

KUMULATIVE

DISSERTATION

Titel der Dissertation

**Veränderungsmotivation im
Quasi-Zwangskontext – Eine Untersuchung bei
drogenabhängigen Straftätern in Behandlung**

Verfasserin

Mag. Barbara Gegenhuber

Angestrebter akademischer Grad

Doktorin der Psychologie (Dr. rer.nat.)

Wien, im Juli 2008

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A091 298

Dissertationsgebiet lt. Studienblatt: Psychologie

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

DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich all jenen Personen danken, die mich bei der Erstellung der vorliegenden Arbeit unterstützen. Zu allererst gilt mein Dank Fr. Univ. Prof. Dr. Ilse Kryspin-Exner, die mich und den Forschungsschwerpunkt der Forensik an der Lehr- und Forschungspraxis der Universität Wien stets unterstützte und mit vielen wertvollen Anregungen zum Gelingen dieser Arbeit beitrug. Weiters möchte ich mich bei Dr. Wolfgang Werdenich bedanken, ohne den meine Mitarbeit in dem dieser Dissertation zugrunde liegenden Forschungsprojekt nicht zustande gekommen wäre. Ihm danke ich auch für den fortwährenden fachlichen sowie zeitweise notwendigen moralischen Beistand.

Besonders danken möchte ich meinem Mann, der mir durch seine Geduld und positiven Zuspruch geholfen hat Motivationskrisen zu überstehen und mir besonders nach der Geburt unseres Sohnes den zeitlichen Freiraum geschaffen hat, der für die Fertigstellung dieser Arbeit notwendig war. Meinem Sohn möchte ich dafür danken, dass er mir immer wieder zeigt, dass die Arbeit nicht das Wichtigste im Leben ist.

Meinen Eltern danke ich dafür, dass sie mich immer bei allen meinen Vorhaben unterstützt und gefördert haben. Durch ihre emotionale und zeitliche Unterstützung haben sie wesentlich zur Fertigstellung dieser Arbeit beigetragen. Meine Mutter stand mir darüber hinaus stets mit hilfreichen Korrekturvorschlägen zur Seite.

Auch meinen FreundInnen und KollegInnen, die mich über die Dauer des Projektes immer wieder motiviert haben, danke ich herzlich.

Selbstverständlich gilt mein Dank auch den MitarbeiterInnen der teilnehmenden Behandlungseinrichtungen sowie allen KlientInnen, die sich an der Untersuchung beteiligten, ohne sie wäre diese Arbeit nicht zustande gekommen.

INHALTSVERZEICHNIS

<u>1. EINLEITUNG</u>	<u>- 13 -</u>
<u>2. THEORETISCHER HINTERGRUND</u>	<u>- 15 -</u>
2.1 BEHANDLUNGSMOTIVATION	- 15 -
2.2 DAS TRANSTHEORETISCHE MODELL DER VERÄNDERUNG	- 19 -
2.3 DIE ROLLE DES FAKTORS ZWANG.....	- 25 -
2.4 ZWANG UND BEHANDLUNGSMOTIVATION	- 27 -
2.5 RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN DER QUASI-ZWANGSBEHANDLUNG	- 30 -
<u>3. FRAGESTELLUNGEN</u>	<u>- 33 -</u>
<u>4. EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG</u>	<u>- 35 -</u>
<u>5. ZUSAMMENFASSENDE DISKUSSION DER ERGEBNISSE.....</u>	<u>- 37 -</u>
<u>6. KRITIK UND AUSBLICK.....</u>	<u>- 43 -</u>
<u>7. KURZZUSAMMENFASSUNG.....</u>	<u>- 47 -</u>
<u>8. ABSTRACT</u>	<u>- 49 -</u>
<u>9. LITERATURVERZEICHNIS.....</u>	<u>- 51 -</u>
<u>10. ANHANGVERZEICHNIS</u>	<u>- 63 -</u>
<u>11. ANHANG 1: ABDRUCK DER PUBLIKATIONEN</u>	<u>- 65 -</u>
 <u>THE RELATIONSHIP BETWEEN LEGAL STATUS, PERCEIVED PRESSURE AND MOTIVATION IN TREATMENT FOR DRUG DEPENDENCE: RESULTS FROM A EUROPEAN STUDY OF QUASI- COMPULSORY TREATMENT</u>	<u>- 67 -</u>

**FREIWILLIGKEIT ODER ZWANG - ÜBER DIE PATIENTENSTRUKTUR
UND MOTIVATIONSLAGE BEI THERAPIE STATT STRAFE FÜR
DROGENABHÄNGIGE STRAFTÄTER - 97 -**

**JUSTIZIELLER ZWANG, MOTIVATION UND THERAPIEERFOLG:
EINE EVALUATIONSSTUDIE..... - 117 -**

12. ANHANG 2: EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG..... - 143 -

**13. ANHANG 3: CURRICULUM VITAE UND
PUBLIKATIONSVERZEICHNIS - 145 -**

1. EINLEITUNG

Behandlungsmotivation, die als unspezifische Variable der Wirkmechanismen einer therapeutischen Behandlung gilt (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994), war lange Gegenstand der Psychotherapieforschung. Dem Einfluss dieser Variable auf den Verlauf und Erfolg eines Verhaltensänderungsprozesses wurde in der weiteren Forschung auch im Rahmen anderer Behandlungsmethoden und –settings beachtliche Aufmerksamkeit geschenkt. Zwischen der Bedeutsamkeit, die dem Begriff der Behandlungsmotivation zugeschrieben wird und der Exaktheit der Beschreibung desselben, herrscht erhebliche Diskrepanz. Einigkeit besteht bei den Autoren, die sich mit dieser Thematik beschäftigen hauptsächlich darin, dass es kein einheitliches Konzept der Behandlungsmotivation gibt. Während zu Beginn der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit diesem Begriff viele unterschiedliche Konstrukte entwickelt wurden, gehen die Bestrebungen in der neueren Motivationsforschung eher dahingehend, diese Konstrukte zu überprüfen und gegebenenfalls zu erweitern.

Ein Modell, dem besonders in der Forschung aber auch in der klinischen Behandlung in den letzten Jahren vermehrt Bedeutung zukommt, ist das transtheoretische Modell von den Psychologen Prochaska und DiClemente (Prochaska & DiClemente, 1983, 1986), das sich mit der Motivation ein bestimmtes Problemverhalten zu verändern, auseinandersetzt. Dieses Modell wurde in zahlreichen systematischen Studien überprüft und auf verschiedene Störungsbereiche sowie Bereiche der Gesundheitspsychologie ausgeweitet. Ein Bereich, der jedoch bisher in diesem Zusammenhang vernachlässigt wurde, ist die Rolle des Faktors Zwang. Die frühe Motivationsforschung postuliert, dass sich externer Druck negativ auf intrinsische Motivation auswirkt (Deci & Ryan, 1985), spätere Arbeiten beschreiben unter bestimmten Umständen auch einen förderlichen Aspekt der extrinsischen Motivation (Ryan & Deci, 2000). Dass sich externer Druck, wie von vielen BehandlerInnen angenommen, negativ auf die Behandlungs- sowie Veränderungsmotivation auswirkt, konnte bisher jedoch

nicht eindeutig empirisch belegt werden. Zu diesem Zusammenhang gibt es bisher nur wenige, und hier vor allem inkonsistente Ergebnisse aus systematischen Untersuchungen (Rapp, Li, Siegal & DeLiberty, 2003; Wild, Cunningham & Ryan 2006; Gregoire & Burke, 2004).

Nicht nur, jedoch vor allem im Bereich der Behandlung Substanzabhängiger, spielt externer Zwang zum Behandlungsbeginn eine nicht zu vernachlässigende Rolle. Trotz einer breiten Anwendung von Alternativen zur Strafverfolgung und einem damit einhergehenden Interesse an der Wirksamkeit von sogenannten Quasi-Zwangsmaßnahmen - also gerichtlichen Therapieauflagen, bei denen der Betroffene über die Wahlfreiheit verfügt stattdessen die verhängte Freiheitsstrafe zu verbüßen - existieren in der wissenschaftlichen Literatur kaum Ergebnisse über den Zusammenhang zwischen externem Zwang und Veränderungsmotivation. Während zahlreiche Studien einen Zusammenhang zwischen Behandlungsmotivation und -erfolg feststellen konnten (Leontieva et al., 2003; DeLeon & Jainchill, 1986; DeLeon, Melnick & Hawke, 2000; Simpson & Joe, 1993), wurde nur in wenigen Untersuchungen die Rolle des Faktors Zwang mitberücksichtigt (Polcin & Beattie, 2007, Longshore & Teruya, 2006).

2. THEORETISCHER HINTERGRUND

Im Folgenden werden theoretische Überlegungen zum Konzept der Behandlungsmotivation und im Besonderen das von Prochaska und DiClemente entwickelte Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (Prochaska & DiClemente, 1983, 1986) beschrieben. Des Weiteren werden wissenschaftliche Ergebnisse zum Faktor Zwang, sowie die Auswirkung dessen, auf die Motivation eines Klienten eine Behandlung zu beginnen, dargestellt.

2.1 Behandlungsmotivation

Behandlungsmotivation wird im Allgemeinen eine große Bedeutung zugemessen, vor allem dann, wenn sie defizitär ist. Je nach theoretischer Definition des Begriffes finden sich in der Literatur unterschiedliche Angaben über mangelnde Therapiemotivation, die Ergebnisse schwanken zwischen 30% und 60% (Meichenbaum & Turk, 1994). Die Problematik bei der Einschätzung des Einflusses der Behandlungsmotivation auf den Behandlungsverlauf und –erfolg liegt vor allem in der Tatsache, dass keine einheitliche Definition des Begriffes existiert. Um der Komplexität des Konstruktes gerecht zu werden und den Einfluss verschiedener Variablen auf die Behandlungsmotivation zu untersuchen, muss zunächst der Begriff eingegrenzt werden, beziehungsweise eine Spezialisierung auf einen Teilbereich der Therapiemotivation erfolgen.

Im Laufe der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Begriff der Therapiemotivation sind eine Vielzahl theoretischer Konstrukte entstanden, bis zum Beginn der 70er Jahre des vergangenen Jahrhunderts entwickelte sich eine breite theoretische Basis, die jedoch kaum einer Absicherung durch empirische Studien zu Grunde lag. Eine der ersten Definitionen des Begriffs Therapiemotivation stammt von Freud (1905), der sie durch Leidensdruck und sekundäre Krankheitsmotivation zusammengesetzt sah. Die Idee aufgreifend, dass sich Therapiemotivation aus fördernden und hemmenden Kräften zusammensetzt, entwickelten Dollard und Miller (1950) eine Konzeption der

Behandlungsmotivation, in der sie als Annäherungs-Vermeidungskonflikt beschrieben wird. Die Annäherung, auch Positiv-Motivation genannt, ist durch Leidensdruck, der Sorge vor Verschlimmerung des Krankheitsbildes, sozialem Druck und dem salutogenetischen Wunsch, höhere Ziele im Leben zu erreichen gekennzeichnet. Die Vermeidungstendenz, auch Negativ-Motivation genannt, lässt sich durch die Angst vor der Hilflosigkeit in der Therapie und Scham beschreiben.

Krause (1966) sah in seiner kognitiv orientierten Definition des Begriffs der Therapiemotivation ebenfalls den Kosten-Nutzen-Aspekt im Vordergrund, beschrieb Therapiemotivation erstmals jedoch als veränderbar und prozessabhängig. Je nach Phase des Therapieverlaufs (Aufsuchen der Therapie, Anvertrauen an Behandler, „eigentlicher Therapieprozess“ und Behandlungsbeendigung) verändert sich auch die Behandlungsmotivation. Damit ist Krause einer der ersten Autoren, der die Verlaufsabhängigkeit der Therapiemotivation beschreibt. Auch in der Konzeption von Appelbaum (1972) ist die Prozesshaftigkeit ein wichtiger Aspekt, sie gliedert Behandlungsmotivation je nach Phase des Therapieverlaufes in drei Aspekte: Motivation eine Behandlung aufzusuchen, diese fortzuführen und die Motivation ein bestimmtes Verhalten zu verändern. Sie betont jedoch, dass nicht nur die Bereitschaft, sondern auch die Fähigkeit zur Veränderung eine wichtige Rolle spielt.

Die weitere Forschung im Bereich der Behandlungsmotivation beschäftigte sich hauptsächlich damit, bisher vorhandene Konzepte zu evaluieren und weiterzuentwickeln. Nübling (1992) beispielsweise entwickelte nach Item- und Faktorenanalysen verschiedener in der Literatur gefundener Inhaltscluster zu den Bereichen Therapiemotivation und Krankheitskonzept eine Begriffsdefinition mit insgesamt 12 verschiedenen Faktoren, aus denen der deutschsprachige „Fragebogen zur Psychotherapiemotivation“ (Schulz, Nübling & Rüddel, 1995) entwickelt wurde.

Veith (1997) greift den prozesshaften Charakter früherer Motivationsmodelle auf und zieht eine Trennlinie zur Spezifizierung des Begriffes in der Klassifizierung der Ziele, auf die Therapiemotivation ausgerichtet sein kann. Somit teilt er Behandlungsmotivation in die drei Bereiche „Hilfesuchen“, „Veränderungsmotivation“ und „therapeutische Beziehung“ ein. Ähnliche Aufspaltungen des Begriffes wurden bereits von mehreren Autoren vorgeschlagen, die Motivation ein bestimmtes Verhalten zu verändern stellt dabei in vielen Fällen einen Teilaspekt der Therapiemotivation dar (Petry, 1993; Schulte, 1992; Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2004). Der Bereich der Änderungsmotivation beschreibt jenen Aspekt der Motivation, der darauf ausgerichtet ist, Veränderungen hinsichtlich eines bestimmten, meist konkret definierten Problemverhaltens zu erzielen. Wie aus der Begriffsbestimmung ersichtlich, geht es hier nicht in erster Linie um Therapie, sondern um Veränderung – die Therapie kann als Mittel zum Zweck angesehen werden.

In diesem Zusammenhang von besonderer Bedeutung sind Stadien- oder Stufenmodelle, deren Hauptvertreter das transtheoretische Modell der Veränderung von Prochaska und DiClemente ist (Prochaska & DiClemente, 1983, 1986). Stadienmodelle gehen davon aus, dass im Laufe einer Verhaltensänderung verschiedene Stufen durchlaufen werden, das höchste zu erreichende Stadium ist das Ziel des Veränderungsprozesses, beispielsweise die Abstinenz vom illegalen Drogenkonsum. Personen, die sich im selben Stadium befinden, erleben ähnliche Schwierigkeiten und profitieren von ähnlichen Interventionsstrategien. Im Bereich der Behandlungsmotivation bei Abhängigkeitserkrankungen stellt es das am weitesten verbreitete Stadienmodell dar, aus dem sich auch praktische Implikationen für die Behandlung ableiten lassen. Weitere Stadienmodelle wurden besonders im Bereich des Gesundheitsverhaltens entwickelt, wie beispielsweise das sozial kognitive Prozessmodell (Health Action Process Approach, HAPA; Schwarzer, 2004, Schwarzer & Lippke, 2005), das sich mit der Motivation körperliche Aktivität auszuüben, auseinandersetzt. Die verschiedenen Stadienmodelle

unterscheiden sich in erster Linie in der Anzahl der Stufen, die für eine Verhaltensänderung durchlaufen werden müssen.

In der neueren Literatur herrscht weiterhin Unklarheit über die Definition des Begriffes Therapiemotivation (Drieschner, Lammers & van der Staak, 2004). Ein Großteil der Studien, die sich mit Behandlungsmotivation beschäftigt, zählt lediglich unterschiedliche Dimensionen der Motivation auf, ohne sich eines einheitlichen Modells zu bedienen. Aus diesen verschiedenen in der Literatur erwähnten Aspekten der Motivation entwickelten Drieschner, Lammers und van der Staak (2004) ein Modell der Therapiemotivation, das aus den Komponenten aktive Mitarbeit des Patienten, subjektiver Leidensdruck, Behandlungserwartung, Problembewusstsein, subjektiven Kosten und dem Zwang eine Behandlung zu beginnen besteht. Systematische Untersuchungen zu diesem Motivationsmodell sind noch ausständig. Im Bereich der Stufen- oder Stadienmodelle beschäftigt sich die neuere Forschung hauptsächlich mit der Anpassung der bestehenden Modelle an weitere Verhaltensbereiche und in diesem Zusammenhang auch mit der Frage, in wie viele Stadien ein Veränderungsprozess sinnvollerweise eingeteilt werden soll (Velicer & Prochaska, 2008).

Da das transtheoretische Modell von Prochaska und DiClemente (Prochaska & DiClemente, 1983, 1986) das am weitesten verbreitete Modell zur Veränderungsmotivation ist (Hoyer, 2003) und es sich in seiner ursprünglichen Konzeption mit Abhängigkeitserkrankungen befasst, wird dieses im Folgenden näher beschrieben.

2.2 Das Transtheoretische Modell der Veränderung

Das transtheoretische Modell (Prochaska & DiClemente, 1983; Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992; Prochaska & Velicer, 1997) wurde ursprünglich zur Beschreibung der Veränderungsbereitschaft im Rahmen der Raucherentwöhnung entwickelt, später wurde das Modell auf die Motivation eine Therapie zu beginnen und in Folge auf verschiedene konkret definierte Problembereiche sowie auf Thematiken aus dem Bereich der Gesundheitspsychologie ausgeweitet. Das transtheoretische Modell ist durch die Konzeption in verschiedene Stadien der Veränderung dem Bereich der prozessorientierten Motivationsmodelle anzusiedeln. Aus Sicht des Modells ist Verhaltensänderung ein Prozess, bei dem verschiedene Phasen der Veränderungsbereitschaft („stages of change“) in zeitlicher Folge durchlaufen werden. Bei der ursprünglichen Konzeption des Modells handelte es sich um fünf Stufen (Prochaska & DiClemente, 1983), die für eine erfolgreiche Verhaltensänderung durchlaufen werden müssen. Nach mehreren Revisionen des Modells und einem zwischenzeitlichen Konstrukt mit nur vier Stufen (Prochaska & DiClemente, 1986; McConaughy et al., 1989) bestätigen neuere Forschungsergebnisse für viele der untersuchten Veränderungsbereiche das ursprüngliche fünfstufige Modell (DiClemente et al., 1991; Prochaska & DiClemente, 1992). Konkret handelt es sich dabei um die Phasen Absichtslosigkeit (precontemplation), Absichtsbildung (contemplation), Vorbereitung (preparation), Handlung (action) und Aufrechterhaltung (maintenance).

In der ersten Phase (Absichtslosigkeit) sind sich Individuen Ihres Problemverhaltens nicht bewusst und streben dementsprechend in naher Zukunft – definitionsgemäß innerhalb der nächsten sechs Monate – keine Verhaltensänderung an. Personen, die sich in dieser Phase in Behandlung begeben, tun dies laut Prochaska und DiClemente (1992) nur aufgrund externen Drucks von beispielsweise dem/der PartnerIn oder dem Arbeitgeber. Die zweite Phase (Absichtsbildung) ist durch Ambivalenz gegenüber dem Problemverhalten gekennzeichnet, Vor- bzw. Nachteile der Verhaltensänderung werden abgewogen und eine Verhaltensänderung innerhalb der nächsten

sechs Monate angestrebt. Personen in dieser Phase des Modells sind sich dem Problemverhalten schon bewusst und denken über eine Verhaltensänderung nach, haben aber noch keine konkreten Handlungen gesetzt. Die Verweildauer in dieser Phase ist zum Teil relativ hoch, in einer Studie von DiClemente und Prochaska (1985) blieb der Großteil einer Gruppe von 200 Rauchern über die Projektdauer von zwei Jahren in dieser Phase des Modells. In der Stufe der Vorbereitung spielen erstmals die Intention zur Änderung sowie das tatsächliche Verhalten eine Rolle. Personen beabsichtigen innerhalb des nächsten Monats das Verhalten zu ändern und haben innerhalb des letzten Jahres bereits erfolglose Änderungsversuche unternommen. Erste kleine Änderungen des Problemverhaltens treten in dieser Phase bereits auf, wie beispielsweise eine minimale Reduktion des Zigarettenkonsums, jedoch noch nicht in einem solchen Maß, dass man von einer tatsächlichen Verhaltensänderung sprechen würde. Die Phase der Vorbereitung kann somit auch als Vorläufer der folgenden Stufe – der Handlung – angesehen werden. Diese ist durch eine tatsächliche Änderung des problematischen Verhaltens gekennzeichnet, eine Klassifizierung in diese Phase erfolgt wenn das angestrebte Verhalten zumindest einen Tag aufrechterhalten werden konnte. Das Zielkriterium ist naturgemäß bei jedem Verhalten anders definiert, orientiert sich jedoch an Empfehlungen von Experten; beispielsweise bei Rauchen oder Alkoholismus ist das angestrebte Zielkriterium Abstinenz, bei der Drogenabhängigkeit kann neben der Abstinenz auch eine stabile Substitution ohne illegalem Beikonsum als Ziel des Veränderungsprozesses angesehen werden. Nach der kognitiven und affektiven Auseinandersetzung auf den ersten beiden Stufen ist die Veränderungsbereitschaft in der Handlungsphase nun erstmals am Verhalten einer Person sichtbar. Um dies abzubilden findet die Klassifizierung in die Handlungsphase schon nach einem Tag der Verhaltensänderung statt, obwohl dies noch keine dauerhafte Veränderung darstellt. Dass es in dieser Phase noch zu Rückfällen in das Problemverhalten kommen kann, wird durch die spiralförmige Konzeption des Modells berücksichtigt (s.u.). Erst bei einer dauerhaften Änderung des Verhaltens für mindestens sechs Monate spricht man von der Phase der Aufrechterhaltung. Für den Bereich der Raucherentwöhnung wurde das Modell um eine sechste

Stufe – die Phase der Stabilisierung (termination) – ergänzt (Prochaska, Redding & Evers, 1996), welche von einer hundertprozentigen Zuversicht das Zielverhalten aufrechtzuerhalten und einer nullprozentigen Wahrscheinlichkeit eines Rückfalles gekennzeichnet ist. Inwieweit die Unterscheidung in Stabilisierung und Aufrechterhaltung für andere Verhaltensbereiche als die Raucherentwöhnung zutreffend ist, wurde noch nicht systematisch untersucht (Keller, Kaluza & Basler, 2001). Da durch die Komplexität und Schwere der Abhängigkeitserkrankung nicht von einer absoluten sowie dauerhaften Freiheit von jeglichen Rückfallsgedanken auszugehen ist, scheint eine Unterteilung in die Phase der Stabilisierung für die Abhängigkeit von illegalen Substanzen nicht sinnvoll.

Die Verweildauer in den jeweiligen Stadien ist individuell sehr unterschiedlich, für eine erfolgreiche Verhaltensänderung ist jedoch das Durchlaufen aller Phasen notwendig. Das transtheoretische Modell wurde ursprünglich als lineares Modell konzipiert, wurde aber später unter Berücksichtigung der Tatsache, dass im Rahmen einer Verhaltensänderung auch Rückfälle vorkommen, um diesen Aspekt erweitert (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) und wird nun als dynamisches Modell (Spiralmodell) verstanden. Besonders im Bereich der Substanzabhängigkeit ist ein lineares Durchlaufen der Stadien beim ersten Änderungsversuch selten. Im Rahmen des transtheoretischen Modells können Rückfälle in vorherige Stadien vorkommen, jedoch mit dem Effekt, dass Individuen von ihren Fehlern lernen und beim nächsten Versuch der Verhaltensänderung erfolgreicher sind (DiClemente et al., 1991). Aus Sicht des transtheoretischen Modells stellt ein Rückfall somit keine Niederlage oder das Ende des Veränderungsprozesses dar, sondern eine Möglichkeit durch die konstruktive Verarbeitung des Geschehens Bewältigungsstrategien für zukünftige Risikosituationen zu erlernen. Diese Sichtweise stimmt auch mit dem kognitiv-behavioralen Rückfallsmodell von Marlatt & Gordon (1985) überein, welches postuliert, dass ein einmaliger Suchtmittelkonsum nicht unbedingt mit einem Rückfall in frühere Verhaltensweisen gleichzusetzen ist. Ein Vorfall (lapse), der als einmaliger Suchtmittelkonsum oder eine kurze Phase von Rückfällen definiert ist, wird von

einem Rückfall (relapse), der wiederholten Konsum und eine Wiederaufnahme des früheren Suchtverhaltens darstellt, unterschieden. Im transtheoretischen Modell bedeutet ein einmaliger Suchtmittelkonsum zwar eine Regression in ein vorhergehendes Stadium, jedoch nicht unbedingt zwingend in das Stadium der Absichtslosigkeit.

Jede der oben beschriebenen Stufen des Modells von Prochaska und DiClemente (1983, 1986) repräsentiert somit einen bestimmten Zeitabschnitt im Verlauf der Verhaltensänderung, in dem wiederum stadienspezifisch verschiedene Strategien der Verhaltensänderung („Processes of change“) angewandt werden (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). Dabei handelt es sich um eine weitere Kernvariable des Modells, von der sich auch der Begriff „transtheoretisch“ ableitet. Bei den Strategien der Veränderung handelt es sich um verschiedene Techniken und Interventionen aus unterschiedlichen Psychotherapierichtungen, die von Prochaska (1979) beim Versuch schulenübergreifende Wirkfaktoren der Psychotherapie zu identifizieren, erstmals beschrieben wurden. Diese zehn identifizierten Prozesse lassen sich in verhaltensorientierte sowie kognitiv orientierte Strategien einteilen, die von Personen im Rahmen einer Verhaltensänderung eingesetzt werden. Während die Stadien der Veränderung des Modells eine Vorhersage darüber erlauben, wann eine Veränderung des problematischen Verhaltens eintritt, geben die Strategien der Veränderung Aufschluss darüber, wie diese Verhaltensänderung geschieht (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992).

In weiteren Forschungsarbeiten wurden zwei zusätzliche Variablen, die auch als abhängige Variablen bezeichnet werden, in das Modell integriert: die Entscheidungsbalance sowie die wahrgenommene Selbstwirksamkeit. Die erste Variable orientierte sich ursprünglich an dem Modell zur Entscheidungsfindung von Janis und Mann (1977), das sich mit der Rolle von erwarteten Vor- und Nachteilen – die wiederum in vier Unterkategorien eingeteilt werden – im Rahmen einer Entscheidungsfindung beschäftigt. In Arbeiten von Velicer und KollegInnen (1985) sowie Prochaska et al. (1985) zeigte sich, dass eine einfachere Version dieses Modells, nämlich lediglich die wahrgenommenen Vor- und Nachteile des problematischen Verhaltens ohne weiterer

Unterkategorien, in das transtheoretische Modell integriert werden können. Die Ausgewogenheit zwischen diesen beiden Faktoren ändert sich in Abhängigkeit der Stufen, in der sich eine Person im Rahmen der Verhaltensänderung gerade befindet. Während in den unteren Stufen hauptsächlich Vorteile des problematischen Verhaltens wahrgenommen werden, kommt es über die Stadien hinweg zu einem deutlichem Überwiegen der wahrgenommenen negativen Konsequenzen in den höheren Stufen. Diese Modellannahme konnte für verschiedene problematische Verhaltensweisen bestätigt werden (Prochaska et al., 1994).

Eine weitere Kernvariable des Modells, die auch als abhängige Variable gesehen werden kann, ist die Selbstwirksamkeit, die auf der gleichnamigen Theorie von Bandura (1977, 1982) basiert. Selbstwirksamkeit beschreibt das Vertrauen eines Menschen in sich selbst, schwierige Situationen bewältigen zu können. Es zeigte sich, dass mit zunehmender Stufe der Veränderung auch das Ausmaß an wahrgenommener Selbstwirksamkeit steigt (Velicer, DiClemente, Rossi & Prochaska, 1990; Keller, Nigg, Jäkle, Baum & Basler, 1999).

Das theoretische Konstrukt des Modells sowie dessen Kernvariablen wurden an einer Reihe von Verhaltensweisen überprüft. Systematische Untersuchungen zeigen, dass das Stufenmodell für viele Bereiche adaptiert werden kann und in den Grundannahmen seine Gültigkeit besitzt (Schumann, Meyer, Rumpf, Hannöver, Hapke & John, 2005; Keller, Nigg, Jäkle, Baum & Basler, 1999). Bei den vorrangig untersuchten Problemverhalten handelt es sich um den Bereich der Alkohol- sowie Substanzabhängigkeit (Zhang, Harmon, Werkner & McCormick, 2006; Tejero, Trujols, Hernandez, de los Cobos & Casas, 1997; Callaghan, Hathaway, Cunningham, Vettese, Wyatt & Taylor, 2005), dem Diätverhalten (Kasila, Poskiparta, Karhila & Kettunen, 2003; Rossi, Rossi, Rossi-DelPrete, Prochaska, Banspach, & Carleton, 1994), Rauchen (Schumann, Meyer, Rumpf, Hannöver, Hapke & John, 2005; de Granda-Orive et al., 2004; Slade, Laxton-Kane & Spiby, 2006) chronischen Schmerzpatienten (Maurischat, Auclair, Bengel & Härter, 2002; Rau, Ehlebracht-König & Petermann, 2007) sowie in eher gesundheitspsychologisch orientierten Bereichen wie beispielsweise der Bereitschaft zur Ausübung

körperlicher Aktivität (Rhodes & Plotnikoff, 2006; Lorentzen, Ommundsen & Holme, 2007; Pfeffer & Alfermann, 2008) sowie dem Kondomgebrauch als Präventionsmaßnahme für sexuell übertragbare Krankheiten (Susenbeth, Jaekle, Keller & Basler, 1999; Naar-King et al. 2008).

Besonders im Bereich der Substanzabhängigkeit spielt die Erfassung der Veränderungsbereitschaft mit Hilfe des transtheoretischen Modells sowohl in der theoretischen Auseinandersetzung als auch in der praktischen Arbeit eine große Rolle. Die ursprüngliche Konzeption stammt aus dem Bereich des Entwöhnungsverhaltens bei Nikotinabhängigen, im weiteren Verlauf folgten im Bereich der Alkohol- bzw. Substanzabhängigkeit von illegalen Drogen sowohl zahlreiche systematische Studien, als auch eigens für diese Problembereiche adaptierte Untersuchungsinstrumente. Beispielsweise Callaghan und KollegInnen (2005) fanden in einer Untersuchung mit 130 erwachsenen Substanzabhängigen, die sich in einem stationären Behandlungsprogramm befanden, dass Personen in der Phase der Absichtslosigkeit signifikant häufiger die Behandlung abbrechen, als Personen in der Phase der Absichtsbildung beziehungsweise Handlung. Auch Belding, Iguchi und Lamb (1997) konnten in ihrer Untersuchung mit 81 Patienten eines Methadon-Substitutionsprogrammes die Annahmen des transtheoretischen Modells bestätigen. Es zeigte sich, dass der Behandlungserfolg – in diesem Fall gemessen an negativen Urinproben – umso größer ist, je höher die Stadienzugehörigkeit zu Behandlungsbeginn ist, wie dies vom Modell vorhergesagt wird. Auch in einer Studie mit 96 polytoxikomanen PatientInnen von Henderson, Saules und Galen (2004) zeigte sich, dass die Veränderungsbereitschaft zu Beginn der Behandlung einen wesentlichen Einfluss auf die Drogenfreiheit im Verlauf der Behandlung hat.

Ergebnisse zur Anwendbarkeit des transtheoretischen Modells und dessen Generalisierung auf verschiedene Störungsbereiche führten dazu, dass das Modell auch in der Praxis der Behandlung – und hier vor allem im Bereich der Substanzabhängigkeit – Verwendung findet. Miller und Rollnick (1991) entwickelten beispielsweise die Methode des „Motivierenden Interviews“, das eine strukturierte psychologische Methode zur Feststellung und darauf folgenden Förderung der Behandlungsmotivation Substanzabhängiger darstellt.

In weiterer Folge wurden für die Behandlung der Substanzabhängigkeit auch stadienorientierte Gruppenbehandlungsprogramme entwickelt (Velasquez, DiClemente, Maurer & Crouch, 2001).

2.3 Die Rolle des Faktors Zwang

Unter vielen BehandlerInnen herrscht auch heute noch die weit verbreitete Ansicht, dass Therapie die Freiwilligkeit des/der KlientIn voraussetzt und eine Behandlung, die unter Zwang begonnen wurde, aussichtslos ist. Besonders KlientInnen, die im Rahmen des Strafvollzuges bzw. als Alternative zur Strafverfolgung eine Behandlung beginnen, sind oft mit dem Stigma der fehlenden Behandlungsmotivation behaftet. Doch bei genauerer Betrachtung ist eine vollkommene Freiwilligkeit auch bei PatientInnen außerhalb totaler Institutionen kaum zu finden, dort ist es nicht das Justizsystem, das eine Behandlung verlangt, sondern beispielsweise der/die LebenspartnerIn, der Arbeitgeber oder andere Personen oder Behörden (Werdenich & Wagner, 1998). Bühringer und KollegInnen (1989) klassifizieren die Zwänge, die auf Drogenabhängige ausgeübt werden nach den zwangsausübenden Personen beziehungsweise Institutionen in vier verschiedene Kategorien: Justizielle, soziale, körperliche/emotionale und therapeutische Zwänge. Daraus wird auch deutlich, dass PatientInnen nicht durch das Vorhandensein oder Fehlen eines einzigen Markers (beispielsweise Zuweisung durch die Justiz) in Freiwillige oder ZwangsklientInnen eingeteilt werden können. Eine weitere Schwierigkeit bei der Beurteilung des Faktors Zwang stellt die subjektive Bewertung dessen dar, es ist möglich, dass Zwänge, die von der Öffentlichkeit als massiv angesehen werden, von den Betroffenen individuell unterschiedlich stark erlebt werden.

Die große Variationsbreite der Ergebnisse zur Forschung der (Quasi-) Zwangsbehandlung liegt unter anderem in der unterschiedlichen Definition bzw. Operationalisierung des Faktors Zwang. Während einige Studien Zwang durch das Rechtssystem mit der Art des Eintritts in eine Behandlung gleichgesetzt haben, definieren andere Untersuchungen Zwang durch das Ausmaß des subjektiv wahrgenommenen Drucks, eine Behandlung zu beginnen. Frühere Untersuchungen weisen darauf hin, dass die Einteilung in

freiwillige Behandlung oder Zwangsbehandlung nicht dichotom erfolgen kann: In einer Untersuchung mit 300 Drogenabhängigen fanden Wild, Newton-Taylor und Alleto (1998), dass 35% der KlientInnen mit Therapieaufgabe keinen Zwang zur Behandlung verspürten, während 37% der KlientInnen, die freiwillig in Behandlung waren, sich unter Druck gesetzt fühlten. Prädiktoren für wahrgenommenen Zwang waren in dieser Untersuchung Alter, Druck der von Familie oder Freunden ausgeht und der Schweregrad der Abhängigkeit. In einer Untersuchung von Marlowe, Merlike, Kirby, Festinger und McLellan (2001) zeigten sich durch die Berechnung einer Clusteranalyse fünf verschiedene Muster, wodurch sich KlientInnen zum Beginn einer Behandlung unter Druck gesetzt fühlen. Dabei handelt es sich um sozialen, finanziellen, familiären und justiziellen Zwang, sowie Druck aufgrund medizinischer und psychiatrischer Probleme, eine ähnliche Einteilung wie sie auch schon Bühringer und KollegInnen (1989) feststellten.

Diese Ergebnisse unterstützen die Annahme, dass der scheinbar freiwillige Beginn einer Behandlung nicht unbedingt bedeutet, dass ein Klient keinen externen Zwang zum Behandlungsbeginn verspürt; obwohl ein Klient nicht durch das Justizsystem zur Behandlung verpflichtet wird, kann man externen Druck nicht ausschließen. Aus diesem Grund wird der Begriff der ‚Freiwilligkeit‘ im Folgenden unter Anführungszeichen gesetzt, wie dies auch von Gregoire und Burke (2004) vorgeschlagen wurde. Diese Differenzierung der beiden Variablen subjektiv wahrgenommener bzw. objektiv vorhandener Zwang wird, wie eine Übersichtsarbeit von Wild, Roberts und Cooper (2002) zeigt, jedoch bei Forschungsarbeiten zum Thema Zwangsbehandlung kaum berücksichtigt. Nur 22% der von den Autoren untersuchten 87 Arbeiten zum Thema Zwangsbehandlung beinhalteten neben dem rechtlichen Status eine weitere – subjektive – Bewertung des Faktors Zwang.

2.4 Zwang und Behandlungsmotivation

Wie weiter oben dargestellt spielt der Faktor Zwang zu Beginn einer Behandlung eine nicht zu unterschätzende Rolle. Trotzdem gibt es nur wenige empirisch fundierte Studien, die sich mit dem Zusammenhang zwischen Zwang und Behandlungsmotivation beschäftigen. Anglin, Prendergast und Farabee (1998) stellten in einem Literaturüberblick zu dieser Thematik fest, dass keine der 11 von Ihnen untersuchten Studien zum Thema Substanzabhängigkeit den Faktor Motivation mitberücksichtigte. Des Weiteren führten sie die unterschiedlichen Forschungsergebnisse auf die verschiedenen Formen der Operationalisierung des Faktors Zwang zurück.

In einer Studie von Rapp und KollegInnen (Rapp, Li, Siegal & DeLiberty, 2003) wurde die Motivation mit den drei Subskalen „Identifizierung des Problems“, „Wunsch nach Hilfe“ und „Bereitschaft Hilfe zu akzeptieren“ der Texas Christian University Self-Rating Form (Knight, Holcom & Simpson, 1994) gemessen. In einer Stichprobe von 263 Drogenabhängigen zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen ‚freiwilligem‘ Therapiebeginn bzw. Schwierigkeiten mit dem Justizsystem und der Motivationsstärke. Kritisch anzumerken ist jedoch, dass in die Gruppe der KlientInnen mit Schwierigkeiten mit dem Justizsystem in dieser Untersuchung all jene fielen, die entweder auf Bewährung waren, bedingt aus einer Haftstrafe entlassen wurden oder eine Verhandlung bzw. ein Urteil ausstehend hatten. Es handelt sich somit um eine relativ heterogene KlientInnengruppe, die in unterschiedlichem Maß von der Justiz zu einer Behandlung verpflichtet wurde und unterschiedliche Konsequenzen beim Therapieabbruch zu befürchten hat.

Auch im Bereich der Drogenabhängigkeit, wo justizieller Zwang eine gewichtige Möglichkeit darstellt, KlientInnen zu einer Behandlung zu veranlassen, gibt es kaum Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen justiziellem Zwang und Motivation. Wild, Cunningham und Ryan (2006) unterschieden in einer Untersuchung mit 300 drogenabhängigen KlientInnen zwischen externer Motivation (Behandlungsbeginn aufgrund sozialen Zwangs), interner Motivation (Schuld wegen anhaltendem Substanzkonsum) und

identifizierter Motivation (freiwillige Wahl und commitment an die Ziele des Behandlungsprogramms). Es zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen externer Behandlungsmotivation und richterlicher Weisung sowie Druck durch das soziale Umfeld, während identifizierte Motivation mit einem ‚freiwilligen Behandlungsbeginn‘ korrelierte.

Über den Zusammenhang zwischen externem Zwang und Veränderungsmotivation nach dem transtheoretischen Modell ist noch sehr wenig aus empirischen Forschungsarbeiten bekannt. Das transtheoretische Modell postuliert, dass eine Behandlung, die in einer inadäquaten Veränderungsphase begonnen wird, nicht hilfreich ist (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) und KlientInnen erst dann eine Behandlung beginnen, wenn Sie motiviert sind, das Problemverhalten zu ändern. Das Modell macht jedoch keine Vorhersagen darüber, wie sich der Faktor Zwang darauf auswirkt, und ob sich KlientInnen, die durch externe Faktoren zum Eintritt in eine Behandlung gebracht werden hinsichtlich der Veränderungsbereitschaft von ‚freiwilligen‘ KlientInnen unterscheiden. Gregoire und Burke (2004) beschäftigten sich in einer Studie mit 295 Drogenabhängigen, die sich in einer ambulanten Behandlung befanden, mit den Stadien der Veränderungsbereitschaft im Quasi-Zwangskontext. Die Autoren fanden einen positiven Zusammenhang zwischen justiziellem Zwang und Behandlungsmotivation und kamen zu dem Schluss, dass justizieller Zwang die Veränderungsbereitschaft erhöhen und damit den Behandlungserfolg verbessern würde. Diese Untersuchung beschäftigte sich lediglich mit der Veränderungsbereitschaft ambulanter PatientInnen, es wäre jedoch denkbar, dass Zwang in einer restriktiveren Umgebung, wie beispielsweise einer stationären Behandlung, andere Auswirkungen auf die Motivation hat.

In einer Studie mit 88 PatientInnen einer schweizer Klinik für Essstörungen (Hasler, Delsignore, Milos, Buddeberg & Schnyder, 2004) zeigte sich, dass PatientInnen, die mit einer Überweisung eines Arztes oder Psychiaters die Behandlung begonnen haben, signifikant höhere Werte in der Phase der Absichtslosigkeit und signifikant niedrigere Werte in der Handlungsphase haben als PatientInnen, die ohne Zuweisung in die Klinik

kamen. In der Studie sind jedoch keine Angaben dazu zu finden, welche Auswirkungen eine Nichtbefolgung der ärztlichen Überweisung hat; nachdem das Ausmaß des externen Zwanges somit schwer einzuschätzen ist, sollten die diesbezüglichen Ergebnisse dieser Untersuchung nur mit Vorsicht interpretiert werden.

Gütlich, Heidenreich und Hoyer (1998) untersuchten, wie sich Personen im deutschen Maßregelvollzug von jenen in einer stationären Drogenbehandlungseinrichtung hinsichtlich ihrer Veränderungsmotivation unterscheiden. Die Studie mit 32 Probanden zeigte, dass Personen im Maßregelvollzug eher Einstellungen aufweisen, die der Phase der Absichtslosigkeit zuzuordnen sind, während diese bei Personen in stationärer Drogenentwöhnungsbehandlung eher auf die Phasen der Absichtsbildung und Aufrechterhaltung hinweisen. In der Handlungsphase gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Kritisch anzumerken ist jedoch, dass bezüglich der Freiwilligkeit keine eindeutige Differenzierung der beiden Gruppen gegeben ist. Während die Behandlung im Maßregelvollzug für alle PatientInnen als Zwangsmaßnahme anzusehen ist, setzt sich die Gruppe der PatientInnen in stationärer Drogenbehandlung zu einem Drittel aus ‚freiwilligen‘ KlientInnen und zu zwei Dritteln aus PatientInnen im Sinne einer Quasi-Zwangsbehandlung zusammen. Somit können aus dieser Untersuchung keine eindeutigen Rückschlüsse über den Zusammenhang zwischen Zwang und Veränderungsmotivation gezogen werden.

Aus früheren Studien ist weiters bekannt, dass die Veränderungsmotivation zu Beginn der Behandlung einen Einfluss auf den weiteren Therapieverlauf und –erfolg hat. Beispielsweise die Untersuchung von Leontieva und KollegInnen (2003) zeigte, dass Alkoholiker, die sich zu Beginn der Behandlung in der Handlungsphase befanden, nach drei Monaten signifikant weniger Alkohol trinken, weniger alkoholbezogenes Risikoverhalten sowie weniger Abhängigkeitssymptome zeigen, als KlientInnen, die sich zu Beginn der Behandlung in der Phase der Absichtslosigkeit befinden. In einer Untersuchung von Peterson and Hughes (2002) mit 50 Diabetikern zeigte sich ein signifikant größerer Behandlungserfolg von PatientInnen, die sich zu Beginn

der Behandlung in der Handlungsphase befanden im Vergleich zu PatientInnen in der Phase der Absichtslosigkeit und Absichtsbildung. Des Weiteren konnte in zahlreichen Untersuchungen ein positiver Zusammenhang zwischen Veränderungsmotivation und der Verweildauer in der Behandlung nachgewiesen werden (Brocato, 2004; Haller, Miles & Cropsey, 2004). Welchen Einfluss extern wahrgenommener Zwang auf den Zusammenhang zwischen Veränderungsmotivation und Behandlungsverlauf beziehungsweise –erfolg hat, ist bisher jedoch noch nicht empirisch untersucht.

2.5 Rechtliche Rahmenbedingungen der Quasi-Zwangsbehandlung

Der Zusammenhang zwischen illegalem Drogenkonsum und Kriminalität ist durch zahlreiche Forschungsarbeiten hinlänglich abgesichert. Ein Großteil der substanzabhängigen Personen begeht Straftaten, um den illegalen Drogenkonsum zu finanzieren und wird dadurch immer wieder inhaftiert. Das Suchtverlangen und der zwanghafte Drogenkonsum als typische Kennzeichen der Abhängigkeit führen dazu, dass das gesundheitsschädliche Verhalten trotz dieser Konsequenzen aufrechterhalten wird. Der Kreislauf von Drogenszene und Inhaftierung kann aufgrund der Schwere der Erkrankung nur selten durch eine Inhaftierung unterbrochen werden, zur Genesung bedarf es therapeutische, psychosoziale und medizinische Interventionen.

Auf diesen Umstand reagiert der Gesetzgeber mit der Möglichkeit Therapie anstelle der Haftverbüßung in Anspruch zu nehmen. In Österreich wurde bereits im Jahr 1971 im Suchtgiftgesetz (SGG) die Möglichkeit verankert, drogenabhängige Straftäter, die sich einer ärztlichen Behandlung oder Überwachung unterziehen, straflos zu lassen. Das neue Suchtmittelgesetz (SMG) aus dem Jahr 1998 berücksichtigt die Tatsache, dass bei Drogenabhängigen neben medizinischen, häufig psychische und soziale Probleme im Vordergrund stehen. Unter dem zusammenfassenden Begriff der „gesundheitsbezogenen Maßnahmen“ steht drogenabhängigen Straftätern ein differenzierteres Behandlungsspektrum als Alternative zur Strafverfolgung zur Verfügung. Neben der schon im alten Suchtgiftgesetz (SGG) verankerten Möglichkeit der ärztlichen Überwachung und Behandlung, zählen nun klinisch-

psychologische Behandlung, Psychotherapie und psychosoziale Betreuung zu den gesundheitsbezogenen Maßnahmen.

Grundsätzlich sieht das österreichische Rechtssystem eine „Stufenleiter“ vor, mit der DrogenkonsumentInnen motiviert, genötigt oder gezwungen werden sollen, behandelnde oder betreuende Angebote anzunehmen. Am Beginn steht dabei die Intervention der Gesundheitsbehörde, also der regionalen Administration, wo grundsätzlich festgeschrieben ist, dass jeder, der als süchtig und behandlungsbedürftig definiert ist, verpflichtet ist, Behandlung zu machen. Strafrechtliche Sanktionen gibt es dabei keine, allerdings hat die Verwaltungsbehörde die Möglichkeit, Verwaltungsstrafen bei Nichtbefolgung behördlicher Auflagen anzuordnen.

Die nächsten Stufen sind strafrechtliche Maßnahmen und Auflagen, einerseits aus dem Suchtmittelrecht und andererseits aus dem allgemeinen Strafrecht. Es handelt sich dabei um die Zurücklegung einer Anzeige, den Aufschub der Strafverfolgung oder des Strafverfahrens, jeweils verbunden mit Auflagen der Betreuung und medizinischen Kontrolle. In weiterer Folge sieht das Strafrecht bedingte Strafen vor, die auch mit Weisungen, sich einer Behandlung zu unterziehen, verknüpft werden können. Als nächstes in der Stufenleiter steht die unbedingte Freiheitsstrafe, wobei diese für Drogenabhängige unter bestimmten Bedingungen bis zu zwei Jahren aufgeschoben werden kann, um dem Verurteilten Gelegenheit zu geben, Behandlung zu machen. Ist diese Behandlung erfolgreich absolviert, wird die unbedingte in eine bedingte Strafe umgewandelt („Therapie statt Strafe“). Der Strafaufschub nach §39 SMG steht verurteilten Drogenabhängigen zur Verfügung, die zu einer maximal zweijährigen Freiheitsstrafe oder Geldstrafe nach dem SMG verurteilt wurden und sich bereit erklären, sich den notwendigen gesundheitsbezogenen Maßnahmen zu unterziehen. Bei bestimmten Delikten, die zur so genannten Beschaffungskriminalität zählen, kann das Gericht auch einen Aufschub der Strafe nach §39 SMG aussprechen, wenn der Strafraum maximal fünf Jahre beträgt. Bis zu dieser Stufe setzt die Anwendung gesundheitsbezogener Maßnahmen eine Einwilligung des jeweiligen Patienten voraus. Somit ist der Begriff der „Quasi-

Zwangsbehandlung“ in diesem Zusammenhang adäquater, da trotz des Zwangscharakters noch immer eine Wahlfreiheit für den Klienten vorhanden ist. Am oberen Ende der Stufenleiter steht die Einweisung in die vorbeugende Maßnahme nach §22 StGB, bei der eine vom Gericht angeordnete Zwangsbehandlung vorgesehen ist, die über die Strafzeit hinausgehen kann.

Systematische Untersuchungen zu dieser Thematik stammen hauptsächlich aus dem amerikanischen Raum (Klag, O'Callaghan & Creed 2005), im deutschsprachigen Europa gibt es kaum statistisch ausreichend abgesicherte Vergleichsstudien, die sich mit der Evaluation von Quasi-Zwangsmassnahmen bei erwachsenen Drogenabhängigen beschäftigen, obwohl ähnliche gesetzliche Bestimmungen zu Therapie statt Strafe in vielen europäischen Ländern existieren.

3. FRAGESTELLUNGEN

Im Rahmen der vorliegenden Dissertation werden mit drei publizierten Arbeiten drei Hauptfragestellungen beantwortet. Die erste Fragestellung beschäftigt sich mit dem Zusammenhang zwischen objektivem und subjektiv wahrgenommenem Zwang. Eine der konzeptuellen Schwierigkeiten in der Erforschung des Zusammenhanges zwischen Zwang und Motivation ist auf die unterschiedliche Operationalisierung des Faktors Zwang zurückzuführen und auf die Tatsache, dass justizieller Zwang nicht unbedingt mit wahrgenommenem Zwang gleichgesetzt werden kann (Young, 2002; Wild, Newton-Taylor & Alleto, 1998; Young & Belenko, 2002). Wahrgenommener Zwang scheint aus mehreren Faktoren zusammengesetzt zu sein – wie beispielsweise dem Zwang durch Familie oder Freunde, Arbeitgeber etc. – und kann nicht gleichermaßen mit dem Weg des Eintritts in die Behandlung gleichgesetzt werden, obwohl ein Zusammenhang dieser beiden Variablen anzunehmen ist. Die Publikation „Freiwilligkeit oder Zwang - Über die Patientenstruktur und Motivationslage bei Therapie statt Strafe für drogenabhängige Straftäter“ (Gegenhuber, Werdenich, Kryspin-Exner, 2009) beschäftigt sich mit dieser Fragestellung.

Im Rahmen der zweiten Fragestellung soll der Zusammenhang zwischen der Bereitschaft ein bestimmtes Problemverhalten zu verändern und externem Zwang untersucht werden. Das transtheoretische Modell der Veränderung sagt vorher, dass KlientInnen erst dann eine Behandlung beginnen, wenn sie sich in der Handlungsphase, also einem höheren Stadium der Motivation, befinden. Wie sich externer Zwang auf die Motivation ein Verhalten zu verändern auswirkt, wird von dem Modell nicht vorhergesagt, es gibt auch noch kaum Belege aus systematischen Untersuchungen dafür. In einer 2004 von Gregoire und Burke durchgeführten Studie zu der Thematik zeigte sich, dass justizieller Zwang mit erhöhter Veränderungsbereitschaft einhergeht. Der Selbstbestimmungstheorie von Deci & Ryan (1985) zu Folge, nach der Personen höher motiviert sind, wenn die wahrgenommene Autonomie bei der

Ausübung eines bestimmten Verhaltens hoch ist, müsste jedoch größer wahrgenommener Zwang mit einer niedrigeren Motivation einhergehen. Die Publikation „The relationship between legal status, perceived pressure and motivation in treatment for drug dependence: results from a European study of Quasi-Compulsory treatment“ (Stevens et al., 2006) behandelt den Zusammenhang zwischen externem Zwang und Veränderungsmotivation.

Die dritte Fragestellung beschäftigt sich mit der Auswirkung von justiziellem Zwang und Motivation zu Behandlungsbeginn auf den weiteren Behandlungsverlauf und -erfolg. Aus bisherigen Untersuchungen zum transtheoretischen Modell ist bekannt, dass eine Behandlung eher positiv abgeschlossen wird, wenn sie in einem adäquaten Veränderungsstadium begonnen wird (Brogan, Prochaska & Prochaska, 1999). Welchen Einfluss der Faktor Zwang auf diesen Zusammenhang hat ist bisher nicht bekannt und wird in der Publikation „Justizieller Zwang, Motivation und Therapieerfolg: Eine Evaluationsstudie“ (Gegenhuber, Werdenich & Kryspin-Exner, 2007) systematisch untersucht.

4. EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG

Die vorliegender Dissertation zu Grunde liegende Untersuchung wurde im Rahmen der europäischen Multi-Center-Studie „QCT-Europe“¹ durchgeführt. Zielsetzung des Projektes lag im Vergleich und der systematischen Evaluation von Systemen zur Quasi-Zwangsbehandlung in sieben europäischen Ländern: Grossbritannien, Deutschland, Niederlande, Italien, Schweiz und Österreich. Die Lehr- und Forschungspraxis an der Fakultät für Psychologie der Universität Wien fungierte als österreichischer Kooperationspartner.

Zur Beantwortung der oben ausgeführten Fragestellungen wurden im Zeitraum von Juli 2003 bis Jänner 2004 insgesamt 150 KlientInnen an sechs österreichischen Therapiestationen mit standardisierten Interviews befragt. Als Untersuchungsgruppe dienten KlientInnen mit einer Auflage zur Therapie nach §39 SMG, die Kontrollgruppe stellten KlientInnen dar, die sich ‚freiwillig‘ einer Behandlung ihrer Drogensucht unterzogen. Die Erstbefragung der teilnehmenden KlientInnen erfolgte spätestens zwei Wochen nach Eintritt in die Behandlung, sechs, 12 und 18 Monate nach Behandlungsbeginn wurden dieselben KlientInnen noch einmal interviewt, unabhängig davon ob sie sich noch in Behandlung befanden oder diese bereits abgeschlossen bzw. abgebrochen hatten. Bei der Auswahl der beteiligten Therapiestationen wurde darauf geachtet ein differenziertes Behandlungsspektrum abzudecken: es handelt sich um stationäre Therapiestationen mit bzw. ohne Substitutionsbehandlung, ambulante Behandlungs- und Betreuungsangebote sowie stationäre Entzugsbehandlung.

Untersuchungsteilnehmer waren KlientInnen mit einer gerichtlichen Auflage zur Therapie (N=54, 36,0%) sowie ‚freiwillige‘ KlientInnen (N=96, 64,0%), die sich in stationären Behandlungseinrichtungen (N=103, 68,7%), ambulanten Einrichtungen (N=27, 18,0%) bzw. stationärer Entzugsbehandlung

¹ Die Durchführung dieser Untersuchung wurde mit finanziellen Mitteln der Europäischen Union gefördert. (Quasi-Compulsory treatment of drug dependent offenders: European Commission, The Fifth Framework Funding EISS, University of Kent)

befanden (N=20, 13,3%). Bei den teilnehmenden KlientInnen handelte es sich vorwiegend um männliche Drogenabhängige (N=120, 80,0%) mit einem Durchschnittsalter von 27 Jahren (M=27,25, SD=6,69).

Als Untersuchungsinstrument diente eine Testbatterie bestehend aus dem European Addiction Severity Index (EuropASI) (Gsellhofer, Kufner, Vogt & Weiler, 1997; Kokkevi & Hartgers, 1995), einem Fragebogen zum subjektiv wahrgenommenem Zwang (vgl. Simpson & Knight, 1998) und dem Fragebogen zur Veränderungsbereitschaft (Readiness to change questionnaire; Heather, Gold, & Rollnick, 1991), die den teilnehmenden KlientInnen von geschulten Interviewerinnen im Einzelsetting vorgegeben wurden.

Detaillierte Ergebnisse der Untersuchung können in den folgenden - im Anhang abgedruckten - Publikationen nachgelesen werden:

1. Stevens, A., Berto, D., Frick, U., Hunt, N., Kerschl, V., McSweeney, T., Oeuvray, K., Puppo, I., Santa Maria, A., Schaaf, S., **Trinkl, B.**, Uchtenhagen, A. & Werdenich, W. (2006). The relationship between legal status, perceived pressure and motivation in treatment for drug dependence: results from a European study of quasi-compulsory treatment. *European Addiction Research*, 12, 197-209.
2. **Gegenhuber, B.**, Werdenich, W. & Kryspin-Exner, I. (2009). Freiwilligkeit oder Zwang - Über die Patientenstruktur und Motivationslage bei Therapie statt Strafe für drogenabhängige Straftäter. *Forensische Psychiatrie, Psychologie und Kriminologie*, 1(3).
3. **Gegenhuber, B.**, Werdenich, W. & Kryspin-Exner, I. (2007). Justizieller Zwang, Motivation und Therapieerfolg - Eine Evaluationsstudie. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 90(4), 304-316.

5. ZUSAMMENFASSENDE DISKUSSION DER ERGEBNISSE

Ziel der vorliegenden Dissertation war, statistisch abgesicherte Belege über den Zusammenhang zwischen externem Zwang und Behandlungsmotivation zu gewinnen. Frühere Untersuchungen zu dieser Thematik zeigten nicht zuletzt auch deshalb unterschiedliche Ergebnisse, weil keine einheitliche Operationalisierung dieser beiden Faktoren vorlag. Externer Zwang kann nicht unbedingt mit subjektiv wahrgenommenem Zwang gleichgesetzt werden, was auch im Rahmen dieser Untersuchung näher analysiert werden sollte.

Die Publikation von Stevens und KollegInnen (2006) beschäftigt sich mit dem Zusammenhang zwischen justiziellem und wahrgenommenem Zwang sowie deren Auswirkung auf die Behandlungsmotivation. Zur Beantwortung der Fragestellung wurden die gesamteuropäischen Daten der Ersterhebung des Forschungsprojekts QCT-Europe ausgewertet. Dabei handelte es sich um eine Stichprobe von 845 Personen, die in den sechs beteiligten Ländern Großbritannien, Deutschland, Italien, Schweiz, Österreich und den Niederlanden erhoben wurde. Wie angenommen zeigte sich, dass bei der Gruppe der KlientInnen mit Therapieauflage der insgesamt wahrgenommene Zwang signifikant höher ist. Bemerkenswert ist jedoch, dass zwei Drittel der freiwilligen KlientInnen externen Zwang verspüren, während zumindest ein knappes Viertel der JustizklientInnen keinen externen Zwang zur Behandlung verspürt. Um weitere Einflussfaktoren auf den wahrgenommenen Zwang zu untersuchen, wurde eine logistische Regressionsanalyse durchgeführt. Es zeigte sich, dass wahrgenommener Zwang zur Behandlung mit steigendem Alter abnimmt und externer Zwang in stationären Behandlungssettings in höherem Ausmaß wahrgenommen wird. Der stärkste Prädiktor war jedoch, ob jemand eine Behandlung ‚freiwillig‘ begonnen hat, oder mit einer gerichtlichen Auflage.

Auch die Analyse der österreichischen Daten des Forschungsprojekts (Gegenhuber, Werdenich & Kryspin-Exner, 2009) zeigt, dass sich KlientInnen nicht dichotom in ‚Freiwillige‘ und ‚ZwangsklientInnen‘ einteilen lassen. Der justizielle Zwang, der mit einer gerichtlichen Therapieaufgabe einhergeht, scheint zwar naturgemäß das Ausmaß des wahrgenommenen Zwanges zu beeinflussen, jedoch nicht unbedingt die Tatsache, dass überhaupt externer Druck zur Behandlung vorhanden ist oder nicht. Von wesentlicher Bedeutung ist jedoch, dass der intern – durch den/die jeweilig/e KlientIn selbst – wahrgenommene Zwang bei beiden Gruppen wesentlich höher ist, als der durchschnittlich wahrgenommene externe Zwang. Offensichtlich spielt der durch medizinische, psychologische und andere Folgeprobleme des Substanzkonsums hervorgerufene Leidensdruck bei der Entscheidung, eine Behandlung zu beginnen, eine wesentlich größere Rolle als Zwang aus einer externen Quelle, beispielsweise einer gerichtlichen Therapieaufgabe. Die Daten der vorliegenden Untersuchung weisen jedoch eindeutig darauf hin, dass eine dichotome Einteilung in ‚freiwillige‘ und ZwangsklientInnen nicht zulässig ist, vielmehr scheint sich der subjektiv wahrgenommene externe Druck auf einem Kontinuum zwischen den beiden Variablen ‚Freiwilligkeit‘ und Zwang anzusiedeln zu lassen.

Die Hypothese, dass externer Druck eine Behandlung zu beginnen die Behandlungsmotivation schmälert konnte nicht bestätigt werden. Die Ergebnisse der Auswertung der gesamteuropäischen Daten der Erstbefragung (Stevens et al., 2006) weisen darauf hin, dass es einen Zusammenhang zwischen wahrgenommenem Zwang und Veränderungsmotivation gibt, dabei handelt es sich jedoch nicht – wie häufig angenommen – um einen linearen Zusammenhang. Der subjektiv von einer Person wahrgenommene Zwang ist bei jenen Personen am höchsten, die sich zu Behandlungsbeginn in der Phase der Absichtsbildung befinden, das heißt sich ihres Problemverhaltens zwar schon bewusst sind, aber noch keinen konkreten Entschluss zur Verhaltensänderung gefasst haben. Sowohl Personen, die noch keine Absicht haben ihr Verhalten zu ändern (Phase der Absichtslosigkeit), aber auch jene, die einen konkreten Entschluss zur Änderung getroffen haben

(Handlungsphase), verspüren externen Zwang in einem geringeren Ausmaß, als Personen in der oben genannten ambivalenten Phase. Das ist ein Hinweis darauf, dass externer Zwang bei Personen, die sich zwar schon des Problemverhaltens bewusst sind, aber noch nicht die Entscheidung zu einer tatsächlichen Verhaltensänderung getroffen haben, als weitere Motivationshilfe für einen Behandlungsbeginn fungiert.

Weiters wurden mittels multivariater Regressionsanalyse Prädiktoren dafür errechnet, ob sich eine Person zu Beginn der Behandlung in der Handlungsphase befindet. Es zeigte sich, dass bestimmte Quellen des subjektiv wahrgenommenen Zwanges einen Einfluss auf die Veränderungsbereitschaft haben, wobei auch hier die Ergebnisse nicht linear sind. Je niedriger der Zwang, der von Familie und Freunden ausgeht und je höher der Zwang ausgehend von Gesundheitsbehörden, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sich eine Person zu Beginn der Behandlung in der Handlungsphase befindet. Des Weiteren zeigte sich, dass Personen eher in der Handlungsphase sind, je weniger vorherige Behandlungsversuche sie absolviert haben und wenn sie in einer stationären Behandlungseinrichtung sind. Das Vorhandensein beziehungsweise Fehlen einer gerichtlichen Therapieauflage ist kein signifikanter Prädiktor für die Zugehörigkeit zu einer spezifischen Phase der Veränderungsbereitschaft. Die Motivation ein bestimmtes Verhalten zu verändern scheint somit eher vom Ausmaß des subjektiv wahrgenommenen Zwanges abhängig zu sein, als von objektiven Kriterien wie etwa einer gerichtlichen Behandlungsaufgabe.

Die Ergebnisse zeigen, dass das Vorhandensein einer Therapieauflage nur einen geringfügigen Einfluss auf die Bereitschaft zur Verhaltensänderung hat. Der einfache Schluss, dass extern motivierte KlientInnen unmotiviert KlientInnen sind – wie dies in der Praxis häufig angenommen wird – kann in dieser Untersuchung nicht bestätigt werden. Vielmehr sind es einerseits persönliche Faktoren, wie die Anzahl der früheren Behandlungsversuche, aber auch subjektiv wahrgenommene Zwänge. Dass diese nicht linear mit dem Weg des Eintritts in die Behandlung gleichgesetzt werden können, wurde schon in früheren Untersuchungen, sowie auch der vorliegenden Studie (Gegenhuber,

Werdenich & Kryspin-Exner, 2009) gezeigt. Ein weiterer Prädiktor für eine höhere Behandlungsmotivation zu Beginn ist das Behandlungssetting; höher motivierte KlientInnen sind eher in einem stationären Behandlungssetting zu finden.

Bei der Analyse der Folgebefragungen zeigte sich – den wahrgenommenen Zwang betreffend – ein ähnliches Ergebnis (Gegenhuber, Werdenich, Kryspin-Exner, 2007). Innerhalb des 18-monatigen Katamnesezeitraumes veränderte sich das Gesamtausmaß an wahrgenommenem Zwang nicht, lediglich die Quellen des ausgeübten Druckes ändern sich von justizieller Kontrolle zu verschiedenen Formen sozialer Kontrolle. Aber auch hier ist der subjektiv am stärksten wahrgenommene Zwang wieder jener, der von der Person selbst ausgeht.

Die dritte Fragestellung beschäftigte sich mit dem Zusammenhang zwischen der Veränderungsbereitschaft zu Behandlungsbeginn und dem weiteren Behandlungsverlauf. Die Annahme des transtheoretischen Modells, dass eine Behandlung nur erfolgreich ist wenn sie in einem adäquaten Veränderungsstadium begonnen wird, kann in dieser Untersuchung nur tendenziell bestätigt werden. Betrachtet man die Veränderungsbereitschaft der KlientInnen zu Behandlungsbeginn und deren Auswirkungen auf den weiteren Verlauf der Behandlung zeigt sich, dass die Höhe der Veränderungsbereitschaft keinen signifikanten Einfluss auf den Verbleib in einer Behandlung zu haben scheint. Es zeigt sich lediglich eine Tendenz dahingehend, dass höher motivierte Personen die Behandlung eher abschließen, während Personen die zu Behandlungsbeginn keine Absicht haben das Problemverhalten zu ändern, eher die Behandlung wieder abbrechen. Diese Ergebnisse entsprechen den Vorhersagen des transtheoretischen Modells, auch wenn sie in dieser Untersuchung nicht signifikant sind.

Ob der Faktor Zwang einen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen Veränderungsmotivation und weiterem Therapieverlauf hat, war aus bisherigen Untersuchungen nicht bekannt. Die vorliegende Studie zeigt dahingehend auch keine signifikanten Ergebnisse, es lässt sich jedoch ein Trend erkennen:

Personen, die sich zu Behandlungsbeginn in einem ambivalenten Stadium befinden weisen eine höhere Therapieabbruchquote auf, wenn sie die Behandlung ohne richterliche Auflage beginnen. Betrachtet man die Ergebnisse der Erstbefragung scheint somit externer Zwang nicht nur ein Faktor zu sein, der ambivalenten KlientInnen zur Entscheidung verhilft eine Behandlung zu beginnen, sondern offensichtlich diese auch dazu bewegt, die Behandlung nicht abzubrechen. Dieses Resultat stellt eine Bestätigung für die Anwendung von Quasi-Zwangmaßnahmen dar, die somit zumindest der – bei einigen Problembereichen – großen Gruppe der Personen in der Phase der Absichtsbildung dabei unterstützt, erste Schritte zu setzen, das Problemverhalten tatsächlich zu verändern. Auch der vergleichbare Therapieerfolg von ‚Freiwilligen‘ und ZwangsklientInnen hinsichtlich Drogenkonsum, kriminellen Verhalten sowie Verbesserungen im gesundheitlichen und sozialen Bereich bietet eine Unterstützung für die Anwendung gerichtlicher Behandlungsauflagen.

6. KRITIK UND AUSBLICK

Bei der Interpretation der vorliegenden Ergebnisse muss auf einige Limitierungen der Studie hingewiesen werden. Zum einen ist kritisch anzumerken, dass es sich bei den Angaben zum Drogenkonsum und der Kriminalität um Aussagen der KlientInnen handelt, eine Objektivierung dieser Informationen, beispielsweise durch die Einholung von Strafregisterauszügen oder die Heranziehung der Ergebnisse von durchgeführten Urinproben, war auf Grund gesetzlicher Bestimmungen zum Datenschutz nicht möglich. Wie auch bei den Angaben zum wahrgenommenen Zwang und generell bei Fragebogen zur Selbsteinschätzung üblich, kann eine bessere Selbstdarstellung im Sinne der sozialen Erwünschtheit nicht ausgeschlossen werden. In zukünftigen Untersuchungen sollte dies als eigenständige Variable mitberücksichtigt werden.

Zum anderen gehen jene Drogenabhängigen, die eine Therapieaufgabe bekommen, die Behandlung jedoch nie angetreten haben, nicht in die vorliegende Untersuchung mit ein. Es ist anzunehmen, dass in dieser Gruppe jene Personen sind, die am wenigsten für eine Behandlung motiviert sind. Nachdem die Stichprobe nur jene Personen einschließt, die der Therapieweisu ng auch nachgegangen sind, sind die Ergebnisse unter Umständen zu Gunsten dieser Gruppe verfälscht. Es ist jedoch weiters anzunehmen, dass ein Großteil der Personen, die eine Behandlung zugesprochen bekommen, diese schließlich auch antreten, da der Erhalt einer Therapieaufgabe eine Begutachtung durch Experten sowie aktive Bemühungen des Klienten um einen Therapieplatz erfordert. Die Abholung der Insassen aus der Untersuchungshaft durch die jeweiligen Einrichtungen gewährleistet zusätzlich, dass der auferlegten Behandlungsmaßnahme auch tatsächlich nachgekommen wird. Die Ausfallsrate wird dementsprechend gering sein, eine exakte Angabe ist aufgrund datenschutzrechtlicher Bestimmungen jedoch nicht möglich. Die Ergebnisse dieser Studie lassen sich somit auf jene Personen

generalisieren, die eine Therapieweisuung bekommen und diese auch antreten und nicht auf alle Straftäter mit einer gerichtlichen Behandlungsaufgabe.

Die Interpretation der katamnesticen Daten ist unter dem kritischen Blickwinkel der geringen Ausschöpfungsquote von etwa fünfzig Prozent beim dritten Katamnesezeitpunkt zu betrachten. Die beschriebenen Ergebnisse zeigen, dass etwa jeder sechste Teilnehmer der Erstbefragung nach 18 Monaten subjektiv noch an Drogenproblemen leidet. Gesetz den Fall dass all diejenigen, die zum dritten Katamnesezeitpunkt nicht mehr befragt werden konnten, den Ausstieg aus der Drogensucht positiv bewerkstelligt haben, würde dies bestenfalls eine Therapieerfolgsquote von über achtzig Prozent ergeben. Schlechtestenfalls hat nur jeder vierte Teilnehmer der Erstbefragung den Veränderungsprozess nach 18 Monaten erfolgreich durchlaufen. Studien zum Zusammenhang zwischen einer neuerlichen Erreichbarkeit zum Katamnesezeitpunkt und Behandlungserfolg zeigen inkonsistente Ergebnisse (Walton, Ramanathan & Reischl, 1998), wobei eher davon auszugehen ist, dass sich unter jenen, die nicht an einer neuerlichen Befragung teilnehmen, erheblich mehr Personen mit problematischem Substanzkonsum befinden, als unter Katamnesebeantwortern (Hansten et al., 2000). Im Falle der vorliegenden vergleichenden Untersuchung dürfte dieser Effekt jedoch für beide Gruppen gleichermaßen zutreffen; in diesem Zusammenhang ist es bemerkenswert, dass sich trotz der höheren Ausfallsrate bei den ‚freiwilligen‘ PatientInnen ein vergleichbarer Behandlungserfolg für beide Gruppen zeigte. Um die Drop-Out-Quote bei zukünftigen Untersuchungen geringer zu halten sollten die Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme durch die Erhebung weiterer Informationen sowie Kontaktquellen erhöht werden.

Eine weitere Anregung für zukünftige Untersuchungen betrifft den Level des objektiven Zwanges. Bei den hier dargestellten Ergebnissen handelt es sich um den Bereich der Quasi-Zwangsbehandlung, das bedeutet, dass KlientInnen bei der Entscheidung für oder gegen eine Behandlung noch immer eine gewisse Wahlfreiheit haben – auch wenn die Alternative zur Behandlung oft nicht attraktiv (beispielsweise ein Gefängnisaufenthalt) ist. Es gibt jedoch gerade im strafrechtlichen Bereich auch Behandlungsmaßnahmen, bei denen

KlientInnen keine Wahlfreiheit haben, wie zum Beispiel in Österreich bei der Einweisung in eine Behandlungsmaßnahme nach §21 StGB für geistig abnorme Rechtsbrecher. Es wäre möglich, dass externer Zwang ohne diese Wahlfreiheit andere Auswirkungen sowohl auf den subjektiv wahrgenommenen Zwang als auch auf die Veränderungsmotivation hat. Eine im Rahmen einer Diplomarbeit (Triska, 2006) kürzlich durchgeführte Untersuchung zum Zusammenhang zwischen justiziellem Zwang und der Veränderungsbereitschaft an einer Stichprobe von drogenabhängigen KlientInnen in Zwangsbehandlung nach §22 StGB (Maßnahme für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher) zeigte eine tendenziell erhöhte Veränderungsbereitschaft bei zur Behandlung verurteilten Insassen. Diese Arbeit kann jedoch aufgrund der kleinen Stichprobengröße nur als eine erste Voruntersuchung angesehen werden, breiter angelegte empirisch fundierte Studien sind noch ausständig.

7. KURZZUSAMMENFASSUNG

Auf Basis des transtheoretischen Modells der Veränderung (Prochaska & DiClemente, 1983, 1986) wird im Rahmen der vorliegenden Untersuchung der Zusammenhang zwischen externem Zwang zum Beginn einer Behandlung und subjektiv wahrgenommenem Druck, sowie deren Auswirkungen auf die Behandlungsmotivation untersucht. Im Rahmen einer europäischen Multi-Center-Studie wurden 845 Personen, die sich ‚freiwillig‘ bzw. aufgrund einer gerichtlichen Weisung in einer Behandlungsmaßnahme befanden, zu Beginn und innerhalb eines 18-monatigen Katamnesezeitraums mehrmals mit strukturierten Interviews befragt.

Es zeigte sich, dass KlientInnen nicht dichotom in ‚Freiwillige‘ und ZwangsklientInnen eingeteilt werden können, wie dies in der Praxis oft erfolgt. Vielmehr scheint die Höhe des subjektiv wahrgenommenen Zwanges in Abhängigkeit unterschiedlichster Faktoren wie beispielsweise dem Alter, der Art der Behandlung und naturgemäß auch dem Vorhandensein einer gerichtlichen Auflage, auf einem Kontinuum zwischen Freiwilligkeit und Zwang angesiedelt zu sein. Des Weiteren konnte auch der oft vermutete lineare Zusammenhang zwischen Zwang und Behandlungsmotivation nicht bestätigt werden, die Veränderungsmotivation ist eher von subjektiv wahrgenommenem Zwang sowie anderen Faktoren – wie beispielsweise dem Behandlungssetting – abhängig. Externer Zwang scheint jedoch für jene Personen, die sich in einer Phase der Ambivalenz gegenüber ihrem Problemverhalten befinden, als zusätzliche Motivation für den tatsächlichen Eintritt in die Behandlung zu dienen.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der Untersuchung, dass externer Zwang einer großen Personengruppe – nämlich jenen, die ihrem Problemverhalten gegenüber ambivalent eingestellt sind – zur Entscheidung verhilft eine Behandlung zu beginnen. Externer Zwang alleine hat keinen negativen Effekt auf die Behandlungsmotivation oder auf den weiteren Behandlungserfolg und –verlauf. Auch der vergleichbare Behandlungserfolg für

PatientInnen mit oder ohne externe Behandlungsaufgabe spricht für eine Anwendung von Quasi-Zwangsmaßnahmen.

8. ABSTRACT

The present study examines the relationship between external pressure and perceived coercion and their influence on treatment motivation, measured by the transtheoretical stages of change model from Prochaska & DiClemente (1983, 1986). In the course of the European multi-centre-study QCT-Europe, data from 845 drug dependent treatment clients, who were coerced into treatment or entered voluntarily, have been collected at the beginning of treatment, six, 12 and 18 months later.

The present data shows that a dichotomous classification in voluntary and coerced clients is not appropriate. Perceived pressure, which is affected by various variables (for example age or type of treatment), seems to be on a continuum between coercion and voluntariness.

Furthermore the often assumed linear relationship between coercion and motivation cannot be found. Readiness to change depends on perceived pressure and other factors, for example the type of treatment. But external pressure seems to be an additional motivation to enter treatment for ambivalent people.

Additionally we found no negative relationship between external pressure and treatment motivation. This fact and the comparable treatment outcome of voluntary and coerced clients argue for an utilisation of quasi-compulsory-treatment-measures.

9. LITERATURVERZEICHNIS

Anglin, M., Prendergast, M. & Farabee, D. (1998). The effect of coerced drug treatment for drug-abusing offenders. *Paper presented at the Office of National Drug Control Policy's Consensus Meeting on Drug Treatment in the Criminal Justice System*, March 23-25, 1998, Washington, D.C..

Appelbaum, A. (1972). A critical re-examination of the concept of "motivation for change" in psychoanalytic treatment. *International Journal of Psychoanalysis*, 53, 51-59.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of Behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.

Brocato, J. (2004). *Predictors of client retention in alternative-to-prison substance abuse programs*. Dissertation: Miami.

Brogan, M.M., Prochaska, J.O. & Prochaska, J.M. (1999). Predicting termination and continuation status in psychotherapy using the transtheoretical model. *Psychotherapy*, 36, 105-113.

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

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

Deci, E.L., & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour*. New York, Plenum.

De Granda-Orive, J.I., Pena-Miguel, T., Jimenez-Ruiz, D.C., Solano-Reina, D.S., Martinez-Albiach, J.M., Escobar-Sacristan, J. & Callol-Sanchez, L. (2004). Distribution of Stages of Change in Smoking Behavior in a Group of Young Smokers, *Military Medicine*, 169(12), 972-975.

De Leon, G., & Jainchill, N. (1986). Circumstances, motivation, readiness and suitability. *Journal of Psychoactive Drugs*, 18, 203-208.

De Leon, G., Melnick, G., & Hawke, J. (2000). The motivation/readiness factor in drug treatment research: Implications. In D. McBride, R. Stephens, & J. Levy (Eds.), *Emergent issues in drug treatment advances in medical sociology*. Greenwich: JAI.

DiClemente, C. C. and J. O. Prochaska (1985). Processes and stages of self-change: Coping and competence in smoking behavior change. In S. Shiffman and T. A. Wills (Eds.) *Coping and Substance Use*. New York, Academic Press.

DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhust, S., Velicer, W. F., Velasquez, M. M. & Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 295-304.

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

Drieschner, K.H., Lammers, S.M. & van der Staak, C.P. (2004). Treatment motivation: An attempt for clarification of an. ambiguous concept. *Clinical Psychology*, 23, 1115–1137

Egg, R. (1992). Therapy versus Penalty - An Evaluation Study. In F. Lösel, A. Bender & T. Bliesener (Eds.), *Psychology and Law: International Perspectives*. S. 175-181. Berlin, New York: de Gruyter.

Freud, S. (1905). *Über Psychotherapie*. Frankfurt a.M.: Fischer.

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

Gegenhuber, B., Werdenich, W. & Kryspin-Exner, I. (2009) Freiwilligkeit oder Zwang - Über die Patientenstruktur und Motivationslage bei Therapie statt Strafe für drogenabhängige Straftäter. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 1(3).

Gregoire, T. K. & Burke, A. C. (2004). The relationship of legal coercion to readiness to change among adults with alcohol and other drug problems. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26, 337—343.

Gsellhofer, B., Kufner, H., Vogt, M. & Weiler, D. (1997). *European Addiction Severity Index (EuropASI). Manual für Training und Durchführung*. Hohengehren: Schneider.

Gütlich, V., Heidenreich, T., & Hoyer, J. (1998). Stadien der Veränderung und Therapiemotivation unter justiziellem Zwang. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 30, 421-432.

Hansten, M.L., Downey, L., Rosengren, D.B. & Donovan, D.M. (2000). Relationship between follow-up rates and treatment outcomes in substance abuse research: more is better but when is "enough" enough? *Addiction*, 95 (9), 1403–1416.

Hasler, G., Delsignore, A., Milos, G., Buddeberg, C. & Schnyder, U. (2004). Application of Prochaska's transtheoretical model of change to patients with eating disorders. *Journal of psychosomatic research*, 57(1), 67-72.

Haller, D.L., Miles, D.R., & Cropsey, K.L. (2004). Smoking stage of change is associated with retention in a smoke-free residential drug treatment program for women. *Addictive Behaviors*, 29(6), 1265-1270.

Heather, N., Gold, R., & Rollnick, S. (1991). *Readiness to Change Questionnaire: User's Manual*. Australia: National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales.

Henderson, M.J., Saules, K.K. & Galen, L.W. (2004). The predictive validity of the university of rhode island change assessment questionnaire in a heroin-addicted polysubstance abuse sample. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18, 106–112.

Hoyer, J. (2003). Stadien der Veränderung: Modell, Anwendungsbewährung und Perspektiven im Suchtbereich. *Suchttherapie*, 4, 140-145.

Janis, I.L. & Mann, L. (1977). *Decision making. A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. New York: Free Press.

Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2004). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Berlin: Springer Verlag.

Kasila, K., Poskiparta, M., Karhila, P. & Kettunen, T. (2003). Patients' readiness for dietary change at the beginning of counselling: a transtheoretical model-based assessment. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 16(3), 159-166.

Keller, S., Kaluza, G. & Basler, H.D. (2001). Motivierung zur Verhaltensänderung – Prozeßorientierte Patientenedukation nach dem Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung. *Psychomed*, 13, 101-111.

Keller, S., Nigg, C., Jäkle, C., Baum, E. & Basler, H.D. (1999). Self-efficacy, decisional balance and the Stages of Change for smoking cessation in a German sample. *Swiss Journal of Psychology*, 58, 101-110.

Klag, S., O'Callaghan, F., & Creed, P. (2005). The use of legal coercion in the treatment of substance abusers: An overview and critical analysis of thirty years of research. *Substance Use & Misuse*, 40(12), 1777-1795.

Knight, K., Holcom, M. L., & Simpson, D. D. (1994). *Psychosocial functioning and motivation scales: Manual on Psychometric Properties*. Fort Worth: Texas Christian University, Institute of Behavioral Research.

Kokkevi, A. & Hartgers, C. (1995). EuropASI: European adaption of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, 1(4), 208-210.

Krause, M. S. (1966). A cognitive theory of motivation for treatment. *Journal of General Psychology*, 75, 9-19.

Leontieva, L., Haque, A., Helmkamp, J.C., Swisher-McClure, S.D., Ehrlich, P. Williams, J.M., & Horn, K.A. (2003). Stages of Change Are Predictive of Response to a Brief Intervention for Alcohol Problems in Young Adult Emergency Department Patients. *Academic Emergency Medicine*, 10(5), 514-.

Longshore, D. & Teruya, C. (2006). Treatment motivation in drug users: A theory-based analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 81(2), 179-188

Lorentzen, C., Ommundsen, Y. & Holme, I. (2007). Psychosocial correlates of stages of change in physical activity in an adult community sample. *European Journal of Sport Science*, 7(2), 93-106.

Marlatt, G. A. & Gordon, J.R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.

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

Maurischat, C., Auclair, P., Bengel, J. & Härter, M. (2002). Erfassung der Bereitschaft zur Änderung des Bewältigungsverhaltens bei chronischen Schmerzpatienten. *Der Schmerz*, 16(1), 34-40.

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

Meichenbaum, D. & Turk, D. C. (1994). *Therapiemotivation des Patienten*. Bern: Huber.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.

Naar-King, S., Rongkavilit, C., Wang, B., Wright, K., Chuenyam, T., Lam, P. & Phanuphak, P. (2008). Transtheoretical model and risky sexual behaviour in HIV+ youth in Thailand. *AIDS-Care*, 20(2), 205-211.

Nübling, R. (1992). *Psychotherapiemotivation und Krankheitskonzept*. Frankfurt: Verlag für Akademische Schriften.

Orlinsky, D.E., Grawe, K. & Parks, R. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, pp.270-376. London: Wiley.

Peterson, K. A., & Hughes, M. (2002). Readiness to change and clinical success in a diabetes educational program. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 15(4), 266-271.

Petry, J. (1993). *Behandlungsmotivation. Grundlagen und Anwendungen in der Suchttherapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Pfeffer, I. & Alfermann, D. (2008). Initiation of physical exercise: An intervention study based on the transtheoretical model. *International Journal of Sport Psychology*, 39(1), 41-58.

Polcin, D.L. & Beattie, M. (2007). Relationship and Institutional Pressure to Enter Treatment: Differences by Demographics, Problem Severity, and Motivation. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(3), 428-436.

Prochaska, J. O. (1979). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Homewood: Dorsey Press.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1986). The transtheoretical approach. In J. Norcross, (Ed.), *Handbook of Eclectic Psychotherapy*, pp. 163-200. New York: Brunner.

Prochaska, J. Q, & DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*, pp. 184-214. Sycamore: Sycamore Press.

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

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Velicer, W.F., Ginpil, S., Norcross, J.C. (1985). Predicting change in smoking status for self-changers. *Addictive Behaviors*, 10(4), 395-406.

Prochaska, J. O., Redding, C. & Evers, K. (1996). The transtheoretical model of behavior change. In K. Glanz, F. M. Lewis & B. K. Rimer (Eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass.

Prochaska, J. O., & Velicer, W.F. (1997). The Transtheoretical Model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-48.

Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Rossi, J.S., Goldstein, M.G., Marcus, B., Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, L.L., Redding, C.A., Rosenbloom, D., & Rossi, S.R. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 13, 39-46.

Rapp, R., Li, L., Siegal, H., DeLiberty, R. (2003). Demographic and clinical correlates of client motivation among substance abusers. *Health & Social Work, 28*(2), 107-115

Rau, J., Ehlebracht-König, J. & Petermann, F. (2007). Die Bedeutung der Änderungsbereitschaft des Transtheoretischen Modells (TTM) für den Verlauf der Bewältigung chronischer Schmerzen. *Der Schmerz, 21*(6), 522-528.

Rhodes, R. & Plotnikoff, R. (2006) Understanding action control: Predicting physical activity intention-behaviour profiles across six-months in a Canadian sample. *Health Psychology, 25*(3), 292-299.

Rossi, S.R., Rossi, J.S., Rossi-DelPrete, L.M., Prochaska, J.O., Banspach, S.W., & Carleton, R.A. (1994). A processes of change model for weight control for participants in community-based weight loss programs. *International Journal of the Addictions, 29*, 161-177.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist, 55*, 68-78

Schulz, H., Nübling, R. & Rüdell, H (1995): Entwicklung einer Kurzform eines Fragebogens zur Psychotherapiemotivation. *Verhaltenstherapie, 5*, 89-95.

Schulte, D. (1992). Criteria of Treatment Selection in Behaviour Therapy. *European Journal of Psychological Assessment, 3*, 157-162.

Schumann, A., Meyer, C., Rumpf, H.J., Hannöver, W., Hapke, U., & John, U. (2005). Stage of change transitions and processes of change, decisional balance, and self-efficacy in smokers: A Transtheoretical Model validation using longitudinal data. *Psychology of Addictive Behaviors, 19*, 3-9.

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

Simpson, D.D., & Joe, G.W. (1993). Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy, 30*, 357-368.

Simpson, D.D. & Knight, K. (1998). *TCU Data Collection Forms for Correctional Residential Treatment*. Retrieved May 26, 2005, from <http://www.ibr.tcu.edu/pubs/datacoll/Forms/CJinitial.pdf>.

Slade, P., Laxton-Kane, M. & Spiby, H. (2006). Smoking in pregnancy: The role of the transtheoretical model and the mother's attachment to the fetus. *Addictive Behaviors*, 31(5), 743-757.

Stevens, A., Berto, D., Frick, U., Hunt, N., Kersch, V., McSweeney, T., Oeuvray, K., Puppò, I., Santa Maria, A., Schaaf, S., Trinkl, B., Uchtenhagen, A. & Werdenich, W. (2006). The relationship between legal status, perceived pressure and motivation in treatment for drug dependence: Results from a European study of quasi-compulsory treatment. *European Addiction Research*, 12(4), 197-209.

Susenbeth, R., Jaekle, C., Keller, S. & Basler, H.D.- (1999). HIV-protektiver Kondomgebrauch In: S. Keller (Hrsg.): *Motivation zur Verhaltensänderung. Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*, pp 199-212. Freiburg: Lambertus.

Tejero, A., Trujols, J. Hernandez, E., de los Cobos, J.P. & Casas, M. (1997). Processes of change assessment in heroin addicts following the Prochaska and DiClemente transtheoretical model. *Drug and Alcohol Dependence*, 47(1), 31-37.

Triska, L. 2006. *Der Einfluss der Behandlungsmotivation auf das Erleben und Verhalten Suchtkranker im Maßnahmenvollzug*. Wien: unveröffentlichte Diplomarbeit.

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

Velasquez, M.M., Diclemente, C.C., Maurer, G.G., & Crouch C. (2001). *Group Treatment for Substance Abuse*. New York: Guilford Press.

Velicer, W. F., DiClemente, C., Prochaska, J. O., & Brandenburg, N. (1985). Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(5), 1279-1289.

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

Velicer, W.F. & Prochaska, J.O., (2008). Stage and non-stage theories of behavior and behavior change: A comment on Schwarzer. *International Review of Applied Psychology*, 57(1), 75-83.

Walton, M.A., Ramanathan, C.S. & Reischl, T.M. (1998). Tracking Substance Abusers in Longitudinal Research: Understanding Follow-Up Contact Difficulty. *American Journal of Community Psychology*, 26(2), 233-253.

Werdenich, W., & Wagner, E. (1998). Die Kunst der Zwangsbehandlung. In W. Werdenich & E. Wagner, (Hrsg.), *Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle*, pp.37-48. Wien: Facultas.

Wild, T.C., Cunningham, J.A. & Ryan,R.M. (2006). Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: A self-determination theory perspective. *Addictive Behaviors*, 31(10), 1858-1872.

Wild, T. C., Newton-Taylor, B. & Alleto, R. (1998). Perceived coercion among clients entering substance abuse treatment: Structural and psychological determinants. *Addictive Behavior*, 23, 81-95.

Wild, T.C., Roberts, A.B. & Cooper, E.L. (2002). Compulsory Substance Abuse Treatment: An Overview of Recent Findings and Issues. *European Addiction Research*, 8(2), 84-93.

Young, D. (2002). Impacts of perceived legal pressure on retention in drug treatment. *Criminal Justice and Behavior*, 29(1), 27-55.

Young, D., & Belenko, S. (2002). Program Retention and Perceived Coercion in Three Models of Mandatory Drug Treatment. *Journal of Drug Issues*, 32(1), 297-328.

Zhang, A.Y., Harmon, J.A., Werkner, J. & McCormick, R.A. (2006). The Long-Term Relationships between the Motivation for Change and Alcohol Use Severity Among Patients with Severe and Persistent Mental Illness. *Journal of Addictive Diseases*, 25(1), 121-128.

10. ANHANGVERZEICHNIS

Anhang 1: Abdruck der Publikationen.....	- 65 -
The relationship between legal status, perceived pressure and motivation in treatment for drug dependence: results from a European study of quasi-compulsory treatment.....	- 67 -
Freiwilligkeit oder Zwang - Über die Patientenstruktur und Motivationslage bei Therapie statt Strafe für drogenabhängige Straftäter.....	- 97 -
Justizieller Zwang, Motivation und Therapieerfolg: Eine Evaluationsstudie.....	-117 -
Anhang 2: Eidesstattliche Erklärung.....	- 143 -
Anhang 3: Curriculum Vitae und Publikationsverzeichnis.....	- 145 -

11. ANHANG 1: ABDRUCK DER PUBLIKATIONEN

Im Folgenden finden sich die Manuskripte der bereits veröffentlichten — beziehungsweise zur Publikation angenommenen — Originalarbeiten der vorliegenden kumulativen Dissertation:

Studie 1: Stevens, A., Berto, D., Frick, U., Hunt, N., Kerschl, V., McSweeney, T., Oeuvray, K., Puppò, I., Santa Maria, A., Schaaf, S., **Trinkl, B.**, Uchtenhagen, A. & Werdenich, W. (2006). The relationship between legal status, perceived pressure and motivation in treatment for drug dependence: results from a European study of quasi-compulsory treatment. *European Addiction Research*, 12, 197-209.

Studie 2: **Gegenhuber, B.**, Werdenich, W. & Kryspin-Exner, I. (2009) Freiwilligkeit oder Zwang - Über die Patientenstruktur und Motivationslage bei Therapie statt Strafe für drogenabhängige Straftäter. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 1(3).

Studie 3: **Gegenhuber, B.**, Werdenich, W. & Kryspin-Exner, I. (2007). Justizieller Zwang, Motivation und Therapieerfolg - Eine Evaluationsstudie. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 90(4), 304-316.

**THE RELATIONSHIP BETWEEN LEGAL STATUS, PERCEIVED PRESSURE AND
MOTIVATION IN TREATMENT FOR DRUG DEPENDENCE: RESULTS FROM A
EUROPEAN STUDY OF QUASI-COMPULSORY TREATMENT**

Alex Stevens, Daniele Berto, Ulrich Frick, Neil Hunt, Viktoria Kerschl, Tim McSweeney, Kerrie Oeuvray, Susanne Schaaf, Barbara Trinkl, Ambros Uchtenhagen, Wolfgang Werdenich

Short title: Legal status, perceived pressure and motivation in treatment

Key Words: Crime, coercion, pressure, motivation, treatment

ABSTRACT

This paper reports on intake data from QCT Europe, a study of quasi-compulsory treatment for drug dependent offenders. It explores the link between formal legal coercion, perceived pressure to be in treatment and motivation amongst a sample of 845 people who entered treatment for drug dependence in 5 European countries, half of them in quasi-compulsory treatment and half 'voluntarily'. Using both quantitative and qualitative data, it suggests that those who enter treatment under QCT do perceive greater pressure to be in treatment, but that this does not necessarily lead to higher or lower motivation than 'volunteers'. Many drug dependent offenders value QCT as an opportunity to get treatment. Motivation is mutable and can be developed or diminished by the quality of support and services offered to drug dependent offenders.

INTRODUCTION

There is increasing interest in the role of motivation and coercion in the success of legally coerced drug treatment, but a recent review of the literature in this area found that "[g]iven the significance of the topic, there has been remarkably little research in this area, and only a limited evidence base from which to make judgements about the effectiveness of coerced treatments for offenders" [1]. Issues of motivation and coercion are important in understanding and explaining the effect of treatment for problematic drug use, and especially for legally coerced drug use. This article attempts to start filling the gap that has been identified in the research by examining issues of coercion and motivation among a sample of problematic drug users in five European countries. It compares a group of people who enter treatment under the legal supervision of quasi-compulsory treatment for drug dependent offenders with a group who entered treatment without formal legal supervision. It uses quantitative and qualitative methods to examine the links between legal status, perceived pressure and motivation

PREVIOUS RESEARCH

At the moment research on legally coerced drug treatment is still developing and there have been mixed results reported internationally [2]. As the evidence mounts that drug treatment can be effective in reducing drug use and crime amongst dependent users [3], politicians and researchers have been increasingly interested to know whether these benefits can be extended by coercing offenders who use drugs into treatment. There have been critics of this approach, who have questioned reports, for example, of the claimed success of American drug courts [4, 5]. It has been suggested that people who are coerced into drug treatment will not be motivated to change [6], and that these groups may therefore be less likely to engage, stay and succeed in treatment [7]. Several studies have found that motivation is a good predictor of retention and outcome in treatment for drug dependence [8-11], although other writers have

suggested that motivation is less important than the characteristics of treatment and its perceived utility [12, 13].

Some previous studies of the effect of legal coercion on motivation have given mixed results [14]. It has been argued that this "can at least partly be traced to conceptual and methodological problems in the research", which has not sufficiently recognised the diversity of treatment settings and types of coercion [15]. Recent studies have tended to suggest that legal pressure can predict better retention [16], especially when factors such as previous criminal history are taken into account [17]. One of the conceptual confusions that has hindered previous research in this area is on the difference between legal status and perceived coercion [15, 18, 19]. Some people who enter drug treatment through the criminal justice system may be very highly motivated to treatment. And others who enter from other routes may feel different kinds of pressure (e.g. from family and friends). So it is important to look at what pressure the person perceives as well as at their legal status.

Previous research combining different measures of coercion have produced some interesting results. For example, an American study in three residential therapeutic communities found that perceived legal pressure did predict better retention, but legal status had mixed effects, while pressure from families predicted worse retention [20]. Wild *et al* reported that, in their study of 300 people entering drug treatment, 35% of those who were legally mandated reported that they perceived no pressure, while 37% of non-mandated clients reported that they felt some coercion [18].

The policy implications of this debate for the development of legally coerced drug treatment are important. For example, it has been suggested that "the appropriate use of coercion may increase a client's readiness for treatment" and so create better outcomes, even "as treatment lengths shrink and resources for treatment dwindle" [21], although this conclusion comes from a problematic study, as will be shown below.

RESEARCH QUESTION AND HYPOTHESES

The North American research highlights the issues and suggests some conceptual and methodological problems to avoid. Very little research has been published on this issue from Europe. This paper will use evidence from a European study to attempt to answer the question: How are legal status, perceived pressure and motivation linked? It will test two principal hypotheses:

1. That entering treatment through QCT is associated with higher perceived coercion.
2. That higher perceived coercion is associated with reduced motivation.

The first of these hypotheses tests that common-sense notion that if a person is told to enter treatment by a court or prosecutor, then they are more likely to feel pressured into attending treatment. The second relates to the idea, coming from self-determination theory [22], that people are more likely to be motivated if they experience autonomy, and less likely to be motivated if they experience control and restraint.

METHODS

The North American research relies heavily on quantitative data and statistical analysis. This limits the analysis of the actual experience of being legally coerced and entering drug treatment. It also limits the use of between-method triangulation [23] to add to the reliability of the findings. This article will also draw on qualitative work to reveal issues of motivation and coercion that can easily be overlooked if attention is not paid to the lived experience of drug treatment clients. We use both quantitative and qualitative data in order to gain insights into how coercion and motivation interact during the various processes at work during the entry phase into court ordered treatments.

The data used in this article comes from the QCT Europe study. This is a European study of quasi-compulsory treatment (QCT) of drug dependent

offenders. We define QCT as treatment of drug dependent offenders that is motivated, ordered or supervised by the criminal justice system and takes place outside regular prisons.

The study is collecting primary data in six countries; the UK, Netherlands, Austria, Germany, Italy and Switzerland. We are collecting qualitative data from all these countries, and quantitative data from all countries except the Netherlands. We have recruited a quantitative sample of 845 people who entered drug treatment between June 2003 and May 2004. They were a random sample of all those who entered QCT (n=428) or comparable 'voluntary' treatment (n=417) at our purposively selected research sites. We refer to these as legal status groups, entitled the QCT group and the 'voluntary' group. We follow Gregoire and Burke [21] in using inverted commas for the 'volunteers' to recognise the possibility that people who are not under formal legal supervision may also experience pressure to enter treatment.

We used an adapted version of the European Addiction Severity Index (EuropASI) [24] to measure domains on demographics, medical status, employment/support status, drug/alcohol use, family/social relationships and psychiatric status. We also used an adapted version of the Perception of Legal Pressure Questionnaire [15], the Proactive Coping Scale [25], and the Readiness to Change Questionnaire [26].

From the questions in the EuropASI on drug use and drug problems experienced in the past 30 days, we created a drug use composite score, following the example of McGahan *et al* [27], with a possible range of 0 to 1. The Perception of Legal Pressure Questionnaire uses a Likert scale to ask the respondent whether they felt pressured by each of 6 sources (medical authorities, family and friends, employer, legal authorities, self and other), with the scale ranging from 1 for "not at all" to 5 for "extremely" for each source

(item). Responses to the items (excluding self pressure) were added to give a score for total perceived external pressure, ranging from 5 to 25.²

The data reported in this article comes from intake interviews with 845 respondents in the five countries, who were distributed between countries and groups as shown in table 1. The interviews were carried out within two weeks of the respondent entering drug treatment. We are carrying out follow-up interviews at six, twelve and eighteen months subsequent to treatment entry.

We also carried out qualitative interviews with 43 treatment clients and 37 professionals (including drug treatment staff and personnel of the judicial and probation systems). The interviews were carried out according to a common interview guide, developed from pilot interviews in each country. The guide focused on identifying the various procedures and processes leading up to the judicial decision and entry into treatment programs, as well as the early experiences in treatment. A perspective was adopted that saw the decision to enter treatment as happening over a phase of time, and not at just one point. We also collected qualitative information that was given to researchers during quantitative interviews through writing fieldnotes when items of interest were discussed.

Country		Group		Total
		Voluntary	QCT	
England	Count	68	89	157
	% within Country	43.3%	56.7%	
Italy	Count	155	145	300
	% within Country	51.7%	48.3%	
Austria	Count	97	53	150
	% within Country	64.7%	35.3%	
Switzerland	Count	36	49	85
	% within Country	42.4%	57.6%	
Germany	Count	61	92	153
	% within Country	39.9%	60.1%	
Total	Count	417	428	845
	%	49.3%	50.7%	

Table 1. Distribution of sample by country and legal status group

² This data was missing for 4 respondents, who were excluded from the analysis.

QUANTITATIVE DATA

The sample

The response rate to our interviews at treatment entry was approximately 77%³. The mean age of respondents was 31, and this did not differ significantly between the QCT and 'voluntary' groups. There were significantly fewer women in the QCT group (14%) than in the 'voluntary' group (22.5%) ($\chi^2=10.296$, $p<0.01$). The QCT group contained significantly more people of other ethnic origins than white (10.1%, compared to 4.5%) ($\chi^2=8.768$, d.f. = 1; $p<0.01$). The medical status of the two groups was similar. The 'voluntary' group reported experiencing more psychological and emotional problems than the QCT group, although this difference was not significant. Both groups had long histories of using several drugs. The most commonly reported drugs used in both groups were heroin, (powder] cocaine and methadone, with slightly higher levels of reported past use of cocaine in the QCT group, and of methadone in the 'voluntary' group. The mean drug use composite score, indicating the frequency of use of all drugs and drug problems experienced in the past 30 days, was 12% higher for the QCT group than for the 'volunteers' (0.125 compared to 0.112, $t=2.140$, d.f.=843, $p<0.05$).

In England, 80.2% of the respondents were in structured daycare programmes, with just under half of them also receiving methadone (or, less frequently, buprenorphine). From the other countries, 63.1% were in residential drug-free treatment. There were significant differences between the legal status groups in the type of treatment they were entering, with 50.7% of the QCT entering residential treatment, compared to 65.2% of the 'voluntary' group ($\chi^2=18.282$, d.f. = 1; $p<0.001$).

³ It was not possible to calculate an exact response rate due to the lack of a complete record of treatment entries in one of the countries.

Perceived pressure

The distributions of total perceived external pressure for each legal status group are shown in figure 1. As hypothesized, they show that these scores tended to be higher for the QCT group than the 'volunteers'. Use of the Kolmogorov-Smirnov Z- test revealed that this difference was significant ($Z=3.321$ $p<0.001$).

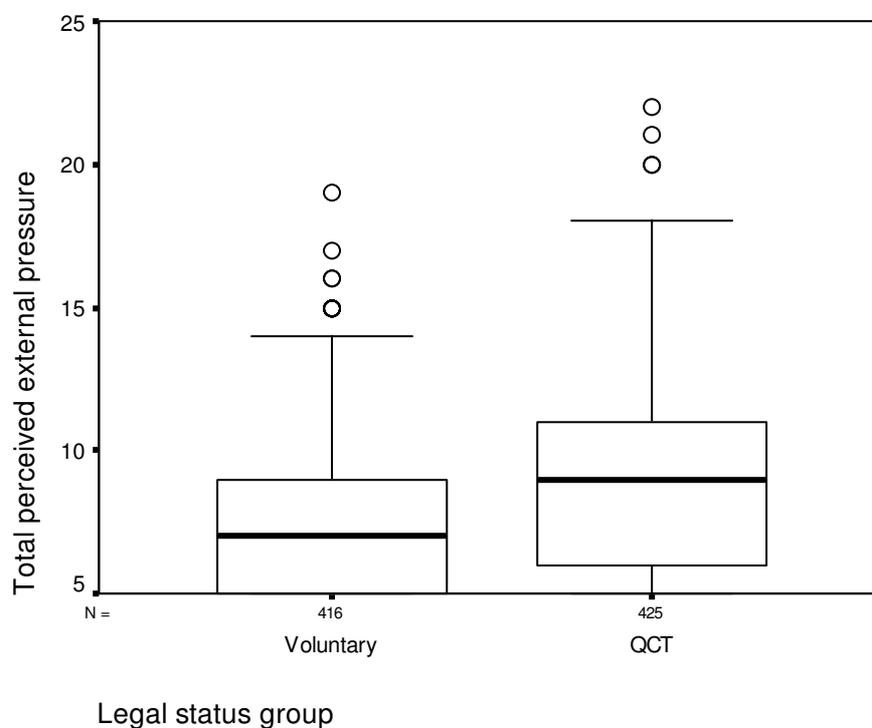


Figure 1. Box plot of total perceived external pressure scores by legal status group

Interestingly, and as suggested by Wild and his colleagues [18], 65.1% of the 'volunteers' reported feeling some external pressure, and 22.4% of the QCT group reported feeling no external pressure. This pattern was repeated for the individual item for legal pressure, with 28.5% of the QCT group and 75.5% of the 'volunteers' reporting that they felt no legal pressure. This difference between the groups was highly significant ($\chi^2=226.379$, d.f. = 1; $p<0.001$), but

these figures show that not all people who are in QCT experience a feeling of compulsion from legal or other sources, and many people who do not enter treatment under formal legal supervision, nevertheless feel under pressure, including legal pressure, to be there.

There were some other interesting patterns in the data. Total perceived external pressure varied significantly between countries, with English respondents tending to report lower scores, while Italian scores tended to be higher. Whether the respondent was in residential or non-residential treatment was also related to perceived pressure, but in the opposite way to that expected from the distribution of treatment type by legal status group; people in residential treatment were more likely to be in the 'voluntary' group, but also tended to report higher perceived external pressure. This effect may have been linked to differences in national samples, with England having no respondents in residential treatment, and relatively low perceived external pressure scores.

There were also significant associations between perceived external pressure, age and total number of prior treatment experiences. Older respondents tended to report more perceived pressure, as did people who had more experience of treatment. Given the possibly confounding influences of these variables, a logistic regression analysis was carried out in order to control their influence on the link between legal status and perceived pressure. The dependent variable was whether the person reported high or low score for total perceived external pressure, with legal status group, treatment type (residential/non-residential), gender, number of prior treatment episodes, and dummy variables for country⁴ as the potential predictor variables. The drug use composite score did not add significantly to the predictive power of the model, and so was not included in the analysis.

⁴ England was chosen as the reference country, as it was the country where respondents tended to report the lowest perceived external pressure and the highest motivation.

Italy was the only significant country predictor, with sample members there being more than three times as likely to report high perceived external pressure than those in England (odds ratio 3.21, $p < 0.01$, 95% confidence interval 1.93- 5.33). In this model, perceived external pressure reduced slowly but significantly with each year of increased age (odds ratio 0.98, $p < 0.05$, C.I. 0.96 – 1.0). And those in residential treatment were more than one and a half times as likely to report high perceived external pressure as those in non-residential (odds ratio 1.77, $p < 0.01$, C.I. 1.2 – 2.61). However, the strongest predictor of perceived external pressure was legal status group, with those in the QCT group being three and a third times more likely to report high perceived external pressure than the ‘volunteers’ (odds ratio 3.37, $p < 0.001$, C.I. 2.46 – 4.62). The other variables were not significantly predictive of perceived pressure.

This analysis supports our first hypothesis. Respondents who entered treatment under the formal legal supervision of QCT did report feeling greater perceived pressure to be in treatment.

Motivation

The Readiness to Change Questionnaire measures motivation by asking respondents to rate their views on their drug use according to items that are related to Prochaska and Diclemente’s “cycle of change” model [28]. Responses to these items are scored and compared in order to assign the respondent to one of three groups of this cycle, which represent the stages through which they attain higher motivation; precontemplation, contemplation and action. This data was missing for 5 respondents, who were excluded from this analysis.

As shown in figure 2, there was not a consistent, linear relation between levels of perceived external pressure and the three stages of change. The respondents who were assigned to the precontemplation and the action stages tended to have similar scores for perceived pressure, while these scores tended to be higher among those who were assigned to the contemplation group. The differences in total perceived external pressure score between stages of change

groups was significant according to the Kruskal Wallis test ($\chi^2=9.425$, $df=2$, $p<0.01$)

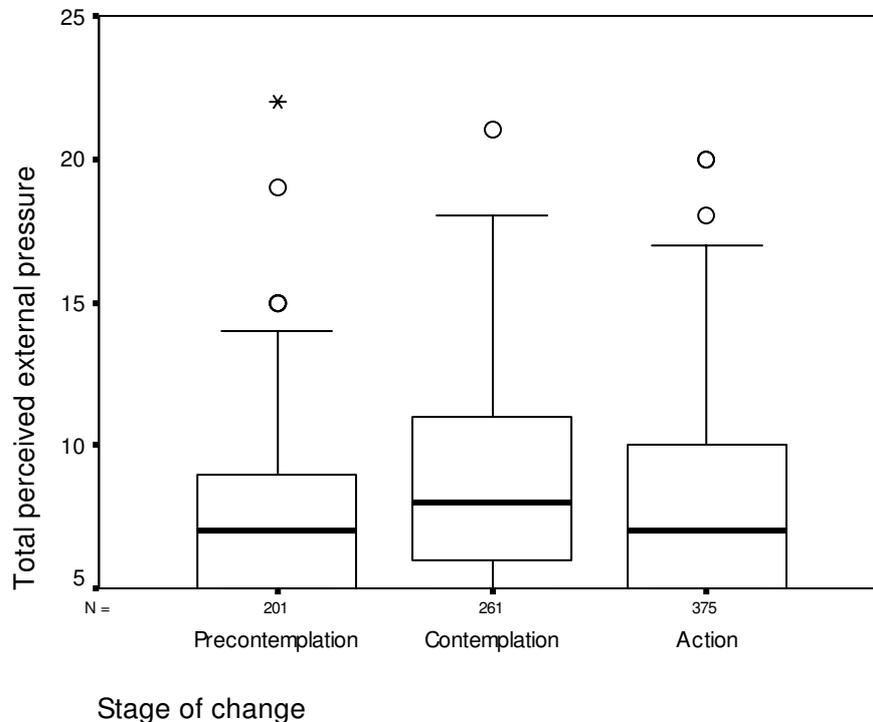


Figure 2. Box-plot of total perceived external pressure score by stage of change.

Legal status group was not significantly associated with stage of change. Neither were age or gender. Treatment type (residential/non-residential) and prior treatment experience were significantly associated to this measure of motivation. People in residential treatment were more likely to be in the contemplation stage and less likely to be in the action stage. People with lower motivation tended to have greater prior treatment experience. Again, there were significant associations between the countries and the stage of change to which respondents were assigned. Respondents in England were more likely to be assigned to the action stage than others. In Germany, they were more likely to be assigned to the contemplation stage. And in Austria they were more likely to be assigned to the precontemplation stage.

In order to test the association between perceived pressure and motivation in the presence of the significant covariates, a multinomial regression analysis was carried out, with stage of change as the outcome variable (and with pre-contemplation stage as the reference category in order to check which variables were associated with higher motivation) The potential predictor variables were legal status group, whether the person reported any pressure from medical, legal, employer, family/friend or other sources, treatment type, number of prior treatment experiences and the dummy country variables. Again, the composite score for drug use was not a significant predictor, and was excluded from the model.

The significant predictors of whether respondents were assigned to the contemplation and action stages are shown in table 2 below. The only item of perceived pressure that was predictive of contemplation was from “other sources”, which increased the likelihood of assignation to contemplation compared to the precontemplation stage by nearly a half. Respondents’ descriptions of the other sources of pressure included social services (this was sometimes associated with their children being taken away from them), fellow prison inmates and peers in treatment. Prior treatment experience was linked to being in both the contemplation and action stages, as those people with more prior treatment episodes were significantly less likely to report being at higher levels of treatment readiness than precontemplation.

Significant predictors of whether respondents were assigned to the contemplation stage		
<i>Variable</i>	<i>Odds ratio</i>	<i>95% Confidence interval</i>
Any perceived pressure from other sources	2.16*	1.15 – 4.0
Number of prior treatment episodes	0.98*	0.96 – 0.94
Significant predictors of whether respondents were assigned to the action stage		
Any perceived pressure from family or friends	0.68*	0.46 – 0.99
Any perceived pressure from medical authorities	1.86*	1.14 – 3.03
Number of prior treatment episodes	0.96**	0.94 – 0.98
Treatment type (residential/non-residential)	1.75*	1.11 – 2.76
Country is Austria	0.28**	0.14 – 0.57
Country is Germany	0.44*	0.21 – 0.93
Country is Switzerland	0.38*	0.18 – 0.82

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Table 2. Significant predictor variables in a multinomial regression analysis of stage of change

Perceived pressure from family or friends was linked to reduced likelihood of being in the action stage, while perceived pressure from medical authorities was associated with an increased likelihood of being at this higher stage of readiness to change. People in residential treatment were significantly more likely to report being in the action stage than those in non-residential settings. And three of the four countries being compared to England showed lower likelihoods of respondents reporting being in this stage.

This analysis suggests that there is a link between perceived pressure and motivation, but not a linear relationship as hypothesized between increased perception of pressure and decreased motivation. If precontemplation is thought of as low motivation and the action stage as high, it was the middle, contemplation group that tended to report the highest levels of perceived pressure. The multivariate analysis found interesting associations between perceived pressure from medical, family or friend and other sources and stage of change. However, it appears that there was no significant link between motivation and perceived legal pressure, or formal legal status. Being in the QCT group was not significantly associated with a different likelihood of being in different stages of motivation, and nor was perceived legal pressure.

Looking at both hypotheses, our data suggests that entering treatment through QCT will not necessarily damage the likelihood of success in treatment by reducing motivation. There is a link between legal status and perceived pressure, but this does not seem to reduce people's motivation to change.

QUALITATIVE ANALYSIS

Whilst being guided by the same hypotheses, the qualitative analysis concentrated on how coercion and motivation interact during what can be called the decision phase of court ordered treatment. In this phase, decisions are made about seeking the order, seeking treatment and choosing the most suitable treatment. During this critical, decisional phase, the issues of coercion and motivation must be seen as intertwining with other related negotiations around eligibility, material and social resources. Broadly speaking, potential clients and professionals confirmed the importance of the coercion - motivation question. Formulating, measuring, and reflecting upon motivation for treatment constitutes an important activity for all those involved in court-ordered treatments.

Three principal findings emerge from the qualitative material; on the role of QCT in getting people into treatment, on the difficulty of assessing mutable motivation and on the other influences on motivation and ambivalence towards treatment.

The first principal qualitative finding is that QCT can get people into treatment. Without the encouragement of a judicial order, many of our interviewees would not have chosen to be in treatment at that time, nor maybe at any other time. In 'best case' examples, the coercive influence exerted by the criminal justice system can indeed act as an effective catalyst for engagement with treatment services. And for many people, QCT is not experienced as an imposition. A common response to questions on perceived pressure was "*I chose to come to treatment*". Some of them reported that they had been waiting to get into treatment when they were arrested, or that they had intended

to get treatment, but had not acted on that intention. As one English QCT client said:

I mean I say "I'll do it today, not tomorrow", but before you know it that day's leading to a week, that week's leading to a month, and I suppose if you do get arrested and you've got that chance to do something about it then you'll take it."

The judicial coercion can be viewed by the individual as being helpful and as providing a chance or a possibility. This positive view of QCT was confirmed by treatment professionals. One treatment manager remarked:

"Some people come in actually with a lot of gratitude and say 'oh thank God. Now is my opportunity to do something about this because I know it's a problem'.

This apparent disappearance of the coercive aspect of the treatment was noted in all sites. These best cases suggest not only a willingness to enter treatment but also an appropriation of treatment goals in order to resolve "*the problem*". However, there were also "worst" cases. A QCT client in a follow-up interview revealed:

It was a joke...there was no one on the programme who really wanted to change... it was a waste of my time and theirs.

On its own, the notion that treatment is better than staying in prison does not seem to present a convincing reason to permanently change lifestyle. One Swiss client went to great lengths to justify his own decision to accept the treatment obligation after having already served a part (10 months) of his sentence:

As I got 16 months, that means that I could already get out. But I prefer to do a therapy... I was condemned to 16 months. I know that the therapy lasts around a year and a half, two years. There was a person who left recently and he did 32 months (of therapy). I wouldn't agree to that. One year, ok, even if that's already too much. In fact, I'm planning a

few months, six months, no longer. When I will have done these six months, the sentence, the 16 months will be over. And there, the Judge, if I leave the therapy in good health, not having made a relapse, then he's not going to put me back into prison".

For those clients who were, as a treatment manager put it, doing a “*swerve*” from prison, the readiness for treatment of such clients would certainly not appear promising at the early stage of a treatment order. However, whilst freely admitting to the importance of avoiding imprisonment, many clients also seemed sincere about wanting “*to give (treatment) a go*”. Even the Swiss calculator wanted to “*rest his veins*” and “*try abstinence*”. Other clients “*went along with it*” in order to please family or significant others. These mixed motivations were common amongst our interviewees.

So our second principal qualitative finding was that motivation is mixed, pliable, ambivalent, takes time to emerge, and is difficult to assess. Recognizing mixed motivations is an important step towards opening up the whole issue. For some clients, it seems to be a matter of expressing the appropriate motivation at the right time. One treatment manager described how potential clients have learnt to talk about motivation:

“A lot of the people we see have been through the system, treatment and prison. They know the language.”

Potential QCT clients have an excellent reason to use the ‘right’ language, and at least one reported being coached in this language by prison drug treatment workers in order to get the QCT order. But wanting to get out of prison would certainly not have been considered sufficient in itself to convince a judge in any of the research sites we visited that QCT was warranted. How can treatment providers know to what extent the person has this will and how much he or she has “*learnt the language*” of motivation? Often, the issue is seen as being a case of either/or. As the same treatment manager puts it:

So it's very difficult to tell if they're really ready for treatment or just trying to get out of prison" (our underlining).

Examples from all sites predictably show that considerable efforts are thus employed by counsellors, case workers, treatment programme managers and probation officers to distinguish whether the stated motivation is of the desired type and whether the desired type is sufficient. However, some professionals explicitly questioned the very feasibility of accurately assessing motivation, at least with regards to any standardised attempt. Some seemed to be doing this from a pragmatic point of view:

It's very hard to qualify people in a community-based setting where a lot of their behaviour, even on interview, may be as a result of their drug use. So to go into any kind of make-up or profiling is unjust because they are still under the effects of something" (Drug treatment manager).

Rather than rely solely upon a specific diagnostic tool to measure motivation or to gauge the willingness of an individual to engage with treatment, one English senior probation officer advocated a much more pragmatic approach. This involves setting prospective clients a number of hurdles and challenges that need to be negotiated before any decision is made regarding suitability:

"They have to have a serious enough drug problem and crucially they have to be willing to comply with the order".

Q. And how do you measure that? How do you gauge whether someone will engage?

"Well you know its very easy if someone is on bail to measure that because we might suggest that they go a visit the [treatment provider] or they go and see their GP [General Practitioner], they sign on [for state benefit]. So they get over a few little hurdles. Now people who have got absolutely no wish to engage can't even get through that".

For others, it was not just a question of pragmatism, but of the nature of motivation. Insisting too much on demonstrated motivation during the decisional phase could well be 'putting the cart before the horse'. The treatment manager quoted above argues that if that particular treatment agency do not "*qualify people on interview for motivation*", it is because the agency considers motivation "*as the first interface of intervention*". A QCT client explains it succinctly:

"At first most clients are doing it just to stay out of prison but eventually you'll find that once they start getting negatives [drug test results] they start to feel more positive, the staff make you feel more positive and you start actually wanting a better life".

To summarise, two tendencies seem to characterise the different professional practices. The first is an either/or position; seeing motivation as something to be demonstrated, if possible by the formulation of credible treatment objectives. Evidence suggesting the absence of this type of motivation would include the presence of 'inconclusive motivation' such as the wish to get out of prison. This tendency places much value on the need to have sufficient and appropriate motivation in order to be prepared for the difficulties to come in treatment. The second tendency involves a belief that intrinsic motivation can develop alongside extrinsic motivation. This approach downplays the 'just wanting to get out of prison' argument, tolerates more easily the motivational ambivalence of many QCT clients, and expects motivation to progressively emerge through the treatment process itself. This latter position enables wider consideration of the issues that could be behind the ambivalence.

This leads us to our third principal qualitative finding, which was that motivation was directly related to other, sometimes hidden issues. Motivational development is not just an attribute of the QCT client. At least to some extent, motivation will also depend on the perception and quality of the treatment being offered and received. As seen in the quantitative data, there seems to be a link between having more experience of previous treatment episodes and being less ready to change in the current treatment. This may be explained by more

experienced clients becoming more cynical about the prospects of success in treatment. But even people with no experience in treatment may share this cynicism. One QCT client explained previous refusals to seek treatment by a belief that “*treatments don't work*”:

I used to see them (other users) go into treatment. A few weeks later there they'd be again, on the streets”.

Even without examining the legitimacy in this particular case of such a negative judgement, the point of view expressed does underline again the need to look at the quality and the appropriateness of the treatments offered. The client cited above as being convinced that QCT is a “*waste of time*” reported that he had asked for residential treatment, and had received assurances that he would get it, only to find that this was not possible when he actually entered QCT. Apparently, the out-patient community programme did not correspond to his needs. And his apparent feeling of disappointment would not be conducive to creating trust and motivation.

One can also speculate about whether more appropriate and attractive services could have made a difference to the following situation:

“In prison they [prisoners] are in a position where they want as much help as you can give them. Particularly remand prisoners who are in a position where they want you to help them get out of prison. So if they think that we can do anything then they are quite happy to talk about anything. I have never met a reluctant prisoner yet. But in prison you see them when they are all ‘yeah, yeah, yeah’ and then they are released and you never see them again”. (Prison resettlement worker).

However, rather than attempting to shift the onus from the obligation of clients to demonstrate motivation to the obligations of services to provide appropriate treatments, we sought out examples which could suggest how the two could interact. Once again best cases do exist. However, rather than being characterised by the presence of so-called highly motivated clients, such cases reveal the time and effort required from various actors to arrive at a suitable

treatment order. Examples of best cases occurred when social workers, psychologists or probation officers had access to potential clients in prison. These professionals (whatever intervention sector they came from) could thus intervene during the crisis period caused by arrest and impending trial in order to give information to clients, to encourage them to examine the QCT options and to examine treatment possibilities. Some clients talked about this period during which they had 'luck' with those supporting and informing them. "*Maybe*", said one client, "*he realised that I was serious with my decision. He cleared up with me a lot of my stuff. He was very engaged*".

But these good examples highlight the absence of what we could call 'enabling conditions' in other contexts. Some judicial and treatment systems do not even attempt to promote a 'best fit' placement. Options in some of our research sites were limited to only one type of treatment. At another level, preliminary data about early experiences in programmes suggest that socially disadvantaged clients (particularly in out-patient programmes) can be confronted with serious income and housing problems resulting from slow or negative decisions about their welfare rights. Coordination difficulties between the judicial and treatment sectors can be another source of problems causing, for example, methadone prescription delays. These examples suggest that the development of motivation can be hampered by organisational, practical and social issues

Qualitative information also pointed to some potential explanations of patterns that we have noted in the quantitative data. For example, during interviews with clients in the 'voluntary' group in Austria, some of them reported that, while they were not subject to a formal QCT order, they did feel that the treatment that they were entering would help them in their dealings with the criminal justice system (e.g. by showing a judge that they were willing to change). This may help explain why nearly a quarter of the 'voluntary' group reported that they felt some legal pressure to be in treatment. QCT clients and those who experience legal pressure may be two different, though overlapping groups.

Overall, the qualitative data triangulates reliably with the quantitative analysis in suggesting that there is no simple, causal link between coercion and motivation. Low motivation cannot be ascribed from the presence of legal coercion. Attempts to measure and assess motivation prior to treatment entry are no guarantee of a successful treatment placement. As one English probation officer told us:

“What’s funny is that some of the people who consequently admit and say ‘well I wasn’t really interested in treatment, it was a prison swerve’ actually end up doing quite well.”

Motivation is clearly mutable and may develop or diminish in treatment. To exclude potential clients from QCT on the basis of insufficient motivation may mean that those who have not “*learnt the language*”, but who are willing to try treatment, do not have the opportunity to do so. Relying on motivation as the criterion for QCT eligibility tends to place the responsibility for treatment success solely on the client and so may divert attention from the very important issue of ‘best fit’ between client needs and treatments offers.

Recognizing the dynamic, transactional nature of motivation enables responsibility for developing greater motivation to be shared between the potential client and those who have dealings with him or her. This recognition leaves the door open to attempts to transform apparently insufficient, ‘prison swerving’ motivation into deeper motivation to escape drug dependence. It also puts more responsibility on treatment services to provide the necessary support and to offer services that nurture and develop treatment motivation. The success of the transition from coercion to motivation is probably more about helping people to want the treatment than getting them into treatment.

LIMITATIONS

Our data is, of course, subject to several limitations. Caution should always be applied to interpretation of interviews with comparatively small groups of people about issues that affect much larger numbers, especially when the interviews concern such a personally and socially sensitive issue as drug use. This is especially true when these interviews take place in different countries with diverse cultures and patterns of drug use and treatment. We have controlled for differences between countries in our multivariate analysis, and observed similar patterns within countries as those reported for the whole sample, so we believe that our analysis is reliable across the sites involved in our study. It is also possible that asking people about the pressure they perceived after they have entered treatment presents an opportunity to reinterpret actions that were originally coerced as being freely chosen, in order to increase perceptions of autonomy. This tendency may affect both QCT and 'voluntary' groups, although the effect may be largest in the QCT group, as they experienced the most formal and impersonal type of pressure. So our analysis may underestimate the extent of perceived pressure across the sample and the difference in perceived pressure between the 'voluntary' and QCT groups.

As noted in the section on quantitative data, we were not able to interview all the people who entered treatment. It should also be noted that the number of people who entered treatment was substantially lower than the number of people who had been ordered to do so by a court in at least one of the research sites. It is likely that those people who dropped out of QCT before they had even entered treatment, or who dropped out of the treatment before we could interview them, were those who were the least motivated to change their drug use. Our findings do not therefore tell us about all those who are ordered into QCT, but only about those who actually entered this type of treatment in the sites we looked at and did not drop out very early. This problem of early drop-out is too often ignored in research on QCT and has led in the past to over-optimistic estimations of outcome [2].

The final limitation of our research design to be mentioned here relates to the timeframe that we adopted for intake interviews with QCT clients. We attempted to interview them within two weeks of entering treatment. However, in most cases this was some time after they were arrested, and many of them were imprisoned in the intervening period. The processes that followed arrest may have limited their access to drugs and would therefore make them more likely to respond positively to items in the Readiness to Change questionnaire such as "I have just recently changed my drug habits." While there may be some consequent over-estimation of the proportion of the QCT group who report being in the action stage of readiness to change, we do not believe that this seriously compromises our analysis. Clients in the voluntary group may also have had to change their drug use prior to treatment entry (e.g. to provide a clean urine test before entry to residential treatment] and so may also provide responses influenced by external, rather than internal motivations. And the close triangulation between quantitative and qualitative data on the experience of coercion and motivation among QCT clients increases our confidence that our analysis was not seriously distorted by the timepoint at which we chose to interview people.

DISCUSSION

A recent article, using similar methods to our own with a group of 295 clients in American out-patient treatment for drug and alcohol dependence found that "legal coercion was associated with greater readiness to change after controlling for addiction severity, prior treatment history and gender" [21]. The authors concluded that coercion can improve treatment outcome, even as the length and costs of treatment are reduced. This conclusion is not warranted by the data that Gregoire and Burke present and is not supported by our findings. Gregoire and Burke's article has limitations that dent our confidence in its conclusions. For example, they use legal status as their measure of legal coercion. As noted in previous research and our data, the coercion that people experience is more complicated than their route of entry into treatment. There is little mention in the article of the possibility that legally coerced clients may

have ‘learnt the language’ of motivation or have been ‘coached’ by professionals and peers and so appear to be more motivated than they really are. There is a warning that their sample may not have included the least motivated people who were legally coerced, as they may have dropped out before interview. But this warning is not heeded when they draw their conclusion, that coercion may increase motivation. Nothing in their methods would enable them to establish a causal link from coercion to motivation. The apparently higher motivation in their sample of legally coerced clients may be a result of the limitations described here, and not of the effect of coercion.

Gregoire and Burke’s conclusion may lead to the erroneous view that coercion is a substitute for high quality treatment of adequate length. Simply expanding the numbers of people who are coerced towards treatment may not lead to a higher number of people who are motivated and are actually retained in treatment. It may have the perverse effect of wasting resources through assessing, processing and then punishing people who are ordered into treatment, but who fail to engage in it. This would also have the effect of a further widening of the criminal justice net, and lead to more people being punished, not for their crimes, but for their failure to comply with treatments that they are told are good for them, but which in reality prove inappropriate and poorly targeted.

While our results suggest that legal coercion does not necessarily enhance motivation, they also suggest that it does not always damage it. Drug treatment can be successful for people who enter it under some form of legal coercion. Many of these people may have lacked the inclination or opportunity to access support before but nevertheless they may still want to change their lives, to stop committing crimes and damaging their health. For these people, legal coercion can be a useful way of entering and engaging in treatment.

This finding, that even people who are legally coerced can be motivated to treatment seems to contradict the notion that motivation is damaged by control and restraint (i.e. self-determination theory). But we do not believe that our data should be used to criticize this theory, as they suggest that people who

enter treatment under legal supervision may not experience this as control or restraint. They may experience their entry to treatment as an autonomous choice even though in reality they have also been told to enter treatment by a court. For these people the “quasi” element in quasi-compulsory treatment is important, as they know that they could have refused treatment (even if the consequences of that refusal would be unpleasant).

The mutability of motivation indicates again that it is susceptible to enhancement [29]. Techniques such as motivational interviewing, which has been found to improve retention and adherence early in treatment [30], therefore have potential to improve the outcomes of QCT.

CONCLUSION

Our analysis of data from the intake phase of our study has suggested that people who enter treatment by order of the criminal justice system do feel more pressure to be there. However, this increased pressure is not felt by all QCT clients, and does not necessarily translate into lower levels of motivation than reported by ‘voluntary’ clients. This finding is supported by both our quantitative and qualitative data. The quantitative data also threw up some interesting findings that deserve more examination, such as the link between perceived pressure from family and friends, and from medical authorities on readiness to change. The qualitative data provided some deeper insights into the nature of coercion and motivation among QCT clients. It suggested that QCT can be a valuable route in to treatment for some people who are having problems with drug use but are not willing or able to enter treatment without a ‘push’ from the criminal justice system. It also suggested why some people who experience this ‘push’ do not go on to enter and stay in treatment. They may have poor previous experience or low expectations of treatment, and may find that the treatment is not suitable for them, and so may choose the continued risks of drug use and imprisonment. Motivation is a dynamic, not a steady state. Its development is not necessarily hampered by pressure from the criminal justice system, but the best chance of nurturing it and increasing the chances of

successful treatment seems to come when professional time and expertise can be invested in understanding the client's needs and creating a prompt and smooth transition into an appropriate and attractive treatment placement.

REFERENCES

1. Day A, Tucker K, Howells K: Coerced offender rehabilitation - A defensible practice? *Psychol. Crime Law* 2004;10:3:259-269.
2. Stevens A, Berto D, Heckmann W, Kersch V, Oeuvray K, van Ooyen M, Steffan E, Uchtenhagen A: Quasi-Compulsory Treatment Of Drug Dependent Offenders: An International Literature Review. *Subst. Use Misuse* 2005;40:269-283.
3. Prendergast ML, Podus D, Chang E, Urada D: The effectiveness of drug abuse treatment: a meta-analysis of comparison group studies. *Drug and Alcohol Dependence* 2002;67:1:53-72.
4. Hoffman MB: The Drug Court Scandal. *North Carolina Law Review* 2000;76.
5. Nolan JL: *The Therapeutic State: Justifying Government at Century's End*. New York, New York University Press, 1998.
6. Cahill MA, Adinoff B, Hosig H, Muller K, Pulliam C: Motivation for treatment preceding and following a substance abuse program. *Addict. Behav.* 2003;28:1:67-79.
7. DiClemente C, Bellino L, Neavins T: Motivation for change and alcoholism treatment. *Alcohol Research and Health* 1999;23:2:86-92.
8. Simpson DD, Joe GW: Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy* 1993;30:357-368.
9. Hiller ML, Knight K, Leukefeld C, Simpson DD: Motivation as a predictor of therapeutic engagement in mandated residential substance abuse treatment. *Criminal Justice and Behavior* 2002;29:1:56-75.
10. Joe GW, Simpson DD, Broome KM: Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. *Addiction* 1998;93:8:1177-1190.
11. DeLeon G, Jainchill N: Circumstances, motivation, readiness and suitability. *Journal of Psychoactive Drugs* 1986;18:203-208.

12. Fiorentine R, Nakashima J, Anglin MD: Client engagement with drug treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1999;17:3:199-206.
13. Millar T, Donmall M, Jones A: Treatment effectiveness: demonstration analysis of treatment surveillance data about treatment completion and retention. London, National Treatment Agency for Substance Misuse, 2004.
14. Stark MJ: Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clinical Psychology Review* 1992;12:93-116.
15. Young D: Impacts of perceived legal pressure on retention in drug treatment. *Criminal Justice and Behavior* 2002;29:1:27-55.
16. Joe GW, Simpson DD, Broome KM: Retention and patient engagement models for different treatment modalities in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence* 1999;57:2:113-125.
17. Hiller ML, Knight K, Broome KM, Simpson DD: Legal pressure and treatment retention in a national sample of long-term residential programs. *Criminal Justice and Behaviour* 1998;25:4:463-481.
18. Wild TC, Newton-Taylor B, Alleto R: Perceived coercion among clients entering substance abuse treatment: Structural and psychological determinants. *Addictive Behavior* 1998;23:81-95.
19. Young D, Belenko S: Program Retention and Perceived Coercion in Three Models of Mandatory Drug Treatment. *J. Drug Issues* 2002;Winter 2002:297-328.
20. Maxwell SR Sanction threats in court-ordered programs: Examining their effects on offenders mandated into drug treatment. *Crime Delinq.* 2000;46:4:542-563.
21. Gregoire TK, Burke AC: The relationship of legal coercion to readiness to change among adults with alcohol and other drug problems. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2004;26:337-343.
22. Deci EL, Ryan RM: Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour. New York, Plenum, 1985.
23. Fielding NG, Fielding JL: Linking Data. London, Sage, 1986.

24. Kokkevi A, Hartgers C: Europe ASI: European adaptation of a multidimensional assesment instrument for drug and alcohol dependence. *Eur. Addict. Res.* 1995;1:4:208-210
25. Greenglass E, Schwarzer R, Taubert S: *The Proactive Coping Inventory (PCI): A Multidimensional Research Instrument*. Toronto, York University, 1999.
26. Rollnick S, Heather N, Gold R, Hall W: Development of a short 'Readiness to Change' Questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *British Journal of Addiction* 1992;87:743-754.
27. McGahan PL, Griffith JA, Parente R, McLellan AT: *Addiction Severity Index Composite Scores Manual*. Philadelphia, PA, The University of Pennsylvania/Veterans Administration Center for Studies of Addiction, 1986.
28. DiClemente CC, Prochaska JO: Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addict. Behav.* 1982;7:133-142.
29. Miller WR, Rollnick S, Conforti K: *Motivational Interviewing: Preparing People for Change (Second Edition)*. New York, Guilford Press, 2002.
30. Hettema J, Steele J, Miller WR: A Meta-Analysis of Research on Motivational Interviewing Treatment Effectiveness (MARMITE). *Annual Review of Clinical Psychology* 2005;1:91-111.

FREIWILLIGKEIT ODER ZWANG - ÜBER DIE PATIENTENSTRUKTUR UND MOTIVATIONSLAGE BEI THERAPIE STATT STRAFE FÜR DROGENABHÄNGIGE STRAFTÄTER

Barbara Gegenhuber, Wolfgang Werdenich, Ilse Kryspin-Exner

ZUSAMMENFASSUNG

Im Rahmen des Grundsatzes „Therapie statt Strafe“ steht drogenabhängigen Straftätern in Österreich ein differenziertes Behandlungsspektrum als Alternative zur Haftverbüßung zur Verfügung. Es wird untersucht, ob sich Zwangsklienten hinsichtlich Drogenanamnese, kriminellem Verhalten, psychischer und medizinischer Problematik sowie Ihrer Motivationslage von ‚Freiwilligen‘ unterscheiden. In einem Zeitraum von sechs Monaten wurden insgesamt 150 Klienten, die entweder ‚freiwillig‘ oder gerichtlichen Therapieauflage eine Behandlung ihrer Drogensucht begannen, mit standardisierten Instrumenten befragt. ‚Freiwillige‘ Klienten leiden vermehrt unter medizinischen Problemen und praktizieren riskantere Konsummuster wie den polytoxischen sowie intravenösen Konsum, unterscheiden sich hinsichtlich des kriminellen Verhaltens jedoch kaum von Zwangsklienten.

Schlüsselwörter: Therapie statt Strafe, wahrgenommener Zwang, Drogenabhängigkeit, Behandlung, European Addiction Severity Index

ABSTRACT

Within Quasi-Compulsory Treatment (QCT) measures for drug dependent offenders, a variety of treatment measures is offered in place of punishment. The present study examines if coerced clients differ from voluntary clients regarding drug history, criminal behaviour, psychological and medical problems as well as their treatment motivation. The data of the present study have been collected in six different treatment institutions in Austria within the framework of the European research project „QCT-Europe“. A total of 150 clients, who began treatment either ‘voluntarily’ or as a QCT-measure, has been interviewed using standardized questionnaires. The comparison between ‘voluntary’ and QCT-clients suggests that ‘voluntary’ clients seem to suffer more from medical problems and also show more hazardous drug use behaviour.

Keywords: Quasi-Compulsory treatment, perceived pressure, drug dependent offenders, European Addiction Severity Index

EINLEITUNG

Das Prinzip „Helfen statt Strafen“ für drogenabhängige Straftäterinnen und Straftäter hat im österreichischen Recht eine lange Tradition. Bereits im Jahr 1971 wurde im österreichischen Suchtgiftgesetz (SGG) die Möglichkeit verankert, drogenabhängige Straftäter, die sich einer ärztlichen Behandlung oder Überwachung unterziehen, straflos zu lassen. Das neue Suchtmittelgesetz (SMG) aus dem Jahr 1998 berücksichtigt die Tatsache, dass bei Drogenabhängigen neben medizinischen häufig psychische und soziale Probleme im Vordergrund stehen. Unter dem zusammenfassenden Begriff der „gesundheitsbezogenen Maßnahmen“ steht drogenabhängigen Straftätern ein differenzierteres Behandlungsspektrum als Alternative zur Haftverbüßung zur Verfügung. Neben der schon im alten Suchtgiftgesetz (SGG) verankerten Möglichkeit der ärztlichen Überwachung und Behandlung zählen nun klinisch-psychologische Behandlung, Psychotherapie und psychosoziale Betreuung zu den gesundheitsbezogenen Maßnahmen. Der Strafaufschub nach § 39 SMG kann verurteilten Drogenabhängigen gewährt werden, die zu einer maximal zweijährigen Freiheitsstrafe oder Geldstrafe nach dem SMG verurteilt wurden und sich den notwendigen gesundheitsbezogenen Maßnahmen unterziehen. Bei Delikten die zur Beschaffungskriminalität zählen, kann das Gericht auch einen Aufschub der Strafe nach §39 aussprechen, wenn der Strafraum maximal fünf Jahre beträgt. Ist diese Behandlung erfolgreich absolviert, wird die unbedingte in eine bedingte Strafe umgewandelt („Therapie statt Strafe“). Da die Anwendung gesundheitsbezogener Maßnahmen eine Einwilligung des jeweiligen Patienten voraussetzt, ist der Begriff der „Quasi-Zwangsbehandlung“ in diesem Zusammenhang adäquat, da trotz des Zwangscharakters eine Wahlfreiheit für den Klienten vorhanden ist. Die Anwendung der Maßnahme „Therapie statt Strafe“ schwankt laut Bundesministerium für Justiz von 254 Fällen im Jahr 2001 bis zu 337 Fällen im Jahr 2002, im Jahr 2003 gab es einen leichten Rückgang auf 318 Fälle (16). Trotz des Ausbaus des Prinzips „Therapie statt Strafe“ im österreichischen Strafrecht ist wenig über die teilnehmenden Klienten dieser Maßnahme bekannt, zur Beschreibung

Drogenabhängiger in Quasi-Zwangsbehandlung finden sich auch in der europäischen Literatur nur wenige Ergebnisse. In einer ersten österreichischen Untersuchung zu dem Thema wurden von Dittrich, Kocsis und Haller (8) Indikationskriterien für die Anwendung dieser Alternative zur Strafverfolgung entwickelt; in die zu Grunde liegenden Analysen gingen Gutachten und objektive Daten über die Verurteilten ein. Ein Bericht über die deutsche Suchthilfestatistik (23) zeigt, dass der Anteil an Klienten, die mit einer justiziellen Auflage eine Behandlung ihrer Drogensucht beginnen, bei männlichen Patienten etwa 20% beträgt, bei weiblichen 11%, wobei der größte Anteil an Quasi-Zwangsklienten bei den männlichen Kokainkonsumenten liegt.

Ein interessanter Aspekt bei der Anwendung von Quasi-Zwangsmaßnahmen betrifft die Behandlungsmotivation beziehungsweise den subjektiv wahrgenommenen Zwang zu Beginn einer Therapie. Unter vielen Behandlern herrscht die weit verbreitete Ansicht, dass Therapie die Freiwilligkeit des Klienten voraussetzt und eine Behandlung, die unter Zwang begonnen wurde, aussichtslos ist. Besonders Klienten, die im Rahmen des Strafvollzuges bzw. als Alternative zu diesem eine Behandlung beginnen, sind oft mit dem Stigma der fehlenden Behandlungsmotivation behaftet. Dahle (6), der sich in zahlreichen Arbeiten mit Behandlungsmotivation im forensischen Bereich auseinandersetzte, macht darauf aufmerksam, dass die oft beklagte mangelnde Behandlungsmotivation nicht nur ein Problem straffälliger Personengruppen darstellt, sondern es sich vielmehr um ein allgemeines Problem sozial randständiger Bevölkerungsgruppen mit niedrigem Bildungsniveau handelt. Bei genauer Betrachtung besteht auch bei Patienten außerhalb geschlossener Institutionen kaum vollkommene Freiwilligkeit; hier verlangt nicht das Justizsystem eine Behandlung, sondern beispielsweise der Lebenspartner, der Arbeitgeber oder andere Personen oder Behörden (25).

Bühringer et al. (4) klassifizieren die Zwänge, die auf Drogenabhängige ausgeübt werden, nach den zwangsausübenden Personen bzw. Institutionen in vier verschiedene Kategorien: justizielle, soziale, körperliche/emotionale und therapeutische Zwänge. Daraus wird deutlich, dass Patienten nicht durch das Vorhandensein oder Fehlen eines einzigen Markers (z.B. Zuweisung durch die

Justiz) in Freiwillige oder Zwangsklienten eingeteilt werden können. Dass die Frage nach der Freiwilligkeit bei der Behandlung Drogenabhängiger nicht unbedingt dichotom zu beantworten ist, zeigen frühere Studien. Wild, Newton-Taylor und Alleto (25) fanden in einer Untersuchung mit 300 Drogenabhängigen, dass 35% der Klienten mit Auflage zur Therapie keinen Zwang zur Behandlung verspürten, während 37% der freiwilligen Klienten angaben, sich unter Druck gesetzt zu fühlen. Um dieser Tatsache Rechnung zu tragen, wird der Begriff der Freiwilligkeit im Folgenden in Anführungszeichen gesetzt, wie dies auch von Gregoire und Burke (10) vorgeschlagen wurde.

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wird der Frage nachgegangen, wie weit sich ‚Freiwillige‘ von Zwangsklienten hinsichtlich demographischer Daten, der Drogenanamnese, medizinischer sowie psychologischer Problematik, des kriminellen Verhaltens sowie des subjektiv wahrgenommenem Behandlungszwanges von ‚Freiwilligen‘ unterscheiden. In zahlreichen Studien konnte bisher ein Zusammenhang zwischen Drogenabhängigkeit und Kriminalität gefunden werden (1, 2, 7, 15, 18). Demzufolge ist auch für ‚freiwillige‘ Klienten eine kriminelle Vorbelastung zu erwarten, die beiden Gruppen sollen diesbezüglich verglichen werden. Des Weiteren wird der Zusammenhang zwischen der Art des Eintritts in die Behandlung – mit einer Auflage oder freiwillig – und dem subjektiv wahrgenommenen Zwang zur Behandlung untersucht; es ist anzunehmen, dass sowohl interne als auch externe Zwänge in beiden Gruppen zu finden sind.

METHODE

Die vorliegenden Daten wurden im Rahmen des europäischen Forschungsprojekts „QCT-Europe“ erhoben, (Quasi-Compulsory treatment of drug dependent offenders; European Commission, The Fifth Framework Funding EISS, University of Kent), das in sieben europäischen Ländern unter österreichischer Beteiligung durchgeführt wurde. Im Zeitraum von Juli 2003 bis Dezember 2003 wurden 150 Klienten in sechs österreichischen Therapiestationen mit standardisierten Interviews befragt. Als

Untersuchungsgruppe dienten Klienten mit gerichtlicher Therapieauflage („Therapie statt Strafe“); die Kontrollgruppe stellten Klienten dar, die sich ‚freiwillig‘ einer Behandlung ihrer Drogensucht unterzogen. Voraussetzung für die Teilnahme an der Studie war das Einverständnis mit der Erstbefragung sowie mit neuerlichen Kontaktaufnahmen in regelmäßigen Abständen. Bei allen Neueintritten in den betreffenden Therapiestationen, die sich bereit erklärten, an der Befragung teilzunehmen, wurde innerhalb der ersten zwei Wochen nach Behandlungsbeginn ein semi-strukturiertes Interview durchgeführt.

Bei den teilnehmenden Einrichtungen handelte es sich um Therapiestationen, die sowohl für ‚Freiwillige‘ als auch für Klienten mit einer gerichtlichen Therapieauflage Behandlung anbieten. Bei der Auswahl der Behandlungseinrichtungen wurde des Weiteren darauf geachtet, dass ein differenziertes methodisches Spektrum abgedeckt wird: stationäre Therapie mit bzw. ohne Substitutionsbehandlung, ambulante Behandlungs- und Betreuungsangebote sowie stationäre Entzugsbehandlung. Aus organisatorischen Gründen wurden Behandlungseinrichtungen in der Nähe von Wien ausgewählt.

Untersuchungsinstrumente

Zur Einschätzung des Schweregrades der Abhängigkeit und assoziierter Probleme wurde der European Addiction Severity Index (EuropASI) (11), ein semi-strukturiertes klinisches Interview für Suchtmittelabhängige, eingesetzt. Der EuropASI ist ein Instrument zur Erhebung von Daten aus verschiedenen Problembereichen, die in Zusammenhang mit Suchtmittelabhängigkeit von besonderer Relevanz sind; neben Informationen zu Alkohol- und Drogengebrauch werden der körperliche und psychische Zustand, die Arbeits- und Unterhaltungssituation, die rechtliche Situation, Familien- und Sozialbeziehungen sowie kriminelles Verhalten erfragt. Des Weiteren wurde allen teilnehmenden Klienten ein Fragebogen zum wahrgenommenen Zwang (20) vorgegeben. Dieser Fragebogen misst auf einer fünfstufigen Likert-Skala, in welchem Ausmaß sich der Klient zur Behandlung, in der er sich gerade befindet, von verschiedenen Personen oder Behörden unter Druck gesetzt fühlt.

Stichprobe

Die Stichprobe setzt sich aus Klienten zusammen, die in den kooperierenden Einrichtungen eine Behandlung ihrer Drogenabhängigkeit innerhalb der letzten beiden Wochen vor dem Interview begannen. Im Befragungszeitraum konnten insgesamt 188 Personen in den Behandlungseinrichtungen über das Forschungsprojekt informiert werden, 79,8% (n=150) wurden kurz nach Behandlungsbeginn befragt. Drei Klienten (1,6%) verweigerten die Teilnahme an der Studie, 35 Klienten (18,7%) erschienen nicht zum vereinbarten Interviewtermin bzw. brachen die Behandlung vor der Befragung ab.

Im Befragungszeitraum von 1.7.2003 bis 31.12.2003 nahmen insgesamt 150 Personen an der Studie teil, wovon knapp zwei Drittel (n=96, 64,0%) ‚freiwillig‘ in Behandlung waren, ein Drittel (n=54, 36,0%) mit gerichtlicher Behandlungsaufgabe. Der Großteil der befragten Klienten befand sich in einer der vier stationären Behandlungseinrichtungen (n=123, 82,0%). Nur zwei der Patienten mit einer gerichtlichen Therapieaufgabe befanden sich in einem ambulanten Behandlungssetting, dieser Anteil ist bei den ‚freiwilligen‘ Patienten wesentlich höher (n=25).

Auswertung

Für die Berechnung der Unterschiede zwischen den beiden Gruppen wurden in Abhängigkeit vom jeweiligen Skalenniveau entweder t-Tests für unabhängige Stichproben oder χ^2 -Tests durchgeführt. Zur Kontrolle etwaiger konfundierender Variablen wurden Kovarianzanalysen sowie χ^2 -Tests unter Einbeziehung der Kontrollvariablen berechnet. Für alle Analysen wurde das Statistikprogramm SPSS 12.5 herangezogen. Wenn nicht anders angegeben gehen in sämtliche Analysen die Daten von 150 Klienten ein.

ERGEBNISSE

Im Folgenden werden die Ergebnisse der deskriptivstatistischen Analyse der Untersuchungsgruppen sowie Vergleiche zwischen den ‚freiwilligen‘ Klienten und jenen mit einer gerichtlichen Therapieauflage dargestellt.

Soziodemographische Daten

Die Gesamtstichprobe besteht vorwiegend aus männlichen Drogenabhängigen (n=120, 80,0%) mit einem signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen ($\chi^2= 4,167$, p=0,041): Männliche Klienten sind zu einem höheren Anteil mit einer gerichtlichen Therapieauflage in Behandlung (48 von 120, 40,0%) als weibliche Klienten (6 von 30, 20,0%). Der Altersdurchschnitt von 27 Jahren ist in beiden Gruppen nahezu identisch (‚Freiwillige‘: Mw=27,1, SD=7,0, Klienten mit Therapieauflage: Mw=27,5, SD=6,2). Etwa die Hälfte der gewonnenen Stichprobe (n=67, 44,7%) war innerhalb der vergangenen drei Jahre überwiegend arbeitslos; für den Zeitraum der letzten 30 Tage vor Behandlungsbeginn (bei Klienten mit gerichtlicher Therapieauflage 30 Tage vor der Verhaftung) steigt dieser Anteil auf 86,0% (n=129).

Psychologische und medizinische Problematik

Im Bereich der psychologischen und medizinischen Auffälligkeiten finden sich häufiger Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf Items aus dem EuropASI, bei dem die Einschätzung der genannten Erkrankungen bzw. Symptome auf den subjektiven Angaben der PatientInnen beruht und nicht das Ergebnis einer diagnostischen Abklärung ist. Während sich die beiden Gruppen hinsichtlich der die Krankheitsgeschichte betreffenden Variablen nicht unterscheiden, zeigen sich signifikante Unterschiede im körperlichen Zustand innerhalb der letzten 30 Tage vor Behandlungsbeginn bzw. vor Verhaftung: ‚Freiwillige‘ Klienten hatten mit durchschnittlich 8,2 Tagen (SD=11,0) signifikant häufiger medizinische Probleme als Klienten mit gerichtlicher Therapieauflage (Mw=2,1, SD=6,6),

$t(\approx 147) = -4,28$, $p < 0,001$. Dies äußert sich auch in der Anzahl der Krankenstandstage im letzten Monat, die bei den ‚freiwilligen‘ Klienten mit durchschnittlich zehn Tagen ($M_w = 9,9$, $SD = 12,5$) signifikant höher ist als bei Klienten mit gerichtlicher Therapieauflage ($M_w = 3,3$, $SD = 8,9$), $t(\approx 139) = -3,70$, $p < 0,001$. Aufgrund des höheren Frauenanteils in der Gruppe der ‚freiwilligen‘ Klienten wurde die Variable „Geschlecht“ als Kovariate in die Analysen mit einbezogen. Trotz des geringfügig höheren Anteils an Krankenstandstagen bzw. Tagen mit medizinischen Problemen bei weiblichen Klienten, hat das Geschlecht keinen signifikanten Einfluss auf den Haupteffekt ($F(1,145) = 0,068$, $p = ,794$; $F(1,146) = 0,153$, $p = ,696$).

Hinsichtlich des psychischen Zustandes unterscheiden sich die beiden Gruppen ebenfalls signifikant. Wie aus Tabelle 1 ersichtlich zeigt sich in vier der neun Problembereiche eine signifikant höhere Prävalenzrate bei ‚freiwilligen‘ Klienten, sowohl die Vergangenheit als auch die letzten 30 Tage vor Behandlungsbeginn bzw. vor Verhaftung betreffend.

Tabelle 1: Prävalenzraten psychischer Probleme

		Gruppe		Gesamt	Signifikanz
		Auflage	‚Freiwillig‘		
Schwere Depression	Lifetime	37,0% (n=20)	68,8% (n=66)	57,3% (n=86)	$\chi^2 = 14,209$, $p < 0,001^{***}$
	letzte 30 Tage	25,9% (n=14)	50,0% (n=48)	41,3% (n=62)	$\chi^2 = 8,260$, $p = 0,004^{**}$
Schwere Angst- oder Spannungszustände	Lifetime	35,2% (n=19)	57,3% (n=55)	49,3% (n=74)	$\chi^2 = 6,757$, $p = 0,009^{**}$
	letzte 30 Tage	16,7% (n=9)	34,4% (n=33)	28,0% (n=42)	$\chi^2 = 5,376$, $p = 0,020^*$
Schwierigkeiten Verständnis, Gedächtnis, Konzentration	Lifetime	46,3% (n=25)	51,0% (n=49)	49,3% (n=74)	$\chi^2 = ,311$, $p = 0,577$
	letzte 30 Tage	20,4% (n=11)	43,8% (n=42)	35,3% (n=53)	$\chi^2 = 8,268$, $p = 0,004^{**}$
Ernsthafte Selbstmordgedanken	Lifetime	35,2% (n=19)	43,8% (n=42)	40,7% (n=61)	$\chi^2 = 1,051$, $p = 0,305$
	letzte 30 Tage	16,7% (n=9)	11,5% (n=11)	13,3% (n=20)	$\chi^2 = ,811$, $p = 0,368$
Schwierigkeiten, gewalttätiges Verhalten zu kontrollieren	Lifetime	31,5% (n=17)	27,1% (n=26)	28,7% (n=43)	$\chi^2 = ,327$, $p = 0,567$
	letzte 30 Tage	13,0% (n=7)	12,5% (n=12)	12,7% (n=19)	$\chi^2 = ,007$, $p = 0,935$
Selbstmordversuche	Lifetime	22,2% (n=12)	27,1% (n=26)	25,3% (n=38)	$\chi^2 = ,432$, $p = 0,511$
	letzte 30 Tage	5,6% (n=3)	3,1% (n=3)	4,0% (n=6)	$\chi^2 = ,532$, $p = 0,466$
Ernsthafte Essstörungen	Lifetime	5,6% (n=3)	24,0% (n=23)	17,3% (n=26)	$\chi^2 = 8,168$, $p = 0,004^{**}$
	letzte 30 Tage	1,9% (n=1)	8,3% (n=8)	6,0% (n=9)	$\chi^2 = 2,574$, $p = 0,109$
Halluzinationen	Lifetime	27,8% (n=15)	30,2% (n=29)	29,3% (n=44)	$\chi^2 = ,098$, $p = 0,754$
	letzte 30 Tage	0,0%	6,3% (n=6)	4,0% (n=6)	$\chi^2 = 3,516$, $p = 0,061$
Medikamente für ein psychisches Problem	Lifetime	25,9% (n=14)	47,9% (n=46)	40,0% (n=60)	$\chi^2 = 6,964$, $p = 0,008^{**}$
	letzte 30 Tage	14,8% (n=8)	29,2% (n=28)	24,0% (n=36)	$\chi^2 = 3,903$, $p = 0,048^*$

*signifikant mit $p < 0,05$, ** hoch signifikant mit $p < 0,01$, *** höchst signifikant mit $p < 0,001$; nach χ^2 -Tests

Bei einer geschlechtsspezifischen Betrachtungsweise zeigt sich der Haupteffekt der höheren Prävalenzraten für ‚freiwillige Klienten‘ nur bei männlichen Patienten. Frauen weisen in allen Bereichen insgesamt etwas höhere Prävalenzraten auf, die sich jedoch nicht signifikant zwischen den beiden Gruppen unterscheiden (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Geschlechtsspezifische Prävalenzraten psychischer Probleme

		Gruppe		Gesamt	Signifikanz
		Auflage	‚Freiwillig‘		
Schwere Depression (lifetime)	Männer	35,4% (n=17)	63,9% (n=46)	52,5% (n=63)	$\chi^2=9,362$, p=,002**
	Frauen	50,0% (n=3)	83,3% (n=20)	76,7% (n=23)	$\chi^2=2,981$, p=,084
Schwere Depression (letzte 30 Tage)	Männer	22,9% (n=11)	48,6% (n=35)	38,3% (n=46)	$\chi^2=8,043$, p=,005**
	Frauen	50,0% (n=3)	54,2% (n=13)	53,3% (n=16)	$\chi^2=,033$, p=,855
Schwere Angst- oder Spannungszustände (lifetime)	Männer	31,3% (n=15)	52,8% (n=38)	44,2% (n=53)	$\chi^2=5,413$, p=,020*
	Frauen	66,7% (n=4)	70,8% (n=17)	70,0% (n=21)	$\chi^2=,040$, p=,842
Schwere Angst- oder Spannungszustände (30 Tage)	Männer	12,5% (n=6)	30,6% (n=22)	23,3% (n=28)	$\chi^2=5,248$, p=,022*
	Frauen	50,0% (n=3)	45,8% (n=11)	46,7% (n=14)	$\chi^2=,033$, p=,855
Schwierigkeiten Verständnis, Gedächtnis, Konzentration (30 Tage)	Männer	16,7% (n=8)	40,3% (n=29)	30,8% (n=37)	$\chi^2=7,528$, p=,006**
	Frauen	50,0% (n=3)	54,2% (n=13)	53,3% (n=16)	$\chi^2=,033$, p=,855
Ernsthafte Essstörungen (lifetime)	Männer	2,1% (n=1)	15,3% (n=11)	10,0% (n=12)	$\chi^2=5,571$, p=,018*
	Frauen	33,3% (n=2)	50,0% (n=12)	46,7% (n=14)	$\chi^2=,536$, p=,464
Medikamente für ein psychisches Problem (letzte 30 Tage)	Männer	12,5% (n=6)	29,2% (n=21)	22,5% (n=27)	$\chi^2=4,588$, p=,032*
	Frauen	33,3% (n=2)	29,2% (n=7)	30,0% (n=9)	$\chi^2=,040$, p=,842

* signifikant mit $p < 0,05$, ** hoch signifikant mit $p < 0,01$, *** höchst signifikant mit $p < 0,001$; nach χ^2 -Tests

Drogenkonsum

Das durchschnittliche Erstkonsumalter in der Gesamtstichprobe liegt bei 15 Jahren (Mw=15,4, SD=3,7, Range 9—35), der Einstieg in den intravenösen Konsum erfolgte im Alter von 19 Jahren (Mw=19,5, SD=4,9; Range 12—42). In der Gesamtstichprobe liegt die Prävalenzrate für intravenösen (i.v.) Drogenkonsum bei 71,3% (n=107), diese Konsumart wurde in der Vergangenheit durchschnittlich fünf Jahre angewandt (Mw=5,4, SD=5,0; Range 0—30). Die beiden Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich des Erstkonsumalters und des intravenösen Gebrauchs nicht.

Bei 43,3% (n=65) stellt der polytoxikomane Konsum das derzeitige Hauptproblem dar, wobei dieser Anteil bei den ‚freiwilligen‘ Klienten mit 47,9% (n=46) etwas höher ist, als bei den Klienten mit gerichtlicher Therapieauflage (n=19, 35,2%). Umgekehrt verhält es sich bei Kokain, das von allen Befragten

als zweithäufigste Problemsubstanz angegeben wird (n=22, 14,7%), mit einem etwas höheren Anteil bei den Justiz-Klienten (n=12, 22,2% vs. n=10, 10,4%). Heroin wird von 10,7% (n=16) der Befragten als Hauptproblemsubstanz angegeben. Die Unterschiede sind nicht signifikant. Bezüglich der konsumierten Substanzen in der Vergangenheit und in den letzten 30 Tagen vor Behandlungsbeginn bzw. Inhaftierung zeigt sich in der Gesamtstichprobe die höchste Prävalenzrate für polytoxikomanen Konsum (Vergangenheit: n=127, 84,7%; letzte 30 Tage: n=89, 59,3%). Einen Überblick über die Substanzen im Einzelnen gibt Tabelle 3.

Tabelle 3: Konsumierte Substanzen in der Vergangenheit und in den letzten 30 Tagen vor Behandlungsbeginn bzw. vor Verhaftung

		Gruppe		Gesamt	Signifikanz
		Auflage	„Freiwillig“		
Polytoxikoman	Lifetime	79,6% (n=43)	87,5% (n=84)	84,7% (n=127)	$\chi^2=1,649$, p=,199
	letzte 30 Tage	57,4% (n=31)	60,4% (n=58)	59,3% (n=89)	$\chi^2=,190$, p=,663
Heroin	Lifetime	74,1% (n=40)	83,3% (n=80)	80,0% (n=120)	$\chi^2=1,852$, p=,174
	letzte 30 Tage	40,7% (n=22)	39,6% (n=38)	40,0% (n=60)	$\chi^2=,008$, p=,929
Kokain	Lifetime	77,8% (n=42)	77,1% (n=74)	77,3% (n=116)	$\chi^2=,010$, p=,922
	letzte 30 Tage	44,4% (n=24)	42,7% (n=41)	43,3% (n=65)	$\chi^2=,023$, p=,879
Benzodiazepine	Lifetime	51,9% (n=28)	64,6% (n=62)	60,0% (n=90)	$\chi^2=2,334$, p=,127
	letzte 30 Tage	35,2% (n=19)	46,8% (n=45)	42,7% (n=64)	$\chi^2=2,068$, p=,149
Methadon	Lifetime	33,3% (n=18)	47,9% (n=46)	42,7% (n=64)	$\chi^2=3,005$, p=,083
	letzte 30 Tage	20,4% (n=11)	24,0% (n=23)	22,7% (n=34)	$\chi^2=,325$, p=,568
Cannabis	Lifetime	83,3% (n=45)	82,3% (n=79)	82,7% (n=124)	$\chi^2=,026$, p=,871
	letzte 30 Tage	44,4% (n=24)	46,9% (n=45)	46,0% (n=69)	$\chi^2=,118$, p=,731
Andere Opiate	Lifetime	42,6% (n=23)	49,0% (n=47)	46,7% (n=70)	$\chi^2=,563$, p=,453
	letzte 30 Tage	29,6% (n=16)	33,3% (n=32)	32,0% (n=48)	$\chi^2=,259$, p=,611
Amphetamine, Ecstasy, LSD	Lifetime	57,4% (n=31)	53,1% (n=51)	54,7% (n=82)	$\chi^2=,256$, p=,613
	letzte 30 Tage	11,1% (n=6)	2,1% (n=2)	5,4% (n=8)	$\chi^2=5,50$, p=0,19*

* signifikant mit $p < 0,05$, ** hoch signifikant mit $p < 0,01$, *** höchst signifikant mit $p < 0,001$; nach χ^2 -Tests

Kriminelles Verhalten

Nahezu alle Befragten (n=138, 92,0%) geben an, schon mindestens einmal in ihrem Leben eine kriminelle Handlung begangen zu haben; bereinigt man diesen Wert um weniger schwere Delikte wie einfachen Ladendiebstahl oder Störung der öffentlichen Ordnung, liegt dieser Wert bei 88,0% (n=132). Die Befragten waren bei der Begehung des ersten Deliktes im Durchschnitt 17 Jahre alt (Mw=16,6, SD=5,2), bei etwa drei Vierteln (n=113, 75,3%) liegt das

Drogenerstkonsumalter vor der Begehung der ersten Straftat. Als Motiv für die letzte Straftat nennen 85,7% (n=129) der jemals wegen einer Straftat Verurteilten den Bedarf an Drogen bzw. Geld. Ein Drittel (n=55, 36,67%) verübte in den letzten 30 Tagen vor Behandlungsbeginn bzw. vor Verhaftung strafbare Handlungen, im Durchschnitt wurden von jenen Personen in diesem Zeitraum 12 Delikte begangen (Mw=12,0, SD=16,2); Unterschiede zwischen den beiden Gruppen sind nicht signifikant. Einen Überblick über die in der Vergangenheit und in den letzten 30 Tagen vor Verhaftung begangenen Delikte gibt Tabelle 4. Mit Ausnahme der von Klienten mit Therapieaufgabe in den letzten 30 Tagen häufiger verübten Ladendiebstähle ($\chi^2=4,527$, $p=0,033$) und Einbruchsdiebstähle ($\chi^2=5,442$, $p=,020$) sind alle anderen Unterschiede nicht signifikant.

Tabelle 4: Begangene Delikte in der Vergangenheit und in den letzten 30 Tagen vor Behandlungsbeginn bzw. vor Verhaftung (Selbstangaben)

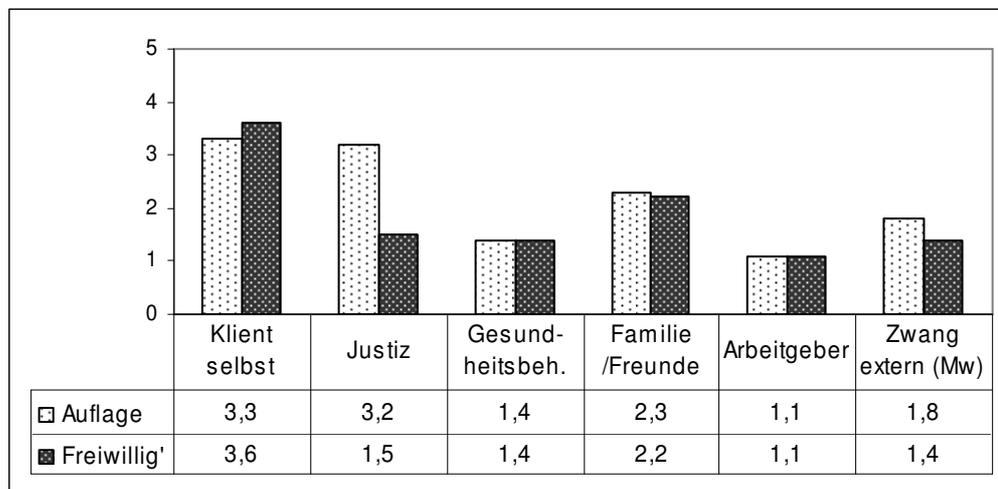
		Gruppe		Gesamt	Signifikanz
		Aufgabe	„Freiwillig“		
Verstöße gegen die StVO	Lifetime	51,9% (n=28)	62,5% (n=60)	58,7% (n=88)	$\chi^2=1,616$, $p=,204$
	letzte 30 Tage	14,8% (n=8)	9,4% (n=9)	11,3% (n=17)	$\chi^2=1,018$, $p=,313$
Ladendiebstahl	Lifetime	55,5% (n=30)	58,3% (n=56)	57,3% (n=86)	$\chi^2=,109$, $p=,741$
	letzte 30 Tage	20,4% (n=11)	8,3% (n=8)	12,7% (n=19)	$\chi^2=4,53$, $p=0,033^*$
Drogenhandel/-schmuggel	Lifetime	59,3% (n=32)	50,0% (n=48)	53,3% (n=80)	$\chi^2=1,190$, $p=,275$
	letzte 30 Tage	14,8% (n=8)	9,4% (n=9)	11,3% (n=17)	$\chi^2=1,018$, $p=,313$
Delikte gegen Leib und Leben	Lifetime	35,2% (n=19)	30,2% (n=29)	32,0% (n=48)	$\chi^2=,393$, $p=,531$
	letzte 30 Tage	1,9% (n=1)	4,2% (n=4)	3,3% (n=5)	$\chi^2=,575$, $p=,448$
Betrug, Fälschungen	Lifetime	29,6% (n=16)	28,1% (n=27)	28,7% (n=43)	$\chi^2=,038$, $p=,845$
	letzte 30 Tage	0,0%	2,1% (N=2)	1,23% (N=2)	$\chi^2=1,140$, $p=,268$
Einbruchsdiebstahl	Lifetime	18,5% (n=10)	12,5% (n=12)	14,7% (n=22)	$\chi^2=1,000$, $p=,317$
	letzte 30 Tage	5,6% (n=3)	0,0%	2,0% (n=3)	$\chi^2=5,442$, $p=,020^*$
Waffendelikte	Lifetime	27,8% (n=15)	16,7% (n=16)	20,7% (n=31)	$\chi^2=2,602$, $p=,107$
	letzte 30 Tage	0,0%	0,0%	0,0%	--
Sexualdelikte	Lifetime	7,4% (n=4)	14,6% (n=14)	12,0% (n=18)	$\chi^2=1,685$, $p=,194$
	letzte 30 Tage	0%	5,2% (n=5)	3,3% (n=5)	$\chi^2=2,909$, $p=,088$
Raub	Lifetime	22,2% (n=12)	10,4% (n=10)	14,7% (n=22)	$\chi^2=3,849$, $p=,050$
	letzte 30 Tage	0,0%	0,0%	0,0%	--

* signifikant mit $p<0,05$, ** hoch signifikant mit $p<0,01$, *** höchst signifikant mit $p<0,001$; nach χ^2 -Tests

Wahrgenommener Zwang

Die Befragten sollten den von verschiedenen Personen oder Behörden ausgeübten Druck, eine Behandlung zu beginnen, auf einer fünfstufigen Likert-Skala einstufen. Ein Wert von 1 besagt „gar nicht unter Druck gesetzt“, ein Wert von 5 „extrem unter Druck gesetzt“. Der Anteil jener Personen, die überhaupt keinen externen Zwang zur Behandlung verspüren, ist bei Klienten mit Therapieauflage (n=12, 22,2%) nur unwesentlich geringer als bei ‚freiwilligen‘ Klienten (n=29, 30,2%); dieser Unterschied ist nicht signifikant ($\chi^2=1,110$, $p=0,292$). Zwei Drittel der Patienten mit Therapieauflage fühlen sich von Vertretern der Justiz unter Druck gesetzt (n=37, 68,5%), bei den ‚Freiwilligen‘ liegt dieser Anteil bei 25,0% (n=24). Abbildung 1 veranschaulicht die Unterschiede in der Höhe des wahrgenommenen Zwanges zwischen ‚Freiwilligen‘ und Klienten mit Therapieauflage; signifikant sind lediglich die Unterschiede beim Druck durch die Justiz ($t(\approx 72)=6,733$, $p<0,001$).

Abbildung 1: Wahrgenommener Zwang durch verschiedene Personen und Behörden auf einer Likert-Skala von 1 („gar nicht unter Druck gesetzt“) bis 5 („extrem unter Druck gesetzt“)



DISKUSSION

Bei der Interpretation der vorliegenden Ergebnisse muss auf zwei Limitierungen der Studie hingewiesen werden. Zum Einen ist kritisch anzumerken, dass es sich bei den Angaben zu Drogenkonsum und Kriminalität um Aussagen der Klienten handelt, eine Objektivierung dieser Informationen war auf Grund datenschutzrechtlicher Bestimmungen nicht möglich. Wie bei Instrumenten zur Selbsteinschätzung üblich, kann eine bessere Selbstdarstellung im Sinne der sozialen Erwünschtheit nicht ausgeschlossen werden. Zum Anderen konnten, wie in der Stichprobenbeschreibung angegeben, nicht alle Personen, die eine Behandlung begannen, auch befragt werden. Über die Anamnese sowie die Motivationslage dieser Personen kann keine Aussage getroffen werden. Des Weiteren gehen jene Drogenabhängigen, die eine Therapieauflage erhalten, aber die Behandlung nie antraten, nicht in unsere Untersuchung mit ein. Es ist anzunehmen, dass sich unter diesen beiden Gruppen jene Personen befinden, die am wenigsten motiviert sind, eine Behandlung anzutreten. Die Resultate dieser Studie lassen sich somit auf jenen Personenkreis generalisieren, die eine Therapieweisung bekommen und diese auch antreten und nicht auf alle zur Behandlung verurteilten Straftäter.

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde geprüft, inwieweit sich Zwangsklienten von ‚freiwilligen‘ Klienten in Drogenbehandlungseinrichtungen hinsichtlich relevanter Merkmale wie Drogenkonsum, kriminellem Verhalten, medizinischer und psychologischer Problematik sowie der Motivationslage unterscheiden. Wie erwartet zeigten sich in vielen Bereichen Ähnlichkeiten zwischen ‚freiwilligen‘ Klienten und jenen mit einer gerichtlichen Auflage zur Therapie. Hinsichtlich der Konsumgewohnheiten konnte das in Österreich bei Substanzabhängigen traditionell vorrangige Muster des polytoxikomanen Gebrauchs gefunden werden (16). Diese Art des Konsums, bei der in der Regel mehrere verschiedene Substanzen pro Tag entweder abwechselnd oder gleichzeitig eingenommen werden, gilt nicht zuletzt wegen der durch Mischintoxikationen hervorgerufenen größeren Gefahr der Überdosierung als besonders riskante

Konsumart. Auffallend ist, dass dieses Konsummuster von einem signifikant höheren Anteil der ‚freiwilligen‘ Klienten als Hauptproblem angegeben wird. Möglicherweise stellt dieser riskante Umgang mit der Droge für viele ‚freiwillige‘ Klienten ein Motiv für einen Behandlungsantritt dar.

Die ähnlichen Kriminalitätsprofile der beiden Gruppen lassen vermuten, dass der Grund, warum ‚freiwillige‘ Klienten keine gerichtliche Therapieauflage haben, nicht darin liegen dürfte, dass diese weniger strafbare Handlungen ausüben, sondern vielmehr daran, dass sie zumindest aktuell nicht strafrechtlich verfolgt werden. Die ausgeübten Delikte dienten in einem Großteil der Fälle der Beschaffung von Drogen oder Geld, drei Viertel der Befragten verübten das erste Delikt erst nach Beginn der Drogenkarriere.

Auffallende Unterschiede zwischen den beiden Gruppen zeigten sich jedoch hinsichtlich psychologischer und medizinischer Probleme. Betrachtet man die Prävalenzrate im bisherigen Leben, aber auch den Zeitraum unmittelbar vor Behandlungsbeginn beziehungsweise vor Inhaftierung, zeigt sich, dass ‚freiwillige‘ Klienten in einem höheren Maße von medizinischen Problemen betroffen sind. Ebenso ist die psychologische Problematik in der Vergangenheit und vor Behandlungsbeginn beziehungsweise der Verhaftung bei ‚freiwilligen‘ Klienten deutlicher ausgeprägt, wobei hier eindeutig geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen: der Effekt der häufigeren psychischen Schwierigkeiten bei ‚freiwilligen‘ Klienten ist lediglich bei Männern signifikant, bei weiblichen Klienten unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht wesentlich. Insgesamt ist jedoch die Häufigkeit subjektiver psychischer Schwierigkeiten bei Frauen deutlicher ausgeprägt als bei Männern, was in Anbetracht einer höheren Komorbiditätsrate weiblicher Drogenabhängiger (14) schlüssig ist. Während sich insgesamt ein Großteil der weiblichen Klientel ‚freiwillig‘ in Behandlung begibt, sind es bei den ‚freiwilligen‘ Männern offenkundig jene Patienten, die erhöhte psychische Beeinträchtigungen aufzeigen. Der damit einhergehende Leidensdruck mag für viele ‚freiwillige‘ männliche Klienten mit ein Grund sein, Unterstützung im Drogenhilfesystem suchen.

In diesem Zusammenhang ist weiters auffallend, dass der Anteil an Frauen in der Gesamtstichprobe mit etwa einem Fünftel relativ niedrig ist. Im Vergleich dazu fanden Uhl und Seidler (22) bei einer Prävalenzschätzung der problematischen Opiatkonsumenten in Österreich einen Frauenanteil von etwa einem Viertel, laut Berechnungen des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen liegt der Anteil an Frauen, die eine Substitutionsbehandlung beginnen, in den vergangenen 10 Jahren zwischen 25 und 35 Prozent (17). Während der Frauenanteil in der vorliegenden Untersuchung bei den ‚freiwilligen‘ Klienten diesen Zahlen in etwa entspricht, ist der Anteil an weiblichen Personen unter den Justiz-Klienten mit acht Prozent gering. Die niedrigere kriminelle Belastung weiblicher Drogenabhängiger (12) sowie das geringere Risiko der Strafanzeige (9, 3) dürften dafür verantwortlich sein.

Des Weiteren zeigte diese Untersuchung, dass der Weg in die Behandlung – mit bzw. ohne gerichtliche Therapieauflage – zwar die Höhe des wahrgenommenen Zwanges zu beeinflussen scheint, offensichtlich aber ein ungeeigneter Indikator für das Vorhandensein bzw. Fehlen von Freiwilligkeit ist. In der vorliegenden Untersuchung gab zumindest ein Fünftel der Justiz-Klienten an, sich bei Eintritt in die Behandlung nicht unter Druck zu fühlen, während mehr als zwei Drittel der so genannten ‚Freiwilligen‘ angaben, externen Zwang zu verspüren. Unterschiede zeigten sich lediglich hinsichtlich des wahrgenommenen Zwanges, der von der Justiz ausgeht, wobei sich auch in diesem Bereich ein Viertel der ‚Freiwilligen‘ unter Druck gesetzt fühlt. Unter Berücksichtigung des ähnlichen Kriminalitätsprofils mag dies die Tatsache widerspiegeln, dass wohl einige ‚freiwillige‘ Klienten in Anbetracht einer bevorstehenden Gerichtsverhandlung eine Behandlung beginnen, um damit dem Gericht Änderungsmotivation zu demonstrieren. Dies geht mit dem Befund von Dahle (5) einher, der die Hoffnung auf Sanktionserleichterung als einen Aspekt von Therapiemotivation diskutiert. Darüber hinaus scheint es vielen Betroffenen bewusst zu sein, dass ein Weiterbestehen der Drogensucht – und somit auch des kriminellen Verhaltens – auf Dauer zu einem Konflikt mit der Justiz führt.

Von wesentlicher Bedeutung ist jedoch die Tatsache, dass der intern – durch den Klienten selbst – wahrgenommene Zwang bei beiden Gruppen wesentlich höher ist als der durchschnittlich wahrgenommene externe Zwang. Offensichtlich spielt der durch medizinische, psychologische und andere Folgeprobleme des Substanzkonsums hervorgerufene Leidensdruck bei der Entscheidung, eine Behandlung zu beginnen, eine wesentlich größere Rolle als Zwang aus einer externen Quelle, beispielsweise einer gerichtlichen Therapieauflage.

Zu Behandlungsbeginn existieren lediglich geringfügige Unterschiede hinsichtlich Drogenanamnese, Kriminalitätsprofil und subjektiv wahrgenommenem Zwang zwischen ‚Freiwilligen‘ und Klienten mit gerichtlicher Therapieauflage. Ob dies ferner für den weiteren Behandlungsverlauf- und –erfolg gilt, ist durch katamnestische Untersuchungen zu überprüfen.

LITERATURVERZEICHNIS

1. Anglin MD & Speckart G. (1988) Narcotics use and crime: a multisample, multiperiod analysis. *Criminology* 26: 197—233.
2. Best D, Man LH, Gossop M, Harris J, Sidwell C & Strang J (2001) Understanding the developmental relationship between drug use and crime: Are drug users the best people to ask? *Addiction Research & Theory* 9(2): 151-164.
3. Bundesministerium für Inneres. (2005) Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2004. Wien, Bundesministerium für Inneres – Bundeskriminalamt.
4. Bühringer G, Herbst K, Kaplan, CD & Platt JJ (1989) Die Ausübung von justitiellem Zwang bei der Behandlung von Drogenabhängigen. In: Feuerlein W, Bühringer G & Wille R (Hrsg) *Therapieverläufe bei Drogenabhängigen. Kann es eine Lehrmeinung geben?*. Springer, Berlin, S 43 – 74.
5. Dahle KP (1995) *Therapiemotivation hinter Gittern. Zielgruppenorientierte Entwicklung und Erprobung eines Motivationskonstrukts für die therapeutische Arbeit im Strafvollzug*. Regensburg, S. Roderer.
6. Dahle KP (1993) *Therapie als (Aus-)Weg? Eine Untersuchung zu therapiebezogenen Einstellungen von Strafgefangenen*. *Bewährungshilfe. Fachzeitschrift für Bewährungs-, Gerichts- und Straffälligenhilfe* 40: 26-37.
7. Daley M, Argerious M, McCarty D, Callahan JJ, Shepard DS & Williams CN (2000). The costs of crime and the benefits of substance abuse treatment for pregnant women. *Journal of Substance Abuse Treatment* 19(4): 445-458.
8. Dittrich I, Kocsis E & Haller R (2003) „Therapie statt Strafe“ – Die Anwendung gesundheitsbezogener Maßnahmen bei 200 süchtigen Straftätern. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 26: 5—9.
9. Dobler-Mikola A (2000). *Frauen und Männer mit harten Drogen. Eine empirische Analyse der geschlechtsspezifischen Unterschiede im Alltag der Teilnehmenden vor und während der heroinderstützten Behandlung*. Zürich: Dissertation Philosophische Fakultät.

10. Gregoire TK & Burke AC (2004) The relationship of legal coercion to readiness to change among adults with alcohol and other drug problems. *Journal of Substance Abuse Treatment* 26: 337—343.
11. Gsellhofer B, Kufner H, Vogt M & Weiler D (1997) *European Addiction Severity Index (EuropASI). Manual für Training und Durchführung.* Hohengehren, Schneider.
12. Hedrich, D. (1989). *Drogenabhängige Frauen und Männer.* In Kindermann, W., Sickinger, R., Hedrich, D. & Kindermann, S. *Drogenabhängig. Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit,* Freiburg, Lambertus.
13. Kokkevi A & Hartgers C (1995) EuropASI: European adaption of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research* 1(4): 208—210.
14. Krausz M, Verthein U & Degkwitz P (1998). Prävalenz psychischer Störungen bei Opiatabhängigen mit Kontakt zum Drogenhilfesystem. *Nervenarzt* 69: 557-567.
15. Marshall GN & Hser YI (2002) Characteristics of criminal justice and noncriminal justice clients receiving treatment for substance abuse. *Addictive Behaviors* 27(2): 179-192.
16. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2003) *Bericht zur Drogensituation 2003.* Wien, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.
17. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2004) *Bericht zur Drogensituation 2004.* Wien, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.
18. Patterson S, Lennings CJ & Davey J (2000) Methadone clients, crime, and substance use. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 44(6): 667-680.
19. QCT Europe (2005) Retrieved December 12, 2005, from University of Kent, European Institute of Social Services Web site:
<http://www.kent.ac.uk/eiss/qct>

20. Simpson DD & Knight K (1998) TCU Data Collection Forms for Correctional Residential Treatment. Retrieved May 26, 2005, from <http://www.ibr.tcu.edu/pubs/datacoll/Forms/CJinitial.pdf>
21. Stevens A, Berto D, Frick U, Hunt N, Kerschl V, McSweeney T, Oeuvray K, Puppo I, Santa Maria A, Schaaf S, Trinkl B, Uchtenhagen A & Werdenich W (2006) The relationship between legal status, perceived pressure and motivation in treatment for drug dependence: Results from a European study of quasi-compulsory treatment. *European Addiction Research* 12(4): 197-209.
22. Uhl A & Seidler D (2000). Prevalence Estimate of Problematic Opiate Consumption in Austria. Retrieved September 15, 2005, from <http://www.api.or.at/lbi/pdf/prevest.pdf>
23. Welsch K. (2001) Jahresstatistik der professionellen Suchtkrankenhilfe. In: DHS (Hrsg) Jahrbuch Sucht 02, Neuland, Geesthacht.
24. Werdenich W & Wagner E (1998) Die Kunst der Zwangsbehandlung. In: Werdenich W & Wagner E (Hrsg) Forensische Psychotherapie: therapeutische Arbeit im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle, Facultas, Wien, S 37-48.
25. Wild TC, Newton-Taylor B & Alleto R (1998) Perceived coercion among clients entering substance abuse treatment: Structural and psychological determinants. *Addictive Behavior* 23: 81—95.

JUSTIZIELLER ZWANG, MOTIVATION UND THERAPIEERFOLG: EINE EVALUATIONSSTUDIE

Barbara Gegenhuber, Wolfgang Werdenich, Ilse Kryspin-Exner

Im Rahmen des europäischen Forschungsprojekts QCT-Europe wurde die Wirksamkeit von Quasi-Zwangsmaßnahmen als Alternative zur Strafverfolgung für drogenabhängige Straftäter systematisch evaluiert. In sechs österreichischen Therapiestationen wurden 150 ‚Freiwillige‘ und KlientInnen mit Therapieaufgabe kurz nach Behandlungsbeginn und 18 Monate danach mit standardisierten Interviews befragt. Es zeigte sich, dass sich KlientInnen mit Therapieaufgabe hinsichtlich des Behandlungsverlaufes und –erfolges kaum von ‚freiwilligen‘ KlientInnen unterscheiden. Die Ergebnisse bieten eine Unterstützung für die Anwendung gesundheitsbezogener Maßnahmen für drogenabhängige Straftäter.

Schlüsselworte: Therapie statt Strafe, Evaluation, Motivation, Therapieerfolg

COERCION, MOTIVATION AND TREATMENT OUTCOME: AN EVALUATION STUDY

In the course of the european research project „QCT-Europe“ the effectiveness of quasi-compulsory treatment measures for drug dependent offenders was evaluated. Legally coerced and voluntary drug treatment clients of six different austrian treatment centers were interviewed at treatment entry and 18 months later. Hardly any differences were found when comparing the two groups regarding treatment process and effectiveness at the follow-up. The results support the use of quasi-compulsory measures for drug dependent offenders.

Key words: Coercion, Motivation, Quasi-Compulsory treatment outcome

EINFÜHRUNG

Drogenabhängige Straftäter, die sich aufgrund einer richterlichen Weisung in Behandlung befinden, sind oft mit dem Stigma der fehlenden Behandlungsmotivation behaftet. Das Bild des unmotivierten Drogenabhängigen, der statt der Haftstrafe den scheinbar einfacheren Weg der Therapie wählt, ist unter vielen BehandlerInnen weit verbreitet. Ungeachtet dessen ist die Anwendung gesundheitsbezogener Maßnahmen im Strafrecht fest verankert und hat auch im deutschsprachigen Europa eine lange Tradition. In Österreich besteht seit dem Suchtgiftgesetz aus dem Jahr 1971 die Möglichkeit statt dem Verbüßen der Haftstrafe eine Therapie in Anspruch zu nehmen, diese Alternative zur Strafverfolgung wurde durch die Ausweitung der Behandlungsmaßnahmen mit dem Inkrafttreten des Suchtmittelgesetzes im Jahr 1998 gesetzlich breiter untermauert.

Obwohl die Forschungsergebnisse zur Evaluation von Quasi-Zwangmaßnahmen durch große methodologische Unterschiede zwischen den Studien inkonsistent sind, weisen sie tendenziell darauf hin, dass sich KlientInnen mit Therapieauflage von so genannten freiwilligen KlientInnen hinsichtlich des Therapieerfolges kaum unterscheiden (*Brecht, Anglin & Wang 1993; Anglin, Brecht & Maddahian 1989, Simpson & Friend 1988*). Da sich in früheren Untersuchungen zeigte, dass sich KlientInnen nicht eindeutig in ‚Freiwillige‘ und ZwangsklientInnen einteilen lassen (*Wild, Newton-Taylor & Alleto 1998; Gegenhuber, Werdenich & Kryspin-Exner 2006*), weil sich auch PatientInnen ohne richterliche Therapieauflage oftmals zur Behandlung unter Druck gesetzt fühlen, wird der Begriff der ‚Freiwilligkeit‘ im Folgenden unter Anführungszeichen gesetzt. Der Großteil der Untersuchungen, die sich mit der Auswirkung von Zwang auf den Therapieverlauf beschäftigen, zeigten entweder einen positiven Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Zwang (*Hiller et al. 1998; Young 2002; Collins & Allison 1983; Schnoll et al. 1980*), oder zumindest eine vergleichbare Behandlungsdauer für ‚Freiwillige‘ und

ZwangsklientInnen (*Brecht & Anglin* 1993; *Simpson & Friend* 1988; *Brizer, Maslansky & Galanter* 1990).

Während ein Großteil der Untersuchungen zu dieser Thematik aus dem amerikanischen Raum stammt (*Klag, O'Callaghan & Creed* 2005), gibt es im deutschsprachigen Europa kaum empirische Vergleichsstudien, die sich mit der Evaluation von Quasi-Zwangsmassnahmen bei erwachsenen Drogenabhängigen beschäftigen. Bühringer und KollegInnen (*Bühringer et al.* 1989) untersuchten innerhalb eines zweijährigen Katamnesezeitraums den Therapieverlauf von 302 drogenabhängigen KlientInnen, die sich mit bzw. ohne richterlicher Weisung in einer stationären Behandlungseinrichtung befinden. Es zeigte sich, dass die Therapieabbruchquote, unabhängig von einer richterlichen Auflage, bei etwa 50% liegt. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass juristische Zwänge zumindest keinen negativen Einfluss auf den Therapiebeginn, –verlauf und –erfolg haben, die Auswirkungen sind tendenziell neutral bis positiv zu werten. Egg (1992) untersuchte anhand von Strafregisterauszügen die Behandlungsverläufe und Legalbewährung von 300 Personen, die im Jahr 1984 „Therapie statt Strafe“ in Anspruch nahmen. Es zeigte sich, dass 45% aller KlientInnen die Behandlung regulär abschließen konnten, die übrigen KlientInnen haben entweder die Behandlung vorzeitig abgebrochen (41,6%) oder gar nicht angetreten (13,0%). Bei knapp zwei Drittel aller KlientInnen kam es innerhalb von drei Jahren nach Behandlungsbeginn zu einer neuerlichen Eintragung in das Strafregister, wobei der Anteil an KlientInnen mit zwei oder mehr Einträgen bei der Gruppe der KlientInnen mit einem erfolgreichen Therapieabschluss signifikant geringer war als bei den anderen beiden Gruppen.

Viele Untersuchungen beschäftigen sich mit dem Zusammenhang zwischen Zwang und Behandlungserfolg, es gibt jedoch kaum Untersuchungen, die auch die Motivation zur Verhaltensänderung mit berücksichtigen (*Anglin, Prendergast & Farabee* 1998). Gütlich und Kollegen (1998) verglichen die Behandlungsmotivation von Patienten im Maßregelvollzug mit jener von PatientInnen in stationären Drogenbehandlungsreinrichtungen. Der Faktor Motivation wurde unter anderem mit dem transtheoretischen Modell der

Verhaltensänderung von Prochaska und DiClemente (1986) operationalisiert. Es handelt sich dabei um ein Stufenmodell, das die Bereitschaft zur Änderung eines konkret definierten Problemverhaltens beschreibt. Auf einer zeitlichen Dimension werden fünf Veränderungsphasen unterschieden, die auf dem Weg zu einer dauerhaften Verhaltensänderung durchschritten werden. Nach der ersten Phase (Absichtslosigkeit), in der noch ein entsprechendes Problembewusstsein fehlt, folgt die Phase der Absichtsbildung, die vor allem von Ambivalenz gegenüber dem Problemverhalten geprägt ist. Nach der Phase der Vorbereitung, in der Personen hoch motiviert sind unmittelbar mit der Veränderung des problematischen Verhaltens zu beginnen, treten KlientInnen in die Handlungsphase über, die die aktivste Phase des Stufenmodells ist. Wird die angestrebte Veränderung stabil seit mehr als sechs Monaten beibehalten spricht man von der Phase der Aufrechterhaltung. Diese Stufen der Veränderung werden zwar in aufsteigender Reihenfolge sukzessiv durchschritten, in jeder Phase ist jedoch auch eine Regression in eine vorhergehende Phase möglich. Häufig ist ein mehrmaliges Durchlaufen der Abschnitte nötig, bis ein Verhalten langfristig als stabil zu betrachten ist. Bei der Untersuchung von Gütlich und Kollegen (1998) zeigte sich, dass PatientInnen in Zwangsbehandlung signifikant häufiger Einstellungen aufweisen, die auf fehlendes Problembewusstsein, und somit die Phase der Absichtslosigkeit hinweisen. KlientInnen in stationärer Drogenbehandlung hatten signifikant höhere Werte in den Einstellungen der Stufen Absichtsbildung und Aufrechterhaltung, in der Handlungsphase unterschieden sich die beiden Gruppen nicht. Kritisch anzumerken ist jedoch, dass sich die Stichprobe der KlientInnen in stationären Drogenbehandlungseinrichtungen aus ‚freiwilligen‘ KlientInnen und Jenen, die sich auf Grund einer Zurückstellung der Strafvollstreckung in Therapie befanden, zusammen setzte, und somit ProbandInnen mit und ohne richterlicher Weisung in einer Gruppe vermischt wurden.

In einer Studie von Gregoire und Burke (2004) mit 294 drogenabhängigen KlientInnen zeigte sich, dass justizieller Zwang mit einer erhöhten Veränderungsmotivation einhergeht. Diese Untersuchung ist jedoch

als problematisch anzusehen, unter anderem auch deswegen, weil sich die Untersuchungsklientel lediglich aus PatientInnen ambulanter Therapieeinrichtungen zusammensetzte. Es wäre jedoch denkbar, dass in einer restriktiveren Umgebung, wie etwa einer stationären Behandlungseinrichtung, Zwang andere Auswirkungen auf die Motivation zur Verhaltensänderung hat. Des Weiteren gibt diese Studie keinen Aufschluss darüber, wie sich die Motivation zur Verhaltensänderung in Abhängigkeit vom Zwang und der Behandlungsdauer verändert. Die Auswertung der Daten der Erstbefragung im Rahmen des breit angelegten europäischen Forschungsprojekts QCT-Europe mit 845 UntersuchungsteilnehmerInnen zeigte keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Motivation zur Verhaltensänderung und dem rechtlichen Status (*Stevens et al.* 2006). Die Tatsache, dass eine Behandlung auf Grund einer richterlichen Weisung begonnen wird, scheint die Veränderungsmotivation – und somit die Aussicht auf einen entsprechenden Behandlungserfolg – nicht zu beeinflussen.

FRAGESTELLUNGEN

Im Rahmen der vorliegenden Studie wird der Therapieerfolg von KlientInnen in einer Quasi-Zwangsmaßnahme systematisch evaluiert und mit dem Behandlungserfolg ‚freiwilliger‘ KlientInnen verglichen. Des Weiteren wird der Frage nachgegangen, in wie weit sich wahrgenommener Zwang und die Motivation zur Verhaltensänderung gegenseitig beeinflussen und auf den Therapieverlauf drogenabhängiger KlientInnen auswirken.

METHODIK

Im Rahmen des europäischen Forschungsprojekts „QCT-Europe⁵“, das unter österreichischer Beteiligung Systeme zur Quasi-Zwangsbehandlung vergleicht und systematisch evaluiert, wurden im Zeitraum von Juli 2003 bis Jänner 2004 150 KlientInnen an sechs österreichischen Therapiestationen mit standardisierten Interviews befragt. Als Untersuchungsgruppe dienten KlientInnen mit einer Auflage zur Therapie nach §39 SMG, die Kontrollgruppe stellten KlientInnen dar, die sich ‚freiwillig‘ einer Behandlung ihrer Drogensucht unterzogen. Es handelt sich bei der vorliegenden Untersuchung um ein quasi-experimentelles Design, da die Einteilung in ‚Freiwillige‘ und KlientInnen mit Therapieauflage nicht randomisiert erfolgen kann. Die Erstbefragung erfolgte spätestens zwei Wochen nach Eintritt in die Behandlung, sechs, 12 und 18 Monate nach Behandlungsbeginn wurden dieselben KlientInnen noch einmal interviewt, unabhängig davon ob sie sich noch in Behandlung befanden oder diese bereits abgeschlossen bzw. abgebrochen hatten. Bei der Auswahl der beteiligten Therapiestationen wurde darauf geachtet ein differenziertes Behandlungsspektrum abzudecken: es handelt sich um stationäre Therapiestationen mit bzw. ohne Substitutionsbehandlung, ambulante Behandlungs- und Betreuungsangebote sowie stationäre Entzugsbehandlung. Des weiteren wurde darauf geachtet, dass in den jeweiligen Einrichtungen Behandlung sowohl für ‚Freiwillige‘ als auch für KlientInnen mit Therapieauflage angeboten wird. Aus organisatorischen Gründen wurden Behandlungseinrichtungen im Osten Österreichs ausgewählt.

⁵ Die Durchführung dieser Untersuchung wurde mit finanziellen Mitteln der Europäischen Union gefördert. (Quasi-Compulsory treatment of drug dependent offenders: European Commission, The Fifth Framework Funding EISS, University of Kent)

Stichprobe

Alle KlientInnen, die im Untersuchungszeitraum in eine der kooperierenden Behandlungseinrichtungen eingetreten sind, wurden über das Forschungsprojekt informiert, das Erstinterview erfolgte innerhalb der ersten zwei Wochen nach Behandlungsbeginn. Voraussetzung für die Teilnahme an der Studie waren das Einverständnis an der Erstbefragung sowie einer neuerlichen Kontaktaufnahme in regelmäßigen Abständen und der Beginn einer Behandlung in einer der kooperierenden Einrichtungen aufgrund einer Substanzabhängigkeit. Im Zeitraum zwischen Juli 2003 und Jänner 2004 konnten 188 Personen in den Behandlungseinrichtungen über das Forschungsprojekt informiert werden, 79,8% (N=150) wurden kurz nach Behandlungsbeginn befragt. Von jenen 38 Personen (20,2%), die nicht in die Untersuchung miteinbezogen werden konnten, verweigerten drei KlientInnen (1,6%) die Teilnahme an dem Forschungsprojekt, 35 KlientInnen (18,6%) erschienen nicht zum vereinbarten Interviewtermin bzw. brachen die Behandlung vor der Befragung ab.

Untersuchungsteilnehmer waren KlientInnen mit einer gerichtlichen Auflage zur Therapie (N=54, 36,0%) sowie ‚freiwillige‘ KlientInnen (N=96, 64,0%), die sich in stationären Behandlungseinrichtungen (N=103, 68,7%), ambulanten Einrichtungen (N=27, 18,0%) bzw. stationärer Entzugsbehandlung befanden (N=20, 13,3%). Bei den teilnehmenden KlientInnen handelte es sich vorwiegend um männliche Drogenabhängige (N=120, 80,0%) mit einem Durchschnittsalter von 27 Jahren (M=27,25, SD=6,69). Nahezu alle Befragten verfügen über neun Jahre Schulbildung (N=145, 96,7%), als höchsten Schulabschluss geben etwa die Hälfte der Befragten Hauptschule an (N=70, 46,7%), etwa ein Drittel Berufsschule (N=48, 32,0%) und 13% (12,7%, N=19) Mittelschule. Die Arbeitslosenquote innerhalb der letzten drei Jahre vor Behandlungsbeginn liegt bei 44,7% (N=67). Bei den Befragten handelt es sich zum Großteil um Bewohner einer Großstadt mit über 100.000 Einwohnern (N=107, 71,3%), der Anteil Jener, die vor Behandlungsbeginn obdachlos waren, liegt bei 17% (N=26, 17,3%). Für die katamnestische Befragung 18 Monate

nach Behandlungsbeginn konnten knapp die Hälfte aller KlientInnen erneut befragt werden (44,7%, N=67).

Instrumente

Die Testbatterie bestand aus drei verschiedenen Instrumenten, die den KlientInnen durch zwei geschulte Interviewer zu vier verschiedenen Testzeitpunkten im Einzelsetting vorgegeben wurden. Um ein umfassendes Bild der Substanzabhängigkeit und der damit einhergehenden Problematik zu gewinnen, wurde die deutsche Version des European Addiction Severity Index (EuropASI) (*Gsellhofer et al. 1997; Kokkevi & Hartgers 1995*) vorgegeben. Es handelt sich dabei um ein semi-strukturiertes klinisches Interview, in dem Daten aus den Bereichen Alkohol- und Drogengebrauch, physischer und psychischer Zustand, Arbeits- und Unterhaltssituation, rechtliche Situation, Familien- und Sozialbeziehungen sowie kriminelles Verhalten abgefragt werden. Zusätzlich sollten alle KlientInnen in einem Fragebogen zum subjektiv wahrgenommenem Zwang (vgl. *Simpson & Knight 1998*) auf einer fünfstufigen Likert-Skala einstufen, in welchem Ausmaß sie sich zur Behandlung, in der sie sich gerade befinden, von verschiedenen Personen oder Behörden unter Druck gesetzt fühlen. Mit Hilfe des „Fragebogen zur Veränderungsbereitschaft“ (Readiness to change questionnaire; *Heather, Gold, & Rollnick 1991*) kann die aktuelle Behandlungsmotivation auf den Stufen des transtheoretischen Modells von Prochaska und DiClemente (1986) eingeordnet werden. Bei den weiteren Befragungen sechs, zwölf und 18 Monate nach Behandlungsbeginn wurden alle KlientInnen mit denselben Untersuchungsinstrumenten befragt; der EuropASI wurde bei den Folgebefragungen in einer gekürzten Version, bei der statische lebensgeschichtliche Daten der KlientInnen nicht erneut erhoben wurden, vorgegeben.

Durchführung

Bei der Erstbefragung wurden von allen teilnehmenden KlientInnen Name und Kontaktdaten erhoben, um sie bei den nachfolgenden Untersuchungszeitpunkten zu kontaktieren. Für die katamnestische Untersuchung wurden einerseits die KlientInnen selbst, bzw. die jeweiligen Behandlungseinrichtungen kontaktiert. Bei KlientInnen, die auf diesen beiden Wegen nicht ausfindig zu machen waren, wurde erhoben, ob Sie derzeit in einer österreichischen Justizanstalt inhaftiert waren. KlientInnen, die auf einem dieser Wege ausfindig gemacht werden konnten, wurden unabhängig vom Behandlungsverlauf und dem derzeitigen Aufenthaltsort erneut persönlich befragt. Um die Ausfallsrate nach der Erstbefragung möglichst gering zu halten, erhielten die Befragten für eine Teilnahme an den Folgeinterviews eine finanzielle Aufwandsentschädigung (gestaffelt nach Befragungszeitpunkt zwischen 20€ und 35€). Des Weiteren wurden von den Behandlungseinrichtungen Informationen über die Dauer sowie den Grund für den Abschluss der Behandlung erhoben.

Auswertung

Für die Berechnung von Unterschieden zwischen den beiden Gruppen wurden in Abhängigkeit vom jeweiligen Skalenniveau entweder t-Tests für unabhängige Stichproben oder χ^2 -Tests durchgeführt. Die Analyse der Veränderungen zwischen den beiden Befragungszeitpunkten erfolgte mittels t-Tests für gepaarte Stichproben bzw. dem nonparametrischen McNemar-Test. Um unterschiedliche Veränderungen zwischen den beiden Testzeitpunkten für ‚Freiwillige‘ und KlientInnen mit Therapieauflage zu erfassen, wurde das Allgemeine Lineare Modell mit Messwiederholung herangezogen. Die Wahrscheinlichkeit des Alpha-Fehlers wird mit 5% angenommen; für alle Analysen wurde das Statistikprogramm SPSS 11.5 herangezogen.

ERGEBNISSE

Zum ersten Katamnesezeitpunkt sechs Monate nach Behandlungsbeginn konnten über die Hälfte aller KlientInnen (55,33%) erneut befragt werden, wobei der Unterschied zwischen KlientInnen mit Therapieaufgabe (64,8%) und ‚Freiwilligen‘ (50,0%) nicht signifikant ist. Ein Jahr nach Behandlungsbeginn wurden erneut etwa die Hälfte aller KlientInnen befragt (49,3%) mit einer signifikant höheren Quote unter KlientInnen mit Therapieaufgabe (63,0% vs. 41,7%), $\chi^2=6,271$, $p=,012$. Für den letzten Untersuchungszeitpunkt beträgt die Interviewquote 44,7%, erneut mit einem signifikant höheren Anteil an KlientInnen mit Therapieaufgabe (N=30, 55,6% vs. N= 37, 38,5%), $\chi^2=4,048$, $p=,044$. Um festzustellen, ob diese Ausfälle systematisch auftreten, wurde überprüft, ob sich KatamnesebeantworterInnen in Bezug auf charakteristische Merkmale von jenen unterscheiden, die nach 18 Monaten nicht mehr für ein Interview erreicht werden konnten. Ein Vergleich dieser beiden Gruppen hinsichtlich bei der Erstbefragung erhobener soziodemographischer Daten, Angaben zum Drogenkonsum, Kriminalität sowie medizinischer und psychologischer Problematik zeigte jedoch keine signifikanten Unterschiede.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Nachbefragung 18 Monate nach Behandlungsbeginn dargestellt; wenn nicht anders angegeben gehen in alle Analysen die Daten von N=67 Personen ein, die bei der Erstbefragung und zum dritten Katamnesezeitpunkt befragt werden konnten.

Behandlungsverlauf

In die Analysen zum Behandlungsverlauf gehen die Daten von 135 KlientInnen ein, von denen 18 Monate nach Behandlungsbeginn Informationen über den Behandlungsabschluss vorlagen; über den Verbleib von 15 KlientInnen (10,0%) konnten keine Informationen gewonnen werden. Zum letzten Befragungszeitpunkt 18 Monate nach Beginn der Behandlung hatten 20% (N=27) aller KlientInnen die Behandlung bereits erfolgreich abgeschlossen, weitere 25,9% (N=35) sind noch in Behandlung. Etwa die Hälfte aller KlientInnen (54,1%, N=73) konnte die Behandlung nicht positiv

abschließen, dieser Anteil ist unter den ‚freiwilligen‘ KlientInnen tendenziell höher (‚Freiwillige‘: 59,6%, N=53, Therapieaufgabe: 43,5%, N=20; $\chi^2=3,15$, $p=,101$). Dreiviertel (74,1%, N=100) aller KlientInnen sind eineinhalb Jahre nach der Erstbefragung nicht mehr in Behandlung, KlientInnen mit Therapieaufgabe (69,6%, N=32) unterscheiden sich hinsichtlich dieser Quote nicht von ‚Freiwilligen‘ (76,4%, N=68), $\chi^2=,739$, $p=,390$. Eine Auswertung nach den unterschiedlichen Behandlungsformen – ambulant, stationär und Entzugsbehandlung – zeigte keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Behandlungsverlaufes, $\chi^2=3,67$, $p=,160$.

Bei jenen KlientInnen, die zum dritten Katamnesezeitpunkt nicht mehr in Behandlung sind, ist in mehr als einem Drittel der Fälle der Grund für das Behandlungsende ein freiwilliger Abbruch seitens des/der KlientIn (43,0%, N=43). Der Anteil derer, die die Behandlung vorzeitig selbst beenden ist unter den ‚freiwilligen‘ KlientInnen geringfügig höher (47,1%, N=32), als unter den KlientInnen mit Therapieaufgabe (34,4%, N=11), $\chi^2=1,428$, $p=,232$. Der zweithäufigste Grund für die Beendigung der Therapie innerhalb des Befragungszeitraumes ist ein positiver Abschluss (27,0%, N=27) entsprechend des Behandlungskonzepts der jeweiligen Einrichtung, dieser Prozentsatz ist unter Justiz-KlientInnen tendenziell höher (37,5%, N=12 vs. 22,1%, N=15), $\chi^2=2,63$, $p=,105$. Sieben Prozent aller KlientInnen wurden von der Behandlung ausgeschlossen, dies betrifft tendenziell häufiger KlientInnen mit Therapieaufgabe (15,6%, N=5 vs. 4,4%, N=3), $\chi^2=3,71$, $p=,054$. Bei etwa einem Sechstel (17,0%, N=17) der 100 KlientInnen ist lediglich bekannt, dass die Therapie im Laufe der eineinhalb Jahre beendet wurde, der Grund hierfür ist jedoch unbekannt.

Drogenkonsum

Wie in Tabelle 1 ersichtlich zeigte sich zwischen dem Erstinterview und der Befragung nach 18 Monaten gemäß der Angaben der PatientInnen eine signifikante Reduktion des Alkohol- und Drogenkonsums, vor allem bei den Substanzen Heroin, Kokain, Cannabis und bei polytoxikomanem Konsum. Während Heroin zu Behandlungsbeginn noch an durchschnittlich sechs Tagen

($M=5,99$, $SD=9,93$) im Monat konsumiert wurde, wird diese Substanz 18 Monate später fast nicht mehr konsumiert, ($M=0,37$, $SD=1,42$), $t(66)=4,603$, $p<,001$. Beim Gebrauch von Kokain zeigte sich eine signifikante Reduktion des Konsums von acht Tagen ($M=7,96$, $SD=10,90$) auf einen Tag pro Monat ($M=0,63$, $SD=1,74$), $t(66)=5,50$, $p<,001$. Polytoxikomanes Konsumverhalten, welches von der Hälfte aller KlientInnen bei der Erstbefragung als Hauptproblem angegeben wurde, verringerte sich von 11 Tagen ($M=10,84$, $SD=12,21$) auf zwei Tage ($M=2,24$, $SD=7,94$) 18 Monate nach Behandlungsbeginn, $t(66)=5,305$, $p<,001$. Der Gebrauch von Alkohol über der Gefährdungsgrenze verringerte sich von durchschnittlich zwei Tagen pro Monat ($M=1,54$, $SD=5,85$) auf nahezu keinen Alkoholgebrauch ($M=0,30$, $SD=2,44$), $t(66)=2,117$, $p=,038$. Auch die Häufigkeit des intravenösen Drogenkonsums verringerte sich von zehn Tagen ($M=10,32$, $SD=12,00$) auf zwei Tage ($M=1,61$, $SD=4,171$) im Monat, $t(56)=4,975$, $p<,001$. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich der Reduktion des Drogenkonsums.

Tabelle 1 Häufigkeit des Konsums (in Tagen) innerhalb der letzten 30 Tage vor Behandlungsbeginn bzw. 18 Monate danach (nach Substanzen und Konsumart), Angaben Gesamt (Ges.), für JustizklientInnen (Just.) und ‚Freiwillige‘ (FW).

Substanz	Konsumhäufigkeit innerhalb der letzten 30 Tage (in Tagen)						Signifikanz
	Vor der Behandlung			Nach 18 Monaten			
	Ges.	Just.	FW	Ges.	Just.	FW	
Opiate (exkl. Heroin)	8,1	7,7	8,53	8,0	10,6	5,8	$t(1,65)=,073$, $p=,942$ $F(1,64)=1,808$, $p=0,184$
Kokain	8,0	9,2	7,0	0,6	1,2	0,1	$t(1,66)=5,503$, $p<,001$ $F(1,65)=0,165$, $p=0,686$
Methadon	7,7	6,5	8,8	4,9	4,7	5,0	$t(1,65)=1,579$, $p=,119$ $F(1,64)=0,283$, $p=0,596$
Benzodia-zepine	6,8	6,6	6,9	4,7	5,3	4,2	$t(1,66)=1,36$, $p=,180$ $F(1,65)=0,188$, $p=0,666$
Heroin	6,0	7,3	5,0	0,4	0,7	0,1	$t(1,66)=4,60$, $p<,001$ $F(1,65)=0,529$, $p=0,470$
THC	5,4	5,6	5,2	2,5	3,2	1,9	$t(1,66)=2,465$, $p=,016$ $F(1,65)=0,142$, $p=0,707$
Alkohol	1,5	0,5	2,4	0,3	0,0	0,5	$t(1,66)=2,18$, $p=,038$ $F(1,65)=1,298$, $p=0,259$
i.v. Konsum	10,3	10,9	9,8	1,6	2,2	1,1	$t(1,57)=4,975$, $p<,001$ $F(1,56)=0,00$, $p=0,996$
Polytox	10,8	12,8	9,3	2,2	2,0	2,4	$t(1,66)=5,305$, $p<,001$ $F(1,65)=1,464$, $p=0,231$

Der Gebrauch von Alkohol (jeglicher Gebrauch), Methadon, und Benzodiazepinen verringerte sich ebenfalls zwischen den beiden Befragungszeitpunkten, diese Unterschiede waren jedoch nicht signifikant. Alkohol wurde bei Behandlungsbeginn an durchschnittlich zwei Tagen ($M=2,24$, $SD=6,04$) pro Monat konsumiert, nach 18 Monaten an einem Tag ($M=0,88$, $SD=2,84$) pro Monat. Der Gebrauch von Methadon verringerte sich von acht Tagen ($M=7,74$, $SD=12,61$) auf fünf Tage ($M=4,88$, $SD=11,03$), der Gebrauch von Benzodiazepinen von sieben ($M=6,74$, $SD=11,16$) auf fünf Tage ($M=4,67$, $SD=10,72$). Der Konsum von anderen Opiaten, abgesehen von Heroin, blieb mit einer durchschnittlichen Konsumhäufigkeit von acht Tagen im Monat etwa gleich (Behandlungsbeginn: $M=8,14$, $SD=12,88$; nach 18 Monaten: $M=7,98$, $SD=13,11$). Bei der Konsumhäufigkeit dieser Substanz zeigte sich eine interessante tendenzielle Wechselwirkung mit der Untersuchungsgruppe: Während der Konsum dieser Substanz bei ‚freiwilligen‘ KlientInnen innerhalb des Befragungszeitraumes sank (Erstbefragung: $M=8,53$, $SD=13,19$; 18 Monate nach Behandlungsbeginn: $M=5,83$, $SD=12,04$), stieg er bei der Gruppe der JustizklientInnen (Erstbefragung: $M=7,67$, $SD=12,70$; 18 Monate nach Behandlungsbeginn: $M=10,57$, $SD=14,07$), $F(1,64)=1.808$, $p=.184$. Für alle anderen Substanzen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Reduktion des Konsums zwischen den beiden Gruppen. Die Anzahl der Tage mit Drogenkonsum innerhalb des letzten Monats verringerte sich von 20 Tagen ($M=20,40$, $SD=11,71$) auf 14 Tage ($M=14,30$, $SD=14,18$), $t(66)=3,604$, $p=,001$. Schließt man aus dieser Berechnung jene Substanzen aus, die im Rahmen von Substitutionsprogrammen verwendet werden (Methadon und „andere Opiate“), verringert sich die Anzahl der Tage mit Drogenkonsum pro Monat von 15 Tagen ($M=15,07$, $SD=12,30$) vor Behandlungsbeginn auf sieben Tage 18 Monate später ($M=7,25$, $SD=11,55$), $t(66)=4,26$, $p<,001$. Unterschiede zwischen den beiden Gruppen sind in beiden Fällen nicht signifikant.

Kriminelles Verhalten

Analog zur Reduktion des Drogenkonsumverhaltens verminderte sich auch das kriminelle Verhalten der Befragten. Während innerhalb der letzten sechs Monate vor Behandlungsbeginn noch an durchschnittlich 35 Tagen ($M=35,40$, $SD=58,68$) Delikte verübt wurden, reduzierte sich die Anzahl der Tage mit Delikten auf nahezu null ($M=0,16$, $SD=0,68$), $t(66)=4,913$, $p<,001$. Neun Prozent ($N=6$, $9,0\%$) der Befragten gaben an, in den letzten sechs Monaten vor der Nachbefragung ein Delikt begangen zu haben, dieser Prozentsatz lag vor dem Erstinterview noch bei 46% ($N=69$), $p<,001$. Der Anteil an KlientInnen die innerhalb der letzten sechs Monate vor Befragung ein Eigentumsdelikt begangen haben sank von 22% auf 3% ($p=,002$), bei den Gewalttaten zeigte sich sogar eine Reduktion von 18% auf 1% ($p=,003$). Hinsichtlich dieser Verbesserungen im kriminellen Verhalten der Befragten zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Zehn Prozent aller KlientInnen ($10,5\%$) wurden seit Behandlungsbeginn wegen einem neuerlichen Delikt verhaftet, mit einem tendenziell höheren Prozentsatz unter den KlientInnen mit Therapieaufgabe ($16,7\%$, $N=5$ vs. $5,4\%$, $N=2$; $p=,134$).

Gesundheitszustand

Obwohl sich hinsichtlich des psychischen sowie physischen Gesundheitszustandes Verbesserungen zeigten, fielen diese in den meisten Fällen nicht signifikant aus. Bei den Angaben zur psychischen sowie physischen Problematik handelt es sich nicht um das Ergebnis einer diagnostischen Abklärung, sondern um subjektive Einschätzungen der PatientInnen. 18 Monate nach Behandlungsbeginn leiden tendenziell weniger Befragte unter Depressionen ($36,07\%$ vs. $22,95\%$), Konzentrations- und Gedächtnisproblemen ($31,15\%$ vs. $19,67\%$), Angst- und Spannungszuständen ($22,95\%$ vs. $14,75\%$), Essstörungen ($6,25\%$ vs. $4,69\%$), Halluzinationen ($3,13\%$ vs. $0,00\%$) sowie Selbstmordversuchen ($4,55\%$ vs. $0,00\%$). Ein geringer Anstieg zeigte sich bei KlientInnen, die Schwierigkeiten bei der Kontrolle gewalttätigen Verhaltens haben ($7,81\%$ vs. $10,94\%$). Diesem allgemeinen Rückgang der psychischen Probleme steht ein geringer Anstieg in der Anzahl

der KlientInnen mit Medikation für ein psychisches Problem gegenüber (28,57% vs. 34,92%). Insgesamt verringerte sich die Anzahl der Tage mit psychischen Problemen pro Monat von elf ($M=10,83$, $SD=12,64$) auf acht ($M=8,09$, $SD=11,45$). Alle oben genannten Veränderungen hinsichtlich psychologischer Probleme sind nicht signifikant. Auch bei der Anzahl der Tage mit körperlichen Problemen innerhalb des letzten Monats zeigte sich eine nicht signifikante Reduktion von fünf ($M=4,92$, $SD=9,05$) auf vier ($M=4,18$, $SD=7,46$).

Soziale Integration

Hinsichtlich der sozialen Integration der KlientInnen zeigten sich in mehreren Bereichen signifikante Verbesserungen. Während etwa ein Fünftel (17,91%) aller KlientInnen vor der Behandlung obdachlos war, verfügen alle Befragten ($N=67$, 100,0%) 18 Monate nach Behandlungsbeginn über eine Wohnmöglichkeit, $p<,001$. Auch bezüglich der Erwerbstätigkeit zeigten sich signifikante Verbesserungen zwischen den beiden Befragungszeitpunkten. Die Anzahl der Tage an denen die KlientInnen arbeiten, stieg signifikant von durchschnittlich zwei pro Monat ($M=2,43$, $SD=6,26$) auf 11 ($M=10,64$, $SD=12,69$), $t(66)=-4,662$, $p<,001$. Analog dazu stieg der Durchschnittsverdienst signifikant von 115€ ($M=115,07$, $S=38,75$) auf 440€ ($M=438,82$, $S=678,95$) pro Monat, $t(66)=-3,402$, $p=,001$. In diesen Bereichen der sozialen Integration fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen ‚Freiwilligen‘ und KlientInnen mit Therapieauflage.

Wahrgenommener Zwang

Zu beiden Untersuchungszeitpunkten sollten die Befragten auf einer fünfstufigen Likert-Skala einstufen, wie sehr sie sich zu der Behandlung, in der sie sich gerade befinden, von verschiedenen Personen und/oder Behörden unter Druck gesetzt fühlen. Ein Wert von 1 bedeutet „gar nicht unter Druck gesetzt“, ein Wert von 5 „extrem unter Druck gesetzt“. Zwei Drittel ($N=44$, 65,7%) aller KlientInnen empfinden 18 Monate nach Behandlungsbeginn Zwang aus externen Quellen; bemerkenswert ist, dass sich die beiden Gruppen diesbezüglich nicht signifikant unterscheiden (Therapieauflage: $N=22$, 73,3%;

„Freiwillige“: N=22, 59,9%). Über die Hälfte aller KlientInnen (N=36, 53,7%) verspüren Zwang von Familie oder Freunden, ein Drittel (N=22, 32,8%) fühlt sich von der Justiz unter Druck gesetzt. Der Anteil an Befragten, die Zwang durch die Justiz verspüren ist naturgemäß unter den KlientInnen mit Therapieaufgabe signifikant größer (Therapieaufgabe: N=15, 50%; „Freiwillige“: N=7, 18,9%), $\chi^2=7,26$, $p=,007$.

Betrachtet man das Gesamtausmaß des wahrgenommenen externen Zwanges zwischen den beiden Untersuchungszeitpunkten finden sich keine signifikanten Veränderungen zwischen den beiden Untersuchungszeitpunkten ($t(66)=,325$, $p=,746$), es ändern sich jedoch die Quellen des Zwanges. Während der Druck ausgehend von Familie und Freunden ($t(66)=2,298$, $p=,025$) und von der Justiz sinkt (n.s.), steigt das Ausmaß des wahrgenommenen Zwangs durch den Arbeitgeber ($t(66)=-2,567$, $p=,013$) und durch Gesundheitsbehörden (n.s.). Unterschiede zwischen den beiden Gruppen zeigen sich lediglich hinsichtlich des Faktors Zwang durch andere Quellen, mit einer größeren Reduktion für KlientInnen mit Therapieaufgabe (Behandlungsbeginn: $M=1,00$, $SD=0,00$; nach 18 Monaten: $M=1,43$, $SD=1,17$), $F(1,65)=4,269$, $p=,043$. Es zeigte sich weiters, dass der höchste Faktor, wie auch schon bei der Erstbefragung, der intern durch den/die KlientIn selbst wahrgenommene Zwang ist.

Veränderungsbereitschaft

Die Bereitschaft zur Veränderung des Drogenkonsums wurde mit dem Readiness to Change Questionnaire (Heather, Gold & Rollnick, 1991) erhoben, der eine Einordnung der KlientInnen auf den Stufen der Motivation des transtheoretischen Modells nach Prochaska und DiClemente (1986) ermöglicht. Obwohl sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Phase der Motivation zu Behandlungsbeginn und dem Behandlungsfortschritt zeigte ($\chi^2=3,42$, $p=,181$) ist dennoch eine generelle Tendenz zu erkennen: Über die Hälfte der KlientInnen (N=46, 56,5%), die sich zu Beginn der Behandlung in der Handlungsphase befinden, haben 18 Monate danach die Behandlung erfolgreich abgeschlossen bzw. befinden sich noch in Behandlung. Behandlungsabbrüche sind am häufigsten unter jenen KlientInnen zu finden,

die sich zu Behandlungsbeginn in der Phase der Absichtslosigkeit (N=45, 62,2%) befinden. Bezieht man die Gruppenzugehörigkeit als Variable mit ein, zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich der Therapieabbruchquote. Personen die sich zu Behandlungsbeginn in der Phase der Absichtsbildung befinden, brechen die Therapie eher ab, wenn sie die Therapie ‚freiwillig‘ beginnen (JustizklientInnen: 44,4%, ‚Freiwillige‘: 65,4%, $p=,222$), obwohl dieses Ergebnis nicht signifikant ist.

DISKUSSION

Bei der Auswertung der katamnestischen Daten der Untersuchung zeigte sich eine Therapieabbruchquote von etwa 50%, dies ist ein ähnliches Ergebnis, wie bei anderen Studien zu dieser Thematik aus dem deutschsprachigen Raum (*Bühringer et al.* 1989; *Egg* 1992). Die Abbruchquote ist bei ‚freiwilligen‘ KlientInnen etwas höher als bei KlientInnen, die die Behandlung auf Grund einer richterlichen Weisung begonnen haben, der Unterschied ist jedoch nicht signifikant. In den meisten Fällen war es die Entscheidung des/der KlientIn, die Behandlung vor dem regulären Ende zu verlassen. Erfahrungsgemäß sind Konflikte mit anderen PatientInnen, TherapeutInnen sowie der Rückfall in die Drogenabhängigkeit Gründe dafür, eine Behandlung vorzeitig abubrechen. Einige KlientInnen verlassen jedoch die Behandlungseinrichtung, weil sie sich in der Lage fühlen, ihre Probleme anders zu handhaben und eine stationäre Behandlung für nicht mehr notwendig erachten. Was jedoch im konkreten Fall dieser Untersuchung zu der Entscheidung die Behandlung abubrechen geführt hat, lässt sich auf Grund der Daten nicht nachvollziehen, und sollte in zukünftigen Untersuchungen zusätzlich erfragt werden.

Die Ergebnisse der Analyse der katamnestischen Daten hinsichtlich Drogenkonsum, kriminellen Verhalten sowie sozialer Integration unterstützen die Anwendung der im österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) geregelten „gesundheitsbezogenen Maßnahmen“. Im Rahmen dieser Bestimmungen steht drogenabhängigen Straftätern ein differenziertes Behandlungsspektrum als

Alternative zur Strafverfolgung zur Verfügung. Innerhalb des Befragungszeitraums von 18 Monaten nach Behandlungsbeginn zeigte sich eine signifikante Reduktion des Alkohol- und Drogenkonsums, vor allem hinsichtlich jener Substanzen, die bei der Erstbefragung als Hauptproblemsubstanz genannt wurden. Eineinhalb Jahre nach Behandlungsbeginn konsumierten die befragten KlientInnen signifikant seltener Heroin, Kokain und Cannabis, es zeigte sich auch eine Reduktion hinsichtlich des Konsum von Benzodiazepinen, Methadon und anderen Opiaten außer Heroin, diese war jedoch nicht signifikant. Bei der Auswertung der Konsumhäufigkeit von anderen Opiaten zeigte sich eine interessante Wechselwirkung zwischen der Konsumhäufigkeit und der Untersuchungsgruppe. Während der Konsum dieser Substanzen, die auch im Rahmen von Substitutionsprogrammen eingesetzt werden, bei KlientInnen mit richterlicher Therapieauflage anstieg, sank er bei ‚freiwilligen‘ KlientInnen ab. Dies könnte auf die unterschiedlichen Anforderungen des Justizsystems und des Gesundheitssystems zurückgeführt werden: das Justizsystem verlangt von KlientInnen, dass sie ein angepasstes Leben mit einer dementsprechenden Legalbewährung führen, während das Gesundheitssystem traditionellerweise komplette Abstinenz – also auch Abstinenz von Substitutionsmitteln – von seinen KlientInnen verlangt. Obwohl sich diese Anschauung in den letzten 15 Jahren verändert hat, lässt sich unter ‚freiwilligen‘ KlientInnen eine starke Tendenz zu einer totalen Abstinenz beobachten. Dieser Unterschied zwischen den beiden Systemen spiegelt sich auch in den Konzepten der unterschiedlichen Therapieeinrichtungen in Österreich wider. Behandlungseinrichtungen, die im Rahmen der Therapie auch Substitutionsprogramme anbieten, haben einen höheren Anteil an JustizklientInnen, als Einrichtungen, deren Konzept auf eine totale Abstinenz ausgerichtet ist. Übrige Veränderungen des Drogenkonsumverhaltens unterscheiden sich nicht zwischen den beiden Gruppen.

Mit der Reduktion des Drogenkonsums einhergehend, zeigten sich deutliche Verbesserungen hinsichtlich des kriminellen Verhaltens der Befragten, im letzten halben Jahr vor der Nachbefragung wurden nahezu keine Delikte

mehr gesetzt, im gesamten Katamnesezeitraum wurden lediglich zehn Prozent wegen eines neuerlichen Deliktes verhaftet. Auch im Bereich der psychologischen sowie gesundheitlichen Problematik zeigten sich erhebliche Verbesserungen, diese waren jedoch nicht signifikant. Diese Ergebnisse lassen darauf schließen, dass die KlientInnen zwar noch unter psychologischen Problemen leiden, mittlerweile aber statt dem Drogenkonsum einen anderen Umgang der Bewältigung dieser Probleme gefunden haben. Ein Hinweis dafür ist auch die Tatsache, dass die Medikation für psychische Probleme im Katamnesezeitraum gestiegen ist. Hinsichtlich der sozialen Integration zeigten sich auch erhebliche Verbesserungen seit der Erstbefragung, die Rate der Obdachlosigkeit sowie die Arbeitslosenrate sind innerhalb des Befragungszeitraumes signifikant abgesunken.

Die Analyse des Ausmaßes an wahrgenommenem Zwang der KlientInnen zeigte schon wie bei der Erstbefragung (*Gegenhuber, Werdenich & Kryspin-Exner 2006*) interessante Ergebnisse. Während sich das Gesamtausmaß an wahrgenommenem Zwang zwischen den Befragungszeitpunkten nicht verändert, ändern sich die Quellen des externen Druckes. Insgesamt scheinen sich diese von justizieller Kontrolle zu Behandlungsbeginn, zu Formen von sozialer Kontrolle durch den Arbeitgeber und die Gesundheitsbehörden zu verändern. Es ist jedoch nicht außer Acht zu lassen, dass der subjektiv am meisten wahrgenommene Zwang in beiden Untersuchungsgruppen noch immer von den KlientInnen selbst ausgeht. Die Datenlage zur Motivation der KlientInnen zeigt, dass richterlich ausgeübter Zwang zumindest keinen negativen Einfluss auf die Veränderungsmotivation eines/einer KlientIn zu haben scheint. Vielmehr zeigen die Ergebnisse dieser Untersuchung eine Tendenz dahingehend, dass justizieller Zwang ihrem Problemverhalten gegenüber ambivalent eingestellten Personen, eher dazu bewegt, in Behandlung zu bleiben, während ohne diesem externen Motivator die Therapie in dieser ambivalenten Phase (Phase der Absichtsbildung) eher abgebrochen wird. In Veränderungsstadien, in denen entweder kein Problembewusstsein (Phase der Absichtslosigkeit) vorhanden ist, oder schon die ersten aktiven Schritte hinsichtlich einer angestrebten Verhaltensänderung

absolviert sind (Handlungsphase), scheint justizieller Zwang keinen Einfluss auf die Entscheidung in Behandlung zu bleiben, oder diese abubrechen, zu haben.

Bei der Interpretation der vorliegenden Ergebnisse muss jedoch auf die Grenzen der Studie hingewiesen werden. Zum Einen ist kritisch anzumerken, dass es sich bei den Angaben zum Drogenkonsum und der Kriminalität um Aussagen der KlientInnen handelt, eine Objektivierung dieser Informationen war auf Grund gesetzlicher Bestimmungen zum Datenschutz nicht möglich. Wie auch bei den Angaben zum wahrgenommenen Zwang und generell bei Fragebogen zur Selbsteinschätzung üblich, kann eine bessere Selbstdarstellung im Sinne der sozialen Erwünschtheit nicht ausgeschlossen werden. Jedoch handelt es sich bei allen Erhebungszeitpunkten um Selbsteinschätzungen der KlientInnen, womit ein diesbezüglicher Bias eventuell konstant bleibt. Zum Anderen sind die Ergebnisse der Studie unter dem kritischen Blickwinkel der geringen Ausschöpfungsquote von etwa fünfzig Prozent beim dritten Katamnesezeitpunkt zu betrachten. Studien zum Zusammenhang zwischen einer neuerlichen Erreichbarkeit zum Katamnesezeitpunkt und Behandlungserfolg zeigen inkonsistente Ergebnisse (*Walton, Ramanathan & Reischl 1998*), wobei eher davon auszugehen ist, dass sich unter jenen, die nicht an einer neuerlichen Befragung teilnehmen, erheblich mehr Personen mit problematischem Substanzkonsum befinden, als unter Katamnesebeantwortern (*Hansten et al. 2000*). Im Falle der vorliegenden vergleichenden Untersuchung dürfte dieser Effekt jedoch für beide Gruppen gleichermaßen zutreffen; in diesem Zusammenhang ist es bemerkenswert, dass sich trotz der höheren Ausfallsrate bei den ‚freiwilligen‘ PatientInnen ein vergleichbarer Behandlungserfolg für beide Gruppen zeigte.

Trotz der oben erwähnten Limitierungen, wurden bei dieser Studie zur Evaluation von Quasi-Zwangsmaßnahmen in Österreich ähnliche Ergebnisse gefunden, wie schon in früheren Studien aus dem angloamerikanischen Raum (*Brecht, Anglin & Wang 1993; Anglin, Brecht & Maddahian 1989, Simpson & Friend 1988*). Insgesamt zeigt sich, dass KlientInnen mit einer richterlichen Weisung in selbem Ausmaß eine Behandlung abschließen und einen vergleichbaren Behandlungserfolg hinsichtlich Reduktion des Drogenkonsums,

kriminellen Verhalten und der sozialen Integration haben, wie ‚freiwillige‘ KlientInnen. Betrachtet man die Ähnlichkeit der beiden KlientInnengruppen hinsichtlich Drogenkonsum, Kriminalitätsgeschichte und auch dem wahrgenommenem Zwang (*Gegenhuber, Werdenich, Kryspin-Exner 2006*) sowie das ähnliche Motivationsniveau zu Behandlungsbeginn, sind diese Resultate zu erwarten und bieten somit eine empirische Unterstützung des Prinzips „Therapie statt Strafe“ für drogenabhängige Straftäter.

LITERATURVERZEICHNIS

Anglin, M.D., Brecht, M.L., & Maddahian, E. (1989). Pretreatment characteristics and treatment performance of legally coerced versus voluntary methadone maintenance admissions. *Criminology*, 27(3), 537-557.

Anglin, M., Prendergast, M. & Farabee, D. (1998). The effect of coerced drug treatment for drug-abusing offenders. Paper presented at the Office of National Drug Control Policy's Consensus Meeting on Drug Treatment in the Criminal Justice System, March 23-25, 1998, Washington, D.C. (Washington DC, Office of National Drug Control Policy).

Brecht, M. & Anglin, M.D. (1993). Treatment effectiveness for legally coerced versus voluntary methadone maintenance clients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 19(1), 89-106.

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

Brizer, D.A., Maslansky, R., & Galanter, M. (1990). Treatment Retention of Patients Referred by Public Assistance to an Alcoholism Clinic. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 16(3-4), 259-264.

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

Collins, J.J., & Allison, M.A. (1983). Legal coercion and retention in drug abuse treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 34(12), 1145-1149. –
Egg, R. (1992). Therapy versus Penalty - An Evaluation Study. In F. Lösel, A. Bender & T. Bliesener (Eds.), *Psychology and Law: International Perspectives* (pp. 175-181). Berlin, New York: de Gruyter.

Gegenhuber, B., Werdenich, W. & Kryspin-Exner, I. (2006). Alternativen zu Freiwilligkeit oder Zwang. Über die Patientenstruktur und Motivationslage bei Therapie statt Strafe. Zur Publikation eingereicht.

Gregoire, T. K. & Burke, A. C. (2004). The relationship of legal coercion to readiness to change among adults with alcohol and other drug problems. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26, 337—343.

Gsellhofer, B., Küfner, H., Vogt, M. & Weiler, D. (1997). European Addiction Severity Index (EuropASI). Manual für Training und Durchführung. Hohengehren: Schneider. – *Gütlich, V., Heidenreich, T., & Hoyer, J. (1998).* Stadien der Veränderung und Therapiemotivation unter justiziellem Zwang. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 30, 421-432.

Hansten, M.L., Downey, L., Rosengren, D.B. & Donovan, D.M. (2000). Relationship between follow-up rates and treatment outcomes in substance abuse research: more is better but when is "enough" enough? *Addiction* 95 (9), 1403–1416.

Heather, N., Gold, R., & Rollnick, S. (1991). Readiness to Change Questionnaire: User's Manual. Australia: National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales.

Hiller, M.L., Knight, K., Broome, K.M., & Simpson, D. (1998). Legal pressure and treatment retention in a national sample of long-term residential programs. *Criminal Justice and Behavior*, 25(4), 463-481.

Klag, S., O'Callaghan, F., & Creed, P. (2005). The use of legal coercion in the treatment of substance abusers: An overview and critical analysis of thirty years of research. (review). *Substance Use & Misuse*, 40(12), 1777-1795.

Kokkevi, A. & Hartgers, C. (1995). *EuropASI*: European adaption of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, 1(4), 208-210.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1986). The transtheoretical approach. In J. Norcross, (Ed.), *Handbook of Eclectic Psychotherapy* (pp. 163-200). New York: Brunner.

Schnoll, S.H., Goldstein, M.R., Antes, D.E., Rinella, V.J. (1980). The impact of legal involvement on substance abusers in a residential treatment setting. *Corrective and Social Psychology*, 26(1), 21-28.

Simpson, D.D. & Friend, H.J. (1988). Legal status and long-term outcomes for addicts in the DARP followup project. In C.G. Leukefeld and F.M. Tims (Eds.), *Compulsory treatment of drug abuse: Research and clinical practice* (pp. 81-98). (NIDA Research Monograph 86). Rockville: National Institute on Drug Abuse.

Simpson, D.D. & Knight, K. (1998). TCU Data Collection Forms for Correctional Residential Treatment. Retrieved May 26, 2005, from <http://www.ibr.tcu.edu/pubs/datacoll/Forms/CJinitial.pdf>.

Stevens, A., Berto, D., Frick, U., Hunt, N., Kerschl, V., McSweeney, T., Oeuvray, K., Puppo, I., Santa Maria, A., Schaaf, S., Trinkl, B., Uchtenhagen, A. & Werdenich, W. (2006). The relationship between legal status, perceived pressure and motivation in treatment for drug dependence: Results from a European study of quasi-compulsory treatment. *European Addiction Research*, 12(4), 197-209.

Walton, M.A., Ramanathan, C.S. & Reischl, T.M. (1998). Tracking Substance Abusers in Longitudinal Research: Understanding Follow-Up Contact Difficulty. *American Journal of Community Psychology*, 26(2), 233-253.

Wild, T. C., Newton-Taylor, B. & Alleto, R. (1998). Perceived coercion among clients entering substance abuse treatment: Structural and psychological determinants. *Addictive Behavior*, 23, 81—95.

Young, D. (2002). Impacts of perceived legal pressure on retention in drug treatment. *Criminal Justice and Behavior*, 29(1), 27-55.

12. ANHANG 2: EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Dissertation selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die den Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Barbara Gegenhuber

Wien, am 02.10.2008

13. ANHANG 3: CURRICULUM VITAE UND PUBLIKATIONSVERZEICHNIS

Im Folgenden finden sich der Lebenslauf sowie ein aktuelles Publikationsverzeichnis der Autorin.

MAG^A. BARBARA GEGENHUBER

KLINISCHE- UND GESUNDHEITSPSYCHOLOGIN

- **Persönliche Daten**

Name:	Barbara Gegenhuber
Geburtsdatum:	29. 01. 1976
Geburtsort:	Wien
Staatsbürgerschaft:	österreichisch
Familienstand:	verheiratet
e-mail:	b.gegenhuber@gmx.at

- **Schulbildung / höhere Bildung**

- Matura am wirtschaftskundlichen Realgymnasium BRG XIX, Billrothstraße 26 – 30 im Jahr 1994 mit ausgezeichnetem Erfolg bestanden
- Abschluss des Studiums der Psychologie an der Universität Wien am 28.11.2001
- Ausbildung zur Klinischen- und Gesundheitspsychologin (Eintragung: 10.06.2003)

- **Berufliche Tätigkeiten:**

- Schweizer Haus Hadersdorf, Dokumentation und Statistik, April 2007 – laufend
- Universität Wien, Fakultät für Psychologie, Lehrtätigkeit in klinischer und forensischer Psychologie, September 2004 – laufend
- Justizanstalt Favoriten, 1100 Wien, Psychologischer Dienst, Februar 2002 – laufend
- Lehr- und Forschungspraxis des Arbeitsbereichs Klinische Psychologie an der Universität Wien, 1010 Wien, Nov. 2002 – Dezember 2007
- Verein PPPVD, 1050 Wien, Psychologische Behandlung Drogenabhängiger, Nov. 2002 – Dezember 2007.
- Vereinigte Bühnen Wien, Marketing und Publikumsbefragungen

- **Weitere Erfahrungen und Kenntnisse:**

- Projektmanagement und -koordination
- Biofeedback
- eLearning im Rahmen der Lehre an der Universität Wien
- eCompetence Ausbildung Universität Wien
- Umfangreiche EDV Kenntnisse
- Führerschein der Gruppen A und B
- Englisch in Wort und Schrift

PUBLIKATIONSVERZEICHNIS

Gegenhuber, B., Werdenich, W. & Kryspin-Exner, I. (2009). Freiwilligkeit oder Zwang - Über die Patientenstruktur und Motivationslage bei Therapie statt Strafe für drogenabhängige Straftäter. *Forensische Psychiatrie, Psychologie und Kriminologie*, 1(3).

Gegenhuber, B., Spirig, H. & Malfent, D. (2008). *Substitutionsbehandlung im österreichischen Strafvollzug*. Unveröffentlichter Untersuchungsbericht.

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

Stevens, A., Berto, D., Frick, U., Kerschl, V., McSweeney, T., Schaaf, S., Tartari, M., Turnbull, P., **Trinkl, B.**, Uchtenhagen, A., Waidner, G. and Werdenich, W. (2007). The victimisation of dependent drug users: Findings from a European study. *European Journal of Criminology*, 4, 385 – 408.

Sporer, S. L., **Trinkl, B.**, & Guberova, E. (2007). Matching faces: Differences in processing speed of out-group faces by different ethnic groups. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 38(4), 398-412.

Stevens, A., Berto, D., Frick, U., Hunt, N., Kerschl, V., McSweeney, T., Oeuvray, K., Puppo, I., Santa Maria, A., Schaaf, S., **Trinkl, B.**, Uchtenhagen, A. & Werdenich, W. (2006). The relationship between legal status, perceived pressure and motivation in treatment for drug dependence: results from a European study of quasi-compulsory treatment. *European Addiction Research*, 12, 197-209.

Werdenich, W., Waidner, G., **Trinkl, B.** (2004). Quasi-Compulsory Treatment of Drug Dependent Offenders – a Description of Existing Systems. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 25, 73-80.

Obrist, C., **Trinkl, B.** (2004). Fordern und Fördern – Überlegungen zur psychologischen Behandlung süchtiger Frauen im Gefängnis. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 25, 81-96.

Trinkl, B., Slowik, E., Sporer, S. (2003). *Das Wiedererkennen von Gesichtern unterschiedlicher ethnischer Gruppen, das Wiedererkennen von Gesichtern bei Kindern*. Frankfurt: Verlag für Polizeiwissenschaft.