwortet: So nehmen PsychologInnen vorrangig innerpsychische und kognitive Aspekte, die SozialarbeiterInnen soziale Umgebungsfaktoren als Einflüsse an. Auf die Selbstverantwortung wird ausschließlich von den psychosozialen MitarbeiterInnen geachtet, für die ÄrztInnen ist das kein Thema. Die Kriterien der Glaubhaftigkeitsbeurteilung könnten aufgrund der fehlenden Aussagetüchtigkeit nicht angewandt werden. In allen Berufsgruppen wird eine substanzspezifische Selbstdarstellung angenommen. Die Selbstdarstellung wird als manipuliert wahrgenommen und kann in beide Richtungen gehen – sich besser darzustellen oder schlechter, wobei v.a. Ersteres beobachtet werden konnte (siehe 5.2.2). In den Erstkontakten wurde die bewusste Manipulation des Eindrucks viel weniger oft gefunden als eine ehrliche Selbstdarstellung – diese Annahme könnte einen „Trues bias“ nahelegen. Kriterien, anhand derer die BetreuerInnen die Besonderheiten des Suchtklientels im Erstgespräch erkennen könnten, waren u.a. übertriebene positive oder negative Selbstdarstellung, eingeschränktes Problembewusstsein, besonderes Misstrauen, wenn Informationen zurückgehalten werden, dem Externalisieren der Verantwortung, unrealistische Erwartungen, Diskrepanzen zwischen Wunsch und Realität sowie zwischen dem Ausdruck und den Inhalten des Gesprächs.

Nun bleibt die Frage offen, ob Diskrepanzen zwischen Selbstdarstellung und Fremdwahrnehmung bestehen, woran diese festgemacht werden und wie damit umgegangen wird.

### 5.3 Diskrepanzen zwischen Selbstdarstellung und Fremdwahrnehmung

Die BetreuerInnen gaben an Diskrepanzen zwischen Selbstdarstellung und Fremdwahrnehmung in Bezug auf Inhalt und Auftreten, den Lebenszielen und der realen wahrnehmbaren Situation wahrzunehmen. Diese Aspekte konnte auch im Zuge der Erstgespräche bestätigt werden. So könnte man auch sagen, dass die KlientInnen nicht in der Lage waren, ihr Auftreten und ihren Ausdruck den Gesprächsinhalten adäquat anzupassen und – mit den Worten Burgoon et al. (2008) formuliert – hätten die KlientInnen ein unzureichendes Informations-, Verhaltens- und Imagemanagement. Mittels dieser Strategie, also des Vergleichs zwischen den dargestellten Informationen und dem gezeigten Verhalten, könnten die BetreuerInnen Diskrepanzen feststellen. So wie bereits von Baudis (1995) beschrieben wurde, könnten die entscheidenden Informationen nicht nur aus den Inhalten der verbalen Mitteilungen geholt werden, sondern es müsste zusätzlich auf nonverbale Aspekte der Kommunikation geachtet werden, wie auch die Kategorien „*Ich achte auf das Gesamtbild.*“ im Zuge der Untersuchung nahelegt (siehe 5.1.1).

Besonders interessant ist hier die Aussage, dass „zu viel Offenheit pathologisch“ wäre. Es liegt die Annahme nahe, dass bei den Erstkontakten weniger darauf geachtet würde, ob jemand die Wahrheit sagt, sondern die Personen eher davor geschützt würden, zu viel von sich preiszugeben. Das könnte einerseits ein Aspekt der beschriebenen Pathologie in der Beziehungsgestaltung des Suchtklientels (Vgl. Baudis, 1995; Fengler, 1993) sein, wie auch bereits die Aussagen der BetreuerInnen zeigen (z.B. „maligne Offenheit – Enthemmung im menschlichen Umgang“). Andererseits deutet es darauf hin, dass die Validität der Aussagen im eigentlichen Sinne nicht entscheidend im Erstgespräch wäre, sie aber als implizite diagnostische Theorie gewertet würde. In den Erstkontakten wurde immer wieder betont, dass die BetreuerInnen darauf hoffen würden, dass die Personen etwas verheimlichen. Das wäre ein Anzeichen für psychische Gesundheit. Hier finden wir also ein weitere diagnostische Theorie: Wer zu viel sagt, würde als enthemmt und distanzlos betrachtet – diese Personen müssten vor zu viel Offenheit geschützt werden.

In der Grobkategorie „Konsequenzen, wenn sie nicht die Wahrheit sagen – wie gehe ich damit um?“ wurde der Umgang der BetreuerInnen mit Diskrepanzen zusammengefasst. In der Literatur wurde zum Umgang mit Diskrepanzen im Suchtbereich nichts gefunden, weder über die Überprüfung der Validität der Aussagen, noch über mögliche Konsequenzen, wenn

jemand Falschaussagen macht. Bei den SozialarbeiterInnen wurde in der Literatur angegeben, dass die Validität der Aussagen entscheidend wäre, da bereits im Erstgespräch erste Interventionen stattfinden könnten (Pantucek, 2006). Hier wird jedoch darauf geachtet, die Validität so hoch wie möglich zu halten und nicht beschrieben, wie mit möglichen Unwahrheiten umgegangen würde. In den Richtlinien zur Durchführung von Erstgesprächen im Suchtbereich wurde für ÄrztInnen und PsychologInnen nichts Explizites angegeben, wie sie erkennen würden, dass jemand nicht die Wahrheit sagt, noch über den Umgang mit Diskrepanzen – die Motivation soll geprüft (Vgl. Preuss et al., 2010) weiter, wenn vorhanden, Fremdanamnesen hinzugezogen werden (BAS, 1999). Das Problem der Motivation wurde an anderer Stelle bereits besprochen (siehe oben).

Im Zuge der Untersuchung konnte insgesamt ein einheitliches Handeln festgehalten werden: Bis auf einE ÄrztIn wird von allen ein konfrontatives Verhalten gegenüber Widersprüchen vertreten. Beinahe alle Befragten äußerten sich zu diesem Thema und es konnten insgesamt drei Strategien festgemacht werden: Konfrontieren, mit der Realität abgleichen und die Selbstverantwortung zurückspielen. Vor allem Letztere ist entscheidend für die SozialarbeiterInnen, was wenig überrascht, da das Thema der Selbstverantwortung für diese Berufsgruppe entscheidend war (siehe oben). Zu erwähnen wäre, dass nicht immer auf Diskrepanzen reagiert würde und Falschaussagen im Erstgespräch nicht unbedingt korrigiert würden.

Diese Überlegungen legen nahe, dass es also hier nicht um ein Erkennen von Falschaussagen geht, sondern vielmehr darum, die Leute mit ihrem Bild der Realität zu konfrontieren, was auch die oben beschriebenen Taktiken untermalen würden.

In diesem Sinne können auch die Forschungsfragen *„Wird auf Diskrepanzen geachtet und wenn ja, wie wird berufsgruppenspezifisch damit umgegangen?“* und *„Woran werden Diskrepanzen zwischen Selbstdarstellung und Fremdwahrnehmung festgemacht?“* beantwortet werden: Es wird im Erstgespräch auf Diskrepanzen geachtet, aber nicht immer interveniert. Diskrepanzen bestehen häufig zwischen Inhalten und Auftreten (wie Körpersprache, Kleidung, Mimik oder Darstellung der Lebensverhältnisse). Die BetreuerInnen erkennen diese, wenn das Informations-, Verhaltens-, und Imagemanagement

nicht übereinstimmen (siehe 5.3). Besonders interessant bei diesen nicht adäquaten Verhaltensweisen ist die „maligne Offenheit“, worunter das distanzlose Verhalten verstanden wird. Die dahinterliegende implizite Theorie wäre, dass, wenn jemand zu viel preisgibt, dieses Verhalten als pathologisch betrachtet würde und der/die KlientIn vor zu viel Offenheit zu schützen sei. Konsequenzen für Falschaussagen würde es keine geben, weder für eine Aufnahme in die Einrichtung noch für den Betreuungsverlauf. Es konnte drei Strategien im Umgang mit Diskrepanzen festgemacht werden, nämlich ein konfrontieren mit der Fremdwahrnehmung, das Gesagte mit der Realität abgleichen und die Selbstverantwortung zurückspielen – also drei Strategien, bei denen es eher darum geht, die KlientInnen mit ihrem Bild der Realität zu konfrontieren.

Insgesamt kann man anhand dieser Ergebnisse feststellen, dass das Thema „Erkennung von Verfälschungen“ nicht entscheidend für das Erstgespräch im Suchtbereich ist, vielmehr war Thema, welche Einflussfaktoren auf Offenheit einwirken. Diese Faktoren waren das Misstrauen der KlientInnen, der Kontext in dem jemand die Suchtberatung aufsucht, die Substanzverschreibung, die Berufsgruppe und das Gefälle zwischen BetreuerIn und KlientIn. Erstgespräche werden bewusst gestaltet, die Besonderheiten des Suchtklientels berücksichtigt. Aufgrund der Besonderheiten der Selbstwahrnehmung und -darstellung ist die Validität der Aussagen nicht entscheidend, sondern kann vielmehr als diagnostisches Merkmal für Dahinterliegendes (wie Substanzkonsum oder eine psychische Störung) dienen.

## 6. Kritik an der Studie und Ausblick

In Folge sollen noch kurz Kritik an der Untersuchung und Ausblicke für mögliche Folgestudien gegeben werden:

Zur Durchführung und Methode sei hier noch kurz erwähnt, dass das BetreuerInnen-Interview zu lang war. Überlegungen zum Aufbau waren den Befragten die Zeit zu lassen, sich in das Thema hineinzudenken. Aus heutiger Sicht hätte man im Sinn der Handhabbarkeit und Durchführbarkeit die Fragen reduzieren und genauer stellen sollen. Nach wie vor bleibt die Schwierigkeit, implizites Wissen zu erheben und abzufragen. So konnte auch im Zuge dieser Untersuchung schwer auf dieses Wissen zugegriffen werden.

Bei der Themenfindung wurde im Vorfeld nicht darauf geachtet, dass Bewerbungsgesprächen im wirtschaftlichen Bereich und Erstgespräche im klinischen Setting ganz verschiedenen Voraussetzungen unterliegen. So konnte der Begriff „Lügen“ nicht auf den Suchtbereich übertragen werden. Erst durch eine genaue Auseinandersetzung mit dem Thema und die Erkenntnis, dass Verfälschungen im Suchtbereich häufig einer verzerrten Wahrnehmung zugrunde liegen, konnte dieser Konflikt aufgelöst werden.

Ein Drittel der KlientInnen nahm ihre Erstgespräche nicht wahr und so kam es im Zuge der Erhebung immer wieder zu langen Wartezeiten. Teilweise waren lange Anfahrtszeiten zu Beratungsstellen außerhalb von Wien erfolglos, da die KlientInnen nicht kamen. So kam es zu massiven Verzögerungen der Untersuchung.

Eine interessante aus dieser Untersuchung sich ergebene Fragestellung ist das Thema der „pathologischen Offenheit“ und würde Raum für Folgestudien bieten. Auch die Themenfelder Motivation und Selbstverantwortlichkeit und ihren Einfluss auf die Aufnahme in eine Betreuungseinrichtung wären Möglichkeiten für weitere Untersuchungen.

Spannend wäre die weitere Erforschung der Selbstwahrnehmung der SuchtklientInnen. Mit der Voruntersuchung wurde versucht, einen kleinen Einblick in die Erlebniswelt der KlientInnen zu geben. So wäre hier interessant, ob die KlientInnen die Bemühungen bei der Gestaltung der Erstgespräche wahrnehmen würden und ob die angenommenen Einflüsse auf die Offenheit auch tatsächlich existieren.

## Literatur

---

- American Psychiatric Association (2003). *Diagnostische Kriterien des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-IV-TR*. Dt. Bearb. von Henning Saß. Göttingen: Hogrefe.
- Baudis, R. (1995). *Psychotherapie von Sucht und Drogenabhängigkeit oder Der goldene Vogel*. Rudersberg: Verlag für Psychologie, Sozialarbeit und Sucht.
- Bayerische Akademie für Suchtfragen (1999). *Leitfaden für Ärzte zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger*. (1999). München: Bayrische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis BAS e.V.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. & Liese, B. S. (1997). *Kognitive Therapie der Sucht*. Weinheim: Beltz.
- Brodbeck, J. (2007). Diagnostik von Komorbidität, psychischen Störungen und Sucht. In: F. Moggi (Hrsg.), *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht* (S. 161-177). Bern: Huber.
- Burgoon, J. K., Blair, J. P. & Strom, R. E. (2008). Cognitive biases and nonverbal cue availability in detecting deception. *Human-Communication-Research*, 34, 572-599.
- Davis, M. & Markus, K. A. (2006). Misleading Cues, Mispaced Confidence: An Analysis of Deception Detection Patterns. *American Journal of Dance Therapy*, 28, 107-126.
- Eckert, J. (2010). Aufgaben und Ziele klinisch-psychologischer Erstgespräche. In J. Eckert, S. Barnow & R. Richter (Hrsg.), *Das Erstgespräch in der Klinischen Psychologie. Diagnostik und Indikation zur Psychotherapie* (S. 13-34). Bern: Huber.
- Fengler, J. (1993). Sucht und Helfer/in – Abhängigkeiten. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Sucht und Familie* (S. 36-46). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Franke, H. G. (2002). Faking bad in personality inventories: Consequences for the clinical context. *Psychologische Beiträge*, 44, 50-61
- Greuel, L., Offe, S., Fabian, A., Wetzels P., Fabian, T., Offe, H. & Stadler M. (1998). *Glaubhaftigkeit der Zeugenaussage. Theorie und Praxis der forensisch-psychologischen Begutachtung*. Weinheim: Beltz.

- Heigl-Evers, A. (1995): Vermittlung von innerer und äußerer Realität in der Abhängigkeits- und Suchttherapie. Psychoanalytische Sicht. In A. Heigl-Evers, I. Helas & H. C. Vollmer (Hrsg.), *Suchtkranke in ihrer inneren und äußeren Realität: Praxis der Suchttherapie im Methodenvergleich* (S. 11-29). Göttingen: Vanderhoeck & Ruprecht.
- Herkner, W. (2001). *Lehrbuch Sozialpsychologie*. Bern: Huber.
- Jager, P. (2007). Glaubhaftigkeitsbeurteilung; In H. Förstl (Hrsg.), *Theory of Mind. Neurobiologie und Psychologie sozialen Verhaltens* (S. 235-244). Berlin: Springer.
- Kleiber, D. & Kovar, K.-A. (1998). *Auswirkungen des Cannabiskonsums. Eine Expertise zu pharmakologischen und psychosozialen Konsequenzen*. In Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Kubinger, K. D. (2006). *Psychologische Diagnostik. Theorie und Praxis psychologischen Diagnostizierens*. Göttingen: Hogrefe.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2007). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1999). *Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Pantucek, P. (2006). *Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit*. Wien: Böhlau.
- Piller, J. (1996). *Anamnese, Exploration, psychosoziale Diagnose: ein Lehrbuch*. Sankt Augustin: Asgard.
- Preuss, U. W., Wong, J. W. M., & Watzke A.-W. (2010). Das Erstgespräch bei Substanzmissbrauch und Abhängigkeit. In J. Eckert, S. Barnow & R. Richter (Hrsg.), *Das Erstgespräch in der Klinischen Psychologie. Diagnostik und Indikation zur Psychotherapie* (S. 218-233). Bern: Huber.
- Rainer, R. (2010). Das Erstgespräch in der Psychodynamischen Psychotherapie. In J. Eckert, S. Barnow & R. Richter (Hrsg.), *Das Erstgespräch in der Klinischen Psychologie. Diagnostik und Indikation zur Psychotherapie* (S. 36-53). Bern: Huber.

- Roßmanith, S. (2002a). Arztrolle – Patientenrolle. In O. Frischenschlager (Hrsg.). *Medizinische Psychologie. Ein Leitfaden für Studium und Praxis mit Prüfungsfragen* (S. 101-106). Wien: Facultas.
- Roßmanith, S. (2002b). Das ärztliche Gespräch in der Praxis. In O. Frischenschlager (Hrsg.). *Medizinische Psychologie. Ein Leitfaden für Studium und Praxis mit Prüfungsfragen* (S. 159-168). Wien: Facultas.
- Schmidbauer, W. & Vom Scheidt, J. (2004). *Handbuch der Rauschdrogen*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Spinath, F. (2000). *Validität von Fremdbeurteilungen: Einflussfaktoren auf die Konvergenz von Selbst- und Fremdbeurteilungen in Persönlichkeitseinschätzungen*. Lengerich: Pabst.
- Steller, M. (2005). Psychologische Diagnostik – Menschenkenntnis oder angewandte Wissenschaft? In H.-L. Kröber & M. Steller (Hrsg.), *Psychologische Begutachtung in Strafsachen: Indikation, Methoden und Qualitätsstandards* (S. 1-20), Darmstadt: Steinkopff.
- Vogt, Irmgard (2004): *Beratung von süchtigen Frauen und Männern: Grundlagen und Praxis*. Weinheim: Beltz.
- Volbert, R. (2005). Standards der psychologischen Glaubhaftigkeitsdiagnostik. In H.-L. Kröber & M. Steller (Hrsg.), *Psychologische Begutachtung in Strafsachen: Indikation, Methoden und Qualitätsstandards* (S. 171-204). Darmstadt: Steinkopff.
- Westhoff, K. & Hagemester, C. (2008). Entscheidungsorientierte Diagnostik: Die EOD-Technologie für die Praxis. In W. Sarges & D. Scheffer, *Innovative Ansätze für die Eignungsdiagnostik*, (S. 293-304). Göttingen: Hogrefe.
- Westhoff, K. & Kluck, M.-L. (2008). *Psychologische Gutachten schreiben und beurteilen*. Heidelberg: Springer Medizin.
- Westhoff, K., Terlinden-Arzt, P. & Klüber, A. (2000). *Entscheidungsorientierte psychologische Gutachten für das Familiengericht*. Berlin: Springer.

# Abbildungen

<i>Abbildung 1.</i> Interviewfragen zum Themenbereich „Besonderheiten bei Erstgesprächen im Suchtbereich“	17
<i>Abbildung 2.</i> Interviewfragen zum Themenbereich „Erstgespräche bei unterschiedlichen Berufsgruppen“	19
<i>Abbildung 3.</i> Interviewfragen zum Themenbereich „Selbstwahrnehmung bei KlientInnen mit Suchtproblematik“	25
<i>Abbildung 4.</i> Interviewfragen zum Themenbereich „Fremdwahrnehmung“	28
<i>Abbildung 5.</i> Überblick über den Ablauf der Datenerhebung	40
<i>Abbildung 6.</i> Anhand des BetreuerInnen-Interviewleitfaden erstellte 18 erste Grobkategorien, vor der Generalisierung	42

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	<i>Beschreibung der Stichprobe der BetreuerInnen</i>	34
Tabelle 2	<i>Beschreibung der KlientInnen aus den Erstkontakten</i>	35
Tabelle 3	<i>Auswertungstabellen zu der Grobkatgorie „Eindrucksfindung“</i>	46
Tabelle 4	<i>Auswertungstabellen zu der Grobkatgorie „Besonderheiten des Suchtklientels in Bezug auf Selbstdarstellung und Fremdwahrnehmung“</i>	51
Tabelle 5	<i>Auswertungstabellen zu der Grobkatgorie „Vorbeugen – was tue ich, um zu verhindern, dass jemand nicht die Wahrheit sagt?“</i>	58
Tabelle 6	<i>Auswertungstabellen zu der Grobkatgorie „Wie erkennen ich, dass jemand nicht die Wahrheit sagt?“</i>	59
Tabelle 7	<i>Auswertungstabellen zu der Grobkatgorie „Konsequenzen, wenn sie nicht die Wahrheit sagen – wie gehe ich damit um?“</i>	65

<b>Anhang A</b>	<b>Interview ehemaliger Betroffener</b>
<b>Anhang B</b>	<b>Gegenüberstellung des BetreuerInnen-Interview-Leitfadens und den zugehörigen Kapiteln</b>
<b>Anhang C</b>	<b>Erstkontakt-Interview-Leitfaden</b>
<b>Anhang D</b>	<b>Kriterienliste</b>
<b>Anhang E</b>	<b>Kategorienliste</b>
<b>Anhang F</b>	<b>Gegensätzliche Aussagen zu den Aussagen in der Grobkatgorie „Eindrucksfindung“</b>
<b>Anhang G</b>	<b>Gegensätzliche Aussagen zu den Aussagen in der Grobkatgorie „Besonderheiten des Suchtklientels in Bezug auf Selbstdarstellung und Fremdwahrnehmung“</b>
<b>Anhang H</b>	<b>Gegensätzliche Aussagen zu den Aussagen in der Grobkatgorie „Vorbeugen – was tue ich um zu verhindern, dass jemand lügt“</b>
<b>Anhang I</b>	<b>Gegensätzliche Aussagen zu den Aussagen in der Grobkatgorie „Wie erkennen ich, dass jemand nicht die Wahrheit sagt“</b>
<b>Anhang J</b>	<b>Gegensätzliche Aussagen zu den Aussagen in der Grobkatgorie „Konsequenzen wenn sie lügen – wie gehe ich damit um“</b>
<b>Anhang K</b>	<b>Lebenslauf von Mag.<sup>a</sup> Maria Ketscher</b>

## **Anhand A      Interview ehemaliger Betroffener**

Diplomarbeit am Institut für Diagnostik der Psychologie Wien:

Subjektive Theorie der BetreuerInnen bei der Anamnese mit SuchtklientInnen.

Selbstdarstellung und Fremdwahrnehmung

### **Eröffnungsphase**

Hallo ...,

Ich freue mich, dass Sie die Zeit gefunden haben, hierher zu kommen. Bevor wir beginnen, möchte ich mich und mein Anliegen zunächst kurz vorstellen.

Mein Name ist Maria Ketscher und ich studiere Psychologie an der Uni Wien.

Das folgende Gespräch findet im Rahmen meiner Diplomarbeit statt. Ich untersuche anhand welcher Informationen sich eine Betreuerin oder ein Betreuer während eines Erstkontaktes einen Eindruck von der Person verschafft. Entsprechend ist es wichtig für mich zu wissen, wie die Klientinnen und Klienten selbst so ein Anamnesegespräch erleben, mit welchen Erwartungen sie in das Gespräch gehen und was sie glauben, was von ihnen erwartet wird.

Ich würde das Gespräch gerne aufzeichnen, damit ich nicht mitschreiben muss und trotzdem nichts Wichtiges vergesse. Dazu benötige ich Ihre Zustimmung. Selbstverständlich halte ich mich dabei an die Vorgaben des Datenschutzes. Sind Sie damit einverstanden? Haben Sie dazu noch Fragen?

Das Gespräch wird rund 45 Minuten dauern.

## Informationserhebungsphase

Ihre ersten Kontakte mit Beratungseinrichtungen sind wahrscheinlich schon eine Weile her, bitte versuchen Sie sich aber bitte trotzdem so genau wie möglich daran zu erinnern.

- Beschreiben Sie bitte, wie es dazu kam, dass Sie sich bei einer Beratungsstelle/Therapiestation angemeldet/vorgelegt haben?
  - Wie ging es Ihnen damals?
  - Wie sind Sie auf die Idee gekommen?
  - Waren dabei andere Personen wichtig?
    - Freiwillig/Weisung/Anraten von Familie, Bekannten
  
- Wo sind Sie hingegangen? Beschreiben Sie bitte kurz, was Ihre Eindrücke damals waren.
  - Was war das für eine Einrichtung?
  - Wie war damals der Erstkontakt?
    - Was ist da passiert *im EK*?
    - Wie ging es weiter?
    - Wie fanden Sie das Aufnahmegespräch?
      - Was fanden Sie daran gut?
      - Was fanden Sie daran vielleicht weniger gut?
  
- Haben Sie noch andere Erfahrung mit solchen Einrichtungen? Wenn ja, bitte erzählen Sie mir davon.
  - Was war das für eine Einrichtung?
  - Was gab es dort für ein Angebot?
  - Wie war damals der Erstkontakt?
    - Was ist da passiert?
    - Wie ging es weiter?
    - Wie fanden Sie das?
      - Was fanden Sie daran gut?
      - Was fanden Sie daran vielleicht weniger gut?
  
- Was waren Ihre Erwartungen an die Beratungsstelle oder an die Therapie?
  - Was haben Sie über die Beratungsstelle/Therapie im Vorfeld gewusst?
  - Woher und wie haben Sie davon erfahren?

- Haben Sie selbst Erkundigungen eingezogen? Bei wem? (Freunden, Familie, Bekannten, anderen Betroffenen)
  - Mit welchen Wünschen sind Sie hingegangen?
  - Welche Vorteile haben Sie sich von dem Angebot, der Therapie versprochen?
  
- Wie hat der Erstkontakt aus Ihrer Sicht funktioniert?
  - Was muss man tun, damit man in die Betreuung aufgenommen wird??
  - Was sind die Erwartungen, die diese Einrichtungen an die Betroffenen gestellt hat?
  - Nach welchen Kriterien wird entschieden, ob eine Person hier betreut wird oder nicht?
  - Wie haben Sie diese „Aufnahmegespräche“ erlebt? War es stressig, hinzugehen?
    - Wenn ja: Warum? Was war der Stress? (Angst vor einer Abweisung?)
    - Hatten Sie sich vorher überlegt, was Sie tun würden, falls Sie nicht aufgenommen würden?
      - Wenn ja: Was hätten Sie dann getan?
  
- Wurde in der „Szene“ über solche Angebote gesprochen?
  - Wenn ja:
    - Wer hat darüber gesprochen (Betroffene, HelferInnen)?
    - Wie wird darüber geredet? (Innenwahrnehmung)
    - Gibt es Gespräche unter der Betroffenen darüber, wie man sich präsentieren muss?
    - Was haben sie von anderen gewusst?
    - Wurde über die „Qualität“ der einzelnen Angebote gesprochen?
      - Wenn ja:
        - Was sind gute Angebote? Warum?
        - Was macht ein Angebot schlecht?
  - Hatten Sie Vorstellungen darüber, wie man sich präsentieren muss?
    - Wenn ja: Wie muss man sich präsentieren, was muss man sagen um aufgenommen zu werden?
    - Ist es üblich nicht alles preiszugeben oder etwas in einem anderen Licht darzustellen bei dem Erstkontakt?

- Haben Sie etwas verheimlicht/in einem anderen Licht dargestellt?  
Wenn ja: Wie kam es dazu?
- Haben Ihre Erwartungen dem tatsächlichen Aufnahmegespräch entsprochen? Wie betrachte Sie das im Nachhinein?
  - Was haben Sie erwartet?
  - Was war so, wie Sie es erwartet hatten?
  - Was war anders, als Sie es erwartet hatten?
- Wurden Sie auch abgelehnt?
  - Wenn ja:
    - Was meinen Sie aus heutiger Sicht, wie es dazu kam, dass Sie abgelehnt wurden?
    - Was meinten Sie damals, wie es dazu kam, dass Sie abgelehnt wurden?
    - Haben Sie sich dann nochmals beworben? Wenn ja: Wann und wo?
  - Was waren die Folgen für Sie, als Sie nicht aufgenommen wurden?
  - Was haben Sie dann gemacht? (z.B. andere Einrichtungen aufgesucht, wenn sie bei der ersten nicht erfolgreich waren)
- Hab ich noch etwas Wichtiges nicht gefragt?

Zusammenfassung

Danke.

Weiteres Vorgehen erklären.

# Anhand B

## Gegenüberstellung des BetreuerInnen-Interview-Leitfadens und den zugehörigen Kapiteln

Fragen im Interview-Leitfaden	Zugehörige Kapitel
<p><b>1. BetreuerIn-Informationen:</b>  <b>1.1 Was ist Ihr Grundberuf?</b>            - Was haben Sie studiert/gelernt?            - Haben Sie sich im Zuge Ihrer Ausbildung auf den Bereich Sucht spezialisiert?            - Gab es im Zuge Ihrer Ausbildung einen praktischen Teil?            - Woher haben Sie ihr Wissen in Bezug auf den Suchtbereich?            - Gibt es sonst noch etwas, was Sie für ihre Arbeit brauchen?  <b>1.2 Beruflichen Vorerfahrungen und aktuelle Tätigkeiten.</b>            - Schildern Sie mir bitte kurz Ihre bisherigen beruflichen Erfahrungen.            - Wie sind Sie in den Suchtbereich gekommen?</p>	<p>Erhebung demographischer Daten und Erwärmung in das eigentliche Untersuchungsthema</p>
<p><b>2. Fragen zur Vorgehensweise bei einem EK:</b>  <b>2.1 Allgemeine Fragen zum Erstkontakt</b>            - Seit wann machen Sie Erstkontakte in der Beratungsstelle?            - Wie oft machen Sie Erstkontakt?</p>	<p>Intuitiv gestellte offene Fragen</p>
<p><b>2.2 Bitte schildern Sie mir den Ablauf eines Erstkontaktes.</b></p>	<p>Intuitiv gestellte offene Fragen</p>
<p><b>2.3 In einem Erstgespräch ist es wichtig, eine vertrauensvolle, entspannte Situation herzustellen. Wie machen Sie das?</b></p>	<p><u>Kapitel 4.1</u> „Das Erstgespräch bei den unterschiedlichen Berufsgruppen im Vergleich.“</p>
<p><b>2.4 Nonverbale Reize sind sehr wichtig.</b>            - Beschreiben Sie mir bitte kurz, worauf Sie bei Ihrem Verhalten achten.            - Beschreiben Sie mir bitte kurz, worauf Sie bei dem Verhalten der KlientInnen achten.</p>	<p><u>Kapitel 4.1</u> „Das Erstgespräch bei den unterschiedlichen Berufsgruppen im Vergleich.“ und <u>Kapitel 5.2.3</u> „Psychosoziale Aspekte: Beziehungs- und Kommunikationsstrukturen.“</p>
<p><b>2.5 Was ist für Sie entscheidend bei Ihrer „Eindruck-Findung“?</b>            - Auf welche Kriterien achten Sie da besonders?</p>	<p>Intuitiv gestellte offene Fragen</p>
<p><b>2.6 Techniken, wie sie beim Erstkontakt vorgehen um einen Eindruck zu gewinnen/subjektive Theorien</b>            - Wenden Sie spezielle Gesprächstechniken im Zuge des Erstkontaktes an, um einen Eindruck zu gewinnen?</p>	<p><u>Kapitel 4.1</u> „Das Erstgespräch bei den unterschiedlichen Berufsgruppen im Vergleich.“ und <u>Kapitel 4.2.2</u> „Gestaltung des Erstgesprächs im Suchtbereich.“</p>

### **3. Besonderheiten des Suchtklientels**

- Was sind Ihrer Erfahrung nach die Unterschiede zwischen der Arbeit mit SuchtklientInnen und einem anderen Klientel?
- Hat sich seit Beginn Ihrer Arbeit etwas in der Wahrnehmung des Suchtklientels geändert?
- Wie würden Sie die Besonderheiten des Suchtklientels beschreiben?
- Gibt es etwas, worauf Sie bei einem Erstkontakt mit SuchtklientInnen besonders achten?

### **4. Umgang mit Vorinformation/Vorurteilen:**

#### **4.1 KlientInnenseite:**

##### *4.1.1 Erwartungen*

- Bitte beschreiben Sie mir Ihren Umgang mit den Erwartungshaltungen des Klientels.

##### *4.1.2 Misstrauen*

- Ich kann mir vorstellen, dass Ihnen manchmal ein gewisses Misstrauen von KlientInnen-Seite entgegengebracht wird. Wie gehen Sie damit um?

##### *4.1.3 Gefälle*

- Glauben Sie, dass manche KlientInnen ein „Gefälle“ zwischen sich und den BetreuerInnen wahrnehmen?
- Glauben Sie, dass das einen Einfluss auf die Offenheit der KlientInnen Ihnen gegenüber hat?
- Was könnten für Sie Gründe sein, dass die KlientInnen ein solches Gefälle wahrnehmen?
- Glauben Sie, dass es einen Unterschied macht, wer/welche Berufsgruppe einen Erstkontakt durchführt?

##### *4.1.4 Offenheit:*

- Ich kann mir vorstellen, dass die KlientInnen manchmal mehr oder weniger offen sind. Wie gehen Sie damit um?
- Im Bezug auf die Offenheit eines/einer KlientIn: Haben Sie da eine prinzipielle Erwartung?

##### *4.1.5 Strategien um guten Eindruck zu hinterlassen:*

- Glauben Sie, dass KlientInnen Strategien haben, um einen guten Eindruck zu hinterlassen?

#### **4.2 BetreuerInnenseite– Vorinformationen:**

- Es kommt ja vor, dass Sie im Vorfeld Informationen über die KlientInnen haben.
- Nehmen Sie Unterschiede im Erstkontakt wahr zwischen KlientInnen mit Weisung und jenen die „freiwillig“ kommen?
- Gibt es einen Unterschied zwischen den Berichten/Schilderungen von WeisungsklientInnen und „freiwilligen“ KlientInnen?

Kapitel 4.3 „Berufsspezifische Besonderheiten bei Erstgesprächen im Suchtbereich.“

Kapitel 4.2.1 „Freiwilligkeit versus Unfreiwilligkeit.“ und Kapitel 5.2.3 „Psychosoziale Aspekte: Beziehungs- und Kommunikationsstrukturen.“

Kapitel 4.2.1 „Freiwilligkeit versus Unfreiwilligkeit.“

Kapitel 4.1 „Das Erstgespräch bei den unterschiedlichen Berufsgruppen im Vergleich.“ und Kapitel 4.2.1 „Freiwilligkeit versus Unfreiwilligkeit.“

Kapitel 4.2.1 „Freiwilligkeit versus Unfreiwilligkeit.“

Kapitel 6.2 „Zeugenbegutachtung und Ausdrucksverhalten: Kriterien und Grenzen.“

Kapitel 4.1 „Das Erstgespräch bei den unterschiedlichen Berufsgruppen im Vergleich.“ und Kapitel 4.2.1 „Freiwilligkeit versus Unfreiwilligkeit.“

**5. Besonderheiten des Suchtklientels im**

**Erstkontakt:**

**5.1 Selbstwahrnehmung/-darstellung der KlientInnen**

- Wie schätzen Sie die Selbstwahrnehmung von Personen mit Suchtproblematik ein?
- Wie schätzen Sie die Selbstdarstellung von Personen mit Suchtproblematik ein?
- Erleben Sie Diskrepanzen im Gespräch zwischen der Selbstdarstellung der KlientInnen und Ihrer eigenen Beobachtung?

**6. Entscheidung für/gegen die Aufnahme:**

- Was sind die Kriterien für eine Aufnahme in die Betreuung?
- Woran entscheiden Sie, ob einE KlientIn gleich in die Betreuung aufgenommen wird oder erst durch eine Motivationsphase durchgehen muss?
- Woran machen Sie die Motivation einE KlientIn fest?

**7. Fragen zur Person**

Kapitel 5 „Selbstdarstellung und –  
wahrnehmung im Suchtbereich.“ Und  
Kapitel 6 „Fremdwahrnehmung:  
Erkennen von Verfälschungen aus  
professioneller Sicht.“

Intuitiv gestellte offene Fragen und  
Erhebung demographischer Daten

## Anhang C      Erstkontakt-Interview-Leitfaden

### II.- Teil B:

(Nach dem Erstkontakt mit dem/der KlientIn)

---

- Bitte schildern Sie mir kurz Ihren Eindruck über den/die KlientIn.
  - Was war ihr erster Eindruck? Wurde dieser bestätigt? Wenn ja, wodurch?
  - Haben Sie sich entsprechend anders verhalten?
  
- Was ist Ihnen aufgefallen?
  - Gibt es etwas Besonderes, was Ihnen ausgefallen ist?
    - Wenn ja, was?
      - Pünktlichkeit
      - Begrüßung
      - Kommt alleine oder zu zweit
      - Vorinformationen über die Person
      - Kleidung
      - Äußeres Erscheinungsbild
      - Anspannung/Ruhe/Nervosität
      - Sprache, Tonfall, Dialekt (Geschwindigkeit des Redeflusses,...)
      - Alter
      - Substanz, Grad der Beeinträchtigung
      - Spezielle Verhaltensweisen
      - Art des Problems
      - Weisung/Freiwillig
      -
    - Inwieweit beeinflusst das Ihre Meinung zu der Person?
  
- Wie schätzen Sie die Schilderungen der Person ein? Auch in Bezug auf
  - Erwartungshaltung dem Erstkontakt gegenüber (Realistisch/Unrealistisch)
  - Misstrauen Ihnen gegenüber
  - Offenheit
  - Gefälle
  - Einfluss der Berufsgruppe
  - Versuch einen bestimmten Eindruck zu hinterlassen
  - Motivation
  
- Gab es Ihrer Meinung nach Diskrepanzen zwischen Ihrer Einschätzung und der Selbstdarstellung der Person?
  - Wenn ja, bei was?
  - Woran machen Sie diese Diskrepanzen fest?
  - Wie erklären Sie sich diese Diskrepanz?

- Glauben Sie, dass die Person etwas verheimlich hat?
  - Wenn ja, bei was?
  - Woran machen Sie das fest?
  - Wie erklären Sie sich das?
  
- Was waren Ihre Erwartungen? Haben sich diese erfüllt?

## Anhang D Kriterienliste

Gibt es etwas Besonderes, was Ihnen besonders ausgefallen ist?  
Wenn ja, könnte es etwas aus folgender Liste sein?

- Pünktlichkeit
- Begrüßung
- Kommt alleine oder zu zweit
- Vorinformationen über die Person
- Kleidung
- Äußeres Erscheinungsbild
- Anspannung/Ruhe/Nervosität
- Sprache, Tonfall, Dialekt (Geschwindigkeit des Redeflusses,...)
- Alter
- Substanz, Grad der Beeinträchtigung
- Spezielle Verhaltensweisen
- Art des Problems
- Weisung/Freiwillig

## Anhang E Kategorienliste

### I. Allgemein

#### 1. Beobachtung – „Ich achte auf.“

- Ich achte auf das Gesamtbild.
- Ich achte darauf, ob KlientInnen in Begleitung kommen.
  - EK zu „Ich achte darauf, ob KlientInnen in Begleitung kommen.“
- Achte auf altersadäquates Auftreten.
  - EK zu „Achte auf altersadäquates Auftreten.“
- Ich achte nicht auf Kleidung.
- Ich achte auf Verwahrlosung:
- Ich achte auf Körpersprache.
- Ich achte auf Sprache und Ausdruck.
- Ich achte darauf wie strukturiert bzw. organisiert jemand ist.
- Ich achte auf die Anspannung der KlientInnen.
- Ich achte auf Blickkontakt.
- Ich achte darauf, wie jemand mit mir im Kontakt ist.
  - EK zu „Ich achte darauf, wie jemand mit mir im Kontakt ist.“
- Ich achte darauf wie viel jemand preisgibt.
- Ich achte auf Details bei KlientInnen, gibt mir Aufschluss über Zustandsbild.
- Ich achte auf psychische Auffälligkeiten.
  - EK zu „Ich achte auf psychische Auffälligkeiten.“
- Ich achte auf Besonderheiten im Lebenslauf.
- Ich erhebe den somatischen Status.
- Ich hole mir genaue Substanz- und Konsuminformationen.
- Ich achte auf Beeinträchtigung und Entzugserscheinungen.
- Ich achte auf suchtspezifische Dinge.
- Ich achte auf die Reflexionsfähigkeit der KlientInnen.
- Ich achte darauf, in wieweit sich jemand mit der Behandlung auseinandergesetzt hat.
  - EK zu „Ich achte darauf, in wieweit sich jemand mit der Behandlung auseinandergesetzt hat.“
- Ich achte darauf, ob ein persönliches Anliegen spürbar ist.
- Ich kläre die Motivation ab.
- An Zuverlässigkeit erkenne ich die Motivation.
- Motivation erkenne ich an der Bereitschaft sich einzulassen.
- Pünktlichkeit nicht entscheidend.

#### 2. Formales

- Ich versuche, die aktuelle soziale Situation zu erfassen.
- Ich kläre Erwartungen ab.
- Ich versuche ein adäquates Angebot zu stellen.
- Ich habe Vorinformationen.
- Vorinformationen sind mir nicht wichtig.
- Mit Vorinformationen muss man vorsichtig umgehen.
- Vorinformationen haben Einfluss auf das Gespräch.

- EK zu „Vorinformationen haben Einfluss auf das Gespräch.“
- Weisungen beeinflussen den Gesprächsverlauf.
- Ich bin partiell authentisch.
- Ich nehme eine professionelle Haltung ein.
- Es gibt formale Aufnahmekriterien.
- Es gibt auch subjektive Kriterien für die Aufnahmen.
- Nicht aufgenommen werden jene Personen, die sich auf das Betreuungsangebot nicht einlassen können.
- Motivation ist ein entscheidendes Aufnahmekriterium.

### 3. *Subjektive Theorien*

- Die Erwartungen der KlientInnen sind oft unrealistisch.
- Die Berufsgruppe hat Einfluss auf das Verhalten der KlientInnen.
- Weisungen haben keinen Einfluss auf den Gesprächsverlauf.
  - EK zu „Weisungen haben keinen Einfluss auf den Gesprächsverlauf.“
- Kein Unterschied zwischen Freiwilligen und WeisungsklientInnen.
- Hafterfahrung hat Einfluss auf die Persönlichkeit.
- Gefälle ist vorhanden.
- Gefälle wird durch unterschiedliche Aspekte erzeugt.
- Institution muss spürbar sein – Gefälle hat positiven Einfluss auf die Beziehung.
- Motivation entwickelt sich.
- Ich erstelle während des Gesprächs eine Prognose.
  - EK zu „Ich erstelle während des Gesprächs eine Prognose.“
- Man kann in so kurzer Zeit keine Prognose erstellen, man macht Momentaufnahmen.
- Sucht ist nicht persönlichkeitsbedingt.
- Der Konsum ist eine Bewältigungsstrategie.
  - EK zu „Der Konsum ist eine Bewältigungsstrategie.“

### 4. *Besonderheiten des Suchtklientel – allgemein*

- Das Suchtklientel ist eine heterogene Gruppe.
- SuchtklientInnen repräsentieren die Normalbevölkerung.
- SuchtklientInnen haben einen geringeren Befriedigungsaufschub, sind sehr fordernd.
  - EK zu „SuchtklientInnen haben einen geringeren Befriedigungsaufschub, sind sehr fordernd.“
- SuchtklientInnen sind beeinträchtigt und haben kognitive Defizite.
- SuchtklientInnen haben besondere Persönlichkeitseigenschaften/-strukturen.
- Suchterkrankung ist eine komplexe Problemlage.
- SuchtklientInnen haben schwere psychische Störungen.
- KlientInnen haben Vorurteile.
- SuchtklientInnen haben sehr unterschiedliche Erwartungshaltungen.
- Drogen machen distanzlos.
  - EK zu „Drogen machen distanzlos.“

## **II. Besonderheiten des Suchtklientels in Bezug auf Selbstdarstellung und Fremdwahrnehmung**

### *1. Selbstwahrnehmung*

- SuchtklientInnen sind weniger reflektiert.
  - EK zu „SuchtklientInnen sind weniger reflektiert.“
- Wenn jemand Therapieerfahrung hat, ist er/sie reflektierter.

- Selbstwahrnehmung entspricht nicht der Außenwahrnehmung – nicht bewusst, wie sie wirken.
  - EK zu „Selbstwahrnehmung entspricht nicht der Außenwahrnehmung – nicht bewusst, wie sie wirken.“
- Selbstwahrnehmung ist verzerrt durch den Substanzkonsum.
  - EK zu „Selbstwahrnehmung ist verzerrt durch den Substanzkonsum.“
- Bei gewissen Krankheitsbildern driften Selbst- und Fremdwahrnehmung auseinander.
  - EK zu „Bei gewissen Krankheitsbildern driften Selbst- und Fremdwahrnehmung auseinander.“
- KlientInnen erkennen die eigenen Probleme nicht, eingeschränktes Problembewusstsein.
  - EK zu „KlientInnen erkennen die eigenen Probleme nicht, eingeschränktes Problembewusstsein.“
- Es gibt keine suchtspezifische Art der Selbstwahrnehmung.
- Substanzabhängige illegaler Substanzen sind reflektierter, haben größeres Problembewusstsein als AlkoholikerInnen.

## 2. Selbstdarstellung

- Selbstdarstellung ist kontextabhängig.
  - EK zu „Selbstdarstellung ist kontextabhängig.“
- Selbstdarstellung ist auch eine Selbsttäuschung.
- Die Selbstdarstellung kann bewusst oder unbewusst sein.
- Es gibt eine substanzspezifische Selbstdarstellung.
- KlientInnen sind bzgl. ihres Alkoholkonsums unehrlicher als bei anderen Substanzen.
  - EK zu „KlientInnen sind bzgl. ihres Alkoholkonsums unehrlicher als bei anderen Substanzen.“
- KlientInnen stellen sich so dar, wie sie es empfinden, sind ehrlich.
  - EK zu „KlientInnen stellen sich so dar, wie sie es empfinden, sind ehrlich.“
- Personen, die in die Suchtberatung kommen, stellen sich besser dar als es der Realität entspricht.
  - EK zu „Personen, die in die Suchtberatung kommen, stellen sich besser dar als es der Realität entspricht.“
- Fremdmotivierte KlientInnen versuchen sich positiver darzustellen als es tatsächlich ist.
  - EK zu „Fremdmotivierte KlientInnen versuchen sich positiver darzustellen als es tatsächlich ist.“
- Personen, die in die Suchtberatung kommen, stellen sich negativ dar (arm, leidendes Opfer, bedrohlich).
  - EK zu „Personen, die in die Suchtberatung kommen, stellen sich negativ dar (arm, leidendes Opfer, bedrohlich).“
- KlientInnen erzählen, was sie glauben, was wir hören wollen.
  - EK zu „KlientInnen erzählen, was sie glauben, was wir hören wollen“
- Personen, die in die Suchtberatung kommen, wollen einen motivierten Eindruck hinterlassen.
  - EK zu „Personen, die in die Suchtberatung kommen, wollen einen motivierten Eindruck hinterlassen.“
- WeisungsklientInnen versuchen sich motiviert darzustellen.
  - EK zu „WeisungsklientInnen versuchen sich motiviert darzustellen.“
- KlientInnen versuchen einen gesteuerten Eindruck zu hinterlassen, um das zu bekommen, was sie wollen.
  - EK zu „KlientInnen versuchen einen gesteuerten Eindruck zu hinterlassen, um das zu bekommen, was sie wollen.“

- SuchtklientInnen haben eine dramatische Selbstdarstellung.
  - EK zu „SuchtklientInnen haben eine dramatische Selbstdarstellung.“

### 3. Diskrepanzen

- Inhaltliche Diskrepanzen in den Aussagen der KlientInnen. /Diskrepanzen in den KlientInnenangaben.
  - EK zu „Inhaltliche Diskrepanzen in den Aussagen der KlientInnen. /Diskrepanzen in den KlientInnenangaben.“
- Diskrepanzen zwischen dem Auftreten/Ausdruck und den Inhalten des Gesprächs.
  - EK zu „Diskrepanzen zwischen dem Auftreten/Ausdruck und den Inhalten des Gesprächs.“
- Manche KlientInnen haben Angst vor Zurückweisung – das kann zu Diskrepanzen führen.
- Diskrepanzen zwischen Wunsch/Lebenszielen und Realität.
  - EK zu „Diskrepanzen zwischen Wunsch/Lebenszielen und Realität.“
- Diskrepanzen bei der Angabe der eingenommenen Substanzen bzw. der Konsumart und dem hinterlassenen Eindruck.
  - EK zu „Diskrepanzen bei der Angabe der eingenommenen Substanzen bzw. der Konsumart und dem hinterlassenen Eindruck.“
- Bei gewissen Themen sind SuchtklientInnen nicht ehrlich.
  - EK zu „Bei gewissen Themen sind SuchtklientInnen nicht ehrlich.“

### 4. Eigene Realität

- SuchtklientInnen sind an ihre Szene angepasst.
- SuchtklientInnen haben in ihrer Szene gelernt, weniger offen zu sein.
  - EK zu „SuchtklientInnen haben in ihrer Szene gelernt, weniger offen zu sein.“
- KlientInnen stehen oft in Konflikt mit dem Gesetz und der Gesellschaft.

## **III. VORBEUGEN – WAS TUE ICH, UM ZU VERHINDERT, DASS JEMAND NICHT DIE WAHRHEIT SAGT?**

- Ich gestalte eine vertrauensvolle Situation (durch meine Körperhaltung, durch störungsfreies Umfeld, mittels Beziehungsgestaltung, Aufklärung).
  - EK zu „Ich gestalte eine vertrauensvolle Situation (durch meine Körperhaltung, durch störungsfreies Umfeld, mittels Beziehungsgestaltung, Aufklärung).“
- Ich versuche zu entängstigen (u.a. indem ich die Personen informiere).
  - EK zu „Ich versuche zu entängstigen (u.a. indem ich die Personen informiere).“
- Ich versuche das Gespräch auf Augenhöhe zu gestalten.
  - EK zu „Ich versuche das Gespräch auf Augenhöhe zu gestalten.“
- Ein Gespräch auf Augenhöhe ist nicht möglich.
- Ich versuche neutral zu bleiben.
  - EK zu „Ich versuche neutral zu bleiben.“
- Ich kontrolliere mein Verhalten.
- Ich wende spezielle Gesprächstechniken an.
  - EK zu „Ich wende spezielle Gesprächstechniken an.“
- Ich verwende keine speziellen Gesprächstechniken.
- Ich gestalte das Gespräch transparent.
- Ich achte auf die Vereinfachung meiner Sprache.
- Ich passe die Gesprächsführung an den/die KlientIn an.
- Schwierigen Themen nicht konfrontativ begegnen.
  - EK zu „Schwierigen Themen nicht konfrontativ begegnen.“

— Ehrlichkeit ist die Voraussetzung für eine produktive Unterstützung (Metaebene) – weise auch darauf hin.

#### **IV. WIE ERKENNE ICH, DASS JEMAND NICHT DIE WAHRHEIT SAGT?**

— Ich achte auf die Reaktionen des/der KlientIn.

○ EK zu „Ich achte auf die Reaktionen des/der KlientIn.“

— Wenn jemand mehr erzählt als gefragt wird, werde ich misstrauisch.

○ EK zu „Wenn jemand mehr erzählt als gefragt wird, werde ich misstrauisch.“

— Ich versuche einzuschätzen, wie authentisch jemand ist.

— Es gibt eine gesunde Form der Offenheit – zu viel im EK preisgeben ist pathologisch.

○ EK zu „Es gibt eine gesunde Form der Offenheit – zu viel im EK preisgeben ist pathologisch.“

— SuchtklientInnen stehen häufig unter starkem Druck.

○ EK zu „SuchtklientInnen stehen häufig unter starkem Druck.“

— Häufiges Thema bei SuchtklientInnen ist die Selbstverantwortung, Drogensucht hat was Selbstbestimmtes.

○ EK zu „Häufiges Thema bei SuchtklientInnen ist die Selbstverantwortung.“

— SuchtklientInnen erkennen ihre Ressourcen/Selbstwirksamkeit nicht.

— SuchtklientInnen erkennen oft ihren eigenen Anteil nicht und externalisieren die Verantwortung.

○ EK zu „SuchtklientInnen erkennen oft ihren eigenen Anteil nicht und externalisieren die Verantwortung.“

— KlientInnen haben ein vertrauensvolleres Verhältnis zu psychosozialen BetreuerInnen.

○ EK zu „KlientInnen haben ein vertrauensvolleres Verhältnis zu psychosozialen BetreuerInnen.“

— KlientInnen sind ÄrztInnen gegenüber weniger offen.

— Substanzverschreibung hat Einfluss auf das KlientInnenverhalten (Privileg der ÄrztInnen).

○ EK zu „Substanzverschreibung hat Einfluss auf das KlientInnenverhalten (Privileg der ÄrztInnen).“

— KlientInnen machen keine Berufsgruppenspezifischen Unterschiede.

○ EK zu „KlientInnen machen keine Berufsgruppenspezifischen Unterschiede.“

— Es gibt einen Unterschied zwischen gesunden Misstrauen und paranoidem Verhalten.

○ EK zu „Es gibt einen Unterschied zwischen gesunden Misstrauen und paranoidem Verhalten.“

— Misstrauen wird direkt und offen geäußert.

○ EK zu „Misstrauen wird direkt und offen geäußert.“

— Misstrauen erschwert ganzheitliches Bild.

— Misstrauen erkenne ich daran, dass mir immer wieder Fragen bzgl. des Settings gestellt werden.

○ EK zu „Misstrauen erkenne ich daran, dass mir immer wieder Fragen bzgl. des Settings gestellt werden.“

— SuchtklientInnen haben Misstrauen gegenüber Institutionen.

— Misstrauen, weil für die KlientInnen nicht klar ist, welche Funktion wir haben.

○ EK zu „Misstrauen, weil für die KlientInnen nicht klar ist, welche Funktion wir haben.“

— Kaum Misstrauen gegenüber der Institution.

○ EK zu „Kaum Misstrauen gegenüber der Institution.“

— Personen mit Hafterfahrung sind misstrauischer.

○ EK zu „Personen mit Hafterfahrung sind misstrauischer. („Personen in Haft sind weniger offen und misstrauischer.“)

- Hafterfahrene geben sich scheinangepasst.
  - EK zu „Hafterfahrene geben sich scheinangepasst.“
- Misstrauen hat unterschiedliche Gründe.
- Misstrauen aufgrund von Informationsmangel – durch Aufklärung bereinigen.
- Misstrauen der KlientInnen hat mit ihren Vorerfahrungen zu tun.
  - EK zu „Misstrauen der KlientInnen hat mit ihren Vorerfahrungen zu tun.“
- Misstrauen erkenne ich daran, wenn Informationen zurückgehalten werden.
  - EK zu „Misstrauen erkenne ich daran, wenn Informationen zurückgehalten werden.“
- Misstrauen erkenne ich daran, wenn jemand sich anders darstellt, als er ist.
- Ich nehme ein starkes Vertrauen der KlientInnen in uns wahr.
  - EK zu „Ich nehme ein starkes Vertrauen der KlientInnen in uns wahr.“
- Wahrgenommenes Gefälle kann zu weniger Offenheit seitens des/der KlientIn führen.
  - EK zu „Wahrgenommenes Gefälle kann zu weniger Offenheit seitens des/der KlientInnen führen.“
- Gefälle wird nicht wahrgenommen.
- Offenheit wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst.
  - EK zu „Offenheit wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst.“
- Kein Unterschied in der Offenheit bzw. Ehrlichkeit bei WeisungsklientInnen und Freiwilligen.
- Erfahrungen mit Therapie und/oder Suchteinrichtungen fördert Offenheit.
  - EK zu „Erfahrungen mit Therapie und/oder Suchteinrichtungen fördert Offenheit.“
- Gute Verbindung zwischen BetreuerIn und KlientIn fördert Offenheit.
- Freiwillige sind offener, WeisungsklientInnen misstrauischer.
- Wenn jemand nicht offen ist, merke ich das an seinem Verhalten.
  - EK zu „Wenn jemand nicht offen ist, merke ich das an seinem Verhalten.“
- Offenheit zeigt sich, wenn jemand meine Fragen klar beantwortet.
  - EK zu „Offenheit zeigt sich, wenn jemand meine Fragen klar beantwortet.“
- Bei KlientInnen, die unfreiwillig kommen, bin ich misstrauischer.
- Entscheidend ist wie KlientInnen mit einer Unfreiwilligkeit umgehen – kann auch positiven Einfluss haben.
- Entscheidend ist wie KlientInnen mit einer Unfreiwilligkeit umgehen.
- KlientInnen mit Weisungen versuchen zu manipulieren.
- Der Kontext, warum jemand kommt, ist entscheidend.
- Freiwillige sind offener und ehrlicher als WeisungsklientInnen.
- Berufsgruppe hat Einfluss auf die Offenheit der KlientInnen.
  - EK zu „Berufsgruppe hat Einfluss auf die Offenheit der KlientInnen.“

## **V. KONSEQUENZEN, WENN JEMAND NICHT DIE WAHRHEIT SAGT - WIE GEHE ICH DAMIT UM?**

- Den/Die KlientIn mit meinen Eindrücken konfrontieren.
  - EK zu „Den/Die KlientIn mit meinen Eindrücken konfrontieren.“
- Das Verhalten von SuchtklientInnen ist oft im Zusammenhang mit Selbstschutz.
- Im EK sind mir Diskrepanzen egal.
  - EK zu „Im EK sind mir Diskrepanzen egal.“
- Scheinkooperatives Auftreten macht mich misstrauisch.
- Man muss den KlientInnen die Selbstverantwortung rückspielen.
  - EK zu „Man muss den KlientInnen die Selbstverantwortung rückspielen.“
- Ich versuche Erwartungen mit der Realität abzugleichen – Diskrepanz reduzieren.

# Anhang F

## Gegensätzliche Aussagen zu den Aussagen in der Grobkategorie „Eindrucksfindung“

GENERALISIERUNG	PARAPHRASEN:		
	ÄrztInnen	PsychologInnen	SozialarbeiterInnen
<p>„Ich achte auf das Gesamtbild.“ (3, 7, 8, 14, 15/1, 9, 11, 12/4, 5, 6, 13)</p>	<p><i>Insgesamt 5 ÄrztInnen:</i>            (3) Mache mir ein Gesamtbild: wie ist jemand im Kontakt, Geschlecht, Alter, Aussehen, Mimik, Blickkontakt, Offenheit./ (7) Gesamtbild (was ist konkret erzählbar, distanzlos, zu viel/zu wenig reden, Beeinträchtigungsgrad)/ (7) Sie tätigen Aussagen über ihre Kleidung (junges Mädchl mit High heels und Minirock/Mann mit Goldketterl und "Ich bin der Tiger" am Leiberl - wieso geht die so zum Arzt?)/ (8) Achte auf Äußerlichkeiten (Auftreten, Kleidung, Verhaltensweisen, Art der Sprache, kulturelle Wurzeln)/ (8) Mein Eindruck besteht aus dem äußeren Eindruck, den verbalen Äußerungen und den von mir eingeschätzten Substanzkonsum./ (14) Gesamtbild (Beeinträchtigung, Geschlecht, Alter, Aussehen, Mimik, Blickkontakt, Offenheit)/ (14) Ich achte auf die Geschwindigkeit des KlientIn - ist jemand langsam/schnell aufgrund von Beeinträchtigung oder kognitiver Funktionsabbau./ (14) Achte auf Gepfletheitszustand, Diskrepanzen zwischen Alter und Aussehen, Kleidung, Gang, Stimme, Bewusstseinszustand (z.B. Beeinträchtigungsgrad)/ (15) Mache mir ein Gesamtbild (wie ist jemand im Kontakt, Beeinträchtigungsgrad, Kleidung, Pünktlichkeit, Begleitung wichtig - auffallend, wenn ein 35 bis 40 jähriger mit der Mutter kommt.)</p>	<p><i>Insgesamt 4 PsychologInnen:</i>            (1) Im Gesamteindruck achte ich auf viele Ebenen gleichzeitig: äußere Merkmale (Kleidung, Hygiene, Körpersprache, Beeinträchtigungsgrad/wie sehr kann jemand nüchtern kommen), Stimmigkeiten/Unstimmigkeiten, Fassade (will jemand alles unter Kontrolle behalten), Altersadäquatheit, und kläre ab, ob wir die richtige Einrichtung sind./ (9) Ich gewinne den Gesamteindruck anhand folgender Faktoren: Beziehungsaspekte (Nähe-Distanzverhältnis zu mir, Affizierbarkeit, Inhalte zu den Affekten adäquat, Augenkontakt), Grundstimmung und Antrieb (Nervosität, ängstliche Grundhaltung), Umgang mit eigener Unpünktlichkeit, Beeinträchtigungsgrad, äußerliche Aspekte (Alter, Körperhaltung, Mimik, Gestik, wie laut jemand spricht, Verwahrlosungsgrad/Gepfletheitszustand), Bildungsgrad (indirekt durch Wortwahl erfassbar), ob mir jemand sympathisch ist, Konsum (Dosis, Abgabe, Substanz, Gründe für Konsum und Behandlungsvorgeschichte) und Behandlungsmotivation./ (11) Der Gesamteindruck besteht aus folgenden Elementen: Alter, Substanzen und Drogenlebenslauf, Kontakt zu anderen Einrichtungen, Blickkontakt, ob die Körpersprache in Widerspruch zu KlientInnendarstellung steht (Selbstsicherheit vs. Bewegungen der Beine, Finger)/ (12) Der Gesamteindruck ist entscheidend – ich leite nichts aus Einzelbeobachtungen ab. Ich achte</p>	<p><i>Insgesamt 4 SozialarbeiterInnen:</i>            (4) Ich achte auf alles (äußeres Erscheinungsbild, Kleidung, Haare, Sprache, Blickkontakt, Körpersprache) ohne zu werten./ (4) Achte auf den Gesamteindruck./ (4) Ich achte auf äußeres Erscheinungsbild./ (5) Achte auf den gesundheitlichen Zustand./ (6) Ich achte auf Mimik, Körperhaltung, Sitzposition, Denkmuster (zerfahren?) schräge Geschichten - könnte auf Psychose oder Depression hindeuten./ (6) Achte auf alles./ (13) Achte auf den Gesamteindruck.</p>

		bei den Schilderungen auf logische Zusammenhänge, Kohärenz, Kongruenz, Widersprüche, Untertreibungen, Veränderungen des Facts./ (12) Gesamteindruck (Angespanntheit, Körperhaltung, Gesichtsausdruck, wie kommunizieren sie).	
<b>VERSUS</b> „Ich achte nicht auf Kleidung“ (6)			<i>Insgesamt 1 SozialarbeiterIn:</i> (6) Achte wenig auf die Kleidung
„Ich achte darauf wie strukturiert bzw. organisiert jemand ist.“ (3, 7, 14/2, 9, 12/4, 10, 13)	<i>Insgesamt 3 ÄrztInnen:</i> (3) Schafft er es, die Regeln einzuhalten, pünktlich zu kommen./ (3) Wenn PatientIn Unterlagen mitbringt, schafft das einen positiven Eindruck./ (7) Schafft er es, pünktlich zu kommen./ (14) Wenn jemand seinen Termin nicht einhält, frage ich mich, was da nicht stimmt.	<i>Insgesamt 3 PsychologInnen:</i> (2) Ich achte darauf, ob jemand auf den Punkt kommen kann, denn das zeigt mir, wie strukturiert jemand ist. Bei Scheinangepasstheit werde ich misstrauisch - sind nicht bereit für Behandlung, da sehe ich wenig Erfolg. Bei Frauen, die Heroin konsumieren, steht für mich die Frage im Raum, wie sie es sich finanzieren (Prostitution?)./ (9) Pünktlichkeit gibt Aufschluss über Strukturiertheit der Person./ (12) Ich achte darauf, ob jemand auf den Punkt kommen kann – zeigt wie strukturiert jemand ist.	<i>Insgesamt 3 SozialarbeiterInnen:</i> (4) Grobe Unpünktlichkeit ist ein Problem./ (10) Achte auf die Organisiertheit von KlientInnen./ (13) Achte auf die Organisiertheit von KlientInnen./ (13) Unfähigkeit zur Termineinhaltung kann Teil des Krankheitsbildes, dauerhafter Beeinträchtigung sein./ (13) Grobe Unpünktlichkeit ist ein Problem.
„An Zuverlässigkeit erkenne ich die Motivation.“ (3, 15/4)	<i>Insgesamt 2 ÄrztInnen:</i> (3) Motivation zeigt sich durch Pünktlichkeit, Nüchternheit und die Bereitschaft, etwas zu verändern./ (15) Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit wird erwartet.		<i>Insgesamt 1 SozialarbeiterIn:</i> (4) Motivation zeigt sich anhand von der Einhaltung der Regeln (Termine, Vereinbarungen,...)
<b>VERSUS</b> „Pünktlichkeit nicht entscheidend.“ (12)		<i>Insgesamt 1 PsychologIn:</i> (12) Pünktlichkeit nicht entscheidend.	
„Ich erstelle während des Gesprächs eine Prognose.“ (3, 8, 14, 15/4)	<i>Insgesamt 4 ÄrztInnen:</i> (3) Hole mir genaue Substanz- und Konsuminformationen (aktueller Konsum, Art des Konsums, Dosierung) und ich achte auf den Beeinträchtigungsgrad. Ich erstelle Prognose, abhängig von Substanz und Dosierung./ (3) Motivationsphase, wenn jemand schon mehrmals abgedockt ist und nie zu den Gesprächen gekommen ist (Vorerfahrung)./ (8) PatientInnen mit exzessivem Konsum unterschiedlicher Substanzen oder PatientInnen mit schwerer psychischen Zusatzerkrankungen werden den Terminbetrieb schwer einhalten./ (8) Schnelle Verdachtsdiagnose bestimmen die		<i>Insgesamt 1 SozialarbeiterIn:</i> (4) Erstelle eine Prognose./ (4) Es gibt eine Motivationsphase, weil es Menschen gibt, die versuchen hier zu landen und es nicht schaffen - werden hier die Termine nicht eingehalten, würde es in der Betreuung auch nicht funktionieren.

	weiteren Fragen./ (14) Hole mir genaue Substanz- und Konsuminformationen (aktueller Konsum, Art des Konsums, Dosierung). Die Substanz beeinflusst meine Prognose - i.V. Kokain-Konsum, negativ. Frage suchtspezifische Symptome ab (z.B. Alkoholiker: morgendliches Erbrechen, Gastritis, Leberschäden, Bauchspeicheldrüse)/ (14) Ich mache mir eine Prognose im Kopf./ (14) Übermotivierte KlientInnen ("Ich schaffe alles!") machen mich misstrauisch, reflexionsfähige ("Bin motiviert, aber vorsichtig!") traue ich mehr zu./ (15) Prognose: Wenn er es hier schon nicht kann, dann wird er es auch in der Folge nicht können./ (15) Ich mache mir eine Prognose im Kopf.		
<i>VERSUS</i> „Man kann ist so kurzer Zeit keine Prognose erstellen, man macht Momentaufnahmen.“ (9, 11/10)		<i>Insgesamt 2 PsychologInnen:</i> (9) Man kann nach 45 Minuten keine Prognose über eine Person erstellen./ (11) Eine niedrige Dosis sagt nichts über seine Motivation aus – sagt was aus über seine momentanen Ressourcen.	<i>Insgesamt 1 SozialarbeiterIn:</i> (10) KlientInnenstatus ist eine Momentaufnahme.

Legende:

- In den Klammern stehen die Nummern der BetreuerInnen. Wurde die Nummer der BetreuerIn **fett** markiert, bedeutet dies, dass hier ein Widerspruch besteht, d.h. die Person sich zu beiden widersprüchlichen Aussagen geäußert hat.
- *VERSUS*: bezeichnet den Gegensatz, also gegensätzliche Aussagen
- *UND*: markiert, dass hier mehrere Aussagen zu einem Thema vorhanden sind und mit *VERSUS* im Widerspruch stehen.

## Anhang G

### Gegensätzliche Aussagen zu den Aussagen in der Grobkatgorie „Besonderheiten des Suchtklientels in Bezug auf Selbstdarstellung und Fremdwahrnehmung“

GENERALISIERUNG	PARAPHRASEN:		
	<b>ÄrztInnen</b>	<b>PsychologInnen</b>	<b>SozialarbeiterInnen</b>
„Substanzabhängige illegaler Substanzen sind reflektierter, haben größeres Problembewusstsein als AlkoholikerInnen.“ (14/9/13)	<i>Insgesamt 1 ÄrztInnen:</i> (14) AlkoholikerInnen schieben Schuld ab, weniger reflektiert; illegale Abhängige sind kooperativer und reflexionsfähiger./ (14) SuchtpatientInnen sind reflektierter und setzten sich mit Grenzsituationen stärker auseinander.	<i>Insgesamt 1 PsychologInnen:</i> (9) Klarer Unterschied von KonsumentInnen illegaler Substanzen und Alkohol: sie sind jünger, nicht so abgebaut, größeres Problembewusstsein (weil Alkohol legal ist)/(9) Bei i. V. KonsumentInnen ist Problembewusstsein vorhanden.	<i>Insgesamt 1 SozialarbeiterInnen:</i> (13) Mangelndes Problembewusstsein (besonders bei Alkohol)
<i>VERSUS</i> „KlientInnen erkennen die eigenen Probleme nicht, eingeschränktes Problembewusstsein.“ (7, 8/ 1/ 4, 6, 10, 13)	<i>Insgesamt 2 ÄrztInnen:</i> (7) Diskrepanzen bei Jugendlichen - sie fühlen sich unverletzbar und sehen nicht, dass es in 5 Jahren ein Problem sein wird./ (7) Diskrepanzen oft bei der Wahrnehmung bei Beziehungsproblemen./ (8) Diskrepanz in der Darstellung der Probleme: werden übertrieben dargestellt, nicht angesprochen oder beschönigt (Substanz, soziale Beziehungen).	<i>Insgesamt 1 PsychologInnen:</i> (1) KlientInnen ist es nicht bewusst, warum sie zu Drogen greifen.	<i>Insgesamt 4 SozialarbeiterInnen:</i> (4) Die Erwartungen der KlientInnen haben mit Problembewusstsein zu tun./ (4) WeisungsklientInnen finden oft, dass sie kein Problem haben./ (4) Keine Konfrontation mit den vorherrschenden Problemen./ (6) Diskrepanz in der Problemwahrnehmung/-bewusstsein./ (10) Die körperliche Erkrankung wird erkannt, die psychische und die Sucht nicht./ (10) KlientInnen wollen sich Negatives nicht eingestehen ("Es nicht geschafft zu haben", süchtig zu sein) - führt zu Diskrepanzen./ (10) SuchtklientInnen sind nicht so lösungsorientiert./ (13) KlientInnen wollen sich Sucht nicht eingestehen und die daraus folgenden Konsequenzen (Lebensveränderungen)- führt zu Diskrepanzen./ (13) Diskrepanz im Problembewusstsein.
„Personen, die in die Suchtberatung kommen, stellen sich negativ dar (arm, leidendes Opfer, bedrohlich.“ (3, 7/ 1, 11)	<i>Insgesamt 2 ÄrztInnen:</i> (3) KlientInnen stellen sich schlechter dar, um nicht zu wenig zu bekommen./ (7) Selbstdarstellung: bedürftig, bedrohlich.	<i>Insgesamt 2 PsychologInnen:</i> (1) Präsentation als leidendes Opfer./ (11) Erfahrene haben eher Strategien: sie erzählen nur das Negative, ihre Probleme und sagen, dass sie das nicht mehr möchten.	
<i>VERSUS</i> „Personen, die in die Suchtberatung kommen, stellen sich	<i>Insgesamt 1 ÄrztInnen:</i> (3) Bewusstes „Sich-Zusammenreißen“	<i>Insgesamt 2 PsychologInnen:</i> (9) Sie stellen ihr Leben rosiger da, als es	<i>Insgesamt 2 SozialarbeiterInnen:</i> (4) Ihre Strategien sind: sie haben kein Problem,

<p>besser dar als es der Realität entspricht.“ (3/ 9, 12/ 4, 13)</p>	<p>(Konsum einschränken)./(3) Ich lasse ihnen ihre Maske, heile Welt spielen./ (3) Leute erzählen, was man glaubt, hören zu wollen, sie versuchen einen stabileren und besseren Eindruck zu machen als es tatsächlich ist.</p>	<p>tatsächlich ist - oft sehr offensichtlich: spielen ihren Konsum herunter und kommen beeinträchtigt, sie sagen, sie hätten alles im Griff, konsumieren aber i.V., stellen ihre Beziehungen besser da, als es tatsächlich läuft, beschönigen ihre Konflikte und sind aber sehr aggressiv/(9) Ich merke Diskrepanz, wenn sie beschönigen oder versuchen mit ihren Gegenfragen mich abzuschrecken – weist auf Unsicherheit in Bezug auf Motivation hin./ (9) Personen wollen sich positiv darstellen, nicht ganzes Leben negativ darstellen – fällt oft schwer offen zu sein./ (9) Art des Konsum wird anfänglich beschönigt (anfangs Schlucken, Ende Schießen) und häufig lügen sie über die Art des Konsums (i.V.)/(12) Lüge, Geschichte erzählen, mich täuschen, nicht die ganze Wahrheit sagen. Sie sind nicht ganz ehrlich, was schon durch Alkohol- oder Drogenkonsum schief, verloren gegangen ist. Verleugnung, Bagatellisierung, Verharmlosung./ (12) KlientInnen stellen sich positiv, idealisiert dar./ (12) Stellen sich positiver dar, als sie sind - versuchen es ein bisschen schwammig zu schildern.</p>	<p>alles passt oder sind hilfsbedürftig. Der Grund ist viel Unsicherheit, da alles neu hier für sie ist./ (13) Sie versuchen sich als Nicht-Gesetzesbrecher darzustellen./ (13) Manche versuchen einen kontrollierten, sauberen, unproblematischen Eindruck zu hinterlassen, dass sie nur aus Genuss trinken und sich von uns die Absolution wünschen, dass z.B. der Unfall nur ein unglücklicher Zufall war.</p>
<p>UND „Fremdmotivierte KlientInnen versuchen sich positiver darzustellen als es tatsächlich ist.“ (3/9, 12/4)</p>	<p><i>Insgesamt 1 ÄrztInnen:</i> (3) Runterspielen von Problemen und Konsum, positiver darstellen (bei gerichtlichen Auflagen oder wenn von Jugendamt geschickt). Stellen sich stabiler da./ (3) KlientInnen im Zwangskontext präsentieren sich teilweise besser als sie sind.</p>	<p><i>Insgesamt 2 PsychologInnen:</i> (9) V.a. Leute, die von Jugendamt geschickt werden, die in die Ambulanz kommen und bestimmte Substanzen oder Weisungsbetreuung wollen, aber auch Schulweisungen versuchen sich besser, positiver darzustellen als sie sind./ (9) Es kommt vor, aber selten, dass wer mit Weisung sich positiv darstellt und strafrechtlichen Geschichten runterspielt./ (12) Manche Leute versuchen sich in einer bestimmten Art und Weise positiv, sehr motiviert darzustellen, manche sehr angepasst, devot, sagen das, was ich hören will obwohl nichts dahinter steckt (fremdmotiviert, wollen Bestätigung, Unterschrift).</p>	<p><i>Insgesamt 1 SozialarbeiterIn:</i> (4) Wenn das Jugendamt eingeschaltet ist, versuchen sie einen geordneten, sauberen, liebevollen Eindruck zu machen.</p>

Legende:

— In den Klammern stehen die Nummern der BetreuerInnen. Wurde die Nummer der BetreuerIn **fett** markiert, bedeutet dies, dass hier ein Widerspruch besteht, d.h. die Person sich zu beiden widersprüchlichen Aussagen geäußert hat.

- *VERSUS*: bezeichnet den Gegensatz, also gegensätzliche Aussagen
- *UND*: markiert, dass hier mehrere Aussagen zu einem Thema vorhanden sind und mit *VERSUS* im Widerspruch stehen.

## Anhang H      Gegensätzliche Aussagen zu den Aussagen in der Grobkategorie „Vorbeugen – was tue ich, um zu verhindern, dass jemand nicht die Wahrheit sagt?“

GENERALISIERUNG	PARAPHRASEN:		
	<b>ÄrztInnen</b>	<b>PsychologInnen</b>	<b>SozialarbeiterInnen</b>
„Ich versuche das Gespräch auf Augenhöhe zu gestalten.“ (3, 8, 14, 15/ 9/ 4, 10, 13)	<i>Insgesamt 4 ÄrztInnen:</i> (3) Ich versuche Kontakt auf Augenhöhe zu gestalten./ (8) Gefälle aufgrund eines anderen sozialen Kontextes. Versuche aber, dieses Gefälle nicht spürbar zu machen./ (14) Versuche Kontakt auf Augenhöhe zu gestalten./ (15) Versuche Kontakt auf Augenhöhe zu gestalten.	<i>Insgesamt 1 PsychologInnen:</i> (9) Ich versuche, eine Begegnung auf Augenhöhe zu gestalten und die Anliegen ernst zu nehmen./ (9) Akademischer Titel erzeugt auch Gefälle - vermeide es, ihn zu erwähnen./ (9) Keine bewusste Machtdemonstration von BetreuerInnenseite.	<i>Insgesamt 3 SozialarbeiterInnen:</i> (4) Die KlientInnen haben nicht den Eindruck, dass sie von oben herab behandelt werden./ (10) Versuch, das Gespräch auf Augenhöhe zu bringen./ (13) Ich versuche die Hierarchie auszuhebeln./ (13) Ich hab kein autoritäres Auftreten./ (13) KlientIn ist ExperteIn seines/ihrer Lebens - hier und dort sitzt ein Experte (Klient/Betreuer).
VERSUS „Ein Gespräch auf Augenhöhe ist nicht möglich.“ (7/ 5, 13)	<i>Insgesamt 1 ÄrztInnen:</i> (7) Arbeiten auf Augenhöhe nie möglich.		<i>Insgesamt 2 SozialarbeiterInnen:</i> (5) Ich tue nicht so, als ob wir immer auf gleicher Augenhöhe wären./ (13) Der Klient gibt nicht die Regeln im Setting vor, aber bestimmt Betreuungsziel..
„Ich wende spezielle Gesprächstechniken an.“ (8, 14, 15/ 1, 2, 9, 11, 12/ 4, 5, 13)	<i>Insgesamt 3 ÄrztInnen:</i> (8) Ich gestalte das Gespräch offener und freier, wenn jemand zum ersten Mal in einer Einrichtung kommt./ (14) Triggerfragen um dahinterliegendes zu erkennen./ (14) Beginne mit allgemeinen Fragen und geht später ins Detail - nicht den/die KlientIn überfordern./ (15) Kein Monologisieren sondern darauf achten, dass es ein Dialog ist.	<i>Insgesamt 5 PsychologInnen:</i> (1) Besondere Gesprächstechniken: Systematisierende Darstellung (Move), Technik des Spiegelns, Paraphrasieren./ (1) Feedback über den eigenen Eindruck um Raum zu öffnen und um Verständnis zu zeigen (Empathie)./ (2) Konfrontieren./ (9) Spezielle Gesprächstechniken: offenen Fragen, Paraphrasieren, Ambivalenzen ausloten, „Sokratischer Dialog“, Waagschalenmodell, Paradoxe Intervention, Keine ja-nein-Antworten provozieren./ (9) Spezielle Situationen/Personen: Je nach Setting offene oder direktere Fragen, bei psychotischen Personen alles sehr konkret abfragen und eindeutig bleiben, bei Sonderfällen (kulturbedingt) schreibe ich nicht mit, um	<i>Insgesamt 3 SozialarbeiterInnen:</i> (4) Mehr zuhören als Fragen./ (4) Beginne mit offenen Fragen und je nach Verlauf passe ich mich an (geschlossene Fragen)./ (5) offenen Eingangsfrage, annehmende, einladende Gesten./ (13) offenen Eingangsfrage./ (13) Keine Suggestivfragen verwenden.

		Misstrauen/erzeugt Verhörsituation zu vermeiden./ <b>(9)</b> Frage zur psychischen Befindlichkeit sehr offen stellen./ <b>(11)</b> Offenen Einstiegsfrage, dann nachfragen./ <b>(12)</b> Spiegeln, zusammenfassen, konfrontativ (wenn jemand Probleme nicht ernst nimmt).	
VERSUS „Ich verwende keine speziellen Gesprächstechniken.“ ( <b>11/5, 13</b> )		<i>Insgesamt 1 PsychologInnen:</i> <b>(11)</b> Ich führe nach keiner bestimmten Schule EK.	<i>Insgesamt 2 SozialarbeiterInnen:</i> <b>(5)</b> Verwende keine speziellen Gesprächstechniken - zumindest nicht bewusst./ <b>(13)</b> Verwende keine speziellen Gesprächstechniken - zumindest nicht bewusst.

Legende:

- In den Klammern stehen die Nummern der BetreuerInnen. Wurde die Nummer der BetreuerIn **fett** markiert, bedeutet dies, dass hier ein Widerspruch besteht, d.h. die Person sich zu beiden widersprüchlichen Aussagen geäußert hat.
- *VERSUS*: bezeichnet den Gegensatz, also gegensätzliche Aussagen
- *UND*: markiert, dass hier mehrere Aussagen zu einem Thema vorhanden sind und mit *VERSUS* im Widerspruch stehen.

# Anhang I

## Gegensätzliche Aussagen zu den Aussagen in der Grobkategorie „Wie erkennen ich, dass jemand nicht die Wahrheit sagt?“

GENERALISIERUNG	PARAPHRASEN:		
	<b>ÄrztInnen</b>	<b>PsychologInnen</b>	<b>SozialarbeiterInnen</b>
„KlientInnen machen keine Berufsgruppenspezifischen Unterschiede.“ (3, 7, 15/11, 12/ 4)	<i>Insgesamt 3 ÄrztInnen:</i> (3) Nicht berufsgruppenspezifisch, sondern Alter./ (7) Berufsgruppen haben keinen Einfluss auf Offenheit, eher Gender./ (15) Kein Unterschied zwischen den Berufsgruppen./ (15) PatientInnen unterscheiden nicht die Berufsgruppen - sie reagieren nur auf das Angebot.	<i>Insgesamt 2 PsychologInnen:</i> (11) Unterschied zwischen PsychologInnen und PsychiaterInnen nicht bekannt./ (12) Diskrepanzen zwischen den Berufsgruppen gleich häufig.	<i>Insgesamt 1 SozialarbeiterInnen:</i> (4) Berufsgruppenunterschiede nehme ich mehr wahr, als die KlientInnen./ (4) KlientInnen sind sich der unterschiedlichen Berufsgruppen nicht gewahr./ (4) Nicht die Berufsgruppe sondern das Geschlecht ist ausschlaggebend
VERSUS „KlientInnen haben ein vertrauensvolleres Verhältnis zu psychosozialen BetreuerInnen.“ (8, 14/11)	<i>Insgesamt 2 ÄrztInnen:</i> (8) Bei ÄrztIn wird der Konsum öfters als bei anderen Berufsgruppen falsch dargestellt - SozialarbeiterInnen im niederschweligen Bereich sind den KlientInnen sehr nahe und bekommen unverfälschte Informationen./ (14) Psychosoziale Betreuung ist ein besonderes Vertrauensverhältnis - stärker und besser als bei ÄrztInnen (z.B. mehr Zeit).	<i>Insgesamt 1 PsychologInnen:</i> (11) Teilweise nicht allgemein, mehr Offenheit, Ehrlichkeit zum psychosozialen Team, schnellere Vertrauensposition (als zum Arzt)/ (11) Je misstrauischer sie der Institution gegenüber sind, desto größer ist das Misstrauen gegenüber den ÄrztInnen und desto mehr Vertrauen gegenüber den Sozialarbeitern (mehr auf eine Ebene). Aber Erfahrene schätzen die Ärzte, von denen sie etwas kriegen.	
UND „KlientInnen sind ÄrztInnen gegenüber weniger offen.“ (8/ 11, 12/ 10)	<i>Insgesamt 1 ÄrztInnen:</i> (8) Bei ÄrztIn wird der Konsum öfters als bei anderen Berufsgruppen falsch dargestellt - SozialarbeiterInnen im niederschweligen Bereich sind den KlientInnen sehr nahe und bekommen unverfälschte Informationen.	<i>Insgesamt 2 PsychologInnen:</i> (11) Vor ÄrztInnen glauben sie, sich besser darstellen zu müssen - dort ist Diskrepanz größer./ (12) Klischee der "Götter in Weiß" bei ÄrztInnen und dadurch Gefälle größer./ (12) Es gibt bezüglich Offenheit Unterschiede nach Berufsgruppen - ÄrztInnen haben weniger Zeit, mit der Zeit kommt Offenheit.	<i>Insgesamt 1 SozialarbeiterInnen:</i> (10) KlientInnen sind ÄrztInnen gegenüber weniger offen./ (10) Gefälle bei ÄrztInnen stärker - um Offenheit zu erreichen braucht man Atmosphäre auf Augenhöhe.
UND „Substanzverschreibung hat Einfluss auf das KlientInnenverhalten (Privileg der ÄrztInnen).“ (7, 8, 14/1, 11)	<i>Insgesamt 3 ÄrztInnen:</i> (7) Durch Substanzverschreibung entsteht höheres Konfrontationspotential und entsprechend muss Hierarchie klargestellt werden, man muss die Grenzen stecken./ (8) Verschreibung von Medikamenten und	<i>Insgesamt 2 PsychologInnen:</i> (1) Die Selbstdarstellung hängt ab von der Berufsgruppe (ÄrztInnen verschreiben)/ SozialarbeiterInnen./ (11) Termineinhaltung bei den ÄrztInnen besser (braucht Rezepte), Psychologen sind	

	Ersatzdrogen ist entscheidender Punkt für die KlientInnen in ihrer Offenheit./ (8) Bericht über das Konsummuster (i. V. Konsum, Beikonsum) ist bei MedizinerInnen vorsichtiger, bei Psychosozialen offener. Da der Verschreibende die Dosis und Art der Substanz bestimmt, wird man mir manches nicht sagen./ (14) ÄrztInnen müssen durch Substanzverschreibung oft Konflikte austragen - Macht und Gefälle ist stark wahrnehmbar bei ÄrztInnen, Psychosoziale immer unterstützend, lieb.	dazwischen.	
UND „Berufsgruppe hat Einfluss auf die Offenheit der KlientInnen.“ (2/5, 10, 13)		<i>Insgesamt 1 PsychologInnen:</i> (2) Offenheit variiert nach Berufsgruppe./ (2) Selbstdarstellung abhängig von ihrer Einschätzung, was sie den unterschiedlichen Berufsgruppen sagen dürfen und was nicht. Und auch davon, unter welchen Bedingungen sie kommen: Weisung, freiwillig, Anzahl der bisherigen Behandlungen, Erfolgsergebnisse, psychologische/soziale Ressourcen.	<i>Insgesamt 3 SozialarbeiterInnen:</i> (5) Offenheit ist unterschiedlich - Informationen werden nicht immer der adäquaten Berufsgruppe mitgeteilt./ (10) Berufsgruppe beeinflusst die Offenheit, nicht das Gefälle./ (13) Berufsgruppe beeinflusst die Gesprächsinhalte und die Offenheit.
„Wahrgenommenes Gefälle kann zu weniger Offenheit seitens des/der KlientIn führen.“ (3, 8, 14/2, 9, 12/ 5, 6)	<i>Insgesamt 3 ÄrztInnen:</i> (3) Gefälle wird wahrgenommen wenn Hierarchie sehr groß ist, dann auch weniger offen./ (8) Wahrgenommenes Gefälle führt zu mehr Zurückhaltung./ (14) Gefälle hat Einfluss auf Offenheit - sie verschweigen Dinge, wenn sie was wollen./ (14) Gefälle gefährdet das Vertrauensverhältnis - Einstiche kontrollieren.	<i>Insgesamt 3 PsychologInnen:</i> (2) wenn Gefälle groß ist, dann wird das dazu beitragen, dass sie weniger offen sind./ (2) Das Gefälle kann anfangs Einfluss auf die Offenheit haben./ (9) Je geringer das Gefälle, desto höher ist das Vertrauen des KlientIn (schmalere Grat)./ (12) Wenn mit Gefälle eine Bewertung einhergeht, führt das zu weniger Offenheit. Ein wahrgenommenes Gefälle führt zu weniger Offenheit.	<i>Insgesamt 2 SozialarbeiterInnen:</i> (5) Anhand des Gefälles wird sichtbar, wenn jemand Probleme mit Autorität hat (versucht sich besser zu präsentieren, als er tatsächlich ist)./ (5) Zwei Tendenzen: Personen, die durch das wahrgenommene Gefälle offener werden und versuchen, die Verantwortung abzugeben. Und jene, denen es durch das Gefälle schwer fällt./ (6) Manchmal führt das Gefälle dazu, dass KlientInnen nicht alles erzählen./ (6) Selektive Darstellung gegenüber Autorität - erzählen das, was sie glauben das die Autoritätsperson zufrieden stellt./ (6) Gefälle kann zu Unterwürfigkeit führen./ (6) Wo Gefälle höher ist, ist die Offenheit geringer.
VERSUS „Gefälle wird nicht wahrgenommen.“ (4, 6)			<i>Insgesamt 2 SozialarbeiterInnen:</i> (4) Es gibt für mich dieses Gefälle nicht./ (6) Manche nehmen Gefälle wahr, manche nicht.
UND „Institution muss spürbar sein – Gefälle hat positiven Einfluss auf die Beziehung.“ (3, 15/2, 9, 11, 12/4)	<i>Insgesamt 2 ÄrztInnen:</i> (3) Gefälle wichtig für die Vertrauensbildung./ (15) Gefälle hat positiven	<i>Insgesamt 4 PsychologInnen:</i> (2) Gefälle muss es geben, damit die Rollen klar sind./ (2) Falle nicht aus meiner formalen Rolle heraus./ (9) Um Betreuung zu	<i>Insgesamt 1 SozialarbeiterIn:</i> (4) Das Gefälle hat keinen Einfluss auf die Offenheit, weil die meisten wissen, dass wir was Gutes für sie wollen.

	Einfluss auf Offenheit.	ermöglichen, müssen Regeln durchgesetzt werden - Institution muss spürbar sein. Regel der Institution durchsetzen schafft Vertrauen - nicht übertreiben. Gefälle schafft Vertrauen, gibt Struktur, macht Regeln klar./(9) KlientInnen wollen professionelle Institution./(11) Die unterstützende, kompetente Rolle erzeugt Offenheit./(12) Gefälle vermittelt für manche KlientInnen Sicherheit ("Der weiß viel, steht darüber!") und manche wollen, dass man ihnen auf Augenhöhe begegnet.	
„Kein Unterschied in der Offenheit bzw. Ehrlichkeit bei WeisungsklientInnen und Freiwilligen.“ (11, 12/ <b>6</b> , 10, <b>13</b> )		<i>Insgesamt 2 PsychologInnen:</i> (11) Bei Zwangskontext gibt es eigentlich keinen Unterschied bezüglich Offenheit oder Motivation, außer sie kommen in letzter Sekunde - dann bezweifle ich Motivation./(12) Gehe bei WeisungsklientInnen nicht davon aus, dass sie eher die Wahrheit sagen.	<i>Insgesamt 3 SozialarbeiterInnen:</i> (6) WeisungsklientInnen sind nicht ehrlicher - wollen ihre gerichtlichen Auflagen erfüllen./(10) Kein Unterschied zwischen WeisungsklientInnen und Freiwilligen in ihrer Ehrlichkeit oder Unehrlichkeit./(13) WeisungsklientInnen sind nicht ehrlicher - wollen ihre gerichtlichen Auflagen erfüllen.
VERSUS „Freiwillige sind offener, WeisungsklientInnen misstrauischer.“ ( <b>6</b> , <b>13</b> )			<i>Insgesamt 2 SozialarbeiterInnen:</i> (6) Mehr Misstrauen bei WeisungsklientInnen./(13) Freiwillige sind offener, Unfreiwillige halten sich bedeckt.
UND „KlientInnen mit Weisungen versuchen zu manipulieren.“ (7/ 1, 9)	<i>Insgesamt 1 ÄrztInnen:</i> (7) Diskrepanzen bei Weisungen: sind nicht bereits betreut zu werden und wollen trotzdem die Bestätigungen für den Richter..	<i>Insgesamt 2 PsychologInnen:</i> (1) Wenn jemand manipuliert, überlege ich mir, ob es vertretbar ist (braucht er Bestätigung für das Gericht?)/(9) „Weisungstrickser“ versuchen herauszufinden, wo der Weg des geringsten Widerstandes ist/(9) KlientInnen, die Weisung bei Gericht wollen, damit sie nicht in Haft müssen - und bei uns nur einen Bestätigung wollen und keine Betreuung (Obertrickser).	
UND „Freiwillige sind offener und ehrlicher als WeisungsklientInnen.“ (2)		<i>Insgesamt 1 PsychologInnen:</i> (2) Freiwillig sind offener als WeisungsklientInnen und realistischer bei ihrer Darstellung.	

Legende:

— In den Klammern stehen die Nummern der BetreuerInnen. Wurde die Nummer der BetreuerIn **fett** markiert, bedeutet dies, dass hier ein Widerspruch besteht, d.h. die Person sich zu beiden widersprüchlichen Aussagen geäußert hat.

- *VERSUS*: bezeichnet den Gegensatz, also gegensätzliche Aussagen
- *UND*: markiert, dass hier mehrere Aussagen zu einem Thema vorhanden sind und mit *VERSUS* im Widerspruch stehen.

## Anhang J

### Gegensätzliche Aussagen zu den Aussagen in der Grobkatgorie „Konsequenzen, wenn jemand nicht die Wahrheit sagt – wie gehe ich damit um?“

GENERALISIERUNG	PARAPHRASEN:		
	<b>ÄrztInnen</b>	<b>PsychologInnen</b>	<b>SozialarbeiterInnen</b>
„Man muss den KlientInnen die Selbstverantwortung rückspielen.“ (7/9, 11, 12/5, 6, 10, 13)	<i>Insgesamt 1 ÄrztInnen:</i> (7) Selbstverantwortung der PatientInnen einfordern.	<i>Insgesamt 3 PsychologInnen:</i> (9) Selbstverantwortung rückspielen: rückspiegeln im EK, dass sie die besten Therapeut für sich selbst sind, Entscheidung bei der Person lassen, Hinweis auf die Eigenkompetenz (Gefahr der Schuldzuweisung), Psychologe sollte immer nur Fragen stellen, nie was Direktes sagen - nachhaltiger wenn KlientIn sich selbst die Antworten erarbeitet./ (11) KlientInnen sind oft in der Bittstellerrolle (Geld, Medikamente, Freispruch,...). Rollenwechsel in der Suchtberatung, wo sie sagen müssen, was sie brauchen. Sie sind für sich selbst die Professionellen./ (12) Verantwortung rückspielen.	<i>Insgesamt 4 SozialarbeiterInnen:</i> (5) Umgang mit dem Gefälle ist, dass ich immer wieder auf die Selbstverantwortung hinweise./ (6) Häufig ist bei SuchtklientInnen das Thema der Selbstverantwortlichkeit - ich verweise auf die Selbstverantwortlichkeit./ (10) WeisungsklientInnen muss man Verantwortung rückspielen./ (13) Häufig ist bei SuchtklientInnen das Thema der Selbstverantwortlichkeit und ich versuche die Eigenverantwortung hervorzuheben.
UND „Den/Die KlientIn mit meinen Eindrücken konfrontieren.“ (14, 15/1, 9, 11, 12/5, 10, 13)	<i>Insgesamt 2 ÄrztInnen:</i> (14) Ich gebe Rückmeldung über meinen Eindruck, von der Realität (Verwahrlosungs- und Beeinträchtigungszustand)./ (14) Vergesslichkeit thematisieren um Problemeinsicht des/der KlientIn zu erreichen./ (14) Leistungen bestärken/hervorheben./ (14) Ich konfrontiere mit inkongruenten Sachen, Ambivalenz spiegeln./ (14) Ich versuche zu erreichen, dass sich die PatientInnen auf ihre eigenen Erfahrungen beziehen./ (14) Erfahrungen des KlientIn und des/der BeraterIn zusammenlegen./ (15) Ich versuche das Problem einzugrenzen und nicht den Finger in die Wunde zu legen./ (15) Ich versuche eine	<i>Insgesamt 4 PsychologInnen:</i> (1) Auf unrealistischen Erwartungen reagiere ich konfrontativ und setze klare Grenzen (Rahmenbedingungen)./ (9) Diskrepanzen nur aufzeigen wenn es zum Wohle des KlientIn notwendig ist./ (9) Ich weise auf Diskrepanzen zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung hin: Menschen sind beeinträchtigt und glauben, das Außen nimmt es nicht wahr (besoffen zum Vorstellungsgespräch; komplett blauer Mund durch Benzos und glauben, wir merken es nicht). Es gibt eine Menge Leute, die nicht mitkriegen, wie ihre Außenwirkung ist, wie weit man es ihnen ansieht, wie sehr sie verwahrlost sind. Unstimmigkeiten in der Geschichte - was sie sagen und wie sie	<i>Insgesamt 3 SozialarbeiterInnen:</i> (5) Ich versuche dem Klienten zu vermitteln, was ist seine und was ist meine Realität./ (5) Spiele Diskrepanzen zurück (z.B. positiver HT und Abstreiten des Drogenkonsums) und schauen, wo meine Möglichkeiten zum Eingreifen sind und wo nicht./ (10) Diskrepanzen rückmelden - oft keine Selbstwahrnehmung da, z.B. Verwahrlosung, abgemagert sein./ (13) Empathisch spüren, wo Leute stehen und eventuell ansprechen

	Gesprächsbasis und -kultur auszubauen, und Sätze im/in der PatientIn zu platzieren./.(15) Häufig unrealistische Erwartungen und konfrontiere mit der Realität - friss oder stirb.	wirken./.(9) Diskrepanz zwischen "mir geht es gut" und der Fremdwahrnehmung. Ich melde das dann zurück, dass zeigt auch, dass man nicht darüber hinweggeht (empathisch Verstehen und Anteil nimmt) "I care"./(11) Ich spreche Diskrepanzen an und frage nach Gründen, Befürchtungen./.(11) Auf unrealistischen Erwartungen reagiere ich konfrontativ und weise auf erfüllbare Dinge hin - kleine Schritte./.(12) Widersprüche zeige ich klar auf./.(12) Wenn ich das Gefühl habe, dass ich nicht ernst genommen werde, spreche ich das an – wenn wer schüchtern ist, lasse ich ihn, nicht aufdecken./.(12) Provokantes, konfrontatives Verhalten gegenüber Bagatellisierung der Probleme.	
UND „Ich versuche Erwartungen mit der Realität abzugleichen – Diskrepanz reduzieren.“ (8/1, 9, 11, <b>12</b> /4, 10, 13)	<i>Insgesamt 1 ÄrztInnen:</i> (8) KlientInnen kommen häufig mit unrealistischen Erwartungen - ich versuche sie abklären und zu besprechen.	<i>Insgesamt 4 PsychologInnen:</i> (1) Erwartungen des KlientIn mit den Möglichkeiten abgleichen./.(9) Erwartungen des KlientIn mit den Möglichkeiten abgleichen. Leute sehen oft unrealistisch Zusammenhänge./.(11) Auf unrealistischen Erwartungen reagiere ich konfrontativ und weise auf erfüllbare Dinge hin - kleine Schritte./.(12) Erwartungen des KlientIn mit den Möglichkeiten abgleichen.	<i>Insgesamt 3 SozialarbeiterInnen:</i> (4) Unrealistische Erwartungen aufklären./.(10) Unrealistische Erwartungen aufklären./.(13) Unrealistische Erwartungen aufklären
VERSUS „Im EK sind mir Diskrepanzen egal.“ (3/ <b>12</b> /5)	<i>Insgesamt 1 ÄrztInnen:</i> (3) Bei der Substanzabfrage notiere ich mir, wenn es nicht.	<i>Insgesamt 1 PsychologInnen:</i> (12) Ich erwarte nicht, dass sie im EK ganz offen sind - wenn ganz widersprüchlich, hinterfrage ich nur die Dosierung.	<i>Insgesamt 1 SozialarbeiterInnen:</i> (5) Geäußerte unrealistische Erwartungen im EK nicht korrigieren.

Legende:

- In den Klammern stehen die Nummern der BetreuerInnen. Wurde die Nummer der BetreuerIn **fett** markiert, bedeutet dies, dass hier ein Widerspruch besteht, d.h. die Person sich zu beiden widersprüchlichen Aussagen geäußert hat.
- **VERSUS**: bezeichnet den Gegensatz, also gegensätzliche Aussagen
- **UND**: markiert, dass hier mehrere Aussagen zu einem Thema vorhanden sind und mit **VERSUS** im Widerspruch stehen.

## **Anhang K**      **Lebenslauf von Mag.<sup>a</sup> Maria Ketscher**

### **Ausbildung**

---

seit Dezember 2007	<b>Fachspezifikum „Psychodrama“</b> ÖAGG in Kooperation mit der „Donau Universität Krems“
seit Oktober 2004	<b>Studium der Psychologie</b> Universität Wien
2003 – 2007	<b>Psychotherapeutischen Propädeutikum“</b> APG Wien
1997 – 2004	<b>Studium der Philosophie mit Nebenfach „Fächerkombination“</b> Universität Wien <i>Diplomarbeit: „Der österreichische Selbsthass“</i>

### **Bisherige Tätigkeiten**

---

seit März 2011	<b>Verein Dialog</b> Psychosoziale Mitarbeiterin
seit September 2010	<b>Co-Leitung bei einer laufende Psychodrama-Psychotherapiegruppe</b> Mag. <sup>a</sup> Theresia Viehhauser-Müller
August – Dezember 2007	<b>Anton-Proksch-Institut</b> Praktikum an der "Langzeittherapiestation für Drogenabhängige mit schweren Persönlichkeitsstörungen"
Februar – August 2007	<b>Universität Wien</b> 6-Wochen-Praktikum an der Fakultät für Psychologie beim EU-Projekt „POMONA II – Die Gesundheit von Menschen mit intellektueller Behinderung (2005-2008)“
2005 – 2009	<b>3s – Unternehmensberatung</b> Freie Mitarbeiterin