universität wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Gesundheitsbezogene Lebensqualität von „Therapie statt Strafe“-Klienten und ihre kognitiven und emotionalen Komponenten

Verfasserin

Birgit Köchl

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im Dezember 2008

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A 298
Studienrichtung lt. Studienblatt:	Psychologie
Betreuer:	Univ.-Ass. Mag. Dr. Reinhold Jagsch

Motivation hat mit Wollen keine Berührung,
sie lässt sich nicht nach dem Gegensatz von Zwang und Freiheit einteilen,
sie ist tiefster Zwang und höchste Freiheit.

(Robert Musil)

Diese Arbeit ist allen Personen gewidmet, die sich – gewollt oder ungewollt – mit dem Thema Sucht beschäftigen.

Dank

Diese Diplomarbeit entstand am Institut für Klinische, Biologische und Differentielle Psychologie an der Universität Wien unter der Leitung von Univ.-Ass. Mag. Dr. Reinhold Jagsch.

Ich danke an dieser Stelle meinem Diplomarbeitsbetreuer Herrn Jagsch, der mir sehr viel Freiheit bei der Gestaltung dieser Arbeit gab und mich trotzdem immer bestens beraten und betreut hat. Nicht zuletzt durch die freundliche und engagierte Betreuung hat mir diese Arbeit viel Freude bereitet.

Bei Frau Mag. Dorothea Stella-Kaiser möchte ich mich bedanken, da sie mich indirekt auf mein Diplomarbeitsthema gebracht hat und mich für die Arbeit im Suchtbereich begeistern konnte.

Herrn Hans Dlouhy, dem Leiter des Vereins P.A.S.S, möchte ich für die Ermöglichung der Testung von Patienten und Patientinnen danken. Bei allen Patienten und Patientinnen des Vereins P.A.S.S möchte ich mich herzlichst für die Teilnahme bedanken und ihnen auf diesem Weg auch alles Gute für ihre Zukunft wünschen.

Mein ganz besonderer Dank gilt dem Lebens- und Sozialberater Herrn Gottfried Bures, der mir oft sehr gute Ratschläge gegeben hat und mich äußerst tatkräftig bei der Erhebung meiner Daten unterstützt hat. Außerdem möchte ich mich bei Gottfried sehr herzlich für seine Initiative bedanken, vor allem was die Informationen über „Therapie statt Strafe“ und über Abhängigkeit betrifft, die ich sehr gut für die Diplomarbeit nutzen konnte.

Bei Frau Mag. Romana Berger möchte ich mich für die Unterstützung bei der Datenerhebung bedanken.

Ich danke meinen Eltern, Klaus und Kornelia Köchl, und meinem Bruder Georg Köchl für die finanzielle und emotionale Unterstützung während meines Studiums.

Meinem Freund, Simon Danner, BSc, möchte ich ebenfalls besonders danken. Er hat mir nicht nur bei etlichen Hochs und Tiefs während meines Studiums Unterstützung zukommen lassen, sondern auch mit seinen zahlreichen Ideen bei der Gestaltung dieser Diplomarbeit mitgeholfen. Zudem hat er sorgfältigste Korrekturarbeit bei der Arbeit geleistet und mir durch sehr viele Diskussionen zu neuen Ideen und Perspektiven verholfen, die mir beim Schreiben dieser Arbeit sehr genützt haben.

Bei Frau Barbara Krainer-Tidl möchte ich mich auch noch herzlichst für die kompetente Korrektur meiner Rechtschreib- und Grammatikfehler bedanken.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 11

Theorie 13

2 Substanzmissbrauch und Behandlung 15

2.1 Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit 16

2.1.1 Diagnosekriterien Substanzmissbrauch (F1x.1) 18

2.1.2 Diagnosekriterien Substanzabhängigkeit (F1x.2) 19

2.2 Substanzkonsum und Kriminalität 20

2.3 Behandlungsformen bei Substanzmissbrauch/-abhängigkeit 24

2.3.1 Beratung, Behandlung und Psychotherapie 25

2.3.1.1 Suchtbegleitende niederschwellige Hilfsangebote 27

2.3.1.2 Substitutionsbehandlung 28

2.3.1.3 Stationäre Therapieeinrichtungen 30

2.3.1.4 Ambulante Betreuung und Therapie 30

2.3.2 Behandlungssituation in Österreich 31

3 Quasi Compulsory Treatment – „Therapie statt Strafe" 33

3.1 Derzeitige Situation in Österreich 34

4 Gesundheitsbezogene Lebensqualität 36

4.1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Suchtpatienten 38

5 Selbstwirksamkeitserwartung 39

5.1 Selbstwirksamkeitserwartung bei Suchtpatienten 39

6 Depression 40

6.1 Depression bei Suchtpatienten 40

Empirie 43

7 Fragestellungen 45

8 Studiendesign 47
8.1 Untersuchungsdesign 47
8.2 Untersuchungsmaterial und Untersuchungsverfahren 49
8.2.1 Soziodemographische und krankheitsbezogene Daten 49
8.2.2 Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36) 49
8.2.3 Nottingham Health Profile (NHP) 50
8.2.4 Skala zur Erfassung von Selbstwirksamkeit (SWE) 51
8.2.5 Becks Depressions-Inventar (BDI) 51
8.2.6 Visuelle Analogskala 52
8.3 Ausschlusskriterien 52
8.4 Rekrutierung der Stichprobe 52
9 Hypothesen 54
10 Auswertung 56
10.1 Soziodemographische Daten 56
10.2 Unterschied zur Normstichprobe 58
10.3 Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität innerhalb von sieben Wochen Therapie 60
10.4 Veränderung der Ausprägung der Depression und der Selbstwirksamkeitserwartung nach sieben Wochen Therapie 61
10.5 Qualität und Unterschiede von NHP und SF-36 62
10.5.1 Trennschärfen, Boden- und Deckeneffekte 62
10.5.2 Receiver Operating Characteristic-Kurven (ROC-Kurven) 64
10.5.3 Relative Validität 67
10.6 Prädiktoren für die gesundheitsbezogene Lebensqualität 69
11 Diskussion 72
11.1 Interpretation der Ergebnisse 72

11.2 Kritik und Forschungsausblick 74

12 Zusammenfassung 77

13 Abstract.....80

Literatur 83

ANHANG.....93

1 Einleitung

Suchterkrankungen sind in der heutigen Zeit häufig vorkommende Erkrankungen, die sich stark sowohl auf das körperliche als auch auf das psychische Wohlbefinden der Betroffenen auswirken. Viele Menschen mit einer Suchterkrankung werden straffällig. In vielen Ländern wird diesen Menschen eine Therapie angeboten, die anstatt einer Strafe absolviert werden kann. Solche Therapien werden in Österreich „Therapie statt Strafe“ genannt. Doch wie wirksam ist eine Therapie, die man anstatt einer Freiheitsstrafe macht, und wie wirkt sich eine derartige Therapie auf die physischen und psychischen Komponenten der Betroffenen aus?

In den vergangenen Jahren wurde vermehrt das Konstrukt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zur Bewertung von Therapieformen eingesetzt. In dieser Studie wird untersucht, ob sich nach einer Therapie von sieben Wochen schon eine Verbesserung zeigt. Zusätzlich wird untersucht, wie gut zwei generische Instrumente zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, die SF-36 und das NHP, zur Anwendung im Suchtbereich geeignet sind. Zudem werden auch die Auswirkungen der Therapie auf die Selbstwirksamkeitserwartung sowie auf die Ausprägung der Depression untersucht.

In den Kapiteln 2-5 wird der theoretische Hintergrund, der die Untersuchung veranlasst hat und notwendig für das Verständnis der Thematik ist, erläutert.

Theorie

2 Substanzmissbrauch und Behandlung

Im folgenden werden die zugrundeliegenden Theorien und Begriffe erklärt, aus denen die Fragestellung für die Studie abgeleitet wurde, dabei wird darauf geachtet, dass alles möglichst genau erklärt wird, sodass keine weitere Literaturrecherche vom Leser notwendig ist.

Zuerst wird Drogenkonsum, Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit behandelt, dabei wird auch stark auf den Zusammenhang mit Kriminalität eingegangen. Im darauffolgenden Kapitel wird das Quasi Compulsory Treatment – „Therapie statt Strafe“ – von straffällig gewordenen, drogensüchtigen Menschen erläutert. In Kapitel 4 und 5 wird noch gesundheitsbezogene Lebensqualität, Depression sowie Selbstwirksamkeitserwartung beschrieben, da in dieser Studie die Auswirkung der „Therapie statt Strafe“ auf diese drei Konstrukte untersucht wird.

Die Verwendung von bestimmten Substanzen, um die Stimmung und um das Verhalten unter bestimmten Umständen zu verändern, ist ein normales beziehungsweise angemessenes Bedürfnis nach Rausch oder auch nach einer Bewusstseinsänderung, das als menschlich bezeichnet werden kann (Jagsch, 2007).

Zwischen verschiedenen Kulturen gibt es viele Unterschiede, was den Substanzkonsum betrifft, so ist der Cannabiskonsum in den Niederlanden legal und der Alkoholkonsum in einigen islamischen Ländern illegal. Aus diesem Grund variiert auch die Behandlung von Drogenkonsumenten in den unterschiedlichen Ländern. In Österreich gibt es seit dem Jahre 1987 die Möglichkeit von Substitutionstherapien, nachdem Entzugstherapien partiell gescheitert sind. Als Therapieziel wird aber trotz der Möglichkeit der Substitution nach wie vor die Abstinenz gesehen, wobei eine körperliche Entgiftung alleine nicht ausreicht, da vor allem das soziale Netz eine entscheidende Rolle spielt sowie die Kontrolle der psychischen Abhängigkeit der Betroffenen (Jagsch, 2007). In Abschnitt 2.3

werden die Substitution sowie weitere Behandlungsformen genauer beschrieben.

2.1 Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit

Im Folgenden werden Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit nach dem DSM-IV (Saß, Wittchen & Zaudig, 2001) beschrieben. Es wird grundsätzlich zwischen Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit unterschieden, wohingegen der Substanzgebrauch ein klinisch nicht relevanter Substanzkonsum ist. Substanzmissbrauch ist ein fehlangepasstes Muster von Substanzgebrauch, das sich in wiederholten und deutlich nachteiligen Konsequenzen infolge des fortgesetzten Substanzgebrauchs manifestiert. Substanzabhängigkeit zeigt sich durch ein charakteristisches Muster kognitiver, verhaltensbezogener und physiologischer Symptome, die anzeigen, dass das Individuum den Substanzkonsum trotz substanzbezogener Probleme fortsetzt. Zudem liegt ein Muster wiederholter Substanzanwendung vor, das normalerweise zu Toleranzentwicklung (zunehmend größere Mengen der Substanz sind notwendig, um die gleiche Wirkung zu erzielen; die gleiche Dosis führt dazu, dass die Wirkung allmählich abnimmt), Entzugserscheinungen (nach dem Absetzen der Substanz treten negative Symptome auf, die nur durch wiederholte Einnahme der Substanz abgewendet werden können) und dem unwiderstehlichen Drang (psychische Abhängigkeit, „craving“; unbezwingbares Verlangen oder Gier, wiederholt eine bestimmte Substanz einzunehmen, mit dem Ziel, einen lustvollen Zustand zu erreichen und Unlustgefühle zu vermeiden) zur Drogeneinnahme führt.

Laut Schmid-Siegel, Hofer und Muzik (1994, S. 57) ist die Substanzabhängigkeit „ein Zustand psychischer oder psychisch und physischer Abhängigkeit von einer Substanz mit zentralnervöser Wirkung, die zeitweise oder fortgesetzt eingenommen wird.“ Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit sind ein unangepasstes Muster von Substanzkonsum, die in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden führen. Die Abgrenzung zwischen Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit ist trotzdem sehr schwierig, da

der Übergang fließend ist, so kann man deutliche soziale Auswirkungen erkennen, die sich mit fortlaufendem Substanzkonsum verschlechtern, wie beispielsweise Vernachlässigung von sozialen Beziehungen (Freunden, Familie, Arbeitskollegen), Nachlassen der schulischen oder beruflichen Leistungsfähigkeit, Verwahrlosungserscheinungen sowie kriminelle Verhaltensweisen. Zudem muss noch erwähnt werden, dass es auch Drogenkonsumenten gibt, die weder die Kriterien des Substanzmissbrauchs noch der Substanzabhängigkeit erfüllen und aus diesem Grund eher als Freizeitkonsumenten oder als Gelegenheitsuser, die unter gewissen Umständen natürlich auch einer klinisch-psychologischen Intervention bedürfen, beschrieben werden können.

Im Bericht zur Drogensituation 2007 in Österreich des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen (Haas et al., 2007) ist vom „problematischen Drogenkonsum“ die Rede. Unter diesem Begriff wird der häufige Gebrauch so genannter harter Drogen (vor allem Opiate und Kokain), der oft mit gesundheitlichen, sozialen und rechtlichen Folgen einhergeht, verstanden (Haas et al., 2007). Der Substanzmissbrauch nach DSM-IV ist mit dem Begriff des „problematischen Drogenkonsums“ vergleichbar. Von Haas et al. (2007) wird die Prävalenz (Krankheitshäufigkeit) von Personen mit „problematischem“ Opiatkonsum bzw. polytoxischem Konsum (Mischkonsum) mit Beteiligung von Opiaten in Österreich auf ca. 25.000–35.000 geschätzt.

Um das Konsumverhalten der österreichischen Bevölkerung zu ermitteln, wurde 2006 zum dritten Mal von Seyer, Gschwandtner, Paulik und Schmidtbauer (2007) eine repräsentative Studie in Oberösterreich durchgeführt. Dabei wurden insgesamt 1.507 Personen im Alter ab 15 Jahren befragt, die Ergebnisse für den Drogenkonsum wurden auf die Altersgruppe von 15–59jährigen beschränkt (n=1.284). Es wurde ein Anstieg im Vergleich zu den früheren Erhebungen (2000 und 2003) bei der Lebenszeiterfahrung festgestellt. 28% der Befragten gaben an, einmal Cannabis zu sich genommen zu haben, 7% Ecstasy und Amphetamine und 6% Kokain. Die Werte für Heroin, LSD und Morphium liegen jeweils zwischen 4% und 5%. Des Weiteren wurde auch der derzeitige Konsum befragt, dieser lag bei

10% bei Cannabis, 3% bei Ecstasy und 2% bei anderen Substanzen. Es konnte ein Unterschied zwischen Männern und Frauen festgestellt werden, da bei fast allen Substanzen Männer höhere Werte als Frauen hatten, sowohl bei der Lebenszeiterfahrung als auch beim aktuellen Konsum. Weiters konnte in der Studie von Seyer et al. (2007) festgestellt werden, dass der Konsum bis zum dreißigsten Lebensjahr anhält und danach stark abnimmt.

Diese Ergebnisse müssen natürlich mit Vorsicht behandelt werden, da sie nur von Oberösterreich ausgehen und in der Studie von Klimont, Kytir und Leitner (2007) eine deutlich niedrigere Prävalenz festgestellt wurde. So liegt die Lebenszeiterfahrung von 15–64jährigen Personen bei 10%. Bei Jugendlichen (15–24 Jahre) konnte in beiden Studien die höchste Prävalenz festgestellt werden (Kimont et al., 2007; Seyer et al, 2007).

2.1.1 Diagnosekriterien Substanzmissbrauch (F1x.1)

Die diagnostischen Kriterien für den Substanzmissbrauch (F1x.1) laut DSM-IV lauten:

A. Ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens eines der folgenden Kriterien innerhalb desselben 12-Monats-Zeitraums manifestiert:

   (1) Wiederholter Substanzgebrauch, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt (z.B. wiederholtes Fernbleiben von der Arbeit und schlechte Arbeitsleistungen in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch, Schulschwänzen, Einstellen des Schulbesuchs oder Ausschluss von der Schule in Zusammenhang mit Substanzgebrauch, Vernachlässigung von Kindern und Haushalt).

   (2) Wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung

kommen kann (z.B. Alkohol am Steuer oder das Bedienen von Maschinen unter Substanzeinfluss).

(3) Wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch (Verhaftungen aufgrund ungebührlichen Betragens in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch).

(4) Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen der psychotropen Substanz verursacht oder verstärkt werden (z.B. Streit mit dem Ehegatten über die Folgen der Intoxikation, körperliche Auseinandersetzungen).

B. Die Symptome haben niemals die Kriterien für Substanzabhängigkeit der jeweiligen Substanzklasse erfüllt (Saß et al., 2001, S. 229).

2.1.2 Diagnosekriterien Substanzabhängigkeit (F1x.2)

Die diagnostischen Kriterien für die Substanzabhängigkeit (F1x.2) laut DSM-IV lauten:

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

(1) Toleranzentwicklung, definiert durch eines der folgenden Kriterien:

a. Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder erwünschten Effekt herbeizuführen,

b. deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis.

(2) Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern:
   a. charakteristisches Entzugssyndrom der jeweiligen Substanz (siehe Kriterien A und B der Kriterien für Entzug von den spezifischen Substanzen),
   b. dieselbe (oder eine sehr ähnliche) Substanz wird eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.

(3) Die Substanz wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.

(4) Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren.

(5) Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen (z.B. Besuch verschiedener Ärzte oder Fahrt langer Strecken), sie zu sich zu nehmen (z.B. Kettenrauchen) oder sich von ihren Wirkungen zu erholen.

(6) Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzgebrauchs aufgegeben oder eingeschränkt.

(7) Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch die Substanz verursacht oder verstärkt wurde (z.B. fortgesetzter Kokaingebrauch trotz des Erkennens kokaininduzierter Depressionen oder trotz des Erkennens, dass sich ein Ulcus durch Alkoholkonsum verschlechtert) (Saß et al., 2001, S. 227-228).

2.2 Substanzkonsum und Kriminalität

Das Wort „Drogen“ wird im Folgenden ausschließlich für illegal eingenommene Substanzen, wie etwa nicht von einem Arzt verschriebene Medikamente, oder

generell illegale Substanzen, wie beispielsweise Heroin, verwendet. In den meisten Ländern bedeutet der Konsum von illegalen Drogen an sich bereits einen Gesetzesbruch. Dieser Abschnitt handelt jedoch von anderen Verbrechen, die in Zusammenhang mit Drogengebrauch, Drogenmissbrauch oder mit Drogenabhängigkeit stehen, dabei wird auf das Literaturreview (eine Durchsicht der bestehenden Literatur zu einem Thema) von Stevens et al. (2003) aufgebaut. Im Folgenden wird Drogenkonsum als Überbegriff für die vorhergehenden drei Begriffe verwendet, da es nur um den Zusammenhang zwischen Drogeneinnahme und Kriminalität geht und der Drogenkonsum in diesem Kontext nicht zwingend klinisch relevant sein muss.

Wie von Brochu und Brunelle (1997, zitiert nach Stevens et al., 2003) beschrieben wird, gibt es zwei wichtige Themenbereiche in der Literatur. Der erste wichtige Themenbereich ist die Korrelation von Drogengebrauch und Kriminalität, und der zweite wichtige Themenbereich ist die Kausalität.

Die hohe Korrelation von häufigem Drogenkonsum und Kriminalität ist eines der verlässlichsten Ergebnisse in der Kriminologie (Welte, Zhang & Wieczorek, 2001, zitiert nach Stevens et al., 2003). Zudem konnte dieser Zusammenhang in vielen Ländern, wie beispielsweise in Österreich, Deutschland, Großbritannien, Schweiz und Holland, gefunden werden (Stevens et al., 2003). Es sei jedoch angeführt, dass viele Menschen Drogen nehmen und nicht kriminell werden, andererseits aber viele Menschen kriminell sind und keine Drogen nehmen (Stevens et al., 2003).

Einige Studien haben den Drogenkonsum von Straftätern untersucht, wobei ein großer Anteil von diesen Straftätern erst kürzlich Drogen konsumiert hat. Studien in den USA, Australien und dem UK haben durchschnittliche Raten von positiven Harnproben zwischen 63% und 69% unter gerade erst verhafteten Personen gefunden (Arestee Drug Abuse Monitoring Program, 2002; Bennett, 2000; Fitzgerald & Chilvers, 2002; McKegany, Connelly, Knepil, Norrie & Reid, 2000, zitiert nach Stevens et al., 2003). In einer Studie über Strafdelikte zwischen 1993 und 1995 in den Niederlanden konnte gezeigt werden, dass 15,1% von den

Strafdelikten von Personen begangen wurden, die harte Drogen zu sich nahmen, 1,6% von Strafdelikten von Personen begangen wurden, die weiche Drogen zu sich nahmen, und 75,1% von Strafdelikten von Personen begangen wurden, die keinerlei Drogen konsumierten (Meijer et al., 2003; Nationale Drugmonitor, 2002, zitiert nach Stevens et al., 2003). Der Anteil von Drogenkonsumenten in europäischen Gefängnissen ist generell höher als der Anteil von Drogenkonsumenten in der Allgemeinbevölkerung (EMCDDA, 2002).

Die Untersuchungen der in einer Suchtbehandlung stehenden Drogenkonsumenten zeigen auch eine hohe Korrelation zwischen Drogenkonsum und Kriminalität (Anglin, Longshore & Turner, 1999; Anglin & Speckart, 1988; Bell, Hall & Byth, 1992; Best et al., 2001; Brecht, Anglin & Wang, 1993; Brochu, Guyon & Desjardins, 1999; Coid, Carvell, Kittler, Healey & Henderson, 2000; Daly et al., 2000; Laflamme-Cusson, Guyon & Landry, 1994; Marshall & Hser 2002; Nurco, Hanlon, Balter & Kinlock, 1991; Patterson, Lennings & Davey, 2000, zitiert nach Stevens et al., 2003). Die Studien haben gezeigt, dass häufiger Drogenkonsum mit einem erhöhten kriminellen Verhalten korreliert ist; so kann angenommen werden, dass sich beide Verhaltensweisen gegenseitig verstärken und aufrechterhalten. Weiters wurde erkannt, dass ein unterschiedlicher Drogenkonsum unterschiedliche kriminelle Muster hervorruft, so kann beispielsweise Heroin mit Eigentumsdelikten in Zusammenhang gebracht werden, wohingegen Gewaltdelikte mit Kokain und Amphetamin in Verbindung stehen (McBride & McCoy, 1993). Marihuana- und Cannabiskonsum kann kaum mit kriminellem Verhalten in Verbindung gebracht werden (Reiss & Roth, 1993). Kritisch angemerkt werden muss an dieser Stelle, dass die Ergebnisse mit Vorsicht betrachtet werden müssen, da die Straftäter gegebenenfalls bezüglich ihres Drogenkonsums nicht ehrlich sind, um eventuell eine geringere Strafe zu erhalten, und dass die Personen normalerweise zu dem Zeitpunkt in die Therapie eintreten, an dem sie kriminell am aktivsten sind (Stevens et al., 2003).

Die Frage nach der Kausalität zwischen Drogenkonsum und Kriminalität wird seit Jahren stark diskutiert und konnte bislang noch nicht schlüssig geklärt werden.

Viele Theorien zur Kausalität wurden vorgestellt, wie beispielsweise dass substanzabhängige Personen Verbrechen begehen, um ihren Drogenkonsum finanzieren zu können (Ball, Rosen, Flueck, & Nurco, 1981; Goldstein, 1985; Parker & Bottomley, 1996; Parker & Newcombe, 1987, zitiert nach Stevens et al., 2003) oder dass der Drogenkonsum zu kognitiven Veränderungen im Gehirn führt, die kriminelles Verhalten begünstigen (Amen, Yantis, Trudeau, Stubblefield & Halverstadt, 1997; Goldstein, 1985; Lavine, 1997; Sinha & Easton, 1999; Snenghi & Montisci, 2000, zitiert nach Stevens et al., 2003). Eine andere Theorie besagt, dass die Prohibition (Verbot) der Drogen zu einem illegalen Markt führt und dieser wiederum Gewalt und Kriminalität fördert (Goldstein, 1985; Resignato, 2000; Stuntz, 1998; Zahn, 1980, zitiert nach Stevens et al., 2003). Ein weiterer Erklärungsansatz ist, dass Kriminalität ein Einkommen bietet, das häufigen Drogenkonsum erlaubt (Burr, 1987, zitiert nach Stevens et al., 2003). Eine andere dieser Theorien ist, dass Drogen die Konsumenten in Kontakt mit einer Subkultur bringen, die kriminelles Verhalten fördert (Newcomb, Galaif & Carmona, 2001). Eine dritte Variable, wie zum Beispiel die Armut, bedingt beides, also Drogenkonsum sowie Kriminalität (Baron, 1999; Buchanan & Young 2000; Edmunds, May, Hearnden & Hough, 1998; McBride & McCoy 1993, zitiert nach Stevens et al., 2003).

Brochu und Brunelle (1997, zitiert nach Stevens et al., 2003) versuchten viele dieser Theorien zu einem Konzept zu integrieren, indem sie den Drogenkonsum und die Kriminalität über die Lebensspanne beobachtet haben, statt nur zu einem Zeitpunkt. Zudem wurde die subjektiv zugeschriebene Bedeutung der Handlungen der Personen mitberücksichtigt. Unterschiedliche kriminelle Handlungen haben unterschiedliche Gründe und unterschiedliche Bedeutungen für einzelne Personen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es wenig Evidenz gibt, die eine Theorie alleine bestärkt, sprich einen kausalen Zusammenhang (Stevens et al., 2003), da es für die Personen einfach unterschiedliche Gründe gibt, warum Drogen konsumiert oder kriminelle Handlungen begangen werden.

2.3 Behandlungsformen bei Substanzmissbrauch/-abhängigkeit

Die Therapie stellt einen zentralen Punkt für die Prävention von Suchtproblemen und für die Rehabilitation von Suchterkrankungen dar. Die Wahl der richtigen Therapieform und des richtigen Therapeuten spielt insbesondere im Bereich der Abhängigkeit eine bedeutende Rolle. Im Mittelpunkt der Behandlung steht nicht lediglich die Suchterkrankung, sondern der gesamte Mensch, der auch unter einer Suchterkrankung leidet (Bilitzka, 2008). Kuntz (2000) schreibt über die unterschiedlichen Therapieformen und Therapieverfahren:

> Unterschiedliche Therapieverfahren sind gleichermaßen wirksam, vorausgesetzt der Therapeut hat eine seriöse Ausbildung durchlaufen und versteht sein >>Handwerkszeug<<. Nicht die therapeutische Technik und Schule sind der entscheidende Wirkfaktor, sondern die stimmige >>Chemie<< auf der Beziehungsebene. Präventive, beratende wie therapeutische Arbeit ist Beziehungsarbeit auf dem Hintergrund des Beherrschens theoretischer wie praktischer Arbeitsansätze. Insofern führen viele heilsame Wege zum angestrebten Ziel, wenn der Klient sie als für sich persönlich stimmig erlebt. Je breiter das methodische Rüstzeug ist, über das ein Therapeut sicher verfügt, desto flexibler und angemessener vermag er auf die individuelle Nähe eines jeden Klienten zu antworten. Die Konkurrenz der therapeutischen Vereinigungen und Zünfte sowie der persönliche Narzissmus von Therapeuten wie anderen professionellen Helfern sollten im Interesse der Klienten zurückstehen. Sie untergraben die Seriosität des Hilfesystems (Kuntz, 2000, S. 234–235).

Heute steht vor allem professionelles psychotherapeutisches Handeln nach den Regeln des öffentlichen Gesundheitswesens im Vordergrund (Senf, 2005) und erfolgt somit durch wissenschaftlich ausgebildete Therapeuten, wobei sich Suchtbehandlungseinrichtungen durch multiprofessionelle Teams auszeichnen, also aus Psychologen und Psychologinnen, Ärzten und Ärztinnen,

Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen sowie aus Lebens- und Sozialberatern und Lebens- und Sozialberaterinnen. Kliniken und Beratungsstellen setzen sich immer öfter aus interdisziplinär integrierten Teams aus Therapeuten verschiedener Orientierung zusammen (Bilitzka, 2008), um ein vielfältiges Angebot und um die Umsetzung eines ganzheitlichen Gesundheitsgedankens zu garantieren.

2.3.1 Beratung, Behandlung und Psychotherapie

Im Folgenden wird auf unterschiedliche klinisch-psychologische Interventionen im Suchtbereich, am Beispiel verschiedener Einrichtungen zur Suchthilfe eingegangen, die sowohl in der Häufigkeit als auch in der Art sehr unterschiedlich sein können. Beratung, Behandlung und Psychotherapie werden beschrieben, um einen Eindruck über die unterschiedlichen Hintergründe der Interventionen zu geben, die in den verschiedensten Einrichtungen zur Suchthilfe angewendet werden. Im Bereich der Abhängigkeit gibt es keine Interventionen, die bevorzugt angewendet werden sollen, so muss von Mensch zu Mensch individuell entschieden werden, welche Art der Behandlung, ob stationär oder ambulant, in dem jeweiligen Kontext für den Menschen mit einem Suchtproblem im jeweiligen Lebensabschnitt angemessen oder optimal ist (Haas et al., 2007).

An dieser Stelle sollen die Interventionen Beratung, Behandlung und Psychotherapie nach Kryspin-Exner (1998) beschrieben und voneinander abgegrenzt werden.

In der Beratung werden dem Ratsuchenden Informationen zur Verfügung gestellt, die Hilfen zur Entscheidung bieten oder Grundlagen zum Handeln sind; zusätzlich wird an einer Verbesserung der Selbststeuerungs- und Selbstregulationsbereitschaft gearbeitet, wobei das Abwägen verschiedener Überlegungen und das Suchen von verschiedenen Möglichkeiten stimuliert wird. Der Berater gibt Hilfestellung, um bestimmte Aspekte im Leben des Betroffenen zu ändern. Es sollte nur solchen Menschen Beratung angeboten werden, die über Fähigkeiten, die sie zum Lösen eines konkreten Problems benötigen, verfügen oder diese entwickeln können. Der Klient muss nicht nur an der Bewältigung

einer aktuellen Konfliktlage arbeiten, sondern sich eine neue Lebenswirklichkeit als Ziel setzen können, weshalb aus dem Grund auch eine vorausschauende Denkweise erforderlich ist (Kryspin-Exner, 1998).

Die Basis der Behandlung ist die empirische Grundlagenforschung, die sich auch von den Erkenntnissen der Allgemeinen Psychologie leiten lässt und Störungen unter dem Aspekt der beeinträchtigten Funktionen des Menschen betrachtet (Emotionen, Lernen, Gedächtnisprozesse, motorische Funktionen und Motivation). Ziel ist es, für oft unheilbar Kranke eine bestmögliche Lebensqualität und ein höchstes Maß an Zufriedenheit zu erreichen. Psychologische Behandlung ist einer wissenschaftlichen Vorgehensweise verpflichtet und geht hypothesengeleitet vor, so wird eine kombinierte Ressourcen- und Problemanalyse durchgeführt. Diese Art der Intervention ist fertigkeiten- und funktionsorientiert und wird oft bei Störungen mit Krankheitswert eingesetzt, beispielsweise zum Trainieren von Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Konzentration. Trotzdem verlangt die Behandlung die aktive Mitarbeit des Klienten mit einem besonderen Appell an Selbstkontrolle und Selbstmanagement (Kryspin-Exner, 1998).

Die Psychotherapieausübung ist nach dem österreichischen Psychotherapiegesetz folgend geregelt:

> §1. (1) Die Ausübung der Psychotherapie im Sinne dieses Bundesgesetzes ist die nach einer allgemeinen und besonderen Ausbildung erlernte, umfassende bewusste und geplante Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden in einer Interaktion zwischen einem oder mehreren Behandelten und einem oder mehreren Psychotherapeuten mit dem Ziel, bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern (Kierein, Pritz & Sonneck, 1991, S. 226).

Die Definition der Psychotherapieausübung orientiert sich an Strotzka (1982), der Psychotherapie folgend definiert:

> Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsens (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation), meist verbal, aber auch averbal in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens (Kryspin-Exner, 1998, S. 226).

Beratung, Behandlung und Psychotherapie haben gemeinsam, dass alle drei Interventionen Menschen in verschiedenen Lebens- oder Problemlagen unterstützen wollen, obwohl die gesetzliche Regelung als auch die Abgrenzung durch die ausübenden helfenden Personen, wie Psychologen, Psychotherapeuten oder Lebens- und Sozialberater, oft nur schwer auseinander gehalten werden kann.

2.3.1.1 Suchtbegleitende niederschwellige Hilfsangebote

Die meisten Interventionen stellen eine Hemmschwelle beim Aufsuchen der Einrichtung für die Betroffenen dar. Die niederschwellige Suchthilfe soll dem Menschen mit einem Suchtproblem ermöglichen, Hilfe in Anspruch zu nehmen, ohne eine Hemmschwelle überwinden zu müssen. Suchtbegleitende niederschwellige Hilfsangebote umfassen die aufsuchende Suchtarbeit durch Streetworker, das Tauschen von gebrauchten gegen saubere Spritzen, anonymer Spritzenkauf, die Verteilung kostenloser Kondome zur Gesundheitsvorsorge, Beratung und Information zum Thema Abhängigkeit, Krankheitsvorbeugung und Hilfeleistung bei Problemen. Zusätzlich fallen Anlaufstellen darunter, die bedingungslos Hilfe und Services anbieten, wie zum Beispiel Duschmöglichkeiten,

Kleiderreinigung, Entzugsmöglichkeiten, anonyme Beratung (Gesundheitsamt Stuttgart, o.J.).

2.3.1.2 Substitutionsbehandlung

Unter Substitutionsbehandlung (Drogenersatztherapie, Erhaltungstherapie) versteht man die legalisierte (also geregelte und kontrollierte) ärztliche Verordnung von Opioiden an Opioidabhängige (Beubler, Haltmayer & Springer, 2007). Das Ziel einer Substitutionsbehandlung ist eine Stabilisierung in körperlicher, psychischer und sozialer Hinsicht, so möchte man in diesem Rahmen Menschen aus der Beschaffungskriminalität nehmen, ihnen eine soziale Wiedereingliederung ermöglichen, sie in ihrer sozialen Situation stabilisieren und sie wieder in die Arbeitswelt zurück führen. Als endgültiges Therapieziel wird aber trotz der Möglichkeit der Substitution nach wie vor die Abstinenz gesehen (Jagsch, 2007), so darf man die Substitutionstherapie nicht konkurrierend zum abstinenzorientierten Ansatz sehen, sondern als eine Vorbereitung und als eine Unterstützung für eine Behandlung des eigentlichen Drogenproblems mit dem Ziel der Abstinenz (Ling et al., 1998). Laut Fischer und Kayer (2006) ist die wirkungsvollste Behandlung eine langfristige Behandlung mit laufender langsamer Reduktion des Substituts und anschließendem Entzug sowie der Freiheit geregelten Beikonsums anderer legaler oder illegaler Drogen.

In einer Studie zur Substitutionsbehandlung konnte herausgefunden werden, dass sich mit dem Eintritt in die Substitution die Lebensqualität der Betroffen gravierend verbessert, dann aber auf gleichem Niveau bleibt und sich nicht mehr weiter verbessert, was kritisch an der Substitution bemerkt werden muss, da die Patienten die Behandlung oft schnell wieder abbrechen (Winklbaur, Jagsch, Ebner, Thau & Fischer, 2008). Die Auswahl der Substitutionssubstanz hängt unter anderem von der Kontrolle ab, so sind manche Substitute in einer Urinprobe nicht von anderen Opiaten unterscheidbar und so illegaler Drogenkonsum nicht nachweisbar. Weiters muss man die Missbrauchsgefahr beziehungsweise den Schwarzmarktwert der Substanzen mitberücksichtigen und die Handhabung oft strenger gestalten, was die Einnahme und die Mitgabe der Substitute betrifft.

Zudem muss man den aktuellen Opiatkonsum, die Vorerfahrungen der Patienten aus früheren Behandlungen und die Präferenzen der Patienten für eine Substanz beachten (Beubler et al., 2007).

Mögliche Substitute sind retardierte (slow-release) Morphine, Buprenorphin und Methadon. In der Metastudie von Marsch (1998) über die Wirkung von Methadon als Substitut kam man zum Ergebnis, dass Methadon in unterschiedlichen Kontexten, kulturellen und ethnischen Gruppen sowie bei unterschiedlichen Studiendesigns eine effiziente Wirkung erzielt. Nach Giacomuzzi et al. (2003) ist Buprenorphin eine wirkungsvolle Alternative zu Methadon, wenn man die Lebensqualität und die Entzugssymptome der Studienteilnehmer betrachtet, vor allem da Buprenorphin weniger häufig und mit einer geringeren Dosis eingenommen werden kann. Von Eder et al. (2005) wurde gezeigt, dass retardierte (slow-release) Morphine vergleichbar mit Methadon als Substitutionsmittel hinsichtlich der Abbruchsraten und Wirksamkeit sind. Methadon hat einige Nebenwirkungen, wie etwa Depressionen, vermindertes Libido und Gewichtszunahme, die die retardierten Morphine nicht zeigen. Bei einem Wechsel von Methadon auf retardierte Morphine kann oft durch die Reduktion der Nebenwirkungen das Wohlbefinden und die Retentionsrate (Prozentanteil der Patienten, die über die gesamte Studiendauer im Untersuchungsprogramm verbleiben und es wie geplant beenden) erhöht werden (Eder et al., 2008). Obwohl retardierte Morphine eine sehr gute Alternative zum Methadon darstellen, ist ein Nachteil dieses Substituts, auch im Vergleich zu Buprenorphin, dass es in Urinproben nicht von Heroin unterscheidbar ist. Aus diesem Grund kann geschlussfolgert werden, dass unter Beachtung der oben beschriebenen Faktoren für die Auswahl der passendsten Substitutionssubstanz individuell bestimmt werden muss, welche Substanz für das jeweilige Individuum das effektivste ist und nicht allgemein ein Substitut präferiert werden kann.

2.3.1.3 Stationäre Therapieeinrichtungen

Stationäre Therapieeinrichtungen sind suchtspezifische Einrichtungen mit einem abstinenzorientierten Therapieansatz. Die stationären Einrichtungen stellen innerhalb der Suchtkrankenhilfe eine besonders intensive Betreuungsform dar. Sie bieten abhängigkeitskranken Menschen die Möglichkeit, zeitlich befristet aus ihrem sozialen Umfeld herauszutreten und die Fähigkeit zur eigenverantwortlichen Lebensgestaltung wiederzugewinnen. In manchen stationären Einrichtungen kann man auch körperlich entziehen, bei den meisten stationären Einrichtungen ist ein vorheriger körperlicher Drogenentzug jedoch eine Aufnahmebedingung (Brosch & Juhnke, 1995). Die Therapien dauern im Normalfall zwischen drei Monaten und zwei Jahren. In den stationären Therapieeinrichtungen wird eine Vielzahl von Therapien angeboten, wie Psychotherapien unterschiedlicher Schulen, Arbeitstherapien, Unterstützung bei der Freizeitgestaltung ohne Drogen und Sozialarbeit (Brosch & Juhnke, 1995). Die stationäre Therapie mit der Möglichkeit einer Entgiftung gliedert sich meist in drei Stufen. Zuerst macht man eine ambulante Vorbereitung für die stationäre Therapie, die zweite Phase ist dann der stationäre Entzug, und in der dritten Phase wird in einer stationären Langzeittherapie ein Leben ohne Drogen geübt und gefestigt. Nach der erfolgreich abgeschlossenen stationären Therapie kann noch eine ambulante Nachbetreuung folgen.

2.3.1.4 Ambulante Betreuung und Therapie

Suchtkranke Menschen finden in der ambulanten Betreuung und Therapie ein Angebot, das intensive therapeutische Maßnahmen bei gleichzeitigem Verbleib in der alltäglichen Umgebung ermöglicht. Dadurch kann das soziale Umfeld leichter in den therapeutischen Prozess einbezogen und neu erlernte Verhaltensweisen unmittelbar erprobt und überprüft werden (Haas et al., 2007). Die ambulante Rehabilitation umfasst ein Programm von Gruppen- und Einzelgesprächen sowie weiteren Zusatzangeboten für Menschen mit Suchtproblemen. Das Ziel ist die Wiederherstellung oder Besserung von körperlicher und seelischer Gesundheit mit dem Ziel einer dauerhaften Abstinenz. Jedoch steht nicht immer die Abstinenz im Vordergrund, sondern

auch andere Ziele, die individuell mit den Klienten vereinbart werden und der individuellen Hintergrundproblematik entsprechen (Haas et al., 2007; Köhler, 2000).

Früher wurden der ambulanten Therapie wenig Erfolge zugeschrieben und meist nur als Vor- oder Nachbetreuung für die stationäre Therapie verwendet, heute jedoch, im Sinne der Diversifikation (Spezialisierung auf mehrere, unterschiedliche Gebiete) der Therapiemöglichkeiten, werden beide unabhängig angeboten und die ambulante Therapie als vollwertig angesehen (Köhler, 2000).

2.3.2 Behandlungssituation in Österreich

Die derzeitige Behandlungssituation und angestrebte Verbesserungen des Gesundheitssystems im Suchtbereich wird im Bericht zur Drogensituation 2007 von Haas et al. (2007) erläutert:

> In Österreich wird großer Wert auf die Diversifikation der Behandlungsmöglichkeiten gelegt. In diesem Sinne war im letzten Jahrzehnt im stationären Bereich eine Entwicklung von Langzeit- zu Kurzzeittherapie und generell eine Flexibilisierung der Therapieangebote durch den Aufbau von Modulsystemen etc. zu beobachten. Ziel dieser Entwicklung ist, auf die individuellen Bedürfnisse und Lebensumstände von Suchtkranken besser eingehen zu können. In diesem Sinne steht auch in der Substitutionsbehandlung eine Reihe von verschiedenen Substanzen zur Verfügung. Die Substitutionsbehandlung hat sich in Österreich zur zahlenmäßig wichtigsten Behandlungsform entwickelt, wobei es laufend Bestrebungen zur Verbesserung gibt.
>
> Angebote zur drogenspezifischen Beratung, Betreuung und Behandlung werden sowohl durch spezialisierte Einrichtungen als auch im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung (z. B. psychiatrische Krankenhäuser, psychosoziale Dienste, niedergelassener Bereich) bereitgestellt. Diese Angebote umfassen –

> vor allem im ambulanten, zunehmend aber auch im stationären Bereich – sowohl abstinenzorientierte als auch substituierende Maßnahmen und sind daher nur bedingt eindeutig zuordenbar. Da das Ziel die Schaffung eines durchgängigen Betreuungsnetzwerks ist, beinhalten die meisten Angebote auch diverse Vorbereitungs- und Nachbetreuungs-, Freizeit- und Reintegrationsmaßnahmen sowie Maßnahmen für spezielle Zielgruppen (z. B. Jugendliche, Personen mit psychiatrischer Komorbidität) (Haas et al., 2007, S. 33).

Wichtig ist anzumerken, dass bei jeder Behandlung nicht die Krankheit (Substanzmissbrauch bzw. Substanzabhängigkeit) im Vordergrund steht, sondern der Mensch an sich. Dieselben Grundsätze der Behandlung finden sich auch beim Quasi Compulsory Treatment wieder, das im nächsten Abschnitt genauer erklärt wird.

3 Quasi Compulsory Treatment – „Therapie statt Strafe"

In den vergangenen Jahren wurde vermehrt versucht, Straftäter mit Drogenproblemen nicht zu einer Freiheitsstrafe zu verurteilen, sondern sie zu einer Therapie zu verpflichten. Diese Art von Behandlung wird allgemein in der Literatur als Quasi Compulsory Treatment (QCT) bezeichnet. QCT ist ein Grundsatz zur Behandlung von Straftätern mit Drogenproblemen, die vom Rechtssystem angeregt, verordnet oder überwacht wird und außerhalb von Gefängnissen stattfindet (Stevens et al., 2005), deshalb ist im deutschen Sprachraum auch der Begriff „Therapie statt Strafe" für QCT gebräuchlich. Im Nachfolgenden werden im Sinn der stilistischen Einfachheit beide Begriffe als Synonym verwendet.

Ziel der QCT-Programme ist es, Gesundheitsrisiken sowie die Kriminalität zu vermindern. QCT kann in jeder Stufe des Strafrechtsystems angewandt werden, so wird zum Beispiel durch das „British Arrest Referral System" in England dem Straffälligen direkt nach der Verhaftung empfohlen, eine Therapie zu machen. In anderen Ländern, wie beispielsweise Österreich oder den Niederlanden, wird Strafaufschub gewährt, wenn der Straftäter mit dem Drogenproblem in eine Therapie eintritt, auf diese Art und Weise haben durch ihr Suchtproblem straffällig gewordene Personen die Möglichkeit, eine Therapie statt der Strafe zu wählen. Zusätzlich können in Ländern wie etwa Großbritannien, den USA, Spanien, Italien und den Niederlanden vom Gericht Strafen auferlegt werden, die eine Therapie als Strafe auferlegen, ohne dem Straftäter eine Wahl zu lassen. In Italien kann auch während des Gefängnisaufenthalts ein Insasse unter Auferlegung einer Therapie entlassen werden (Stevens et al., 2005). In den meisten Ländern basiert die Entscheidung für die Therapie auf der Einwilligung des Straftäters, der jedoch eine sehr eingeschränkte Entscheidungsmöglichkeit hat, da er sich zwischen einer Therapie und einer anderen Strafe, die meist eine Freiheitsstrafe ist, entscheiden muss. Aus diesem Grund wird auch der Begriff Quasi Compulsory Treatment verwendet.

Durch die Analyse der Literatur über QCT kamen Stevens et al. (2005) zur Überlegung, dass der Therapieerfolg nicht davon abhängt, ob eine Person zur Therapie gezwungen worden ist oder nicht, sondern vielmehr von der Therapiemotivation. Ein motivierter Klient, der zur Therapie gezwungen wurde, wird wahrscheinlich einen besseren Therapieerfolg haben als ein unmotivierter, freiwilliger Klient. Man muss zudem berücksichtigen, dass auch so genannte freiwillige Klienten einen Druck, Therapie machen zu müssen, verspüren können; so denke man an Eltern mit einem jugendlichen Drogenkonsumenten. Durch diese Ergebnisse aus der Forschung kann geschlussfolgert werden, dass Therapie statt Strafe, trotz vieler Kritiker, durchaus sehr sinnvoll ist, vor allem da eine von psychologischer Seite nur sehr schwer erreichbare Personengruppe für eine Therapie zugänglich wird. Jedoch sollte immer die ethische Problematik beachtet werden, wenn man eine Person zu einer Therapie mehr oder weniger zwangsverpflichtet.

3.1 Derzeitige Situation in Österreich

Nach §39 SMG (Suchtmittelgesetz) ist es möglich, einem an Suchtmittel gewöhnten Straftäter Strafaufschub zu gewähren, wenn sich dieser bereit erklärt, sich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme zu unterziehen. Es handelt sich dabei um einen Sonderfall des Aufschubes des Strafvollzuges nach §6 StVG (Strafvollzugsgesetz). Das Wesen dieser Vorgangsweise besteht darin, dass eine an sich zu verbüßende Freiheitsstrafe vorerst nicht anzutreten ist, stattdessen erfolgt die Absolvierung einer Therapie. Nach einem erfolgreichen Abschluss wird die Freiheitsstrafe in eine „bedingte Strafe“ umgewandelt und ist daher – sofern keine Folgeverurteilungen erfolgen – nicht zu vollziehen. Bei dieser gesundheitsbezogenen Maßnahme handelt es sich entweder um eine freiwillige stationäre oder eine freiwillige ambulante Therapie. Ob ein Verurteilter therapiefähig ist bzw. ob eine Therapie notwendig ist, wird von einem gerichtlich beauftragten Sachverständigen untersucht. In Folge wird bei einem Erstgespräch in einer zuständigen therapeutischen Einrichtung abgeklärt, ob die dort angebotene psychologische oder psychotherapeutische Therapie passend für

den jeweiligen Klienten ist und ob bei dem Klienten eine ausreichende Therapiemotivation vorhanden ist, um die Psychotherapie erfolgreich absolvieren zu können.

4 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

In den vergangenen Jahren kamen „patient-reported outcomes“ in der klinischen Forschung auf (Wiklund, 2004). Der Begriff „patient-reported outcomes“ ist ein Überbegriff für Konstrukte, die auf der subjektiven Einschätzung des Patienten basieren, wie zum Beispiel die Symptomintensität oder die Zufriedenheit mit der Behandlung (Winklbaur et al., 2008). Das Wichtigste dieser Konstrukte ist die Lebensqualität (Quality of Life). Das Konzept der Lebensqualität wurde erstmals in der medizinischen Praxis angewandt, um Behandlungen gegen Krebs in Verbindung mit dem Wohlbefinden des Patienten zu erfassen (Winklbaur et al., 2008). Stein, Mulvey, Plough und Smith (1998) fanden heraus, dass Drogen- und Alkoholmissbrauch die Lebensqualität stark beeinflussen.

Die WHO definiert Lebensqualität als die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertesystemen, in denen sie lebt, und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Maßstäbe und Anliegen. Die Lebensqualität wird durch die körperliche Gesundheit einer Person, den psychischen Zustand, die sozialen Beziehungen, die persönlichen Überzeugungen und ihre Stellung zu den hervorstechenden Eigenschaften der Umwelt beeinflusst (WHOQOL Group, 1995).

Der Begriff der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wird häufig in der Medizin verwendet und beschreibt den gesundheitsbezogenen Aspekt des persönlichen Wohlbefindens ohne die materialistischen und politischen Bezüge (Bullinger, 1997).

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist eine Outcomevariable bei der Beurteilung von klinischen Interventionen (Fleischhacker, Rabinowitz, Kemmler, Eerdekens & Mehnert, 2005). Aus diesem Grund wurden einige Instrumente zur Messung und zum Vergleich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität entwickelt, wie etwa der generische (krankheitsübergreifende) Fragebogen zur Lebensqualität SF-36 (Bullinger & Kirchberger, 1998) oder das generische Verfahren Nottingham Health Profile (NHP) (Kohlmann, Bullinger, Hunt &

McKenna, 1992). Diese zwei Verfahren werden im Abschnitt 8.2.2 sowie im Abschnitt 8.2.3 genauer beschrieben.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität wird betrachtet als ein multidimensionales Konstrukt, das körperliche, emotionale, mentale, soziale, spirituelle und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit aus der subjektiven Sicht der Betroffenen beinhaltet (Schumacher, Klaiberg & Brähler, 2003).

Bei der Beurteilung und Bewertung von Ergebnissen von Behandlungsmaßnahmen geht es heute nicht mehr allein um die Veränderung der klinischen Symptomatik oder die Verlängerung des Lebens, sondern zunehmend auch darum, wie erkrankte Menschen ihren Gesundheitszustand subjektiv erleben, wie sie in ihrem Alltag zurechtkommen und ihre sozialen Beziehungen gestalten (Bullinger, 1997).

Die Ziele der Lebensqualitätsforschung sind laut Bullinger (2002) die Beschreibung der Lebensqualität bestimmter Populationen in der Bevölkerung, um daraus Informationen für gesundheitspolitische Planungen ableiten zu können, die Bewertung von Therapien in Beobachtungsstudien bis hin zu randomisierten kontrollierten klinischen Studien und die gesundheitsökonomische Nutzung der Lebensqualität, die gewonnene Forschungsergebnisse auf gesundheitspolitische und ökonomische Vertretbarkeit zu prüfen hat.

Fleischhacker et al. (2005) berichten einen Paradigmenwechsel in der Psychiatrie, der die gesundheitsbezogene Lebensqualität als zweiten zentralen Faktor neben der Symptomreduktion bei Patienten mit psychischen Störungen sieht. Oft unterscheidet sich die objektive Einschätzung der Ärzte von der subjektiven Einschätzung der Patienten, den Gesundheitszustand der Patienten betreffend, sehr stark.

Im folgenden Abschnitt wird näher auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Suchtpatienten eingegangen.

4.1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Suchtpatienten

Bis jetzt gab es einige Versuche, den Einfluss von Drogenmissbrauch und/oder Drogenabhängigkeit und deren Behandlung auf die Lebensqualität zu bewerten.

Smith und Larson (2003) haben die Lebensqualität von substanzmissbrauchenden Erwachsenen mit der Lebensqualität von Patienten, die unter anderen chronischen Erkrankungen leiden, verglichen, mit dem Ergebnis, dass die substanzmissbrauchenden Menschen eine signifikant geringere Lebensqualität haben als zum Beispiel Patienten, die kurz vor einer Herzoperation stehen. Die physische Dimension der Lebensqualität ist dabei in etwa auf demselbem Niveau wie bei chronischen Erkrankungen, die psychische Dimension ist jedoch signifikant niedriger und damit schlechter.

Es gibt zunehmend häufigere Belege, dass die Lebensqualität ein nützliches Konstrukt ist, um die Effektivität von Substitutionstherapien zu evaluieren, da durch eine höhere Lebensqualität auch eine höhere Retentionsrate erzielt werden kann. (Giacomuzzi et al., 2001, 2003).

In einer anderen Studie konnte gezeigt werden, dass zu Beginn einer Methadon-Substitutionstherapie Heroinabhängige einen signifikant schlechteren physischen und psychischen Gesundheitszustand als die Normalpopulation haben (Ryan & White, 1996). Nach Winklbaur et al. (2008) tritt jedoch nach sieben Wochen Substitutionstherapie der größte Zuwachs an Lebensqualität ein, und nach Torrens et al. (1997) tritt der größte Zuwachs an Lebensqualität bei der Substitutionstherapie zwischen ein und drei Monaten auf. Bei anderen Therapieformen zur Behandlung des Drogenmissbrauchs oder der Drogenabhängigkeit gibt es nur wenige Studien.

In den folgenden zwei Abschnitten werden die Selbstwirksamkeitserwartung und die Depression allgemein sowie im Kontext des Substanzmissbrauchs behandelt.

5 Selbstwirksamkeitserwartung

Das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung (self-efficacy) wurde erstmals von Bandura 1977 formuliert und macht einen wesentlichen Aspekt seiner sozial-kognitiven Theorie zur Erklärung von Therapieerfolgen aus (Bandura, 1997). Die Selbstwirksamkeitserwartung wird als die subjektive Gewissheit bezeichnet, neue oder schwierige Aufgaben aufgrund eigener Kompetenz bewältigen zu können. Es handelt sich um einen Selbstbezug, denn man fragt sich, ob man sich in der Lage fühlt, sich gewisse Fähigkeiten anzueignen. Diese persönliche Einschätzung eigener Handlungsmöglichkeiten ist die zentrale Komponente der Wahrnehmung von Selbstwirksamkeit (Schwarzer, 2004).

5.1 Selbstwirksamkeitserwartung bei Suchtpatienten

Bis jetzt gab es einige wenige Versuche, den Einfluss von Abhängigkeit und deren Behandlung auf die Selbstwirksamkeitserwartung zu bewerten.

In der Studie von Heckmann, Kerschl und Steffan (2003) wurde festgestellt, dass sich die Selbstwirksamkeitserwartung der QCT-Patienten nach erfolgreichem Abschluss der Therapie verbessert hat und sich von der Selbstwirksamkeitserwartung der Klienten bei Therapieabbruch unterscheidet.

In einer anderen Studie von Coon, Pena und Illich (1998) wurde ein Zusammenhang von Selbstwirksamkeitserwartung am Beginn einer abstinenzorientierten Therapie mit der Einhaltung der Abstinenz gefunden. Menschen, die einen Rückfall hatten, hatten meist eine geringere Selbstwirksamkeitserwartung am Beginn der Therapie.

6 Depression

Nach Mackinger (2007) ist die Depression eine affektive Störung, bei der es sich um einen emotionalen Zustand handelt, der durch starke Niedergeschlagenheit und Traurigkeit, durch sozialen Rückzug, Schlafstörungen, Appetitstörungen, ein Nachlassen des sexuellen Verlangens, Gefühle von Wertlosigkeit und Schuld, dem Verlust von innerer Anteilnahme sowie Freude und Interesse an täglichen Aktivitäten gekennzeichnet ist. Zusätzlich können die Betroffenen sehr selbstkritisch sein, wenig Selbstbewusstsein haben, Konzentrationsstörungen und inhaltliche Denkstörungen zeigen oder auch innerlich sehr unruhig sein oder subjektiv erlebte und objektive körperliche Beschwerden haben beziehungsweise zeigen. Depressive Störungen können in ihrem Schweregrad stark variieren und sich in unterschiedlichen Störungen äußern, wie etwa in einer Major Depression oder auch durch eine Dysthyme Störung (depressive Verstimmung mit einem Mangel an emotionaler Ansprechbarkeit; Gefühlsmangel) (Mackinger, 2007).

6.1 Depression bei Suchtpatienten

Bis jetzt gab es wenige Versuche, den Einfluss von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit und deren Behandlung auf die Depression zu bewerten, obwohl Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen häufig mit psychischen Störungen gemeinsam auftreten, wie affektiven Störungen oder Persönlichkeitsstörungen (Saß et al., 2001).

In der Studie von Eder et al. (2005) wurde festgestellt, dass die Substitutionsbehandlung mit slow-release Morphinen einen positiven Effekt auf die Ausprägung der Depression, erhoben mittels Becks Depressions Inventar, hat. In einer Studie von Boothby und Durham (1999) konnte gezeigt werden, dass Gefängnisinsassen signifikant mehr zu Depressionen tendieren als die Normalpopulation.

In einer Studie von Riggs, Baker, Mikulich, Young und Crowley (1995) konnte auch ein Zusammenhang von Depression und Substanzmissbrauch bei Straftätern gefunden werden. Bei depressiven Straftätern diagnostiziert man

öfters Substanzmissbrauch laut DSM-IV. Sie tendieren zu Verhaltensproblemen in der Jugend und haben mehr Ängste und Aufmerksamkeitsprobleme als nicht depressive Straftäter. Jedoch hat die Depression anscheinend keine Korrelation mit dem aktuellen Substanzgebrauch, da in der Studie nach vier Wochen Abstinenz keine Veränderung der Depression bemerkbar war.

Empirie

7 Fragestellungen

In den folgenden Abschnitten werden die Verbindungen von der Theorie zur Fragestellung beschrieben, danach das Studiendesign sowie die Untersuchungsdurchführung erläutert. Des Weiteren werden die Ergebnisse der Studie vorgestellt und interpretiert.

Menschen mit einem Suchtproblem werden oft straffällig, um sich ihre Abhängigkeit finanzieren zu können, daher verbringen sie meist eine längere Zeit im Gefängnis. Gefängnisinsassen erkranken oft an Depressionen (Boothby & Durham, 1999), und daraus kann auch eine schlechtere gesundheitsbezogene Lebensqualität resultieren. Auch die „Therapie statt Strafe“, die anstatt eines längeren Aufenthalts im Gefängnis in Anspruch genommen werden kann, kann eine Strafe für die Suchtpatienten darstellen, was auch auf eine schlechtere gesundheitsbezogene Lebensqualität schließen lässt. Andererseits wird durch eine Therapie der Allgemeinzustand verbessert, es werden neue Möglichkeiten zur Problemlösung erarbeitet, die soziale Eingliederung wird erleichtert, die Klienten werden bei der Arbeitssuche unterstützt, die Drogensucht kann gelindert werden, und sie lernen alternative Strategien zur Problemverarbeitung – von daher ist eine Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie eine Verbesserung der Selbstwirksamkeitserwartung und der Depressionen zu erwarten. Aufgrund der Studien von Winklbaur et al. (2008) und Torrens et al. (1997) kann angenommen werden, dass eine solche Verbesserung bereits nach sieben Wochen Therapie vorhanden ist. Somit lauten die Fragestellungen: Verändern sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität von „Therapie statt Strafe“-Klienten sowie deren kognitive und emotionale Komponenten im Therapieverlauf?

Des Weiteren werden die zwei Fragebögen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, die SF-36 und das NHP, anhand ihrer psychometrischen Eigenschaften verglichen, damit eine Empfehlung abgegeben

werden kann, welcher Fragebogen bei Studien im Suchtbereich zu bevorzugen ist.

8 Studiendesign

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine nicht randomisierte Längsschnittstudie, die die Auswirkung der QCT-Therapie des Vereins P.A.S.S auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie auf die Depression und Selbstwirksamkeitserwartung untersucht. Dabei wurden alle Fragebögen zu Beginn und nach sieben Wochen Therapie vorgelegt, die visuelle Analogskala aber nur zum zweiten Untersuchungszeitpunkt. Das detaillierte Design und die verwendeten Verfahren werden im Folgenden genau beschrieben.

8.1 Untersuchungsdesign

Als Untersuchungsdesign wurde eine Längsschnittstudie mit einer Patientengruppe aus „Therapie statt Strafe“-Klienten gewählt. Die Erhebung wurde zu zwei Zeitpunkten durchgeführt, zuerst am Beginn der Therapie und dann nach etwa sieben Wochen Therapie. Nach Winklbaur et al. (2008) tritt nach sieben Wochen Substitutionstherapie der größte Zuwachs an Lebensqualität ein, und nach Torrens et al. (1997) tritt der größte Zuwachs an Lebensqualität bei der Substitutionstherapie zwischen ein und drei Monaten auf, deswegen wurde für diese Studie ein Zeitrahmen von sieben Wochen gewählt.

Die Testpersonen wurden mit einer Fragebogenbatterie hinsichtlich gesundheitsbezogener Lebensqualität, Selbstwirksamkeitserwartung sowie der Ausprägung der Depression getestet. Außerdem wurde ein Vergleich der beiden Verfahren zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, SF-36 und NHP, durchgeführt. Zudem gaben die Klienten ein Urteil über ihren derzeitigen Gesundheitszustand mittels visueller Analogskala ab. Die soziodemographischen und krankheitsbezogenen Daten wurden zu Beginn der Therapie durch P.A.S.S mit einem strukturierten Anamneseleitfaden erfasst und konnten für die Studie übernommen werden.

Die Untersuchung fand in der Praxis des Vereins P.A.S.S im 8. Wiener Gemeindebezirk im Zeitraum von März 2008 bis Oktober 2008 statt. Die Stichprobe umfasst 34 Personen im Alter zwischen 18 und 60 Jahren. Der erste

Zeitpunkt der Datenerhebung erfolgte immer, nachdem im Vorfeld ein anamnestisches Erstgespräch geführt wurde und eine Therapievereinbarung mit dem Verein P.A.S.S unterschrieben wurde, vor der ersten Therapiestunde der Klienten. Zum Zeitpunkt der ersten Vorgabe der Fragebogenbatterie bekamen die Klienten eine Terminkarte mit dem zweiten Befragungstermin. Der zweite Zeitpunkt der Datenerhebung erfolgte nach etwa sieben Wochen Therapie, wobei die Klienten am Tag vorher an ihren Termin für die Studienteilnahme erinnert wurden. Die meisten Klienten konnten, wenn sie zu ihrem Termin nicht erschienen waren, eine Woche darauf durch einen nochmaligen Telefonanruf zum Ausfüllen der Fragebogenbatterie motiviert und so getestet werden. Die Zuordnung der Testpersonen zu den jeweiligen Fragebögen erfolgte über einen Probandencode.

Die Testung der Probanden fand zu beiden Zeitpunkten sowohl in Einzel- als auch in Form von Gruppentestungen unter Beaufsichtigung statt und dauerte zwischen 20 und 60 Minuten. Die Testbedingungen wurden zu standardisieren versucht, indem die Instruktion einheitlich vorgenommen wurde. Die Testpersonen wurden auf die Anonymität hingewiesen und erhielten die Instruktion, die Fragebögen möglichst ehrlich und spontan zu beantworten. Die Testpersonen wurden aufgefordert, sich bei allen auftretenden Fragen zu melden und wurden darauf aufmerksam gemacht, jede Frage bestmöglich zu beantworten und sich für eine Antwortalternative zu entscheiden.

Der Verein P.A.S.S, bei dem die Stichprobe entnommen wurde, bietet eine ambulante Therapie an. Zu Beginn der Therapie nimmt jeder neue Klient an zwei bis drei Gruppensitzungen teil, die eine Vorbetreuung für die folgende Therapie sind. Nach individuellen Gegebenheiten wird die psychotherapeutische Behandlung als Einzeltherapie und/oder als Gruppentherapie durchgeführt. In der Therapie wird an der Aufarbeitung der bestehenden Problematik gearbeitet. Als psychotherapeutische Methoden werden unter anderem die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie und die integrative Gestalttherapie angeboten. Weiters finden regelmäßige fachärztliche Untersuchungen und

begleitende Harnkontrollen zur Abstinenzüberprüfung statt. Zusätzlich kann eine Sozialberatung sowie klinisch-psychologische Diagnostik in Anspruch genommen werden.

8.2 Untersuchungsmaterial und Untersuchungsverfahren

Im Folgenden werden die Instrumente, die in dieser Studie zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, der Ausprägung der Depression, der Selbstwirksamkeitserwartung und der soziodemographischen Daten verwendet wurden, aufgelistet und beschrieben.

8.2.1 Soziodemographische und krankheitsbezogene Daten

Mittels eines strukturierten Anamneseleitfadens wurden die soziodemographischen und die dazugehörigen krankheitsbezogenen Daten (Alter, Geschlecht, Staatsbürgerschaft, Familienstand, höchster Schulabschluss, Berufsausbildung, derzeitige Berufstätigkeit, Drogenkonsum, Substitution) seitens des Vereins P.A.S.S erhoben und konnten für diese Studie übernommen werden.

8.2.2 Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)

Der Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36) (Bullinger & Kirchberger, 1998) ist ein generisches, krankheitsübergreifendes Verfahren zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Dabei handelt es sich um die Übersetzung der amerikanischen Originalversion „SF-36 Health Survey“ von Ware, Snow, Kosinski und Gandek (1993). Er ist in acht Dimensionen gegliedert, die sich konzeptionell in die zwei Bereiche, „körperliche Gesundheit“ und „psychische Gesundheit“ einordnen lassen:

1. Körperliche Funktionsfähigkeit (SF36_PFI)
2. Körperliche Rollenfunktion (SF36_ROLPH)
3. Körperliche Schmerzen (SF36_PAIN)
4. Allgemeine Gesundheitswahrnehmung (SF36_GHP)
5. Vitalität (SF36_VITAL)

6. Soziale Funktionsfähigkeit (SF36_SOCIAL)
7. Emotionale Rollenfunktion (SF36_ROLEM)
8. Psychisches Wohlbefinden (SF36_MHI)

Des Weiteren gibt es zwei Summenskalen, die körperliche Summenskala (SF36_KSK) und die psychische Summenskala (SF36_PSK), die die acht Dimensionen zusammenfassen.

Die Bezeichnungen in Klammer werden im Folgenden oft als Beschriftung in Abbildungen und Tabellen verwendet.

Die innere Konsistenz ist durch das Cronbachsche Alpha ($\alpha \geq 0{,}73$) für die einzelnen Subskalen gegeben. Die konvergente und diskriminante Validität und Sensitivität des Verfahrens werden in Bullinger und Kirchberger (1998) belegt. Die SF-36 ist für Jugendliche und Erwachsene ab dem Alter von 14 Jahren geeignet. Die Vorgabedauer beträgt etwa 7–15 Minuten.

8.2.3 Nottingham Health Profile (NHP)

Bei der deutschen Version des Nottingham Health Profile (NHP) (Kohlmann et al., 1992) handelt es sich um eine Übersetzung des Nottingham Health Profiles von Hunt, McEwen und McKenna (1989). Das NHP dient zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei gesunden und kranken Personen. Die Wiederholungsreliabilität ist mit Spearman $r = 0{,}75$–$0{,}88$ gegeben. Aufgrund des Entwicklungsprozesses kann inhaltlich-logische Validität angenommen werden. Der erste Teil umfasst sechs Dimensionen:

1. Energieverlust (NHP_EN)
2. Schmerz (NHP_PA)
3. Emotionale Reaktion (NHP_EM)
4. Schlafprobleme (NHP_SL)
5. Soziale Isolation (NHP_SO)
6. Mobilitätsverlust (NHP_PM)

Die Bezeichnungen in Klammer werden im Folgenden oft als Beschriftung in Abbildungen und Tabellen verwendet. Der zweite Teil wird in dieser Studie nicht verwendet und wird deshalb hier nicht beschrieben.

Die Vorgabedauer beträgt zwischen fünf und 15 Minuten und kann bei Jugendlichen und Erwachsenen vorgegeben werden.

8.2.4 Skala zur Erfassung von Selbstwirksamkeit (SWE)

Bei der Skala zur Erfassung von Selbstwirksamkeit (SWE) (Schwarzer & Jerusalem, 1999) handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsverfahren mit zehn Items zur Erfassung der allgemeinen optimistischen Selbstüberzeugung. Es misst die optimistische Kompetenzerwartung, also das Vertrauen darauf, eine schwierige Lage zu meistern, wobei der Erfolg der eigenen Kompetenz zugeschrieben wird (Schwarzer & Jerusalem, 1999).

Die innere Konsistenz der Skala liegt zwischen 0,76 und 0,90 (Cronbachsches Alpha), und auch die Kriteriumsvalidität ist gegeben. Anwendbar ist das Verfahren bei Jugendlichen und Erwachsenen ab dem Alter von 12 Jahren. Die Anwendungsdauer beträgt vier Minuten.

8.2.5 Becks Depressions-Inventar (BDI)

Das Becks Depressions-Inventar (BDI) (Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1994) ist ein Screeningverfahren zur Erfassung einer depressiven Symptomatik mittels Selbstbeurteilung. Das BDI enthält 21 Gruppen von Aussagen, die typische depressive Symptome erfragen, wie etwa traurige Stimmung, Pessimismus oder Versagen.

Die innere Konsistenz ist mit dem Cronbachschen Alpha von 0,74 bis 0,92 gegeben. Die externe Validität wurde durch Untersuchung der therapiebedingten Veränderungen erfasst und kann als gegeben gesehen werden. Die Vorgabe des BDI dauert ca. fünf Minuten und kann bei Jugendlichen und Erwachsenen zwischen 13 und 80 Jahren vorgegeben werden.

8.2.6 Visuelle Analogskala

Jede Testperson positioniert ihre Markierung auf der 100 Millimeter langen Skala, die wie folgt formuliert ist: „Wie beurteilen Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand?“ Die Skala zeigt an den jeweiligen Enden einen Pol, links den Pol „nicht zufriedenstellend“ (äußerst unzufrieden mit dem derzeitigen Gesundheitszustand) und rechts den Pol „sehr zufriedenstellend“ (äußerst zufriedenstellender derzeitiger Gesundheitszustand).

Die erhaltenen Angaben durch die visuelle Analogskala wurden abgemessen und in 100 Intervalle unterteilt. Somit entspricht ein Wert von 100 dem zufriedenstellendsten Gesundheitszustand und ein Wert von 0 einem sehr unzufriedenstellenden Gesundheitszustand.

8.3 Ausschlusskriterien

Minderjährige Personen und Personen, die zur Zeit der Befragung unter Drogeneinfluss stehen, aggressives Verhalten zeigen, nicht teilnehmen wollen oder nicht ausreichend Deutsch sprechen können, sowie Personen, die direkt vor Beginn dieser ambulanten Therapie bereits eine andere Therapie absolviert hatten, wurden aus der Studie ausgeschlossen.

8.4 Rekrutierung der Stichprobe

Die Stichprobe wurde im Verein P.A.S.S in Wien rekrutiert, eine nach dem Suchtmittelgesetz anerkannte Suchtbehandlungseinrichtung, die „Therapie statt Strafe“ anbietet.

Die endgültige Stichprobe umfasste 34 Personen (N=34), die auf Grund ihrer Suchtprobleme und auf Grund ihrer Straffälligkeit eine „Therapie statt Strafe“ absolvieren mussten.

Fünf der möglichen Testpersonen mussten auf Grund der geforderten Ausschlusskriterien ausgeschlossen werden, da sie direkt vorher eine stationäre oder eine ambulante Therapie abgeschlossen oder abgebrochen hatten, einer der möglichen Testpersonen konnten die Fragebögen nicht vorgelegt werden, da

sie unter Drogeneinfluss stand. Von den ursprünglich 40 befragten Personen erschienen sechs nicht mehr zum zweiten Befragungszeitpunkt und konnten deshalb nicht in die endgültige Stichprobe aufgenommen werden. Die Gründe für die Nichtteilnahme zum zweiten Untersuchungszeitpunkt sind bei fünf Personen Therapieabbruch, und eine Person konnte nicht mehr erreicht werden. Die Retentionsrate in dieser Studie lag mit 85% sehr hoch.

9 Hypothesen

1. Wie stark ist die Lebensqualität, die mit der SF-36 bzw. NHP erfragt wird, die Ausprägung der Depression, erfragt mittels BDI, und die Selbstwirksamkeitserwartung, erfragt mittels SWE, der Patientengruppen im Vergleich zu der Normstichprobe eingeschränkt?

   H0: Es gibt keinen Unterschied zwischen der Normstichprobe und den Patientengruppen oder die Patientengruppen haben ein höheres Ergebnis (jeweils für SF-36, NHP, BDI und SWE).

   $$H0: \mu_{norm} \leq \mu_{pat}$$

   H1: Die Patientengruppen haben ein niedrigeres Ergebnis (jeweils für SF-36, NHP, BDI und SWE).

   $$H1: \mu_{norm} > \mu_{pat}$$

   Erfassung mittels one-sample t-Test

2. Inwieweit gibt es Verbesserungen bei den Patienten zwischen den zwei Zeitpunkten in Bezug auf die Lebensqualität (SF-36/NHP)? Nach Winklbaur et al. (2008) gibt es nach sieben Wochen Substitutionstherapie bereits eine Steigerung der Lebensqualität der Patienten, deswegen wird eine gerichtete Hypothese formuliert.

   H0: Es gibt zwischen den zwei Zeitpunkten keinen Unterschied bezüglich der Lebensqualität oder die Lebensqualität zum zweiten Zeitpunkt ist geringer als die des ersten Zeitpunktes.

   $$H0: \mu_1 \geq \mu_2$$

   H1: Zum zweiten Zeitpunkt weisen die Patienten signifikant höhere Werte bezüglich der Lebensqualität auf.

   $$H1: \mu_1 < \mu_2$$

   Erfassung mittels t-Test für abhängige Stichproben bzw. ein parameterfreies Verfahren, falls die Normalverteilung nicht angenommen werden kann.

3. Inwieweit gibt es Unterschiede bei den Patienten zwischen den zwei Zeitpunkten in Bezug auf die Selbstwirksamkeitserwartung (Skala zur

Erfassung von Selbstwirksamkeit) und auf die Ausprägung der Depressionen (BDI)?

H0: Es gibt zwischen den zwei Zeitpunkten keine Unterschiede bezüglich der Selbstwirksamkeitserwartung bzw. der Ausprägung der Depression.

$$H0: \mu_1 = \mu_2$$

H1: Es gibt einen Unterschied zwischen den zwei Zeitpunkten bezüglich der Selbstwirksamkeitserwartung bzw. der Ausprägung der Depression.

$$H1: \mu_1 \neq \mu_2$$

Erfassung mittels t-Test für abhängige Stichproben bzw. ein parameterfreies Verfahren, falls die Normalverteilung nicht angenommen werden kann.

4. Welches Verfahren eignet sich besser zur Erfassung der Lebensqualität bei Patienten mit einer Suchtproblematik, die SF-36 oder das NHP? Zur Erfassung werden Boden- und Deckeneffekte, Range, Quartile, Cronbach Alpha, Trennschärfen, Receiver Operating Characteristics-Kurven (ROC-Kurven) und relative Validität berechnet.

   Die relative Validität wird mit der Frage „Wie beurteilen Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand?“ erhoben; solche Fragen eignen sich nach Mancuso, Peterson und Charlson (2001) gut, um die relative Validität bei Fragebögen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu erheben, da klinische Merkmale in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität nur wenig Aufschluss geben.

5. Gibt es Prädiktoren für gute oder schlechte gesundheitsbezogene Lebensqualität, wenn ja, welche Ausprägungen zeigen sich bezüglich emotionaler und kognitiver Faktoren? Als Prädiktoren werden das Alter, das Geschlecht, die Ausprägung der Depression sowie die Selbstwirksamkeitserwartung herangezogen.

   H0: Es gibt keine Prädiktoren für gute versus schlechte Lebensqualität.

   H1: Es gibt Prädiktoren für gute versus schlechte Lebensqualität. Erfassung mittels logistischer Regression.

10 Auswertung

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der empirischen Auswertung vorgestellt und illustriert. Die Auswertung, wenn nicht anders angeführt, wurde mittels SPSS Version 16.00 durchgeführt. Allgemein wird ein Ergebnis mit $p<0,05$ als signifikant, $p<0,01$ als hoch signifikant und $p<0,001$ als höchst signifikant bezeichnet, das heißt, die Wahrscheinlichkeit p, dass die Nullhypothese fälschlicherweise abgelehnt wird, ist kleiner als das vorhin beschriebene Niveau.

Alle Daten sind, zur besseren Vergleichbarkeit, in z-Werten angegeben, dabei wurden folgende Normen verwendet:

- SWE: Normen von Gesamtdeutschland jeder Altersgruppe
- NHP: Normen von Einwohnern einer norddeutschen Stadt
- SF-36: Normen von Gesamtdeutschland jeder Altersgruppe
- BDI: Normen der gesunden Probandengruppe

In keinem Fall lagen Normen für Österreich vor, deswegen wurden Normen der deutschen Bevölkerung gewählt. Anzumerken ist auch noch, dass hohe Werte bei den Skalen des BDI und des NHP schlechte Ausprägungen des Konstrukts, bei der SF-36 und SWE jedoch gute Ausprägungen des Konstrukts bedeuten – wenn darauf zu achten ist, wird speziell nocheinmal darauf hingewiesen.

10.1 Soziodemographische Daten

Von diesen 34 Klienten waren 30 (88,2%) Männer und 4 (11,8%) Frauen. Das Alter der Patienten lag zwischen 18 und 60 Jahren, wobei das durchschnittliche Alter der Studienteilnehmer 28,24 (SD=8,86) und der Median 26 Jahre betrug. Die Altersverteilung ist in Abbildung 1 dargestellt.

Die Aufteilung der Nationalitäten der untersuchten Personen war wie folgt: 24 Personen (70,95%) aus Österreich, sechs (17,65%) aus Serbien, eine Person (2,94%) jeweils aus Albanien, Mazedonien und der Slowakei. Eine Person (2,94%) war staatenlos.

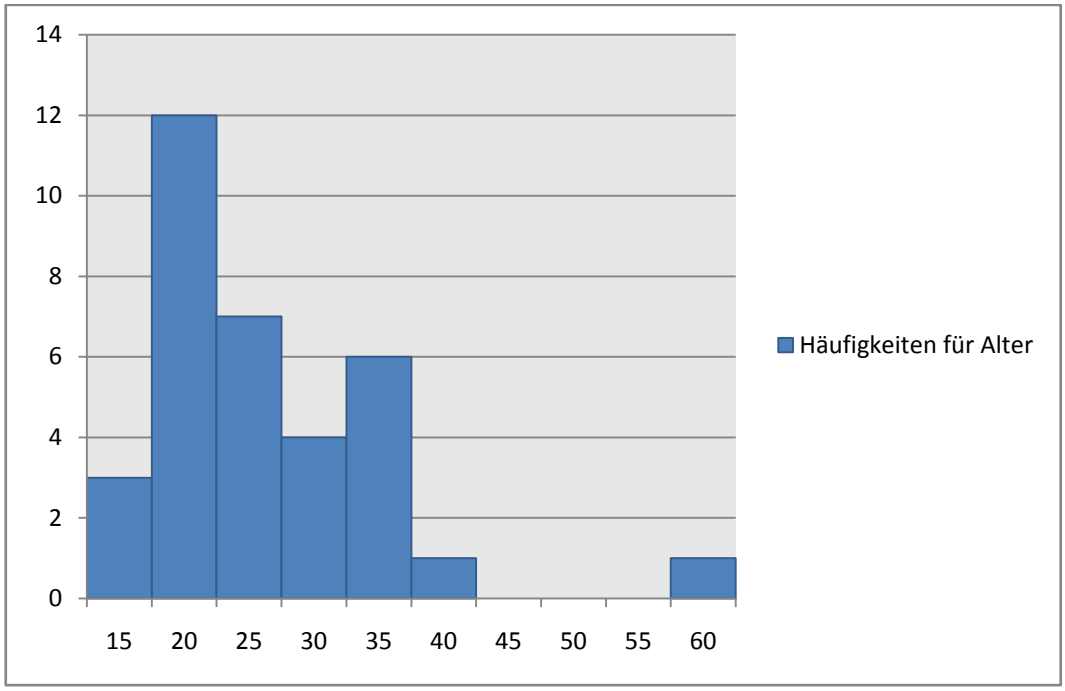

Abbildung 1: Alter der Testpersonen

Im Rahmen der strukturierten Anamnese wurde auch die höchste abgeschlossene Ausbildung erhoben. In der Stichprobe hatte eine Person (2,94%) eine höhere Schule abgeschlossen, acht Personen (23,53%) hatten einen Lehrabschluss, 24 (70,95%) hatten die Pflichtschule absolviert und einer (2,94%) hatte die Sonderschule abgeschlossen.

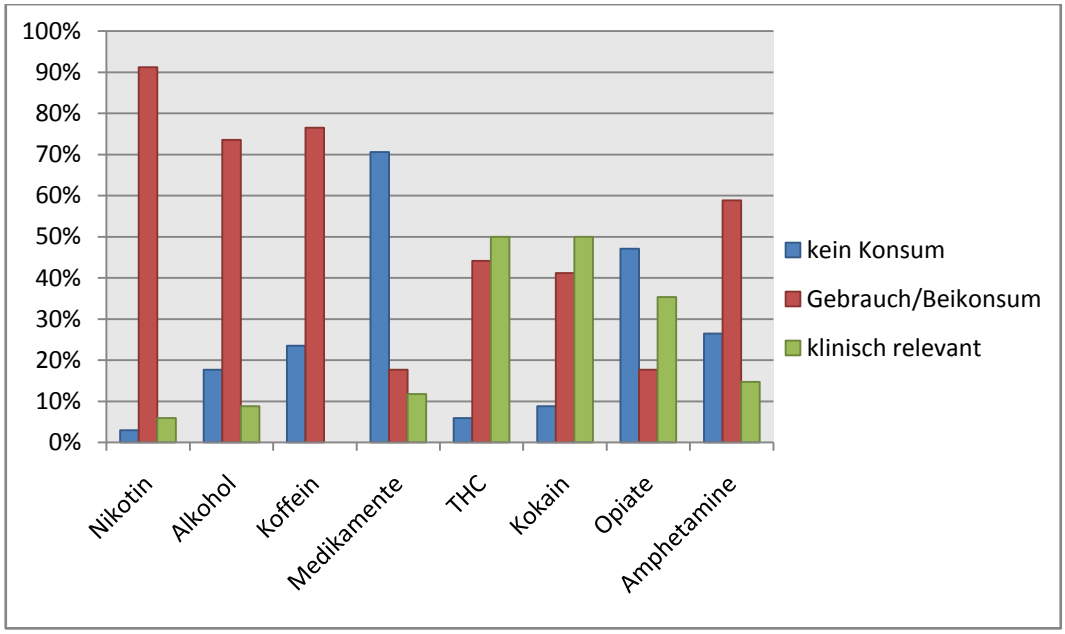

Abbildung 2: Konsumverhalten

Es wurde zudem das Konsumverhalten der Klienten erhoben. Dabei wurde zwischen klinisch relevantem Konsum und klinisch nicht relevantem Konsum beziehungsweise Beikonsum unterschieden. Das Konsumverhalten wird in Abbildung 2 dargestellt.

Im nächsten Abschnitt werden die Ergebnisse der ersten Hypothesenprüfung beschrieben.

10.2 Unterschied zur Normstichprobe

Es wurden die Ergebnisse der Datenerhebung zu Therapiebeginn mit der Normstichprobe verglichen. Da der zweite Zeitpunkt nicht notwendig für diese Analyse ist, konnten hier auch die späteren Dropouts berücksichtigt werden, was zu einer Stichprobengröße von N=40 führt. Dazu wurden für alle vier Fragebögen die z-Werte laut den Normen berechnet und mittels One-Sample-t-Test mit 0 verglichen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 1 aufgelistet. Bei der Interpretation ist darauf zu achten, dass hohe z-Werte beim NHP und BDI schlechte Ergebnisse bedeuten, wohingegen bei der SF-36 und SWE hohe z-Werte für positive Ergebnisse stehen.

Zur besseren Übersicht sind alle signifikanten Ergebnisse in Abbildung 3 illustriert. Dabei wurden die Ergebnisse des NHP und des BDI umgepolt, damit man die Unterschiede und Proportionen besser interpretieren kann.

Wie man erkennen kann, gibt es keinen signifikanten Unterschied in der Selbstwirksamkeitserwartung (SWE). Die Ausprägung der Depression (BDI) ist jedoch signifikant höher bei den „Therapie statt Strafe“-Klienten als bei der Normpopulation, der Unterschied beträgt über eine Standardabweichung.

Bei der SF-36 ist auffallend, dass die psychische Summenskala (SF36_PSK) signifikant schlechtere Werte bei der „Therapie statt Strafe“-Population aufweist als bei der Normpopulation, aber die körperliche Summenskala (SF36_KSK) nicht. Bei Betrachtung der Subskalen fällt auch auf, dass die psychischen Subskalen, wie etwa psychisches Wohlbefinden (SF36_MHI), emotionale Rollenfunktion

(SF36_ROLEM) und soziale Funktionsfähigkeit (SF36_SOCIAL) größere Unterschiede zur Normpopulation aufzeigen als die körperlich orientierten Skalen.

Tabelle 1: Unterschiede zur Normpopulation

Skala	*d*	*t(39)*	p
SWE	0,19	1,146	0,130
NHP_EN	0,64	2,640	0,006**
NHP_PA	0,05	0,408	0,343
NHP_EM	1,44	4,491	<0,001***
NHP_SL	0,65	2,874	0,004**
NHP_SO	0,83	3,099	0,002**
NHP_PM	-0,07	-0,424	0,337
BDI	1,07	3,288	0,001***
SF36_PFI	0,02	0,113	0,455
SF36_ROLPH	-0,47	-2,443	0,010**
SF36_PAIN	-0,15	-0,887	0,190
SF36_GHP	-0,09	-0,532	0,299
SF36_VITAL	-0,46	-2,177	0,018**
SF36_SOCIAL	-0,83	-3,247	0,001***
SF36_ROLEM	-0,91	-3,582	0,001***
SF36_MHI	-0,96	-3,718	0,001***
SF36_KSK	0,15	1,035	0,154
SF36_PSK	-1,12	-4,082	<0,001***

* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001

Der Unterschied zwischen psychischen und körperlichen Skalen ist beim NHP genauso bemerkbar. Es gibt signifikante Unterschiede bei den Skalen Schlafprobleme (NHP_SL), soziale Isolation (NHP_SO), emotionale Reaktion (NHP_EM) und Energieverlust (NHP_EN). Bei den Skalen Schmerz (NHP_PA) und physische Mobilität (NHP_PM) ist kein signifikanter Unterschied zur Normpopulation feststellbar.

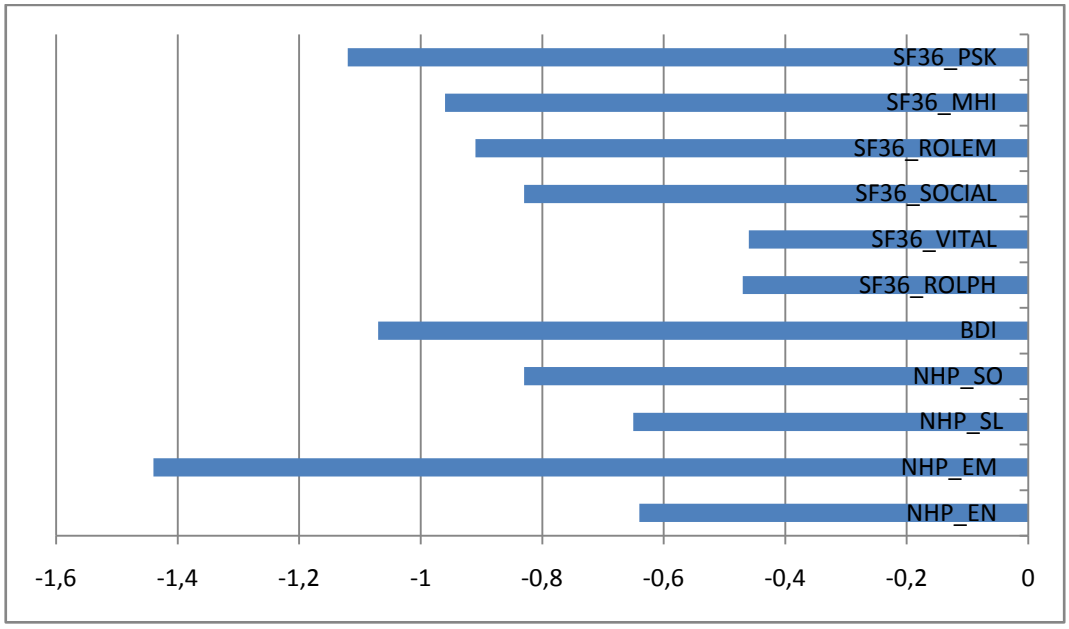

Abbildung 3: Unterschiede in z-Werten

Im nächsten Abschnitt werden die Ergebnisse der zweiten Hypothesenprüfung behandelt.

10.3 Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität innerhalb von sieben Wochen Therapie

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde mittels NHP und SF-36 zu Beginn der Therapie und nach sieben Wochen Therapie erhoben. Nach Kähler (2004) kann die Normalverteilung der Daten angenommen werden, wenn N>30 ist. Dies ist hier gegeben, da die Stichprobengröße 34 Personen umfasst. Deshalb wird die Veränderung in diesem Zeitraum mittels *t*-Test für verbundene Stichproben berechnet. Die Hypothese wurde einseitig formuliert, und die Ergebnisse sind in Tabelle 2 aufgelistet, wobei die SF-36-Summenskalen als z-Werte und die restlichen Skalen als transformierte Werte (0–100) dargestellt sind.

Man kann erkennen, dass signifikante Verbesserungen bei der NHP Schmerzdimension (NHP_PA), bei der NHP-Emotionale-Reaktion-Dimension (NHP_EM), bei der SF-36-Subskala Physische Rollenfunktion (SF36_ROLPH) und in der SF-36 Körperlichen Summenskala (SF36_KSK) nach sieben Wochen Therapie vorliegen. Bei allen anderen Dimensionen kann die Nullhypothese nicht

verworfen werden, es liegen keine signifikanten Unterschiede zwischen den zwei Zeitpunkten vor.

Tabelle 2: Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Skala	MW1	SD1	MW2	SD2	*d*	*t*(33)	p
NHP_EN[1]	20,59	32,84	16,67	30,98	3,92	0,941	0,177
NHP_PA[1]	8,09	14,40	2,57	6,73	5,51	3,124	0,002**
NHP_EM[1]	25,82	30,05	16,67	28,20	9,15	2,202	0,018*
NHP_SL[1]	27,64	33,76	24,12	31,05	3,53	0,757	0,227
NHP_SO[1]	12,35	20,90	8,24	17,83	4,12	1,190	0,121
NHP_PM[1]	5,88	12,40	4,04	9,59	1,84	0,927	0,181
SF36_PFI[1]	87,94	23,20	92,21	16,93	-4,26	-1,227	0,115
SF36_ROLPH[1]	74,26	36,14	91,91	18,17	-17,65	-3,026	0,003**
SF36_PAIN[1]	78,91	28,17	81,44	25,66	-2,53	-,695	0,246
SF36_GHP[1]	69,56	20,57	72,68	20,79	-3,12	-1,040	0,153
SF36_VITAL[1]	57,94	23,30	59,56	21,58	-1,62	-0,522	0,303
SF36_SOCIAL[1]	76,84	29,22	79,41	21,73	-2,57	-0,597	0,278
SF36_ROLEM[1]	73,04	36,72	80,39	33,95	-7,35	-1,358	0,092
SF36_MHI[1]	63,53	24,14	65,41	20,86	-1,88	-,683	0,250
SF36_KSK[2]	0,22	0,16	0,49	0,11	-0,27	-1,358	0,017*
SF36_PSK[2]	-0,83	0,28	-0,72	0,24	-0,11	-0,683	0,263

* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001, [1] Transformierte Daten (0–100), [2] z-Werte

10.4 Veränderung der Ausprägung der Depression und der Selbstwirksamkeitserwartung nach sieben Wochen Therapie

Wie im vorherigen Abschnitt (s. Abschnitt 10.3) kann nach Kähler (2005) die Normalverteilung der Daten angenommen werden, und es wird ein *t*-Test für verbundene Stichproben gerechnet. Die Ergebnisse sind wie folgt:

Bei der Ausprägung der Depression, die durch den BDI erhoben wurde, ist eine signifikante Verbesserung zwischen Therapiebeginn (MW(SD)=9,97(8,75)) und nach sieben Wochen Therapie (MW(SD)=7,97(9,03), *t*(33)=2,314, p=0,018), festzustellen.

Jedoch kann bei der Selbstwirksamkeitserwartung, erhoben durch den SWE, die Nullhypothese nicht verworfen werden (MW1(SD)=31,26(3,96), MW2(SD)=32,24 (5,22), *t*(33)=-1,266, p=0,087), da kein signifikanter Unterschied zwischen Therapieanfang und sieben Wochen Therapie feststellbar ist.

10.5 Qualität und Unterschiede von NHP und SF-36

In diesem Abschnitt werden die zwei Fragebögen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität anhand ihrer psychometrischen Eigenschaften zur Anwendung im Suchtbereich untersucht und miteinander verglichen, damit eine Empfehlung über den Einsatz eines dieser generischen Verfahren im Suchtbereich gegeben werden kann.

Zur Erhebung der Qualität werden Trennschärfen sowie Boden- und Deckeneffekte berechnet. Anhand der visuellen Analogskala (VAS), den Receiver Operating Characteristic (ROC)-Kurven und der relativen Validität werden weitere Eigenschaften der Verfahren beschrieben und miteinander in Beziehung gesetzt.

10.5.1 Trennschärfen, Boden- und Deckeneffekte

Unter dem Begriff der Trennschärfe versteht man, wie gut ein einzelnes Item eine Subskala, die aus den restlichen Items gebildet wird, widerspiegelt (Bühner, 2006). Solch eine Skala, für die ein Item ziemlich typisch sein soll, besteht meist aus mehreren Items, die inhaltlich dieselbe Eigenschaft erfassen, und deshalb soll die Korrelation zwischen Item und restlicher Skala hoch sein (Bühner, 2006). Für den NHP und die SF-36 sind die Trennschärfen in Tabelle 3 aufgelistet.

Beim NHP konnte die Trennschärfe eines Items nicht berechnet werden (von Item n35: „Ich brauche Hilfe, wenn ich mich außer Haus bewegen will (z.B. einen Stock oder jemanden, der mich stützt).“), da alle Probanden bei diesem Item „Nein“ ankreuzten und somit keine Varianz vorliegt. Des Weiteren haben 15 der insgesamt 38 Items eine Trennschärfe kleiner 0,5, wohingegen nur zwei Items der 36 Items des SF-36 eine Trennschärfe kleiner 0,5 aufweisen.

Tabelle 3: Trennschärfen – NHP und SF-36

NHP			SF-36		
Skala	Item	Trennschärfe	**Skala**	Item	Trennschärfe
EN	n01	0,680	**NFI**	pfi01	0,703
	n12	0,613		pfi02	0,754
	n26	0,710		pfi03	0,674
PA	n02	0,541		pfi04	0,893
	n04	0,237		pfi05	0,826
	n08	0,306		pfi06	0,768
	n19	0,578		pfi07	0,893
	n24	0,497		pfi08	0,83
	n28	0,233		pfi09	0,812
	n36	0,552		pfi010	0,558
	n38	0,052	**ROLPH**	rolph1	0,698
EM	n03	0,780		rolph2	0,615
	n06	0,689		rolph3	0,723
	n07	0,580		rolph4	0,597
	n16	0,664	**PAIN**	pain1	0,856
	n20	0,728		pain2	0,856
	n23	0,604	**GHP**	ghp1	0,53
	n31	0,609		ghp2	0,367
	n32	0,614		ghp3	0,588
	n37	0,765		ghp4	0,381
SL	n05	0,444		ghp5	0,549
	n13	0,464	**VITAL**	vital1	0,741
	n22	0,749		vital2	0,647
	n29	0,663		vital3	0,689
	n33	0,666		vital4	0,621
SO	n09	0,604	**SOCIAL**	social1	0,563
	n15	0,505		social2	0,563
	n21	0,555	**ROLEM**	rolem1	0,726
	n30	0,394		rolem2	0,681
	n34	0,421		rolem3	0,698
PM	n10	0,269	**MHI**	mhi1	0,657
	n11	0,391		mhi2	0,649
	n14	0,431		mhi3	0,632
	n17	0,697		mhi4	0,695
	n18	0,269		mhi5	0,771
	n25	0,431			
	n27	0,575			
	n35	-			

Boden- und Deckeneffekte kommen dann vor, wenn ein Fragebogen Personen mit verschieden starken Merkmalausprägungen in dieselbe unterste oder oberste Kategorie einstufen muss, weil die Merkmalausprägung von Personen ab einem gewissen Grad von dem psychologisch-diagnostischen Verfahren nicht mehr zuverlässig gemessen werden kann, sprich ein Verfahren,

Verschlechterungen oder Verbesserungen nicht mehr zuverlässig beschreiben kann (Bühner, 2006).

In den Summenskalen der SF-36 gibt es keine Boden- und Deckeneffekte, beim NHP gibt es keinen Deckeneffekt, jedoch einen Bodeneffekt von 34%. In den einzelnen Dimensionen beider Fragebögen gibt es jedoch hohe Bodeneffekte. In Tabelle 4 sind für alle Skalen das Cronbachsche Alpha aufgelistet. Das Cronbachsche Alpha ist ein Maß für die innere Konsistenz. Es wird der Tests in k Testteile geteilt und dann die Varianz des Testes mit der der Testteile in Beziehung gesetzt (Moosbrugger & Hartig, 2003).

Tabelle 4: Cronbachsches Alpha

NHP		SF-36	
Skala	**Cronbachsches Alpha**	**Skala**	**Cronbachsches Alpha**
gesamt	0,93	**gesamt**	0,94
EN	0,81	**PFI**	0,94
PA	0,70	**ROLPH**	0,83
EM	0,90	**PAIN**	0,89
SL	0,81	**GHP**	0,72
SO	0,73	**VITAL**	0,84
PM	0,70	**SOCIAL**	0,72
		ROLEM	0,84
		MHI	0,86

Es ist zu erkennen, dass beide Fragebögen gute Cronbachsche Alpha-Werte aufweisen, die der SF-36 jedoch durchwegs etwas höher sind. Im nächsten Abschnitt werden die ROC-Kurven berechnet.

10.5.2 Receiver Operating Characteristic-Kurven (ROC-Kurven)

Mit der ROC-Analyse, die auf der Messung der Sensitivität und der Spezifität beruht, kann die Leistung eines Verfahrens mit der idealen Leistung verglichen werden (Hanley & McNeil, 1982). Die ROC-Kurve zeigt, wie gut ein Verfahren anhand des Kriteriums differenzieren kann. Die Validität eines Tests wird durch die Sensitivität (Anteil der richtig-positiv erkannten Personen unter allen positiven Testergebnissen) und Spezifität (Anteil der richtig-negativ erkannten Personen unter allen negativen Testergebnissen) beschrieben (Mancuso et al.,

2001). In dieser Arbeit wird als Kriteriums-Variable der Mediansplit der Visuellen Analogskala (VAS) verwendet. Somit wird untersucht, ob die Verfahren in der Lage sind, innerhalb der „Therapie statt Strafe“-Population zwischen den Personen zu unterscheiden, denen es gut geht und denen es schlecht geht. Dabei werden die ROC-Kurven aus Sensitivität und 1-Spezifitätspaaren gebildet. Im Idealfall hat die Kurve die Form eines umgekehrten L und das linke obere Eck (Sensitivität von 1 und Spezifität von 1) wird von der Funktion berührt (Hanley & McNeil, 1982). Die Fläche unter der Kurve ist im Idealfall 1 und im schlechtesten Fall 0,5, wenn das Verfahren nicht besser ist als der Zufall. Mittels dieser Fläche können Skalen miteinander verglichen werden. Je größer die Fläche unter der Kurve ist, desto besser sind die diskriminativen Eigenschaften der Skala (Hanley & McNeil, 1982). Die Berechnung der ROC-Kurven sowie die Fläche unter den Kurven wurde mit der Software SPSS Version 16.00 vorgenommen.

In Abbildung 4 sind die ROC-Kurven des NHP aufgezeichnet, deren Flächen unter der Kurve sich signifikant von 0,5 unterscheiden.

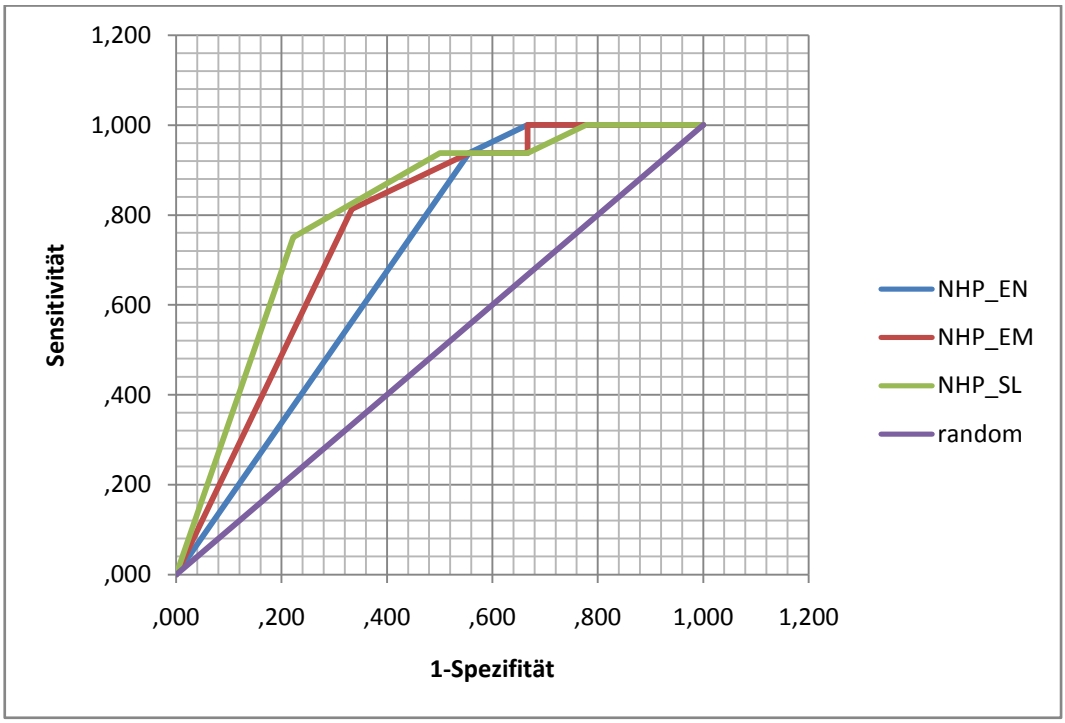

Abbildung 4: ROC-Kurve NHP

Es ist anzumerken, dass nur die Hälfte der Skalen sich besser als eine Zufallsentscheidung eignet, um den Gesundheitszustand vorherzusagen. Die Flächen der Skalen NHP-Energie, NHP-Emotionale Reaktion und NHP-Schlaf unterscheiden sich signifikant von 0,5. Die Flächen unter den Kurven können in Tabelle 5 nachgelesen werden.

In Abbildung 5 sind die Kurven der SF-36-Summenskalen illustriert. Die Flächen sowohl der körperlichen als auch der psychischen Summenskala unterscheiden sich signifikant von 0,5.

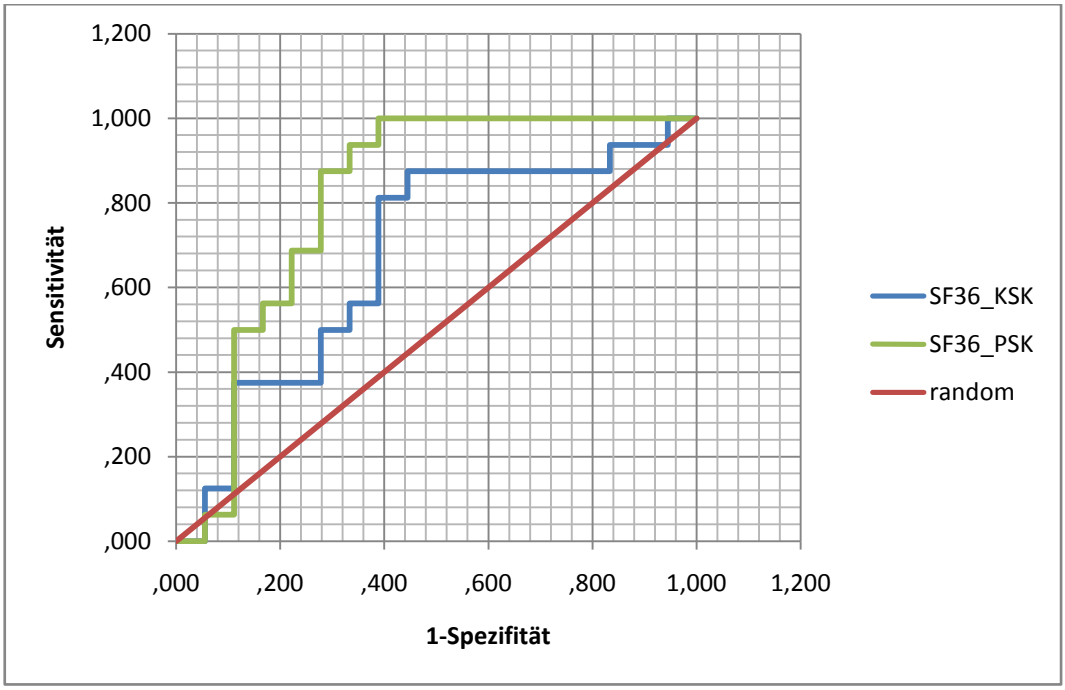

Abbildung 5: ROC-Kurve SF-36

In Tabelle 5 sind alle Flächen unter den ROC-Kurven, die Konfidenzintervalle und die p-Werte aufgelistet. Bei Betrachtung der Konfidenzintervalle kann kein signifikanter Unterschied zwischen den zwei Verfahren festgestellt werden. Es ist jedoch zu beachten, dass die Fläche aller Skalen der SF-36, außer der Skala der physischen Rollenfunktion, sich signifikant von 0,5 unterscheiden, beim NHP jedoch nur die Hälfte der Skalen einen signifikanten Unterschied der Flächen unter der Kurve von 0,5 aufweisen.

Tabelle 5: Flächen unter den ROC-Kurven

Skala	Fläche	Standard Error	sig.	min	max
SF36_PFI	0,698	0,091	0,049*	0,520	0,876
SF36_ROLPH	0,694	0,091	0,053	0,516	0,873
SF36_PAIN	0,727	0,091	0,024*	0,550	0,905
SF36_GHP	0,724	0,088	0,026*	0,551	0,897
SF36_VITAL	0,769	0,083	0,007**	0,607	0,931
SF36_SOCIAL	0,858	0,068	<0,001***	0,725	0,990
SF36_ROLEM	0,755	0,085	0,011*	0,589	0,921
SF36_MHI	0,771	0,084	0,007**	0,607	0,935
SF36_KSK	0,674	0,096	0,084	0,486	0,861
SF36_PSK	0,813	0,079	0,002**	0,657	0,968
NHP_EN	0,701	0,090	0,045*	0,524	0,879
NHP_PA	0,583	0,098	0,408	0,390	0,776
NHP_EM	0,767	0,082	0,008**	0,606	0,929
NHP_SL	0,804	0,077	0,003**	0,653	0,955
NHP_SO	0,635	0,096	0,178	0,448	0,823
NHP_PM	0,583	0,098	0,408	0,390	0,776

* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001

Es ist anzumerken, dass sich beide Verfahren gut dazu eignen, den Gesundheitszustand vorherzusagen. Im nächsten Abschnitt wird die relative Validität beider Verfahren betrachtet und ein direkter Vergleich angestellt.

10.5.3 Relative Validität

Unter der relativen Validität versteht man einen Vergleich der zu validierenden Methode, beispielsweise eines Fragebogens, mit einer Referenzmethode, wie beispielsweise einem Außenkriterium, von der man annimmt, dass sie eine gute Validität besitzt (Mancuso et al., 2001). Die Visuelle Analogskala (VAS) ist dabei in Quartile eingeteilt worden und stellt die Basis für die Berechnung der relativen Validität dar. Dazu wird für jede Subskala eine einfaktorielle Varianzanalyse, mit der Quartilseinteilung der VAS als unabhängige Variable und der Ausprägung der Subskala als abhängige Variable, durchgeführt. Ist eine Subskala in der Lage, besonders gut zu differenzieren, sollen die Mittelwerte der Quartilgruppen in einer linearen Beziehung stehen und sehr unterschiedlich sein, da die Unterschiede für eine gute Diskriminationsfähigkeit stehen (König, Jagsch, Kryspin-Exner & Koriska, 2008). Zur Interpretation werden die F-ratio-Werte der berechneten einfaktoriellen Varianzanalysen verwendet. Zum Vergleich der

Skalen innerhalb und zwischen den Fragebögen wird eine Normierung der Werte auf den minimalsten F-ratio-Wert vorgenommen (Mancuso et al., 2001).

Die Voraussetzung der Homogenität der Varianzen, die für die einfaktorielle Varianzanalyse gegeben sein muss, wird mittels Levene-Test überprüft. Wenn die Homogenität der Varianzen nicht angenommen werden kann, wird statt des F-ratio-Wertes der Brown-Forsynthe F-ratio-Wert verwendet, der sehr robust gegen die Verletzung der Voraussetzung der Homogenität der Varianzen ist (Field, 2005).

Tabelle 6: Relative Validität

Skala	F-ratio	relative Validität
NHP_EN	9,13	3,86
NHP_PA	2,36	1,00
NHP_EM	12,25	5,19
NHP_SL	5,07	2,15
NHP_SO	5,69	2,41
NHP_PM	3,05	1,29
SF36_PFI	5,65	2,39
SF36_ROLPH	6,36	2,69
SF36_PAIN	3,86	1,63
SF36_GHP	5,99	2,54
SF36_VITAL	7,21	3,05
SF36_SOCIAL	9,95	4,21
SF36_ROLEM	6,38	2,70
SF36_MHI	7,63	3,23
SF36_KSK	3,15	1,33
SF36_PSK	8,74	3,70

In Tabelle 6 sind die Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalysen aufgelistet. Die F-ratio-Werte sind die Ergebnisse der ANOVAs, und die relative Validität wurde auf den F-ratio-Wert der NHP-Schmerz-Skala normiert, da diese den kleinsten F-ratio-Wert zeigt.

Zur besseren Illustration und zum Vergleich sind die relativen Validitäten in Abbildung 6 dargestellt.

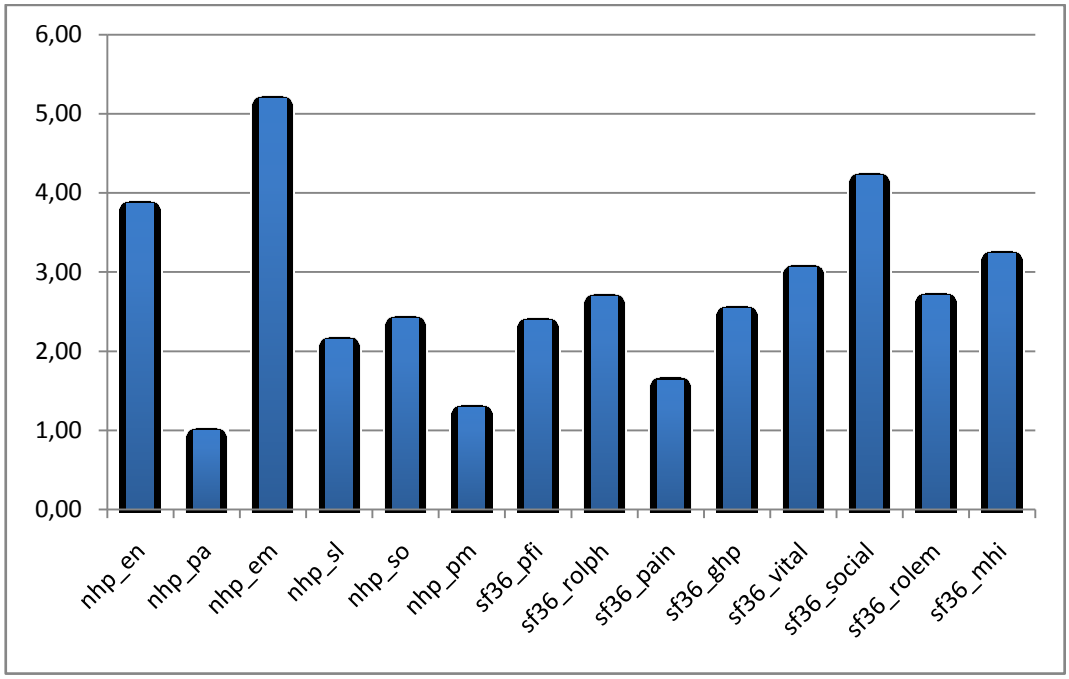

Abbildung 6: Relative Validität

Die höchsten Werte der relativen Validität hat die Skala NHP-Emotionale Reaktion, danach kommt die Skala Soziale Isolation der SF-36, die Energieverlust-Skala des NHP sowie die Skala des psychischen Wohlbefindens der SF-36. Wichtig anzumerken ist, dass hohe Werte der relativen Validität psychisch orientierte Skalen zeigen und die körperlich orientierten Skalen eher geringere Werte aufweisen.

10.6 Prädiktoren für die gesundheitsbezogene Lebensqualität

In diesem Abschnitt wird untersucht, ob das Alter, das Geschlecht, die Ausprägung der Depression sowie die Selbstwirksamkeitserwartung Prädiktoren für eine gute versus schlechte gesundheitsbezogene Lebensqualität sind. Hierzu wurde für die Summenskalen der SF-36 ein Mediansplit durchgeführt, sodass es für jede Summenskala zwei Gruppen gibt, einerseits die Gruppe der Personen, denen es schlecht hinsichtlich des Konstrukts der Skala geht, und andererseits die Gruppe der Personen, denen es gut hinsichtlich des Konstrukts der Skala geht. Wenn die Ausprägung unter dem Median liegt, wird mit 0 codiert, liegt sie über dem Median, wird mit 1 codiert. Diese so berechneten dichotomen

Variablen wurden jeweils als abhängige Variable im Rahmen einer rückwärts schrittweisen logistischen Regression verwendet.

In Tabelle 7 und Tabelle 8 sind die Ergebnisse der logistischen Regressionen aufgelistet.

Tabelle 7: Logistische Regression – psychische Summenskala der SF-36 (SF36_PSK)

	Prädiktor	**B**	**SE**	**Exp(B)**	**p**
Schritt 1	Alter	-0,011	-0,011	0,989	0,846
	Geschlecht	3,849	3,849	46,965	0,120
	BDI	-2,281	-2,281	0,102	0,007**
	SWE	0,791	0,791	2,205	0,456
	Konstante	-2,515	-2,515	0,081	0,425
Schritt 2	Geschlecht	3,904	3,904	49,597	0,112
	BDI	-2,294	-2,294	0,101	0,006**
	SWE	0,778	0,778	2,176	0,462
	Konstante	-2,886	-2,886	0,056	0,248
Schritt 3	Geschlecht	4,021	4,021	55,778	0,102
	BDI	-2,531	-2,531	0,080	0,003**
	Konstante	-2,587	-2,587	0,075	0,287
Schritt 4	BDI	-1,813	-1,813	0,163	0,002**
	Konstante	1,338	1,338	3,810	0,031

R^2=0,545(Cox & Snell), 0,727(Nagelkerke), χ^2=31,528, p<0,001, * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001

Der BDI-Score stellt einen sehr guten Prädiktor für die Ausprägung der psychischen Summenskala der SF-36 dar. Je höher der Score im BDI, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit für eine gute psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität.

Auch für die physische Summenskala stellt die Ausprägung der Depression, erhoben mittels BDI, einen guten Prädiktor dar. Alle anderen Variablen sind nicht signifikant und somit keine Prädiktoren für die gesundheitsbezogene Lebensqualität.

Tabelle 8: Logistische Regression – körperliche Summenskala der SF-36 (SF36_PSK)

	Prädiktor	**B**	**SE**	**Exp(B)**	**p**
Schritt 1	Alter	0,020	0,056	1,020	0,719
	Geschlecht	0,955	1,606	2,598	0,552
	BDI	-0,966	0,394	0,381	0,014*
	SWE	1,210	0,814	3,353	0,137
	Konstante	-1,174	2,520	0,309	0,641
Schritt 2	Geschlecht	0,844	1,581	2,327	0,593
	BDI	-0,920	0,373	0,399	0,014*
	SWE	1,223	0,814	3,397	0,133
	Konstante	-0,512	1,734	0,599	0,768
Schritt 3	BDI	-0,818	0,303	0,441	0,007**
	SWE	1,211	0,797	3,358	0,129
	Konstante	0,363	0,545	1,438	0,505
Schritt 4	BDI	-1,003	0,313	0,367	0,001***
	Konstante	0,856	0,460	2,353	0,063

R^2=0,383(Cox & Snell), 0,580(Nagelkerke), χ^2=19,305, p<0,001, * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001

Im nächsten Abschnitt werden die Ergebnisse diskutiert, miteinander in Beziehung gesetzt und interpretiert.

11 Diskussion

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse inhaltlich interpretiert und diskutiert. Im Anschluss werden Kritik an der Untersuchung und Verbesserungsvorschläge angebracht. Außerdem werden Vorschläge für die zukünftige Forschung angeführt.

11.1 Interpretation der Ergebnisse

Zur Interpretation der Ergebnisse werden die Hypothesen der Reihenfolge nach angeführt, aufgearbeitet und interpretiert. Die „Therapie statt Strafe“-Population unterscheidet sich signifikant in den meisten Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der Depression von der Normalpopulation. Dies wurde mittels eines Vergleiches mit den zugehörigen Normen festgestellt. Vor allem in den psychischen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zeigen die „Therapie statt Strafe“-Klienten schlechtere Werte. Auch in der Dimension der Schlafprobleme, des Energieverlusts und des physischen Rollenverständnis gibt es Einschränkungen gegenüber der Normalpopulation. Bei der Selbstwirksamkeitserwartung ist kein Unterschied festzustellen, was darauf zurückzuführen sein kann, dass sich „Therapie statt Strafe“-Klienten hinsichtlich dieses Konstrukts nicht eingeschränkt fühlen, da sie die gleiche Vorstellung wie die Referenzpopulation haben, etwas erreichen zu können, beziehungsweise sich in der Lage sehen, ihr Leben zu steuern oder verändern zu können. Dieses Ergebnis steht in Einklang mit den Studien von Boothby und Durham (1999), Ryan und White (1996) und Smith und Larson (2003).

Bei der Untersuchung der Auswirkung der Therapie auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität, auf die Selbstwirksamkeitserwartung und auf die Ausprägung der Depression, die nach sieben Wochen stattgefunden hat, konnte festgestellt werden, dass in einigen Dimensionen bereits nach sieben Wochen eine Verbesserung stattgefunden hat. Die Ausprägung der Depression ist zurückgegangen, und es gibt Verbesserungen in den körperlichen Komponenten

der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, der physischen Rollenfunktion, des Schmerzes und bei der emotionalen Reaktion. Bei der Selbstwirksamkeitserwartung kann keine Verbesserung innerhalb der Therapie festgestellt werden. Man sieht, dass alle signifikanten Ergebnisse Verbesserungen des jeweiligen Konstrukts bedeuten und dass die Therapie eine positive Auswirkung auf die vorhin genannten Komponenten hat und den Personen mit Suchtproblemen hilft, trotz des quasi gezwungenen Kontextes der Therapie. Dies unterstreicht den Nutzen von „Therapie statt Strafe"-Maßnahmen. Wichtig ist an dieser Stelle nochmals zu betonen, dass dies nach nur sieben Wochen Therapie, wie auf Basis von Winklbaur et al. (2008) und Torrens et al. (1997) angenommen, festgestellt werden konnte.

Im Vergleich der Fragebögen SF-36 und NHP zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei der Suchtpopulation schneidet die SF-36 besser ab. Hinsichtlich der relativen Validität, gemessen an der aktuellen Gesundheitseinschätzung, gelten beide Fragebögen als gut, die SF-36 weist weniger niedrige Werte auf, aber die Skala „Emotionale Reaktion" des NHP weist den höchsten Wert der relativen Validität auf. Trotzdem weist die SF-36 ein konstanteres Bild und somit ein besseres Ergebnis auf. Bei den Receiver Operating Characteristic Curves ist die SF-36 knapp zu bevorzugen, da alle Subskalen bis auf eine eine Fläche, die sich signifikant von 0,5 unterscheidet, aufweist, beim NHP jedoch nur drei der sechs Skalen, diese aber mit hohen Werten. Die klaren Vorteile der SF-36 sind erst bei den Trennschärfen und den Boden- und Deckeneffekten zu erkennen, nur zwei der 36 Items weisen eine Trennschärfe kleiner 0,5 auf, wohingegen 15 der 38 Items des NHP eine Trennschärfe kleiner 0,5 haben. Die SF-36 hat in dieser Population keine Boden- und Deckeneffekte, das NHP jedoch beachtliche. In kommenden Studien im Suchtbereich sollte die SF-36 zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität verwendet werden, wenn es keine speziellen Gründe für den Einsatz des NHP gibt und ein generischer Fragebogen gewünscht ist. Wenn jedoch die Möglichkeit besteht, beide Verfahren einzusetzen, kann das an dieser

Stelle durchaus empfohlen werden, da so mehr Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erfasst werden können.

Bei der Untersuchung der Prädiktoren für die gesundheitsbezogene Lebensqualität konnte festgestellt werden, dass die Ausprägung der Depression, wie sie durch das BDI erhoben wird, zur Vorhersage der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von „Therapie statt Strafe“-Klienten herangezogen werden kann. Hohe Werte der Depression machen es sowohl in den psychischen als auch in den körperlichen Komponenten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, wie sie von der SF-36 erhoben werden, wahrscheinlicher eine niedrige Ausprägung zu haben. Die anderen Variablen, die als mögliche Prädiktoren in Betracht gezogen wurden, das Alter, das Geschlecht und die Fragebogenvariable Selbstwirksamkeitserwartung, hatten keine signifikanten Ergebnisse und können somit weder als Prädiktoren für die psychische noch für die körperliche Komponenten der gesundheitsbezogene Lebensqualität herangezogen werden. Lediglich wenn ein „Therapie statt Strafe“-Klient eine hohe Ausprägung in der Dimension der Depression hat, kann eine schlechte gesundheitsbezogene Lebensqualität erwartet beziehungsweise vorhergesagt werden.

Im nächsten Abschnitt wird die Studie kritisch betrachtet, es werden Verbesserungsvorschläge für zukünftige Studien in diesem Bereich gemacht und resultierende Fragestellungen vorgestellt, die von Interesse sind.

11.2 Kritik und Forschungsausblick

Die größte Kritik der Studie betrifft den Zeitraum, in der sie durchgeführt wurde. Es kann keine Aussage getroffen werden, ob die Therapie ein Erfolg ist oder nicht, da nur die ersten sieben Wochen der Therapie betrachtet wurden. Wünschenswert wäre es, den Therapieverlauf zu verfolgen und Erhebungen zum Beispiel vor der Therapie, nach sieben Wochen, nach drei, sechs und zwölf Monaten sowie am Ende der Therapie vorzunehmen, zudem wäre eine Follow-up-Untersuchung (eine Untersuchung nach Beendigung der Therapie) von

Interesse. Dies konnte in dieser Studie wegen der beschränkten Zeit leider nicht untersucht werden.

Ein anderer Kritikpunkt ist, dass die Datenerhebung nur beim Verein P.A.S.S in Wien vorgenommen worden war. Durch die begrenzten Mittel konnte in keinen anderen Städten erhoben werden, und in Wien stellte nur der Verein P.A.S.S seine Klienten zur Verfügung. Eine Kooperation mit anderen Vereinen konnte nicht erfolgreich hergestellt werden. Dies stellt eine Einschränkung der Generalisierbarkeit der Ergebnisse dar und erlaubt keinen Vergleich von unterschiedlichen Therapiemaßnahmen.

Eine weitere Einschränkung stellt der Stichprobenumfang dar, da mit einer Stichprobengröße von 34 Personen nur große Effekte erkannt werden können, aber kleinere Effekte, die vielleicht bei einem größeren Stichprobenumfang erkennbar gewesen wären, nicht detektiert werden können.

Beim Vergleich der Fragebögen SF-36 und NHP zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei der Suchtpopulation wurde zur Berechnung der relativen Validität und bei der ROC-Analyse eine visuelle Analogskala mit einer Frage nach dem derzeitigen Gesundheitszustand als Kriterium verwendet. Dies stellt zwar eine gute Möglichkeit der Validierung dar, wie etwa durch Mancuso et al. (2001) argumentiert, ist aber keineswegs ein so genannter „Gold Standard“, der allgemeine Gültigkeit hat. Die relative Validität und die ROC-Analyse beziehen sich nur auf die derzeitige subjektive Gesundheitseinschätzung und sind auch als solche zu interpretieren. Es bleibt jedoch offen, bessere Kriterien zur Validierung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu finden.

Der Unterschied zur Normalpopulation ist auch nur bedingt richtig, da die Altersverteilung der Normen sich von der Altersverteilung der untersuchten Population unterscheidet. Die Ergebnisse sind also als Unterschied zur Normpopulation und nicht als Unterschied zur Normalpopulation zu sehen, die Generalisierbarkeit der Ergebnisse liegt somit nur bedingt vor. Es kann etwa bei

den Ergebnissen beobachtet werden, dass zu Beginn der Therapie die untersuchten Personen in der körperlichen Summenskala der SF-36 nicht eingeschränkt im Vergleich zur Normpopulation sind, jedoch nach sieben Wochen eine Verbesserung feststellbar ist. Dies könnte dadurch begründet sein, dass die untersuchte Population jünger ist als die Normpopulation.

Ein interessanter Aspekt der „Therapie statt Strafe“, der in dieser Studie leider nicht untersucht werden konnte, wäre ein Vergleich der Personen, die die Therapie abbrechen, mit denen, die die Therapie erfolgreich abgeschlossen haben, anhand der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Des Weiteren wäre interessant zu untersuchen, ob sich der Therapieerfolg bei Menschen, die freiwillig in die Therapie einsteigen, von denen, die durch das „Therapie statt Strafe“-Programm quasi zur Therapie gezwungen werden, unterscheidet.

Des Weiteren wäre es interessant zu untersuchen, wie sich unterschiedliche Therapieformen anhand der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bewerten lassen, da im Suchtbereich viele Therapien unterschiedlicher Schulen eingesetzt werden.

12 Zusammenfassung

In einer nach dem Suchtmittelgesetz anerkannten Suchtbehandlungseinrichtung, die „Therapie statt Strafe“ anbietet, dem Verein P.A.S.S in Wien, wurden 34 Klienten (30 Männer und vier Frauen im Alter zwischen 18 und 60 Jahren) mit einem Suchtproblem, die eine „Therapie statt Strafe“ absolvierten, im Zeitraum von März 2008 bis Oktober 2008 befragt. Die Untersuchung wurde als eine Längsschnittuntersuchung zu zwei Zeitpunkten durchgeführt, am Beginn der Suchttherapie und nach etwa sieben Wochen Therapie. Außerdem wurde ein Vergleich der beiden Verfahren zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, SF-36 und NHP, durchgeführt.

Die soziodemographischen und krankheitsbezogenen Daten der Klienten wurden durch den Verein P.A.S.S erfasst und für die Studie übernommen. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde mit dem SF-36-Fragebogen zum Gesundheitszustand (Bullinger & Kirchberger, 1998) und dem Nottingham Health Profile (Kohlmann, Bullinger, Hunt & McKenna, 1992) erfasst. Zur Erhebung der Selbstwirksamkeitserwartung wurde die Skala zur Erfassung der Selbstwirksamkeit (Schwarzer & Jerusalem, 1999) und zur Erfassung der Ausprägung der Depression das Becks Depressions-Inventar (Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1994) verwendet. Jede Testperson positionierte sich zudem zum zweiten Untersuchungszeitpunkt durch eine Markierung auf einer visuellen Analogskala, die wie folgt formuliert war: „Wie beurteilen Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand?“

Die Zielsetzung dieser Untersuchung war, mögliche Veränderungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von „Therapie statt Strafe“-Klienten sowie mögliche Veränderungen von deren kognitiven und emotionalen Komponenten im Therapieverlauf aufzuzeigen. Die Testpersonen wurden hinsichtlich der Lebensqualität, der Selbstwirksamkeitserwartung sowie der Ausprägung der Depression miteinander verglichen. Des Weiteren wurde untersucht, ob sich die „Therapie statt Strafe“-Klienten hinsichtlich dieser Dimensionen von der Normpopulation unterscheiden, ob die Ausprägung der Depression, die

Selbstwirksamkeitserwartung, das Alter und das Geschlecht als Prädiktoren für die gesundheitsbezogene Lebensqualität verwendet werden können und inwieweit sich die eingesetzten Fragebögen zur Erfassung der Lebensqualität hinsichtlich ihrer Qualität, berechnet mittels relativer Validität, Receiver Operating Characterisitc (ROC) Kurven, Trennschärfen und dem Cronbachschen Alpha unterscheiden.

Generell konnte festgestellt werden, dass es der „Therapie statt Strafe“-Population bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der Depression signifikant schlechter geht als der Normalpopulation. Bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität konnte bei fast allen Subskalen dieser Unterschied festgestellt werden, vor allem aber bei den psychischen Dimensionen besteht ein sehr großer Unterschied. Das Konstrukt der Selbstwirksamkeitserwartung unterscheidet sich jedoch nicht signifikant von der Normalpopulation. Allgemein kann davon ausgegangen werden, dass es der „Therapie statt Strafe“-Population deutlich schlechter geht als der Normalpopulation.

Um die Auswirkung der Therapie auf die Konstrukte gesundheitsbezogene Lebensqualität, Depression und Selbstwirksamkeitserwartung zu erheben, wurden diese zu Beginn und nach sieben Wochen Therapie erfasst und in Beziehung gesetzt. Signifikante Verbesserungen liegen bei der Ausprägung der Depression, bei der emotionalen Reaktion sowie bei den körperlichen Komponenten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität vor. Interessant wäre auch noch eine Untersuchung dieser Konstrukte über einen längeren Zeitraum der Therapie.

Im Vergleich der Fragebögen SF-36 und NHP zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität schneidet bei der Suchtpopulation die SF-36 besser ab. Bezüglich relativer Validität, gemessen am Außenkriterium der aktuellen Gesundheitseinschätzung, und der Receiver Operating Characteristic Curves sind beide Fragebögen gut zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Suchtbereich geeignet, jedoch bezüglich der Trennschärfen

und der Boden- und Deckeneffekte weist das NHP im Gegensatz zur SF-36 erhebliche Mängel auf.

Die Depression, die Selbstwirksamkeitserwartung, das Alter sowie das Geschlecht wurden als Prädiktoren für die körperliche und psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität untersucht. Es konnte festgestellt werden, dass es durch eine hohe Ausprägung der Depression wahrscheinlicher ist, dass es einer Person hinsichtlich der psychischen und körperlichen Komponenten der Lebensqualität schlechter geht. Bei den anderen Variablen konnte kein Zusammenhang festgestellt werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Personen, die in ein „Therapie statt Strafe“-Programm eintreten, bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der Ausprägung der Depression eingeschränkt sind. Die Therapie, die in einem quasi gezwungenen Kontext stattfindet, hat dennoch positive Auswirkungen auf diese Konstrukte und bietet somit den Personen mit Suchtproblemen eine Unterstützung auf physischer und psychischer Ebene.

13 Abstract

Deutsch:

Straffällig gewordene Personen mit einer Suchterkrankung, die durch das „Therapie statt Strafe“-Programm eine Therapie absolvieren, wurden hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, der Ausprägung der Depression und der Selbstwirksamkeitserwartung untersucht. Untersucht wurden 34 Personen mittels Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36), Nottingham Health Profile (NHP), Becks Depressions-Inventar (BDI) und Skala zur Erfassung von Selbstwirksamkeit (SWE) zu Beginn und nach sieben Wochen Therapie. Bei Eintritt in die Therapie ist eine Einschränkung in fast allen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Vergleich zur Normalpopulation zu sehen. Nach sieben Wochen Therapie ist eine signifikante Verbesserung in einigen Dimensionen der Lebensqualität und in der Ausprägung der Depression zu erkennen. Beim Vergleich der Verfahren SF-36 und NHP zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Patienten mit Suchterkrankung schneidet die SF-36 hinsichtlich der relativen Validität, der ROC-Analyse und bei der psychometrischen Untersuchung der Trennschärfen sowie der Boden- und Deckeneffekte besser ab. Mit diesen Ergebnissen konnte ein positiver Einfluss der „Therapie statt Strafe“, trotz des quasi gezwungenen Kontextes, in dem sie stattfindet, beobachtet werden.

English:

The person's subjective perception of its wellbeing is a central aspect in evaluating a therapy. Health-related quality of life (HRQoL), depression and self-efficacy of substance dependent delinquents, who participated in a quasi-compulsory therapy (QCT), were assessed at the institution P.A.S.S in Vienna, Austria. A total of 34 patients completed two questionnaires, the German version of the Short Form-36 Health Survey (SF-36) and the Nottingham Health Profile (NHP), to determine the HRQoL. To assess depression and self-efficacy the Becks Depression Inventory and the General Perceived Self-Efficacy Scale were used. At the beginning of the therapy HRQoL and depression were significantly lower compared to the sample of the standard population. After seven weeks of therapy an increase in almost all subscales of HRQoL and depression was observed. The discriminative and psychometric properties of the NHP and SF-36 were assessed using the discriminative validity, receiver operating characteristic (ROC) analysis, the selectivities as well as floor- and ceiling effects. The SF-36 had an overall better performance. To sum up, the evaluation of the QCT showed a positive impact on HRQoL and depression of the participants, despite the fact of coercion.

Literatur

Amen, D., Yantis, S., Trudeau, J., Stubblefield, M. & Halverstadt, J. (1997). Visualising the firestorms of the brain: an inside look at the clinical and physiological connections between drugs and violence using brain SPECT imaging. *Journal of Psychoactive Drugs, 29,* 307-319.

Anglin, M., Longshore, D. & Turner, S. (1999). Treatment alternatives to street crime: an evaluation of five programs. *Criminal Justice and Behavior, 26*, 168-195.

Anglin, M. & Speckart, G. (1988). Narcotics use and crime: a multisample, multiperiod analysis. *Criminology, 26,* 197-233.

Arrestee Drug Abuse Monitoring Program (2002). *Drug Use and Related Matters among Adult Arrestees, 2001.* Zugriff am 18. Juli 2008 von www.ncjrs.gov/nij/adam/ADAM2001.pdf

Ball, J., Rosen, L., Flueck, J. & Nurco, D. (1981). The criminality of heroin addicts: When addicted and when off opiates. In J. Inciardi (Ed.), *The Drugs-Crime Connection* (pp. 39-65). Beverley Hills: Sage.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The Exercise of Control.* New York: Freeman.

Baron, S. (1999). Street youths and substance use – the role of background, street lifestyle and economic factors. *Youth and Society, 31,* 3-26.

Bell, J., Hall, W. & Byth, K. (1992). Changes in criminal activity after entering methadone maintenance. *British Journal of Addiction, 87,* 251-258.

Bennett, T. (2000). *Drugs and Crime: The Results of the Second Developmental Stage of the NEW-ADAM Programme. Home Office Research Study 205.* London: Home Office Research and Statistics Directorate.

Best, D., Man, L., Gossop, M., Harris, J., Sidwell, C. & Strang, J. (2001). Understanding the developmental relationship between drug use and crime: Are drug users the best people to ask? *Addiction Research & Theory, 9,* 151-164.

Beubler, E., Haltmayer, H. & Springer, A. (2007). *Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis.* Wien: Springer.

Bilitzka, K. (2008). Suchtpsychotherapie – Einführung. In K. Bilitzka (Hrsg.), *Psychotherapie der Sucht: psychoanalytische Beiträge zur Praxis* (S. 13-30). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Boothby, J. L. & Durham T. W. (1999). Screening for depression in prisoners using the Beck Depression Inventory. *Criminal Justice and Behavior, 26,* 107-124.

Brecht, M., Anglin, M. & Wang, J. (1993). Treatment effectiveness for legally coerced versus voluntary methadone maintenance clients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 19,* 89-106.

Brochu, S. & Brunelle, N. (1997). Toxicomanie et déliquance. Une question de style de vie [Drogensucht und Kriminalität. Eine Frage des Lebensstils]? *Psychotropes. Revue Internationale des Toxicomanies, 3*, 107-125.

Brochu, S., Guyon, L. & Desjardins, L. (1999). Comparative profiles of addicted adult populations in rehabilitation and correctional services. *Journal of Substance Abuse Treatment, 16,* 173-182.

Brosch, R. & Juhnke, G. (1995). Was tun? Ein Leitfaden für alle, die mit abhängigen und/oder experimentierenden Jugendlichen zu tun haben. In R. Brosch & G. Juhnke (Hrsg.), *Jugend und Sucht. Ein Ratgeber* (S. 265-293). Wien: Orac.

Buchanan, J. & Young, L. (2000). The War on Drugs – a war on drug users? *Drugs: Education, Prevention and Policy, 7,* 409-422.

Bühner, M. (2006). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. München: Pearson.

Bullinger, M. (1997). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit. *Psychotherapie Psychosomatik und Medizinische Psychologie, 47,* 76-91.

Bullinger, M. (2002). „Und wie geht es Ihnen?“ - Die Lebensqualität der Patienten als psychologisches Forschungsthema in der Medizin. In E. Brähler & B. Strauß (Hrsg.), *Handungsfelder in der Psychosozialen Medizin (*S. 309-329). Göttingen: Hogrefe.

Bullinger, M. & Kirchberger I. (1998). *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand.* Göttingen: Hogrefe.

Burr, A. (1987). Chasing the dragon: Heroin misuse, dependency and crime in the context of South London culture. *The British Journal of Criminology, 27,* 333-357.

Coid, J., Carvell, A., Kittler, Z., Healey, A. & Henderson, J. (2000). *The Impact of Methadone Treatment on Drug Misuse and Crime, Home Office Research, Development and Statistics Directorate Research Findings No. 120.* London: Home Office Research, Development and Statistics Directorate.

Coon, G., Pena, D. & Illich P. (1998). Self-efficacy and substance abuse assessment using a brief phone interview. *Journal of Substance Abuse Treatment, 15*, 385 - 391.

Daly, M., Argeriou, M., McCarty, D., Callahan, J., Shepard, D. & Williams, C. (2000). The costs of crime and the benefits of substance abuse treatment for pregnant women. *Journal of Substance Abuse Treatment, 19*, 445-458.

Eder, H., Jagsch, R., Kraigher, D., Primorac, A., Ebner, N. & Fischer, G. (2005). Comparative study of the effectiveness of slow-release morphine and methadone for opioid maintenance therapy. *Addiction, 100,* 1101-1109.

Edmunds, M., May, T., Hearnden, I. & Hough, M. (1998). *Arrest Referral: Emerging Lessons from Research. Drugs Initiative Paper 23.* London: Home Office.

EMCDDA (2002). *Proportion of Drug Users among Prisoners in EU Countries (%).* Zugriff am 18. Juli 2008 von ar2002.emcdda.europa.eu/pdfs/tab39-en.pdf

Field, A. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS.* London: Sage Publications.

Fischer, G. & Kayer, B. (2006). Substanzabhängigkeit vom Morphintyp – State-of-the-Art der Erhaltungstherapie mit synthetischen Opioiden. *Psychiatrie und Psychotherapie, 2*, 1614-7189.

Fitzgerald, J. & Chilvers, M. (2002). *Multiple Drug Use Among Police Detainees.* Sydney: New South Wales Bureau of Crime Statistics and Research.

Fleischhacker, W., Rabinowitz, J., Kemmler, G., Eerdekens, M. & Mehnert, A. (2005). Perceived functioning, well-being and psychiatric symptoms in patiens with stable schizophrenia treated with long-acting risperidone for 1 year. *British Journal of Psychiatry, 187,* 131-136.

Gesundheitsamt Stuttgart (o.J.). *Niederschwellige Suchthilfe*. Zugriff am 19. Juli 2008, von www.stuttgart.de/sde/item/gen/18496.htm

Giacomuzzi, S., Riemer, Y., Ertl, M., Kemmler, G., Rossler, H., Hinterhuber, H. & Kurz, M. (2003). Buprenorphine versus methadone maintenance treatment in an ambulant setting: a health-related quality of life assessment. *Addiction, 98*, 693-702.

Giacomuzzi, S., Riemer, Y., Kemmler, G., Ertl, M., Richter, R., Rössler, H. & Hinterhuber, H. (2001). Substitutionsbehandlung und Lebensqualität: Methadon vs. retariertes Morphin-Sulfat – eine Vergleisstudie. *Suchtmedizin, 3*, 89-95.

Goldstein, P. (1985). The drugs/violence nexus. *Journal of Drug Issues, 15,* 493-506.

Haas, S., Busch, M., Horvath, I., Türscherl, E., Weigl, M. & Wirl, C. (2007). *Bericht zur Drogensituation 2007*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich ÖBIG.

Hanley, J. & McNeil, B. (1982). The meaning and use of the area under a receiver operating characteristic (ROC) curve. *Radiology, 143*, 29-36.

Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1994). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Bern: Huber.

Heckmann, W., Kerschl, V. & Steffan, E. (2003). *QCT Europe Literaturübersicht Deutschland*. Zugriff am 20. Juli 2008 von http://www.kent.ac.uk/eiss/Documents/pdf_docs/German%20Review%20Deutsch.pdf

Hunt, S., McEwen, J. & McKenna, S. (1989). Measuring health status. *The Journal of the Royal College of General Practitioners, 35,* 185-188.

Jagsch, R. (2007). Substanzinduzierte Störungen: Drogen, Psychotrope Substanzen. In I. Kryspin-Exner (Hrsg.), *Klinische Psychologie II* (S. 57-63). Wien: Facultas.

Kähler, W. (2004). *Statistische Datenanalyse. Verfahren verstehen und mit SPSS gekonnt einsetzen.* Wiesbaden: Vieweg.

Kierein, M., Pritz, A. & Sonneck, G. (1991). *Psychologen-Gesetz und Psychotherapie-Gesetz. Kurzkommentar*. Wien: Orac.

Klimont, J., Kytir, J. & Leitner, B. (2007). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation.* Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.

Kohlmann, T., Bullinger, M., Hunt, S. & McKenna, S.P. (1992). Zur Messung von Dimensionen der subjektiven Gesundheit: Die deutsche Version des „Nottingham Health Profile“ (NHP). *Das Gesundheitswesen*, *54*, 56.

Köhler, J. (2000). Ambulante Rehabilitation Sucht: Rahmenbedingungen, Daten zur Entwicklung und Versicherteneinstellungen. *Suchttherapie, 1*, 137-142.

König, D., Jagsch, R., Kryspin-Exner, I. & Koriska, K. (2008). *Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Schilddrüsenerkrankungen – Relative Validität zweier*

generischer Messinstrumente. Poster bei der 8. Wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Psychologie, Linz, Österreich, 24.–26. April 2008.

Kryspin-Exner, I. (1998) Psychologische Interventionen: Psychologische Beratung, Psychologische Behandlung und Psychotherapie. In I. Kryspin-Exner, B. Lueger-Schuster & G. Weber (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie* (S. 221-235). Wien: WUV.

Kubinger, K. (2006). *Psychologische Diagnostik. Therorie und Praxis psychologischen Diagnostizierens.* Göttingen: Hogrefe.

Kuntz, H. (2000). *Der rote Faden in der Sucht: Neue Ansätze in Theorie und Praxis.* Weinheim: Beltz.

Laflamme-Cusson, S., Guyon, L. & Landry, M. (1994). *Analyse comparée de la clientèle de trois centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes à partir de l'IGT [Vergleichsstudie des Klientels dreier Rehabilitationseinrichtungen für Personen mit Alkohol- und Drogenproblem anhand des IGTs]*. Montréal: RISQ.

Lavine, R. (1997). The psychopharmacological treatment of aggression and violence in the substance using population. *Journal of Psychoactive Drugs, 29,* 321-329.

Ling, W., Charuvastra, C., Collins, J., Batki, S., Brown, J., Kintaudi, P., Wessen, D., McNicholas, L., Tusel, D., Malkerneker, U., Renner, J., Santos, E., Casadonte, P., Fye, C., Stine, S., Wang, R. & Segal, D. (1998). Buprenorphine maintenance treatment of opiate dependence: a multicenter, randomized clinical trial. *Addiction, 93*, 457-486.

Mackinger, H. (2007). Affektive Störungen (AS). In I. Kryspin-Exner (Hrsg.), *Klinische Psychologie II* (S. 26-45). Wien: Facultas.

Mancuso, C., Peterson M. & Charlson, M. (2001). Comparing discriminative validity between disease-specific and a general health scale in patients with moderate asthma. *Journal of Clinical Epidemiology, 54*, 263-274.

Marsch, L. (1998). The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta-analysis. *Addiction, 93*, 515-532.

Marshall, G. & Hser, Y. (2002). Characteristics of criminal justice and noncriminal justice clients receiving treatment for substance abuse. *Addictive Behaviors, 27,* 179-192.

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

McKegany, N., Connelly, C., Knepil, J., Norrie, J. & Reid, L. (2000). *Interviewing and Drug Testing of Arrestees in Scotland: A pilot of the Arrestee Drug Abuse Monitoring Methodology (ADAM).* Edinburgh: Scottish Executive.

Meijer, R., Grapendaal, M., van Ooyen, M., Wartna, B., Brouwers, M. & Essers, A. (2003). *Geregistreerde drugscriminaliteit in cijfers [Daten und Zahlen von registrierter Kriminalität mit Drogenbezug]*. Den Haag: WODC/KLPD.

Moosbrugger, H. & Hartig, J. (2003). Testtherie, Klassische. In K. Kubinger & R. Jäger (Hrsg.), *Schlüsselbegriffe der Psychologischen Diagnostik* (S. 408-415). Weinheim: Beltz PVU.

Nationale Drugmonitor (2002). *Jaarbericht 2002*. Utrecht: Bureau NDM.

Newcomb, M., Galaif, E. & Carmona, J. (2001). The drug-crime nexus in a community sample of adults. *Psychology of Addictive Behaviors, 15,* 185-193.

Nurco, D., Hanlon, T., Balter, M. & Kinlock, T. (1991). A classification of narcotic addicts based on type, amount and severity of crime. *Journal of Drug Issues, 21*, 429-448.

Parker, H. & Bottomley, T. (1996). *Crack Cocaine and Drugs-Crime Career*s. London: Home Office.

Parker, H. & Newcombe, R. (1987). Heroin use and acquisitive crime in an English community. *British Journal of Sociology, 38,* 331-350.

Patterson, S., Lennings, C. & Davey, J. (2000). Methadone clients, crime, and substance use. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 44,* 667-680.

Reiss, A. & Roth, J. (1993). *Understanding and Preventing Violence.* Washington DC: National Academy Press.

Resignato, A. (2000). Violent crime: a function of drug use or drug enforcement. *Applied Economics, 32*, 681-688.

Riggs, P., Baker, S., Mikulich, S., Young, S. & Crowley, T. (1995). Depression in substance-dependent delinquents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34*, 764-771.

Ryan, C. & White, J. (1996). Health status at entry to methadone maintenance treatment using the SF-36 health survey questionnaire. *Addiction, 91,* 39-45.

Saß, H., Wittchen, H. & Zaudig, M. (2001). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.

Schmid-Siegel, B., Hofer, E., & Muzik, M. (1994). Ambulante Versorgung drogenabhängiger Patienten. In D. Pfersmann & N. Brandstätter (Hrsg.), *Drogensucht und Therapie* (S. 57-74). Wien: Maudrich.

Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (Hrsg.). (2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden.* Göttingen: Hogrefe.

Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens* (3., überarbeitete Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (Hrsg.). (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin: Freie Universität Berlin.

Senf, W. (2005). Einleitung. In W. Senf (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie: ein integratives Lehrbuch* (S. 2-9). Stuttgart: Thieme.

Seyer, S., Gschwandtner, F., Paulik, R. & Schmidtbauer, K. (2007). *Von illegalen Substanzen. Vom Gebrauch der Drogen. Drogenmonitoring zu illegalen Substanzen, Alkohol und Nikotin in Oberösterreich*. Linz: Institut für Suchtprävention/Pro Mente OÖ.

Sinha, R. & Easton, C. (1999). Substance abuse and criminality. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 27,* 513-526.

Smith, K. & Larson, M. (2003). Quality of life assessments by adult substance abusers receiving publicly funded treatment in Massachusetts. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 29,* 323 – 335.

Snenghi, R. & Montisci, M. (2000). Sostanze d'abuso e crimine [Substanzmissbrauch und Kriminalität]. *Medicina delle Tossicodipendenze, 8, 64-71*.

Stein, M., Mulvey, K., Plough, A. & Smith, J. (1998). The functioning an well-being of persons who seek treatment for drug and alcohol use. *Journal of Substance Abuse, 10*, 75-84.

Stevens, A., Berto, D., Heckmann, W., Kerschl, V., Oeuvray, K., van Ooyen, M., Steffan, E. & Uchtenhagen, A. (2005). Quasi-compulsory treatment of drug dependent offenders: An international literature review. *Substance Use Misuse, 40*, 269-283.

Stevens, A., Berto, D., Kerschl, V., Oeuvray, K., van Ooyen, M., Steffan, E., Heckmann, W. & Uchtenhagen, A. (2003). *Summary Literature Review: The*

International Literature on Drugs, Crime and Treatment. Zugriff am 18. Juli 2008 von http://www.kent.ac.uk/eiss/documents/pdf_docs/QCT%20Europe%20summary%20lit%20review.pdf

Strotzka, H. (1982). *Psychotherapie und Tiefenpsychologie*. Wien: Springer.

Stuntz, S. (1998). Race, class and drugs. *Columbia Law Review, 98,* 1795-1842.

Torrens, M., San, L., Martinez, A., Castillo, C., Domingo-Salvany, A. & Alonso, J. (1997). Use of the Nottingham Health Profile for measuring health status of patients in methadone maintenance treatment. *Addiction, 92,* 707-716.

Ware, J., Snow, K., Kosinski, M. & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide.* Boston, Mass.: The Health Institute, New England Medical Center.

Welte, J., Zhang, L. & Wieczorek, W. (2001). The effects of substance use on specific types of criminal offending in young men. *Journal of Research in Crime and Delinquency, 38,* 416-438.

Wiklund I. (2004). Assessment of patient-reported outcomes in clinical trials: the example of health-related quality of life. *Fundamental & Clinical Pharmacology, 18,* 351-343.

Winklbaur, B., Jagsch, R., Ebner, N., Thau, K. & Fischer, G. (2008). Quality of life in patients receiving opioid maintenance therapy. *European Addiction Research, 14*, 99-105.

WHOQOL Group (1995). The World Health Organisation Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organisation. *Social Science & Medicine, 41*, 1403-1409.

Zahn, M. (1980). Homicide in the Twentieth Century United States. In J. Inciardi & C. Faupel (eds.), *History and Crime* (S.216-234). Beverley Hills: Sage.

ANHANG

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Alter der Testpersonen.....57
Abbildung 2: Konsumverhalten 57
Abbildung 3: Unterschiede in z-Werten 60
Abbildung 4: ROC-Kurve NHP 65
Abbildung 5: ROC-Kurve SF-36.....66
Abbildung 6: Relative Validität 69

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Unterschiede zur Normpopulation 59
Tabelle 2: Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität 61
Tabelle 3: Trennschärfen – NHP und SF-36 63
Tabelle 4: Cronbachsches Alpha 64
Tabelle 5: Flächen unter den ROC-Kurven 67
Tabelle 6: Relative Validität 68
Tabelle 7: Logistische Regression – psychische Summenskala der SF-36 (SF36_PSK) 70
Tabelle 8: Logistische Regression – körperliche Summenskala der SF-36 (SF36_PSK) 71

Code:_____/__

Alter:_____

Datum:_____

Skala zur Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)

		stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
1.	Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	o	o	o	o
2.	Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	o	o	o	o
3.	Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	o	o	o	o
4.	In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	o	o	o	o
5.	Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	o	o	o	o
6.	Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	o	o	o	o
7.	Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	o	o	o	o
8.	Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	o	o	o	o
9.	Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	o	o	o	o
10.	Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	o	o	o	o

Wie beurteilen Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand?

(Markieren Sie bitte auf der unten gezeichneten waagrechten Linie dort, wo Sie glauben, dass Ihr derzeitiger Gesundheitszustand gelagert ist. Sind Sie mit Ihrem derzeitigen Gesundheitszustand äußerst unzufrieden, markieren Sie bitte mit Hilfe eines Kreuzes am linken Pol. Ist hingegen Ihr derzeitiger Gesundheitszustand äußerst zufriedenstellend, markieren Sie mit Hilfe eines Kreuzes am rechten Pol. Eine Markierung genau in der Mitte zwischen den Polen bedeutet, dass Sie durchschnittlich zufrieden sind. Je nachdem, wie die Stärke Ihrer Zufriedenheit gelagert ist, markieren Sie bitte eher im linken oder rechten Bereich der waagrechten Linie.)

nicht zufriedenstellend — sehr zufriedenstellend

Nottingham Health Profile (NHP)

Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Liste von Problemen, die man im Alltagsleben haben kann. Bitte gehen Sie die Fragen sorgfältig durch und kreuzen Sie **bei jeder Aussage** □ an, ob diese **zur Zeit** auf Sie zutrifft (**Ja**) oder nicht zutrifft (**Nein**).
Bitte beantworten Sie jede Frage.
Wenn Sie nicht sicher sind, ob Sie mit **Ja** oder **Nein** antworten sollen, kreuzen Sie die Antwort an, die **am ehesten** zutrifft.

	ja	nein
Ich bin andauernd müde.	□	□
Ich habe nachts Schmerzen.	□	□
Ich fühle mich niedergeschlagen.	□	□
Ich habe unerträgliche Schmerzen.	□	□
Ich nehme Tabletten, um schlafen zu können.	□	□
Ich habe vergessen, wie es ist, Freude zu empfinden.	□	□
Ich fühle mich gereizt.	□	□
Ich finde es schmerzhaft, meine Körperposition zu verändern.	□	□
Ich fühle mich einsam.	□	□
Ich kann mich nur innerhalb des Hauses bewegen.	□	□
Es fällt mir schwer, mich zu bücken.	□	□
Alles strengt mich an.	□	□
Ich wache in den frühen Morgenstunden vorzeitig auf.	□	□
Ich kann überhaupt nicht gehen.	□	□
Es fällt mir schwer, zu anderen Menschen Kontakt aufzunehmen.	□	□
Die Tage ziehen sich hin.	□	□
Ich habe Schwierigkeiten, Treppen oder Stufen hinauf und hinunter zu gehen.	□	□
Es fällt mir schwer, mich zu strecken und nach Gegenständen zu greifen.	□	□

	ja	nein
Ich habe Schmerzen beim Gehen.	☐	☐
Mir reißt in letzter Zeit oft der Geduldsfaden.	☐	☐
Ich fühle, dass ich niemandem nahe stehe.	☐	☐
Ich liege nachts die meiste Zeit wach.	☐	☐
Ich habe das Gefühl, die Kontrolle zu verlieren.	☐	☐
Ich habe Schmerzen, wenn ich stehe.	☐	☐
Es fällt mir schwer, mich selbst anzuziehen.	☐	☐
Meine Energie lässt schnell nach.	☐	☐
Es fällt mir schwer, lange zu stehen (z. B. am Spülbecken, an der Bushaltestelle).	☐	☐
Ich habe ständig Schmerzen.	☐	☐
Ich brauche lange zum Einschlafen.	☐	☐
Ich habe das Gefühl, für andere Menschen eine Last zu sein.	☐	☐
Sorgen halten mich nachts wach.	☐	☐
Ich fühle, dass das Leben nicht lebenswert ist.	☐	☐
Ich schlafe nachts schlecht.	☐	☐
Es fällt mir schwer, mit anderen Menschen auszukommen.	☐	☐
Ich brauche Hilfe, wenn ich mich außer Haus bewegen will (z. B. einen Stock oder jemanden, der mich stützt).	☐	☐
Ich habe Schmerzen, wenn ich Treppen oder Stufen hinauf oder hinab gehe.	☐	☐
Ich wache deprimiert auf.	☐	☐
Ich habe Schmerzen, wenn ich sitze.	☐	☐

BDI

Name: Geschlecht:

Geburtsdatum: Ausfülldatum:

Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede Gruppe sorgfältig durch. Suchen Sie dann die eine Aussage in jeder Gruppe heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in dieser Woche einschließlich heute gefühlt haben und kreuzen Sie die dazugehörige Ziffer (0, 1, 2 oder 3) an. Falls mehrere Aussagen einer Gruppe gleichermaßen zutreffen, können Sie auch mehrere Ziffern markieren. Lesen Sie auf jeden Fall alle Aussagen in jeder Gruppe, bevor Sie Ihre Wahl treffen.

A
0 Ich bin nicht traurig.
1 Ich bin traurig.
2 Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los.
3 Ich bin so traurig oder unglücklich, daß ich es kaum noch ertrage.

B
0 Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft.
1 Ich sehe mutlos in die Zukunft.
2 Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann.
3 Ich habe das Gefühl, daß die Zukunft hoffnungslos ist, und daß die Situation nicht besser werden kann.

C
0 Ich fühle mich nicht als Versager.
1 Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt,
2 Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge.
3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.

D
0 Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher.
1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher.
2 Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen.
3 Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt.

E
0 Ich habe keine Schuldgefühle.
1 Ich habe häufig Schuldgefühle.
2 Ich habe fast immer Schuldgefühle.
3 Ich habe immer Schuldgefühle.

F
0 Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein.
1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden.
2 Ich erwarte, bestraft zu werden.
3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein.

G
0 Ich bin nicht von mir enttäuscht.
1 Ich bin von mir enttäuscht.
2 Ich finde mich fürchterlich.
3 Ich hasse mich.

H
0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter zu sein als alle anderen.
1 Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler und Schwächen.
2 Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel.
3 Ich gebe mir für alles die Schuld, was schiefgeht.

I
0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.
1 Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun.
2 Ich möchte mich am liebsten umbringen.
3 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit hätte.

J
0 Ich weine nicht öfter als früher.
1 Ich weine jetzt mehr als früher.
2 Ich weine jetzt die ganze Zeit.
3 Früher konnte ich weinen, aber jetzt kann ich es nicht mehr, obwohl ich es möchte.

K
0 Ich bin nicht reizbarer als sonst.
1 Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher.
2 Ich fühle mich dauernd gereizt.
3 Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr.

L
0 Ich habe nicht das Interesse an Menschen verloren.
1 Ich interessiere mich jetzt weniger für Menschen als früher.
2 Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren.
3 Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren.

M
0 Ich bin so entschlußfreudig wie immer.
1 Ich schiebe Entscheidungen jetzt öfter als früher auf.
2 Es fällt mir jetzt schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen.
3 Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen.

N
0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter auszusehen als früher.
1 Ich mache mir Sorgen, daß ich alt oder unattraktiv aussehe.
2 Ich habe das Gefühl, daß Veränderungen in meinem Aussehen eintreten, die mich häßlich machen.
3 Ich finde mich häßlich.

O
0 Ich kann so gut arbeiten wie früher.
1 Ich muß mir einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme.
2 Ich muß mich zu jeder Tätigkeit zwingen.
3 Ich bin unfähig zu arbeiten.

P
0 Ich schlafe so gut wie sonst.
1 Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher.
2 Ich wache 1 bis 2 Stunden früher auf als sonst, und es fällt mir schwer, wieder einzuschlafen.
3 Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen.

Q
0 Ich ermüde nicht stärker als sonst.
1 Ich ermüde schneller als früher.
2 Fast alles ermüdet mich.
3 Ich bin zu müde, um etwas zu tun.

R
0 Mein Appetit ist nicht schlechter als sonst.
1 Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher.
2 Mein Appetit hat sehr stark nachgelassen.
3 Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr.

S
0 Ich habe in letzter Zeit kaum abgenommen.
1 Ich habe mehr als 2 Kilo abgenommen.
2 Ich habe mehr als 5 Kilo abgenommen.
3 Ich habe mehr als 8 Kilo abgenommen.

Ich esse absichtlich weniger, um abzunehmen:
☐ JA ☐ NEIN

T
0 Ich mache mir keine größeren Sorgen um meine Gesundheit als sonst.
1 Ich mache mir Sorgen über körperliche Probleme, wie Schmerzen, Magenbeschwerden oder Verstopfung.
2 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, daß es mir schwerfällt, an etwas anderes zu denken.
3 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, daß ich an nichts anderes mehr denken kann.

U
0 Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses an Sex bemerkt.
1 Ich interessiere mich weniger für Sex als früher.
2 Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sex.
3 Ich habe das Interesse an Sex völlig verloren.

_____ Subtotal Seite 2

_____ Subtotal Seite 1

_____ Summenwert

SF-36

In diesem Fragebogen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes.
Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen.
Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten das Kästchen ankreuzen, das am ehesten auf Sie zutrifft.

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?

   Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!

   Ausgezeichnet r
   Sehr gut r
   Gut r
   Weniger gut r
   Schlecht r

2. Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

   Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!

   Derzeit viel besser als vor einem Jahr r
   Derzeit etwas besser als vor einem Jahr r
   Etwa so wie vor einem Jahr r
   Derzeit etwas schlechter als vor einem Jahr r
   Derzeit viel schlechter als vor einem Jahr r

3. Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben.
Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand in diesen Tätigkeiten eingeschränkt?
Wenn ja, wie stark?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!

Tätigkeiten	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
anstrengende Tätigkeiten, z. B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	r	r	r
mittelschwere Tätigkeiten, z. B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	r	r	r
Einkaufstaschen heben oder tragen	r	r	r
mehrere Treppenabsätze steigen	r	r	r
einen Treppenabsatz steigen	r	r	r
sich beugen, knien, bücken	r	r	r
mehr als einen Kilometer zu Fuß gehen	r	r	r
mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	r	r	r
eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	r	r	r
sich baden oder anziehen	r	r	r

4. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an!

Schwierigkeiten	ja	nein
Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	r	r
Ich habe weniger geschafft als ich wollte	r	r
Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	r	r
Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung (z. B. ich musste mich besonders anstrengen)	r	r

5. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z. B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten?)

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!

Schwierigkeiten	ja	nein
Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	r	r
Ich habe weniger geschafft als ich wollte	r	r
Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	r	r

6. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!

Überhaupt nicht	r
Etwas	r
Mäßig	r
Ziemlich	r
Sehr	r

7. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!

Ich hatte keine Schmerzen	r
Sehr leicht	r
Leicht	r
Mäßig	r
Stark	r
Sehr stark	r

8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeit zu Hause und im Beruf behindert?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!

Überhaupt nicht	r
Ein bisschen	r
Mäßig	r
Ziemlich	r
Sehr	r

9. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist.
Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Kästchen an, das Ihrem Befinden am ehesten entspricht.
Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen –

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!

	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
voller Schwung?	r	r	r	r	r	r
sehr nervös?	r	r	r	r	r	r
so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?	r	r	r	r	r	r
ruhig und gelassen?	r	r	r	r	r	r
voller Energie?	r	r	r	r	r	r
entmutigt und traurig?	r	r	r	r	r	r
erschöpft?	r	r	r	r	r	r
glücklich?	r	r	r	r	r	r
müde?	r	r	r	r	r	r

10. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!

Immer	r
Meistens	r
Manchmal	r
Selten	r
Nie	r

11. Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!

	trifft ganz zu	trifft weit-gehend zu	weiß nicht	trifft weit-gehend nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden	r	r	r	r	r
Ich bin genau so gesund wie alle anderen, die ich kenne	r	r	r	r	r
Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt	r	r	r	r	r
Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit	r	r	r	r	r

Erklärung zur konkreten Abfassung der Diplomarbeit

Ich, Birgit Köchl, versichere, dass ich die Diplomarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen angefertigt habe, und dass die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen hat. Alle Ausführungen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Wien, im Dezember 2008

_____

Birgit Köchl

Glasergasse 9/11, 1090 Wien – 0650 36 50 900 – birgit.koechl@gmail.com

Geburtsdatum	30. Dezember 1983
Geburtsort	St. Veit an der Glan
Zivilstand	Ledig, keine Kinder
Staatsbürgerschaft	Österreich
Religion	Römisch Katholisch
Eltern	Klaus Köchl, 47, Bürgermeister von Liebenfels, Landtagsabgeordneter in Kärnten Kornelia Köchl, 44, Versicherungsagentin
Geschwister	Georg Köchl, 18, Schüler
Ausbildung	**Vorschule Liebenfels** 1989-1990 **Volkschule Liebenfels** 1990-1994 **Gymnasium St. Veit an der Glan** 1994-1999 **Höhere Bundeslehranstalt für wirtschaftliche Berufe Klagenfurt** Hauptzweig Gesundheit und Soziales 1999-2004 – Matura mit Auszeichnung **Universität Wien – Studium der Psychologie** 2004 - 2009 Diplomarbeitsthema: Gesundheitsbezogene Lebensqualität von „Therapie statt Strafe"-Klienten und ihre kognitiven und emotionalen Komponenten.
Ferialtätigkeiten und Praktika	**Gemeinde Liebenfels – Büro** 1999 und 2000 – 3 Monate **Arbeiterkammer St. Veit an der Glan – Büro** 2001 – 1 Monat **Bildungshaus St. Georgen am Längsee - Küche und Service** 2002 – 3 Monate **Zürich Versicherung, Klagenfurt – Registratur** 2003 – 2 Monate **Schlecker, Liebenfels – Verkaufsbereich** 2004 – 2,5 Monate **E-Express Catering GmbH, Wien – Köchin** 2005 – 2 Monate **Verein P.A.S.S, Wien – Psychologisches Praktikum** 2007 – 3 Monate