universität wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Vergleich zweier Verfahren zur Erhebung der Lebensqualität bei straffälligen jungen Erwachsenen

Verfasserin

Reinhilde Moser

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag[a]. rer. nat.)

Wien, im Oktober 2012

Studienkennzahl:	298
Studienrichtung:	Psychologie
Betreuer:	Dr. Reinhold Jagsch

Danksagung

Die Entstehung dieser Diplomarbeit wurde durch die Unterstützung vieler lieber Menschen erleichtert und begünstigt. Es sei mir erlaubt, einige davon explizit anzuführen.

Allen voran möchte ich Herrn Dr. Reinhold Jagsch meinen außerordentlichen Dank aussprechen, der diese Arbeit in herausragender fachlicher und pädagogischer Kompetenz und immer mit freundlichem Entgegenkommen begleitet und betreut hat.

Auch bin ich der Justizanstalt für Jugendliche, Gerasdorf (JAJG), für die Ermöglichung der Umsetzung dieser Untersuchung zu großem Dank verpflichtet, insbesondere den inhaftierten jungen Männern für ihre aktive Teilnahme und freilich den lieben Mitarbeitern im psychologischen Dienst der JAJG. Besonders profitieren konnte ich von Fr. Mag.[a] Christine Grill, deren großer Wissensreichtum und Erfahrungsschatz in relevantem Ausmaß zur Entstehung dieser Arbeit beigetragen hat und die mich einfühlsam und kompetent in vielen Bereichen der psychologischen Tätigkeit im Justizvollzug angeleitet hat.

Mein uneingeschränkter Dank gilt vorwiegend meinem Bruder, Herrn Bernhard Moser, BSc., für seine grandiose Unterstützung in all den wunderbaren Jahren. Ihm sei diese Arbeit gewidmet.

Herrn Mag. Hermann Pichler möchte ich meinen besonderen Dank für die professionelle Begleitung in einem intensiven Prozess, die viele liebe Hilfe und die feine Zusammenarbeit, die mir sehr viel Freude bereitet hat, bereitet und weiterhin bereiten wird, aussprechen. Diese Arbeit wäre (noch) nicht fertiggestellt ohne seine Unterstützung.

Ich möchte auch meiner Tante, Frau Mag.[a] Reinhilde Reinthaler, sehr herzlich danken, weil sie die Einzige war, die von Anfang an und immer für mich da war und immer ihr Bestes gegeben hat und das Beste zu meiner Entwicklung beitragen wollte. Danke für so viel Liebe!

Vielen Dank möchte ich auch meinem Vater, Herrn Johannes Schwentenwein, aussprechen, der auf ausgesprochen fürsorgliche Art und Weise keine Herausforderung für mich ausgelassen hat und vor allem, weil er wie niemand anderer hinter mir steht.

Ich möchte Frau Christine Kummerer dafür danken, dass sie mich während meines Studiums in unvergleichbarer Weise mit viel Liebe und Verständnis unterstützt hat und immer für mich da war, und dafür, dass ich bei ihr immer „nach Hause kommen“ durfte, was die Beendigung meines Studiums immens erleichtert hat.

Danksagung

Meiner Mutter, Frau Ulrike Mayr, und meinen Großeltern, Frau Reinhilde Krenn und Herrn Ferdinand Krenn, möchte ich für die viele Liebe und Unterstützung und für ein wohlbehütetes, schönes Aufwachsen danken. Ohne euch wäre ich heute nicht der Mensch, der ich bin.

Meinen lieben Freundinnen und Freunden möchte ich herzlich für die hilfsbereite Unterstützung danken. Insbesondere Frau Marianna Jartó hat viel Jubel, Trubel, Heiterkeit beigetragen und auch Frau Mag[a]. Gertraud Kremsner und Frau MMag[a]. Claudia Heiss wussten mir die Studienzeit zu einem unbeschreiblichen Lebensabschnitt zu verfeinern.

Herr Andreas Truppe hat mich insbesondere im letzten Abschnitt des Studiums lieb begleitet, und in vielerlei Hinsicht für wertvolle Beiträge gesorgt. Dafür möchte ich ihm von Herzen danken.

Für die finanzielle Unterstützung, die mir während des Studiums Vieles erleichtert hat, möchte ich mich herzlich bei Frau Hildegard Schwentenwein und Herrn Ing. Erwin Schwentenwein bedanken.

Abschließend aber nicht zuletzt möchte ich den lieben Menschen der Rodaunerstraße 74-76 für so viel Geduld und Nachsicht mit mir danken: Peter Kerndlinger, Gerhard Bilsky, Herbert Heitzer, Erika Budschedl, Margarete Rotter, Herbert Hartmann, Martin Liewald, Anna Beutel, Sonja Wieland, Werner Wachter, Sandra Jovanovic-Krösslhuber, Hannes Lengauer, Heinz Daichendt, Lilli Rosca und Alexander Huber. Schön, dass es euch gibt! Ich bin froh, dass es mir gestattet war, euch kennenzulernen und mit euch arbeiten zu dürfen.

Wien, im Oktober 2012 Reinhilde Moser

Inhalt

I Inhaltsverzeichnis

Einleitung 7

THEORETISCHER TEIL 9

1. Zum theoretischen Verständnis von Jugendkriminalität und Strafvollzug 11

1.1 Historisches 11

1.2 Rechtliche Grundlagen 16

1.3 Pädagogische, soziologische und psychologische Hintergründe 18

2. Lebensqualität 34

2.1. Definition 34

2.2. Intramurale Lebensqualität 39

2.3. Lebensqualität und psychische Faktoren 44

3. Depressivität in Haft 48

3.1. Inhaftierung als Gefährdung der Gesundheit 48

3.2. Diagnose 52

3.3. Depressivität im forensischen Kontext 54

3.4. Mit Depressivität einhergehende Lebensqualität 57

4. Selbstwirksamkeit 61

4.1. Definition 61

4.2. Selbstwirksamkeit und psychische Befindlichkeit 64

EMPIRISCHER TEIL 69

5. Ausgangspunkt und Ziel der Untersuchung 71

5.1. Berliner Lebensqualitätsprofil (BeLP) 72

5.2. SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand 72

6. Forschungsinteressen und Fragestellungen 74

Inhalt

7. Beschreibung der verwendeten Verfahren 77

7.1. Berliner Lebensqualitätsprofil (BeLP) 77

7.2. Short-Form Health Survey (SF-36) – Fragebogen zum Gesundheitszustand 78

7.3. Beck-Depressions-Inventar (BDI) 81

7.4. Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) 82

7.5. Praktikabilität und Akzeptanz mittels Visueller Analogskala 83

8. Durchführung der Untersuchung 85

9. Statistische Verfahren zur Datenanalyse 87

10. Beschreibung der Stichprobe 88

10.1. Alter und Nationalität 88

10.2. Schulbildung und Beruf 89

10.3. Haftsituation 90

10.4. Deskriptive Darstellung der psychologischen Konstrukte 91

10.4.1. Mittels BeLP erhobene Lebensqualität 91

10.4.2. Mittels SF36 erhobene Lebensqualität 95

10.4.3. Depressivität 96

10.4.4. Selbstwirksamkeitserwartung 97

11. Die Beziehung von Lebensqualität und Depressivität 99

11.1. Korrelationen zwischen BDI-Werten und BeLP-Faktoren 99

11.2. Korrelationen zwischen BDI und Skalen der SF-36 101

12. Die Beziehung von Lebensqualität und Selbstwirksamkeit 105

12.1. Korrelationen zwischen SWE-Werten und BeLP-Faktoren 105

12.2. Korrelationen zwischen SWE-Werten und SF-36-Skalen 107

13. Psychometrische Analyse von BeLP und SF-36 111

13.1. Reliabilität (Innere Konsistenz) 111

13.1.1. Reliabilitätsanalyse 111
13.1.2. Itemtrennschärfe 112
13.1.3. Boden- und Deckeneffekte 113
13.2. Validität 115
13.2.1. Konvergente Validität 115
13.2.2. Relative Validität 117
13.3. Akzeptanz und Praktikabilität 120
14. Diskussion der Ergebnisse 122
15. Zusammenfassung und Ausblick 130
16. Abstract 133
II Literaturverzeichnis: 135
III Abbildungsverzeichnis 144
IV Tabellenverzeichnis 145
ANHANG 147

Einleitung

Die Erforschung von Lebensqualität als bedeutsames Konzept der (klinischen) Psychologie erwies sich in den letzten beiden Jahrzehnten zunehmend als äußerst relevant für die praktische Arbeit. Zufriedenheit mit dem Leben selbst und mit verschiedenen Lebensbereichen (subjektiv beurteilte Lebensqualität) stellte sich als Grundlage und Voraussetzung für viele sowohl psychische als auch kognitive Fertigkeiten und Kompetenzen zur Problemlösung dar, die Entwicklungsverläufe, welcher Art auch immer, begünstigend unterstützen. Nicht nur die Selbsteinschätzung der eigenen Lebensqualität, sondern auch soziodemographische Faktoren und objektive Lebensbedingungen fließen in Interaktion in das Gesamtkonstrukt Lebensqualität ein.

Besonders in der speziellen Situation eines intramuralen Versorgungsauftrages kann Lebensqualität eine bis dato vernachlässigte, aber umso relevantere Komponente darstellen. Es liegt der Verdacht nahe, dass auch, wenn nicht vor allem, für Menschen in gesellschaftlichen und persönlichen Extremsituationen, beispielsweise in Haft, gute Werte von Lebensqualität eine hoch förderliche Bedingung für positive Entwicklungsverläufe darstellen könnte, sofern ein derartiger Status überhaupt zu erzielen ist.

Auch die WHO (2006) betont, dass die seelische Gesundheit von Gefangenen verglichen mit der der Allgemeinbevölkerung weitaus häufiger gestört ist. Viele Faktoren wie das überdurchschnittlich häufige Auftreten von Personen mit spezifischen Krankheitsbildern bei Haftantritt (bedingt beispielsweise durch vorangegangene Obdachlosigkeit, körperlichen Verfall durch verschiedene Substanzabhängigkeits- und Substanzmissbrauchsverhaltensweisen) und belastende Umstände in Haft (zum Beispiel Aggressionen in körperlicher, verbaler, sexueller oder rassistischer Form) sowie der Verlust von Privat- und Intimsphäre tragen letztlich dazu bei, dass körperliche und/oder psychische Gesundheit in einer Haftsituation nicht garantiert werden kann.

Das Ziel und der Inhalt dieser wissenschaftlichen Arbeit, die psychometrischen Eigenschaften von zwei unterschiedlichen Instrumenten zur Messung der Lebensqualität anhand der Werte inhaftierter Probanden zu vergleichen, stellt sich in folgender Konzeption dar: zum einen soll Short-Form Health Survey (SF-36) hier seine Anwendung finden, zum anderen das Berliner Lebensqualitätsprofil (BeLP), das die deutsche, verkürzte Version des Lancashire Quality of Life Profile darstellt. Welches der beiden Verfahren zur Messung der Lebensqualität sich für den forensischen Bereich[1] im Sinne von Strafvollzug als nützlicher erweist, ist von besonderem Interesse. Außerdem liegt der Sinn derartiger Vergleiche darin festzustellen, in welcher Weise sich unterschiedliche Lebenssituationen auf die Lebensqualität auswirken. Um diesem Anspruch in ausreichender Form Genüge leisten zu können, soll zusätzlich erhoben werden, inwiefern psychische Faktoren (sowohl emotionale als auch kognitive Aspekte) eine Rolle bei der Selbsteinschätzung der eigenen Lebensqualität spielen. Um näher auf einen emotionalen Faktor eingehen zu können und weil Depression als eines der förderungshinderlichsten Störungsbilder aber nicht nur im forensischen Bereich, sondern auch in der Allgemeinbevölkerung als weit verbreitet gilt, soll bei dieser Untersuchung Vorliegen bzw. Ausmaß von Depressivität mittels BDI (Beck-Depressions-Inventar) erhoben werden. Als kognitive Komponente findet das Konstrukt der Selbstwirksamkeit nach Bandura (1994) Eingang die in geplante Untersuchung, um die Kompetenzerwartung an sich selbst im Sinne von Glauben und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Handlungen zu erheben. Die Ansicht, schwierige Situationen bestmöglich zu lösen, scheint im Zusammenhang mit dem Untersuchungsgegenstand erheblich, weil ein solches kognitives Schema wesentlich zu positiverer Einschätzung von Lebenszufriedenheit und damit zu einer positiven Prognose beitragen könnte.

[1] Im Bewusstsein, dass der sog. „forensische Bereich“ sehr weitläufig gefasst ist und dass eine Studie wie diese keinesfalls alle Teilbereiche der Forensik berücksichtigen und vor allem bearbeiten kann, soll hier angemerkt sein, dass mit „forensischem Bereich“ in dieser Arbeit ausschließlich die Strafvollzugssituation (und zugehöriger strafrechtlicher Rahmen) von Inhaftierten gemeint ist.

THEORETISCHER TEIL

1. Zum theoretischen Verständnis von Jugendkriminalität und Strafvollzug

Die theoretische Umrandung zum Thema Kriminalität und Strafvollzug mit dem Hauptaugenmerk auf den Bereich, der Jugendliche und junge Erwachsene betrifft, soll einen guten Überblick über diesbezügliche historische Entwicklungen geben, kurz auf die rechtlichen Hintergründe der bedingten Freiheitsstrafe eingehen und eine grundlegende Darstellung soziologischer, pädagogischer und psychologischer Erklärungsmodelle geben.

1.1 Historisches

Als das Gefängnis mit der Möglichkeit zur Haftstrafe an der Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert in den Justizvollzug Eingang fand, zeichnete sich eine prägnante Veränderung im Strafsystem dahingehend ab, dass eine neue Gesetzgebung und deren Allmacht zur Bestrafung von nun an klar definierte gesamtgesellschaftliche Funktionen inne hatte. Davor galt eine „allgemeine Form einer Apparatur des Gefügig- und Nützlich-Machens der Individuen“ (Foucault, 1994, S. 295) nicht als Teil des Justizsystems, fand somit in der Anwendung in Strafangelegenheiten keinen fixen Bestand und existierte zwar, aber eben außerhalb eines rechtlichen Rahmens.

Der systematische Einsatz des Gefängnisses mittels eines eigens angelegten Strafkonzepts vollzog sich erst,

> als sich über den gesamten Gesellschaftskörper jene Prozeduren ausbreiten, um die Individuen anzuordnen, zu fixieren und räumlich zu verteilen, und zu klassifizieren, um das Höchstmaß an Zeit und das Höchstmaß an Kräften aus ihnen herauszuholen, um ihre Körper zu dressieren, ihr ganzes Verhalten zu codieren, sie in einer lückenlosen Sichtbarkeit festzuhalten, rund um sie einen Beobachtungs- und Registrierungsapparat aufzubauen, ein sich akkumulierendes und zentralisierendes Wissen über sie zu konstituieren (Foucault, 1994, S. 295).

Mit dem Einsetzen eines derartigen Veränderungsprozesses schien Freiheitsentzug als Disziplinarmechanismus eine „gerechte“ Strafe in gesellschaftlichen Systemen zu sein, da sie alle sozial Partizipierenden in dergleichen Weise zu treffen vermochte. Die Durchsetzbarkeit und damit auch die tatsächliche Umsetzung und Beibehaltung dieser institutionalisierten Strafverwahrung ergab sich in ihrer Einfachheit. In diesem Disziplinierungssystem wird Schuld und Vergehen mit Freiheitsentzug vergolten; die Quantifizierbarkeit des zentralen Parameters „Zeit“ (das Strafausmaß ist je nach Delikt in Tagen, Monaten, Jahren festgesetzt) kommt dieser Konzeption im Sinne einer ökonomischen Gerichtsbarkeit mehr als entgegen.

Nicht nur ein System, das nach gerechten „egalitären“ Kriterien die Justiz in ihrer Umsetzung von Strafvollzug unterstützt, wurde damit institutionalisiert, auch hatte diese Form der Verwahrung einen klaren Erziehungsauftrag – die Argumentation einer Strafhaft als Besserungsmöglichkeit war nachvollziehbar und unbedingt praktikabel, da genaue Entwürfe zur Anwendung ausgearbeitet wurden. Die großen Vorteile in der Umsetzung der Konzeption dieser Strafmaßnahme lagen einerseits an der exakten Differenzierbarkeit der Haftaufenthalte, z.B. je nach Schweregrad der Delikte, oder nach Fortschritt im Strafprozess (Untersuchungshaft, Strafhaft), andererseits in der Möglichkeit zur Zweckgerichtetheit der Disziplinierungsmechanismen (je Delikt entsteht ein anderer „Erziehungs- bzw. Moralisierungsauftrag“). Diese Besserungsmaßnahmen und -techniken etablierten sich unmittelbar als Teil der institutionellen Ausstattung der Disziplinierungsanlage „Gefängnis“ (Foucault, 1994). Daraus ergibt sich die Tatsache, dass die Gefängnis-Maschinerie als „Auffangbecken“ defizitär entwickelter Individuen einer Gesellschaft einen hohen sozialen Stellenwert einnahm.

August Aichhorn wies bereits 1931 darauf hin, dass das Erlangen von Kulturfähigkeit bzw. defizitäre Ausformungen dergleichen bei Kindern und Jugendlichen massive Auswirkungen auf die Gesellschaftsfähigkeit haben konnte. Konfliktpotential sah er aufgrund mangelhafter Erziehung:

> Wüchse ein Kind mit normaler Erbanlage ohne Erziehung heran, so käme es nach aller Voraussicht wohl ein Stück über die ursprünglichste primitive

> Realitätsfähigkeit hinaus, aber nicht zur Kulturfähigkeit, und deswegen mit der Gesellschaft in Konflikt. Sie dürfen das nicht als eine unbeweisbare Konstruktion auffassen. Die Verwahrlosten, bei denen infolge einer unzureichenden Erziehung ein Erziehungsrückstand auftritt, zeigen ein ganz ähnliches Verhalten.... (S. 13).

Aus der Annahme, eine Gesellschaft brächte einen gewissen Anteil an Individuen hervor, die aus dem erzieherischen Rahmen erster Ordnung (Familie, Schule) fallen, das heißt, aus verschiedensten Gründen nicht in dieses Erziehungssystem integrierbar sind, bzw. um bereits früher anzusetzen, für dieses nicht erreichbar sind, und in der weiteren Betrachtung dieser individuellen defizitären Entwicklungsverläufe ergab sich damit der gesamtgesellschaftliche Erziehungsauftrag: Gefängnis als strukturelle Besserungsanstalt mit einer Disziplinierungsmöglichkeit in Isolation und der Chance, den Menschen im Einzelnen systematisch zu formen, um hier einen erzieherischen Rahmen zweiter Ordnung – unter staatlicher, totalitärer Kontrolle – zu etablieren.

Wie Alice Miller (1983) in ihren Ausführungen über Erziehungspraktiken veranschaulicht, sind diese Strafprinzipien von Inhaftierungen mit ihren vor allem in (Reiz-) Deprivation liegenden Wirkmechanismen zu Beginn des 20. Jahrhunderts bereits altbekannte, um nicht zu sagen altbewährte Maßnahmen. Früher noch lassen sich Ansätze zur Ursachenforschung und systematischen Bestrafung von abweichendem Verhalten erkennen, die über starke Ähnlichkeiten mit zuvor diskutierten und sogar in der heutigen Zeit existenten Verwahrungsformen verfügen. Diese finden 1748 durch Sulzer Eingang in die Theorien der Pädagogik (Miller, 1983):

> Je standhafter und geduldiger nun ein Gemüt überhaupt ist, desto tüchtiger ist es in besonderen Fällen, eine Neigung oder eine schlimme Gewohnheit zu überwinden. Also dienen überhaupt alle Übungen, durch welche die Kinder sich selbst überwinden lernen, die sie geduldig und standhaft machen, zur Unterdrückung der Neigungen. Demnach verdienen bei der Erziehung alle

> Übungen dieser Art eine besondere Aufmerksamkeit und sind als eines der wichtigsten Dinge anzusehen, ungeachtet sie fast überall versäumt werden (Sulzer, 1748, zitiert nach Miller, 1983, S. 41).

Mehr als ein Jahrhundert später findet man ausformulierte Argumentationen zur Unterstützung der These, körperliche Züchtigung sei der einzige Weg zu einer Veränderung devianten Verhaltens von Kindern und Jugendlichen über institutionelle Einrichtungen wie z.B. die Schule. Hier werden dem Lehrer erzieherische Aufgaben zugesprochen, ein systematischer Ansatz zur Bestrafung geboten, sogar verlangt. In der 1867 verfassten Schrift „Encyklopädie des gesammten Erziehungs- und Unterrichtswesens“ zeigt sich ausgesprochen gut, wie ein inhaltlicher Bogen von Unterricht über Zucht hin zur Notwendigkeit der/einer (körperlichen) Strafe gespannt werden kann und wie manche Aspekte an Aktualität nur wenig eingebüßt haben:

> In der Schule speziell geht Zucht vor Unterricht. Fester steht kein Satz in der Pädagogik, als daß Kinder zuerst erzogen sein müssen, ehe sie unterrichtet werden können. Es gibt wohl eine Zucht ohne Lehre, wie wir oben gesehen, aber keine Lehre ohne Zucht.
>
> Wir bleiben also dabei: Lernen an und für sich ist nicht Zucht, ist noch nicht sittliches Streben, sondern zum Lernen gehört Zucht.
>
> Danach richten sich auch die Mittel der Zucht. Zucht ist, wie oben gesagt in erster Linie nicht Wort, sondern Tat, und wenn sie in Worten sich darstellt, nicht Lehre, sondern Befehl.
>
> […] Hieraus geht nun aber weiter hervor, daß Zucht, wie das alttestamentarische Wort sagt, wesentlich Strafe (musar) ist. Der verkehrte, der zu seinem und anderer Unheil seiner selbst nicht mächtige Wille muß gebrochen werden. Zucht ist, mit Schleiermacher zu reden, Lebenshemmung, sie ist mindestens

> Einschränkung der Lebenstätigkeit, sofern diese sich nicht willkürlich entfalten kann, sondern in bestimmte Grenzen eingeschlossen und an bestimmte Ordnungen gebunden ist; je nach Umständen aber ist sie auch Einschränkung, also teilweise Aufhebung des Lebensgenusses, der Lebensfreude, und zwar selbst der geistlichen, indem beispielsweise das Glied einer kirchlichen Gemeinde des höchsten in dieser Welt möglichen Genusses, der Kommunion, in vorübergehender Weise und bis zur Erlangung neuer religiöser Willensstärke verlustig erklärt wird. Daß in dem Werk der Erziehung eine gesunde Zucht der körperlichen Züchtigung niemals wird entbehren können, ist in der Erörterung des Begriffes der Strafe nachzuweisen. Ihre frühzeitige und nachdrückliche, aber sparsame Anwendung ist geradezu die Grundlage aller echten Zucht, weil das Fleisch die Macht ist, welche in erster Linie gebrochen werden muß (Schmid, 1867, zitiert nach Miller, 1983, S. 47-48).

Dieses Herleiten des Begriffs Strafe beinhaltet im Weitesten moderne, heute Umsetzung findende Auffassungen ihres Vollzuges. Verglichen kann hier zum Beispiel der Begriff der „Lebenshemmung“ bzw. „Einschränkung der Lebenstätigkeit“ mit dem heutigen ähnlich konzipierten „Freiheitsentzug“ als Sanktion werden. Auch die „Aufhebung des Lebensgenusses, der Lebensfreude“ erinnert stark an die heute praktizierten Einschränkungen der Konsumation von Unterhaltung, dem Mangel an „Freizeitangebot“ in Haft wie auch an die ernüchternden Bedingungen für kreative Betätigung.

1.2 Rechtliche Grundlagen

Das Strafvollzugsgesetz (StVG) aus dem Jahr 1969 regelt als Rechtsgrundlage den Strafvollzug in Österreich. Mit dem Zweck der Resozialisierung, das meint, den inhaftierten Verurteilten das Erlernen einer mit den gesellschaftlichen Normen und Lebensweisen kompatiblen Lebensführung zu ermöglichen, setzt der §20 den Vollzug der Freiheitsstrafe fest.

> §20 (1) Der Vollzug der Freiheitsstrafen soll den Verurteilten zu einer rechtschaffenen und den Erfordernissen des Gemeinschaftslebens angepassten Lebenseinstellung verhelfen und sie abhalten, schädlichen Neigungen nachzugehen. Der Vollzug soll außerdem den Unwert des der Verurteilung zugrunde liegenden Verhaltens aufzeigen. (2) Zur Erreichung dieser Zwecke und zur Aufrechterhaltung der Sicherheit und Ordnung in den Anstalten zum Vollzug von Freiheitsstrafen sind die Strafgefangenen nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes und der darauf gegründeten Vorschriften von der Außenwelt abzuschließen, sonstigen Beschränkungen ihrer Lebensführung zu unterwerfen und erzieherisch zu beeinflussen (Jusline Österreich, 2009).

Dem Bundesministerium für Justiz obliegt die Leitungsfunktion des Strafvollzuges in Österreich. Seit 2007 fungiert die Vollzugsdirektion als Dienstbehörde und operative Oberbehörde, Aufsicht führend über die Strafvollzugsakademie und die Gefangenenhäuser.

Es finden sich 27 Justizanstalten innerhalb der Republik Österreich: sieben Strafvollzugsanstalten zur Unterbringung von männlichen Inhaftierten, für jugendliche Straftäter eine Strafvollzugsanstalt in Gerasdorf, die weiblichen Verurteilten werden in der einzigen Strafvollzugsanstalt für Frauen (Schwarzau) untergebracht, und in insgesamt drei Anstalten für den Maßnahmenvollzug werden Verurteilte inhaftiert, die in ihrem gerichtlichen Urteil zu einer besonderen Behandlungsmaßnahme angehalten werden. Weiter existieren in Österreich fünfzehn

sog. gerichtliche Gefangenenhäuser, die die Möglichkeit zum Vollzug einer Freiheitsstrafe im Gerichtsgebäude vorsehen.

In Österreich waren am 1.12.2009 8708 Personen, die ihre Freiheitsstrafe in Justizvollzugsanstalten verbüßten: 5757 Strafgefangene, 1994 Untersuchungshäftlinge und 787 Verurteilte, die dem Maßnahmenvollzug überantwortet sind (und 170 sonstige Anhaltungen). Der Frauenanteil unter den in Österreich Inhaftierten kann mit ca. 5% festgelegt werden. Von allen Insassen sind ca. 3% jugendliche Verurteilte (14–18. Lebensjahr) und ca. 8% „junge Erwachsene" (18.–21. Lebensjahr) (Bundesministerium für Justiz, 2012).

Im österreichischen Anstaltswesen des Justizvollzugs konnten zu diesem Zeitpunkt 3892 Bedienstete gezählt werden. Die Mehrheit der im Strafvollzug Tätigen (nämlich 3124) sind Justizwachebedienstete, andere Bedienstete stammen aus den verschiedensten Berufsfeldern wie z.B. ÄrztInnen, PsychologInnen, Seelsorger, SoziologInnen, PädagogInnen, SozialarbeiterInnen, TherapeutInnen, Krankenpflegepersonal, Verwaltungspersonal sowie weiteres Anstaltspersonal.

Strafgefangene sind zur Arbeit verpflichtet. Die Justizanstalten verfügen dafür über verschiedene Werkstätten und Betriebe in rund 50 „Sparten“. Die Justizanstalten übernehmen auch Arbeit für Betriebe der freien Wirtschaft, wobei Preise und Arbeitsmöglichkeiten über die Anstalten selbst erfragt werden können.

Im dritten Teil des österreichischen Strafvollzugsgesetzes (StVG) (Vollzug der Freiheitsstrafe), innerhalb der deklarierten „Grundsätze des Strafvollzuges“, finden sich mehrere Paragrafen, die „Gesundheit im Strafvollzug“ rechtlich zu regeln versuchen:

§66 regelt das Grundrecht auf Gesundheit: Im Umgang mit dem Gesundheitszustand der Inhaftierten ist für regelmäßige Überprüfungen seitens der zuständigen Anstaltsbediensteten zu sorgen.

> §66 (1) Für die Erhaltung der körperlichen und geistigen Gesundheit der Strafgefangenen ist Sorge zu tragen […] (Jusline Österreich, 2009).

In §68 ist weiter festgelegt, dass Inhaftierte ein Recht auf die/eine adäquate Behandlung haben und in allen Belangen der Anstaltsarzt die zentrale Rolle und Ansprechperson sei, wenn es um die Gesundheit des Häftlings geht.

> §68 (1) […] wenn sein Aussehen oder Verhalten sonst die Annahme nahelegt, daß er körperlich oder geistig krank sei, so ist davon dem Anstaltsarzt Mitteilung zu machen.
>
> (2) Der Anstaltsarzt hat in diesen Fällen den Strafgefangenen zu untersuchen und dafür Sorge zu tragen, daß ihm die nötige ärztliche, gegebenenfalls fachärztliche Behandlung und Pflege zu Teil wird […] (Jusline Österreich, 2009).

Für jugendliche Strafmündige gelten prinzipiell die gleichen allgemeinen Strafgesetze, die bei Straftaten durch Erwachsene herangezogen werden. Freiheitsstrafen werden durch den Jugendstrafrichter unter Rücksichtnahme des Alters generell kürzer festgelegt, handelt es sich um Geldstrafen, so wird grundsätzlich die Hälfte des Betrages bestimmt, den ein Erwachsener mit gleichem Delikt zahlen müsste.

Voraussetzung, um Jugendliche zur Verantwortung für delinquentes Verhalten ziehen zu können, ist einerseits der Beginn des 14. Lebensjahres, bis dahin gelten Kinder als unmündig, andererseits, wenn ihnen Deliktfähigkeit attestiert werden kann. Bevor ein delinquenter Jugendlicher verurteilt wird, muss das Jugendstrafgericht feststellen, dass der Jugendliche zum Tatzeitpunkt fähig war, seine Tat als Unrecht zu sehen und danach zu handeln im Stande war. Kann das Jugendstrafgericht dies nicht annehmen, so gilt er als deliktunfähig (Bundeskanzleramt Österreich, 2012).

1.3 Pädagogische, soziologische und psychologische Hintergründe

Um zu verstehen, warum Kriminalität ein sozialstrukturelles Phänomen darstellt, warum Jugendliche überhaupt gesellschaftlich unerwünschte Handlungsweisen setzen und zur Erklärung, wie diese abweichenden, devianten Verhaltensmuster

entstehen, bedarf es an dieser Stelle einführender Erläuterungen verschiedenster soziologischer, pädagogischer und psychologischer Theorien. Ein übergreifender theoretisch fundierter Zugang zur Thematik „Kriminalität – Inhaftierung bei Jugendlichen“ scheint u.a. als Grundlage für die angemessene Auseinandersetzung mit der vorliegenden Studie zu dienen, um diese verstehen und reflektieren zu können.

„Abweichendes Verhalten ist eine normale Reaktion auf verschiedenartige soziale Bedingungen, wobei die psychische Disposition des Akteurs eine Rolle spielt“ (Opp, 1974, S. 51).

1.3.1 Mikro-Makromodell sozialen Handelns

Das Mikro-Makromodell von Coleman (2000) entstammt der Annahme des methodologischen Individualismus, wonach soziales Handeln immer nur durch Einzelakteure wirksam wird und Systeme bzw. gesellschaftliche Strukturen nur auf diese Individualentscheidungen zurückzuführen sind. Da Akteure aber immer in Gruppen eingebunden sind, die wiederum Einfluss auf die betreffenden Gruppen und deren Handlungen nehmen, entstehen aus dieser Interaktion gesellschaftliche Strukturen.

Coleman geht dabei von zwei Ebenen aus: Die Makro-Ebene bezieht sich auf die Merkmale der sozialen Situation, und die Mikro-Ebene umfasst die Individualmerkmale, einerseits Wahrnehmungen, Bewertungen, Entscheidungen etc. als unabhängige Variablen sozialer Handlungstheorien, andererseits konkrete Handlungen (abhängige Variablen). Nun wirkt sich die Makro-Ebene auf ein Individuum aus, wenn dieses die in gesellschaftlichen Strukturen verankerten sozialen Situationen wahrnimmt. Im Anschluss an eine derartige Wahrnehmung wird entsprechend einer Handlungstheorie eine Entscheidung getroffen und die damit verbundene Handlung gesetzt (siehe Abb. 1). Dies nimmt Einfluss auf die Makro-

Ebene, sofern viele individuelle Akteure die gleichen Handlungen setzen. Man spricht von kollektiven Effekten.

Gesellschaftliche Strukturen werden also einerseits durch das menschliche Handeln und dessen Folgen geschaffen, andererseits prägen und beeinflussen sie diese Handlungsweisen auch: soziales Handeln als Ursache und Produkt sozialer Strukturen.

Die von Coleman 1986 entwickelte Theorie des methodologischen Individualismus bietet eine Antwort auf die Frage, wie durch individuelles Handeln gesellschaftlich anerkannte und verbreitete Normen (und Sanktionen) erzeugt werden. Das Handeln individueller Akteure im sozialen Kontext kann soziale Phänomene wie Kriminalitätsraten für bestimmte Delikte (wie z.B. Steuerbetrug, Umweltdelikte), Wellen der Fremdenfeindlichkeit und andere erklären (Coleman, 2000).

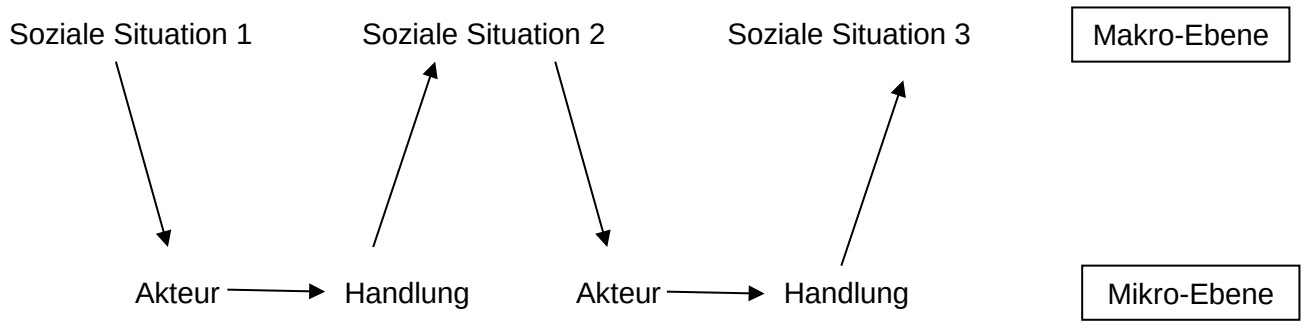


Abbildung 1: Makro-Mikro-Makro-Beziehungen: Methodologischer Individualismus (Coleman, 2000)

1.3.2 Anomietheorie

Der Begriff „Anomie“ wurde im Besonderen von Emile Durkheim verwendet, um gesellschaftlich abweichendes Verhalten zu beschreiben, und fand im Zuge der Studien Durkheims zu Suizidalität bereits Ende des 19. Jahrhunderts Eingang in die wissenschaftliche Diktion. Anomie meint einen gesellschaftlichen Zustand, in dem die Interaktionen der Mitglieder eines Kollektivs ungesteuert verlaufen, weil gemeinsame Regeln, Erwartungen und/oder Verbindlichkeiten wegfallen. Eine derartige

„Verunsicherung“ der Gemeinschaft (durch Diskontinuitäten, Unwägbarkeiten etc.) auf der Ebene der gesellschaftlich einzuhaltenden Normen birgt das Risiko vermehrten abweichenden und kriminellen Verhaltens, also erhöhte Wahrscheinlichkeit von Anomie in einem gesellschaftlichen System (Durkheim, 1897, zitiert nach Lüdemann & Ohlemacher, 2002).

Der amerikanische Soziologe Robert Merton entwickelte 1938 auf der Basis einerseits von Durkheims Arbeiten und andererseits aufgrund der Erkenntnis, dass die Kriminalitätsraten in bestimmten Subgruppen der amerikanischen Gesellschaft höher waren, die sog. Anomietheorie: Wenn Mitglieder einer Gesellschaft das Erreichen eines bestimmten Zieles, das allgemein als wichtig akzeptiert wird (z.B. ein hohes Einkommen), anstreben, sich aber hinsichtlich ihrer sozialen Zugehörigkeit Unterschiede darin ergeben, in welchem Ausmaß sie über die Ressourcen verfügen, die die Erreichbarkeit dieses übergreifenden Zieles legal und normkonform ermöglichen (z.B. Zugang zu Bildungseinrichtungen), ergibt sich die Erwartung, dass jene Menschen, die ein Weniger an „konformen“ Ressourcen zur Verfügung haben, auch zu Mitteln greifen, die nichtkonform und mit Strafen belegt sind (Lüdemann & Ohlemacher, 2002).

Merton erklärt das Anomie-Phänomen also nicht wie Durkheim als Folge eines zusammenbrechenden Normgefüges, sondern als mögliche Konsequenz oder Reaktion auf die Diskrepanz zwischen verfolgten Zielen und verfügbaren Mitteln. Eine defizitäre Verfügbarkeit von angemessenen Mitteln begünstigt, dass nonkonforme, abweichende kriminelle Mittel eingesetzt werden.

Bezieht man sozialstrukturelle Bedingungen (Makro-Ebene) wie auch individuelle Aspekte der Akteure (Mikro-Ebene) in die Anomietheorie mit ein, so ergibt sich, wie in Abb. 2 grafisch dargestellt, folgende Struktur:

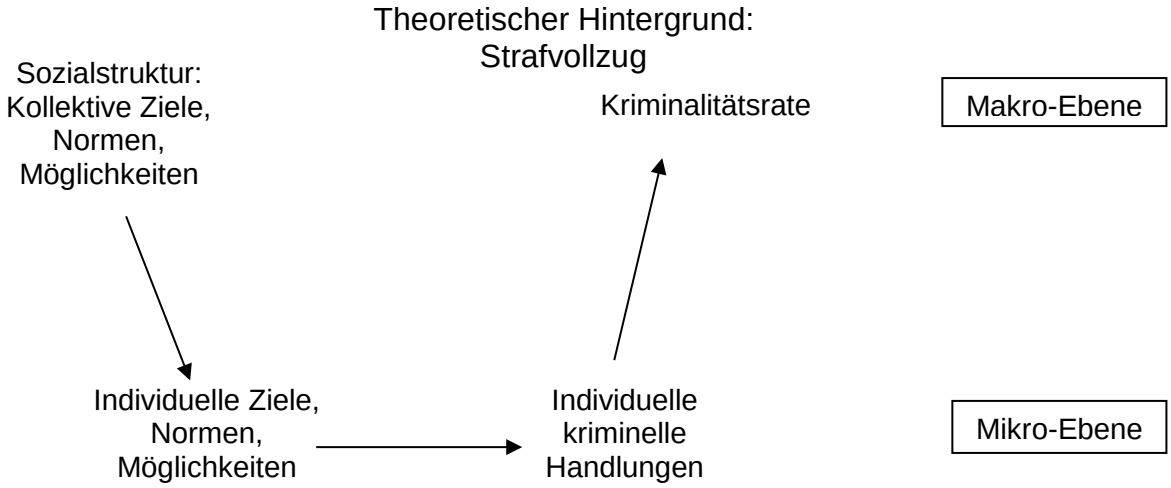


Abbildung 2: Das Mikro-Makro-Modell der Anomietheorie (Lüdemann & Ohlemacher, 2002).

Ortmann (2000) wählte die Anomietheorie nach Merton mit Schwerpunkt auf den Merkmalen der Mikro-Ebene zum Inhalt einer wissenschaftlichen Längsschnittuntersuchung: er befragte 129 Insassen einer deutschen Jugendstrafanstalt zu drei Erhebungszeitpunkten. Als abhängige Variable wurde abweichendes bzw. konformes Verhalten der Strafgefangenen herangezogen (Arbeit verweigern, Beschwerden formulieren etc.), Intensität der Zielverfolgung, Akzeptanz konformer/abweichender Normen und Perzeption konformer/abweichender Handlungsmöglichkeiten wurden als die unabhängigen Variablen festgelegt. Folgendes signifikantes Ergebnis lieferte das erklärungsstärkste Modell:

Eine Person selbst verhält sich häufiger deviant, je mehr sie von Normen abweichendes Verhalten akzeptiert und je intensiver sie positive Ziele verfolgt (Lüdemann & Ohlemacher, 2002).

Damit ergibt sich eine Unterstützung vieler Hypothesen der Anomie-Theorie eben auch in Hinblick auf eine Mikro-Ebenen-Version, das heißt im unmittelbaren individuellen Umfeld.

1.3.3 Theorie differentieller Kontakte

Jede Person kann mit normabweichenden Verhaltensweisen wie auch mit normkonformem Verhalten Kontakt haben. Dies meint Edwin Sutherland (1947),

wenn der Begriff der „differentiellen Kontakte“ in seinen Ausführungen Verwendung findet. Bewertet das soziale Umfeld einer Person delinquentes Verhalten vorwiegend positiv, so besagt das Prinzip der differentiellen Kontakte, dass diese Person eher zu kriminellem Verhalten neigt. Opp (1974) übersetzt die zentrale Hypothese von Sutherlands Theorie und findet folgende Formulierung:

„Eine Person wird delinquent aufgrund eines Überwiegens positiver Definitionen von Gesetzesverletzungen gegenüber negativen Definitionen von Gesetzesverletzungen“ (Opp, 1974, S. 157).

In seine Theorie der differentiellen Kontakte bezieht Sutherland in weiterer Folge noch mehrere Parameter mit ein, wie Dauer, Häufigkeit und Intensität der Interaktionen, bei denen abweichende Verhaltensweisen und Techniken zu deren Umsetzung gelernt werden, oder die Tatsache, wie früh eine Person mit diesen Interaktionen in Kontakt kommt. Auf der Basis dieser Variablen formulierte er mehrere Hypothesen, die später von Opp (1974) in präzisierter Form übernommen wurden.

Die erste Hypothese bezieht sich auf die Häufigkeit von Kontakten: Je öfter Interaktionen mit delinquenten Personen stattfinden, umso positiver werden kriminelle Handlungen bewertet, desto öfter wird auch über Techniken zur Umsetzung abweichenden Verhaltens kommuniziert.

Diese Hypothese konnte mittels einer Studie von Bruinsma (1992) empirisch belegt werden. Bei 1196 holländischen Jugendlichen wurde in der Schule die Häufigkeit abweichenden Verhaltens als abhängige Variable schriftlich erhoben. Weiter befragte man die Schüler nach der Häufigkeit der Kontakte zu delinquenten Personen, dabei wurde zwischen der Gruppe der Freunde und den Eltern unterschieden. Auch wurde gefragt, wie lange die Kontakte zu den Freunden bereits bestünden. Positive Bewertungen und Definitionen von Gesetzesüberschreitungen und der Grad der Identifizierung mit abweichenden Personen wurde ebenso erhoben wie die Häufigkeit der Kommunikation über delinquentes Verhalten und die Wirksamkeit erlernter Techniken zur Umsetzung krimineller Handlungen. Ebenfalls wurden das Ausmaß der Bedürfnisse und der Wunsch nach materiellen Dingen erhoben. Bruinsma (1992)

kam weiters zu dem Ergebnis, dass Kontakte mit abweichenden Verhaltensweisen der Eltern weniger Einfluss auf die Jugendlichen haben als Interaktionen mit delinquenten Freunden.

Die zweite These, die Opp (1974) in seinen Ausführungen zur Theorie differentieller Kontakte formuliert, geht davon aus, dass „je stärker die Priorität krimineller Kontakte ist, d.h. je früher im Leben einer Person kriminelle Kontakte auftreten, desto stärker ist die Intensität krimineller Motive“ (Opp, 1974, S. 166). Dazu gehört, dass je stärker Gesetzesverletzungen positiv bewertet werden und je intensiver die Identifizierung einer Person mit kriminellen Personen erlebt wird, desto stärker wird die Akzeptanz abweichender Normen (Opp, 1974).

Dies konnte in der oben beschriebenen Untersuchung von Bruinsma (1992) nicht bzw. nur teilweise empirisch belegt werden. So zeigen die Ergebnisse, dass eine starke Identifikation mit delinquenten Freunden, nicht aber mit Eltern, die Gesetzesverletzungen begehen, Auswirkungen auf die Akzeptanz abweichender Normen hat. Gar keine Effekte scheint der Zeitpunkt zu haben, ab dem eine Person mit kriminellen Freunden in Kontakt tritt.

Ganz unterstützen konnte Bruinsma (1992) in seiner Studie aber die Annahme, dass je öfter Kommunikation über Techniken zur Umsetzung delinquenten Verhaltens stattfindet, desto eher schätzen Personen diese Techniken auch als wirksam ein, was Opp (1974) ebenfalls als eine seiner Hypothesen anführt.

Die Stärke des Wunsches nach materiellen Dingen konnte nicht als einflussnehmender Parameter auf die Häufigkeit abweichenden Verhaltens belegt werden. Deutlich zeigte sich aber der Zusammenhang zwischen den Möglichkeiten, delinquente Verhaltensweisen zu setzen, der Einschätzung der Techniken als wirksam und der Wahrscheinlichkeit, dass die Person dann häufiger Gesetzesübertretungen begeht.

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass die Theorie der differentiellen Kontakte von Sutherland (1947) eine durchaus praktikable Darstellung zur Erklärung abweichenden Verhaltens liefert, die in einigen Interventionsprojekten, wie im Anti-

Drogen-Projekt „Synanon“ in Kalifornien, Umsetzung findet und gute Erfolge verzeichnen kann.

1.3.4 Labeling-Ansatz

Die Hauptidee dieses Erklärungsansatzes für Devianz besteht in der Annahme: „Je stärker die soziale Umwelt und Institutionen der sozialen Kontrolle einer Person ein stigmatisierendes Merkmal bzw. abweichendes Verhalten zuschreiben, desto mehr vermindern sich die konformen Handlungsmöglichkeiten dieser Person“ (Lüdemann & Ohlemacher, 2002, S. 42).

Das Zuschreiben sogenannter „Label“, meist negativ attribuierte Bewertungen, also Stigmatisierungen, einerseits durch das soziale Umfeld der jeweiligen Person, also Peer-Group, Lehrer, Eltern etc., andererseits auch durch Polizei, Schule, Gerichte, Behörden als institutionalisierte Systeme hervorgerufen, stellt den Ausgangspunkt dieser Theorie dar. Der Labeling-Ansatz geht davon aus, dass solche Zuschreibungsprozesse negative Konsequenzen für die stigmatisierte Person nach sich ziehen. Unerheblich dabei ist, ob der/die Betroffene tatsächlich diesen vom Umfeld attestierten Attributen entspricht, also das zugeschriebene Verhalten an den Tag legt bzw. praktiziert, oder ob es sich dabei um Mutmaßungen oder Annahmen handelt. Laut theoretischer Auslegung dieses Ansatzes übernimmt die Person diese negativen Zuschreibungen in ihr Selbstbild, integriert Teile der Attribute, sodass konforme Handlungsmöglichkeiten dadurch massiv vermindert werden (siehe Abb. 3). Eine derartige Förderung von abweichendem Verhalten liegt nahe: „Je weniger konforme Handlungsmöglichkeiten eine Person besitzt, desto eher bzw. häufiger verhält sich diese Person faktisch abweichend“ (Lüdemann & Ohlemacher, 2002, S. 45).

Mit dieser These schließt sich ein Wirkungskreislauf: wenn sich die betroffene Person häufiger abweichend verhält, wird das umliegende Sozialsystem öfter negativ reagieren, was vermehrt Stigmatisierung und Etikettierung nach sich zieht. Damit findet wiederum eine Verminderung der konformen Handlungsmöglichkeiten statt.

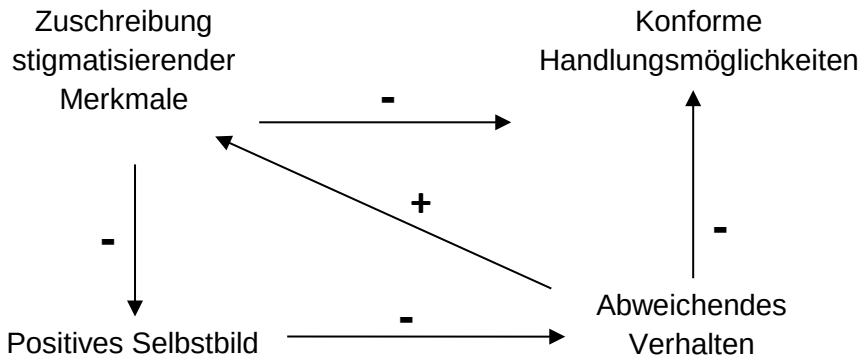


Abbildung 3: Die Annahmen des Labeling-Ansatzes (Lüdemann & Ohlemacher, 2002).

Ausführungen von Michel Foucault (1976), die er in einem Gespräch mit J.-J. Bouchier über die Räderwerke des Überwachens und Strafens formulierte, beschreiben die Wirkungsweisen eines Gefängnisses entsprechend dem Labeling-Ansatz und die darin aufgegriffene Problematik: „Sobald jemand ins Gefängnis kam, setzte sich ein Mechanismus der Schande in Gang, und wenn er entlassen wurde, mußte er entweder wieder straffällig werden oder er rückte zum Zuhälter, zum Polizisten oder Spitzel auf“ (S. 35).

1.3.5 Psychoanalytische Ansätze

a) Verwahrlosung als genetische Disposition

August Aichhorn beschreibt in einem seiner 1931 vorgetragenen Einführungen zur psychoanalytischen Auseinandersetzung in der Fürsorgeuntersuchung sehr anschaulich, wie Psychoanalyse an das Problem der Verwahrlosung Jugendlicher bis hin zur Delinquenz herantritt und nachvollziehbar Erklärungsansätze bietet: Anhand Verwahrlosungserscheinungen wird ersichtlich, dass jene psychischen Mechanismen, die Individuen zum sozialen Handeln veranlassen, nicht mehr der Norm entsprechend ablaufen. Damit beinhaltet dieser Ansatz eine von einem Gesellschaftsideal ausgehende Wertung. Auch wird die Verwahrlosungsäußerung dynamisch aufgefasst, weil Kräftewirkungen der Psyche als verantwortlich für ihre Erscheinungsform gelten. Es ist also eine klare definitorische Trennung zwischen Verwahrlosungsäußerung und Verwahrlosung an sich vorzunehmen. Aichhorn (1931) meint, die Verwahrlosungsäußerungen hätten nur diagnostische Bedeutung, zu behandeln sei aber die Verwahrlosung selbst. Anschaulich beschrieben wird die Notwendigkeit dieser Unterscheidung in folgender Ausführung:

> Wird einem psychischen Kräfteablauf bloß eine Äußerungsmöglichkeit unterbunden, bleiben aber die ihn bedingenden psychischen Energien in ihrem Zusammenhange bestehen, so kann er in der Linie eines geringeren Widerstandes eine neue Richtung einschlagen und in unserem Falle statt der unterdrückt gehaltenen Verwahrlosungsäußerung eine andere zutage treten: möglicherweise entsteht ein nervöses Symptom (S. 43).

Zur Erklärung der Entstehung von Verwahrlosung geht die Psychoanalyse davon aus, dass eine sogenannte „Disposition zur Verwahrlosung“ als ein im Kind a priori vorhandener Faktor existent ist, wobei schlechte Freunde, Gefahren der Straße, also externe Variablen, als von den Eltern genannte Ursachen nur als Auslöser von Verwahrlosungserscheinungen angenommen werden. Da nicht alle Kinder, die solchen äußeren förderungshindernden Faktoren ausgesetzt sind, verwahrlosen,

scheint es diese innere Veranlagung zur Verwahrlosung geben zu müssen, so Aichhorn (1931). Diese Disposition wird durch die ersten frühkindlichen Erfahrungen erst fixiert, meinend, dass Disposition zur Verwahrlosung nicht zur Ausformung dergleichen führen muss. Man spricht bei dieser Thematik von „latenter Phase“, wenn ein Verwahrlosungszustand besteht, ohne Erkennbarkeit von Äußerungen, und von „manifester Phase“, wenn Verwahrlosungsäußerungen sichtbar werden.

> Die Behebung der Verwahrlosung kann nicht darin bestehen durch eine symptomatische Behandlung etwa durch Strafmitteln, die Verwahrlosungsäußerung zu beseitigen, die latente Verwahrlosung aber bestehen zu lassen, sondern sie muß auf die die Verwahrlosung verursachenden Momente eingehen und dadurch auch die latente Verwahrlosung beheben (Aichhorn, 1931, S. 45).

Diese Gefahr, nämlich Anlass mit Ursache zu verwechseln, ist für Aichhorn (1931) eine der größten Herausforderungen in der Fürsorgeerziehung bei verwahrlosten Jugendlichen und Kindern und erklärt auch die Problematik fehlgeschlagener Wirkung. Im Grunde stellt diese Theorie eine Erklärung des Phänomens der „Rückfälligkeit“, also das erneute Setzen von devianten Verhaltensweisen Jugendlicher nach einer vollzogenen Strafmaßnahme, dar. Der Vollzug der Strafmaßnahme (im Falle vorliegender Studie wäre dies das Setzen von „Freiheitsentzug“) stellt nach Aichhorn (1931) nur eine Bekämpfung der Symptomatik dar, geht aber nur wenig auf die Wurzeln der Verwahrlosung ein. Wie man im aktuell in Österreich als Rechtsgrundlage für den Vollzug der Freiheitsstrafe heranzuziehenden Strafvollzugsgesetz (StVG) nachlesen kann, solle die Inhaftierung der Verurteilten diese „abhalten, schädlichen Neigungen nachzugehen. Der Vollzug soll außerdem den Unwert des der Verurteilung zugrunde liegenden Verhaltens aufzeigen“ (Bundesministerium für Justiz, 2012).

b) Kriminelles Verhalten als Resultat fehlgeschlagener sozialer Anpassung

Eine weitere maßgeblich relevante psychoanalytische Herangehensweise an die Themen Dissozialität und Kriminalität ist die von Anna Freud erstmals 1968 publizierte. Sie findet ihren Ursprung in einer entwicklungsgeschichtlichen Aufspaltung der einzelnen Elemente im Erlernen sozialer Anpassungsfähigkeit in der Kindheit. In der Psychoanalyse wird dann von einem unreifen Individuum gesprochen, solange die Erfüllung der Triebwünsche (sog. egoistische, prägenitale oder aggressive Wünsche) durch die Außenwelt reguliert wird. Das Setzen devianter Verhaltensweisen entspricht unreifer bzw. unterentwickelter Persönlichkeit, solange das Individuum nicht gelernt hat, triebhafte Impulse, d.s. Strebungen, die in jedem Kind vorhanden sind, aufzuschieben und selbst steuern zu können. Verschiedene Lernschritte in den Phasen der kindlichen Entwicklung sind verantwortlich für den Verlauf und die Ausbildung von Störungen, wobei soziale Anpassung als Endergebnis verschiedenster Triebschicksale gesehen wird (Freud, 1991).

In Interaktion erlebt der Säugling seine Umwelt als erste Gesetzgebung (meistens handelt es sich hierbei konkret um die Mutter), die eine Befriedigung der Kindesbedürfnisse nach verschiedenen Gesetzmäßigkeiten erwirkt oder verwehrt. Der Entwicklungsweg zur „moralischen Unabhängigkeit“ wird durch das Erlernen und Verinnerlichen dieser Gesetzmäßigkeiten bis hin zu eigenständig regulatorischen Ich-Funktionen (selbstständiges, vernünftiges Entscheiden, ob Triebregungen zur Handlung zugelassen, aufgeschoben oder abgewiesen werden) beschritten, wobei ein ständiger innerer Kampf „zwischen Es-Abkömmlingen einerseits und den Ichfähigkeiten andererseits“ (Freud, 1991, S. 156) stattfindet. Gelingt diese Anpassung nicht, so ist das Ausleben dissozialer Verhaltensweisen wahrscheinlich:

> Wer unter der Herrschaft des Lustprinzips steht, läßt sich in seinen Handlungen ausschließlich und ohne Rücksicht auf äußere Verhältnisse von seinem Luststreben leiten. Erst das Realitätsprinzip schafft Raum für Aufschub, Zögern, Bedenken und Rücksichten auf die soziale Umwelt und ihre Forderungen. Das

> kann nur heißen, daß Lustprinzip und dissoziales oder asoziales Verhalten so eng zusammengehören, wie Realitätsprinzip und gelungene Sozialisierung (Freud, 1991, S. 157).

Freud sieht demnach das Schlüsselmoment der konformen kindlichen Entwicklung in der Ausbildung eines sozialen Gewissens durch einerseits äußere Komponenten wie Erziehungseinflüsse und andererseits innere Faktoren, also Reifung der Ich-Fähigkeiten.

1.3.6 Aktuelle Sichtweisen

Neuere, gewachsene Sichtweisen und Ansätze zum Thema Jungendkriminalität und deren Entstehung zeigen, dass komplexe Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Komponenten als Ursache delinquenter Verhaltensweisen angenommen werden können: Reziproke Zusammenhänge existieren zwischen Umweltfaktoren (physische und soziale Ereignisse), den dadurch bedingten kognitiven Prozessen einer Person (Wahrnehmung und Bewertung) und den damit assoziierten Emotionen wie Angst und Ärger (Hollin, 2007). Ganzheitlichere psychologische Erklärungsmodelle wie jenes von Novaco (1994, zitiert nach Hollin, 2007) unterstreichen besonders die zunehmende Bedeutung der Kognitionen im Hinblick auf delinquentes Verhalten: Aufgrund gedanklicher Auseinandersetzung mit einer bestimmten Situation kann im Fall von z.B. Ärger emotionale Erregung zu erhöhter Wahrscheinlichkeit von aggressiven Handlungsweisen führen.

Einen ganzheitlichen Ansatz bieten beispielsweise Nietzel, Hasemann und Lynan (1999) mit einem Vier-Stufen-Modell zur Erklärung von Gewalttätigkeit. Ausgehend von der Annahme „biologischer Vorläuferentwicklungen“, das sind genetische Faktoren, der psychischen Disposition einer Person (z.B. Impulsivität) und Umweltfaktoren (z.B. Nachbarschafts- und Familiensituation) wird in Stufe 2 der Einfluss von frühen Anzeichen von Gewalttätigkeit im Kindesalter betont. Diese zweite Stufe beinhaltet die Devianzen auf der Verhaltensebene und Störungen der Emotionsregulation. Stufe 3 bilden Entwicklungsprozesse, die während der Adoleszenz auf dissoziale Verhaltensweisen förderlich wirken, wie ein Schulabbruch,

Delinquenz im Freundeskreis oder Substanzmissbrauch. In der vierten Stufe des Modells kommen Faktoren zum Tragen, die die in den vorangegangenen Entwicklungsprozessen bzw. Entwicklungsstufen (1 bis 3) gelernten Verhaltensauffälligkeiten aufrechterhalten (Hollin, 2007). Dieses Modell stellt ein sehr anschauliches Beispiel für einen dynamischen Erklärungsansatz dar, bei dem soziale, biologische und psychische Faktoren Berücksichtigung finden.

a) Das Entwicklungsumfeld als Nährboden jugendlicher Delinquenz

Die Tendenz der psychologischen Forschung auf diesem Gebiet geht insgesamt in Richtung komplexere Modellannahmen, die die im vorigen Absatz genannten psychologischen Variablen in einen viel breiteren sozialen Kontext fügen, als das bisher geschah (Hollin, 2007).

In einer der ersten Längsschnittuntersuchungen zu den Prädiktoren jugendlicher Devianz, durchgeführt von Tolan, Gorman-Smith und Henry (2003) in Chicago, wurde der Einfluss von Prozessen, die im gesellschaftlich-strukturellen Umfeld der Jugendlichen ablaufen, auf mikrosystemische Parameter von jugendlicher Gewalt untersucht. Variablen wie elterliche Erziehungspraktiken, jugendliches Eingebundensein in sog. Peergroups, soziale Prozesse im näheren Umfeld der Familie (die Autoren nennen diesen wesentlichen Aspekt „neighborhood social processes“) und die strukturellen Eigenschaften der sozialen Umwelt, in der die Jugendlichen leben, flossen in die Untersuchung ein.

Die Beteiligung Jugendlicher an devianten Verhaltensweisen ist demnach abhängig von mehreren sozialen, auf die Kindes- bzw. Familien-Umwelt bezogenen Faktoren. Das Ausmaß, in dem Gemeinschaften problematischen gesellschaftlichen Strukturen ausgesetzt sind, wie konzentrierte Armut bzw. erhöhte Armutsgefährdung, wirtschaftlicher Entwicklungsrückstand oder eine erhöhte Kriminalitätsrate, bestimmt das Problembewusstsein und die Beteiligung an nachbarschaftlichen Interaktionen. In den ärmsten Gemeinden, so zeigten die Autoren empirisch, fühlen sich Familien durch ihre Nachbarn weniger unterstützt. Die empfundene Zugehörigkeit zur Nachbarschaft ist weniger stark ausgeprägt und damit auch die Involviertheit in

gemeinsame Aktivitäten, Prozesse und gemeinsame Entwicklungsschritte, das heißt, soziale Kontrolle erreicht ein minimales Ausmaß.

Es zeigte sich, dass von keinem direkten negativen Zusammenhang zwischen elterlichem Erziehungsstil und nachbarschaftlicher Einbindung oder problematischen gesellschaftlichen Strukturen gesprochen werden kann, wenn es um die Ausbildung jugendlicher Devianzen geht. Eltern, die ihre Kinder in ärmeren Gemeinden erziehen, so geht aus den beschriebenen Ergebnissen hervor, legen oft mehr Aufmerksamkeit und Fokus auf elterliche Präsenz in der Erziehung als andere, weil sie die Notwendigkeit, ihren Kindern Schutz zu bieten als deutlich höher und relevanter wahrnehmen. Die Annahme, dass Erziehungspraktiken in direktem Zusammenhang mit delinquenten Verhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen stehen, muss um den Aspekt der Gruppenzugehörigkeit der Kinder und Jugendlichen erweitert werden. Die Zugehörigkeit zu einer Jugendbande gilt dabei als Mediatorvariable: wenn eine solche auch nur im Geringsten besteht, so beschreiben es Tolan et al. (2003), ist die Voraussetzung gegeben, dass der Erziehungsstil entscheidender Prädiktor für jugendliches antisoziales Verhalten ist.

Es kann also davon ausgegangen werden, so Tolan et al. (2003), dass die Hauptfaktoren zur Prävention von Jugendkriminalität einerseits die Verhinderung ist, dass sich Jugendliche Banden anschließen, andererseits geht es in diesem Zusammenhang darum, elterliche Fähigkeiten zu stärken und die Eltern vor allem in ein starkes soziales Netz ihrer Umgebung einzubinden. Informelle strukturelle Bedingungen in der Gemeinde wirken sich positiv auf diese mikrosystemischen Prozesse aus.

In diesem Zusammenhang steht auch die sogenannte „broken windows“-Theorie, die besagt, dass das Erscheinungsbild einer Umgebung maßgeblich mitverantwortlich für die Entstehung bzw. das Wachstum kriminellen Geschehens ist (O’Brien & Wilson, 2011). Soziale Regellosigkeit einerseits und physisches Chaos und Unordnung erwecken den Eindruck, antisoziales Verhalten wäre dort Usus. Von Sampson und Raudenbush (1999, zitiert nach O’Brien & Wilson, 2011) konnte mittels einer groß angelegten Studie zu den Zusammenhängen von fehlender Ordnung und Kriminalität

belegt werden, dass beides „nur“ Symptome einer instabilen Nachbarschaftsstruktur sind. Soziale Unordnung und mangelnde soziale Kontrolle bewirken, dass kriminelle Aktivitäten Platz greifen.

Wie eine Person, im Folgenden ist nun hauptsächlich von Jugendlichen die Rede, ihre Stellung in dem strukturellen Umfeld, in dem sie lebt, empfindet, hat also maßgeblichen Einfluss darauf, wie dieses Individuum seine Möglichkeiten in Bezug auf Handlungsalternativen wahrnimmt und wie Bewertungen zukunftsweisender Perspektiven ausfallen. Die Wahrnehmung dieser Relationen betrifft die subjektive Einschätzung der empfundenen Lebensqualität dieser Person und wirkt somit in viele tiefer greifende persönliche Bereiche. Nicht zuletzt deswegen hat sich die Lebensqualitätsforschung als relativ neuer Forschungszweig in der Klinischen Psychologie etabliert.

2. Lebensqualität

Definitionen und Erklärungen zum Begriff „Lebensqualität“ gibt es unzählige, obwohl der Bereich rund um die Qualität der Lebenssituation von Personen einer bestimmten Population als eigenständiges Forschungsgebiet innerhalb der Klinischen Psychologie erst seit Kurzem an Relevanz gewinnt. Ganzheitliche Ansätze zur Erhebung und Erforschung von subjektiv erlebten und bewerteten Lebensumständen finden sich in der Lebensqualitätsforschung, deren Anliegen es auch ist, interdisziplinäre Erkenntnisse zu erlangen, einerseits Zusammenhänge mit medizinischen Erscheinungen (wie Erkrankungen und Lebensqualität), andererseits Wirkungsmechanismen sozialer Phänomene oder psychische Störungen im Kontext von Lebensqualität zu ergründen. Nicht zuletzt deswegen ist die Erhebung von Lebensqualität in den letzteren Entwicklungen auch zu einem politischen Anliegen geworden. So beschreibt die Weltgesundheitsorganisation WHO 1993 das Konzept wie folgt:

„Lebensqualität ist die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertsystemen, in denen sie lebt, und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen" (WHOQoL-Group, 1993, zitiert nach Proske, Curbach & Köhler, 2006).

2.1. Definition

Wie modern der Ansatz der Lebensqualitätsforschung wirklich ist, zeigt auch die Tatsache, dass der Begriff „Lebensqualität“ bisher keine Erwähnung im Wörterbuch Psychologie (Fröhlich, 2002) findet. Zwar befasst sich die wissenschaftliche Forschung schon lange mit dem Beschreiben, Erklären und Ergründen von subjektivem Wohlbefinden von Menschen, neu ist aber, dass Lebensqualität als eigenständiges Konstrukt der Klinischen Psychologie Eingang in die Wissenschaft findet.

Den vielen verschiedenen Begriffsbestimmungen gemeinsam ist der ganzheitliche Anspruch, der betont, dass Lebensqualität psychisches, physisches, soziales und

funktionelles Wohlbefinden beinhaltet. Individuelles Erleben und subjektives Äußern und Bewerten der Befindlichkeit spielen dabei eine tragende Rolle, da es sich, vor allem, wenn es in Zusammenhang mit medizinischen Belangen Erwähnung findet, um ein latentes Konstrukt handelt, also nicht direkt beobachtbar ist.

Die einzelnen Definitionsversuche unterscheiden sich hauptsächlich hinsichtlich der Herangehensweise bzw. hinsichtlich Schwerpunktlegung. Eine Möglichkeit der Begriffserklärung stammt von Frei (2003), wobei hier eher unkonventionell die Relevanz der kognitiven Prozesse unterstrichen wird:

> Lebensqualität ist das Ergebnis eines individuellen, multidimensionalen Bewertungsprozesses der Interaktion zwischen Person und Umwelt. Als Bewertungskriterien können sowohl soziale Normen als auch individuelle Wertvorstellungen und affektive Faktoren herangezogen werden (Frei, 2003, zitiert nach Proske et al., 2006, S. 26).

Hier wird Lebensqualität also als Maß für die (bewertete, empfundene) Übereinstimmung von objektiven (oder objektiv scheinenden) Lebensstandards (soziale Norm) und einer subjektiven, individuellen Bewertung der Lebensverhältnisse innerhalb der Systeme, in denen diese Normen etabliert sind, herangezogen.

Besondere Beachtung findet Monika Bullinger (1997), die mit ihren Beiträgen maßgeblich Antrieb in die Lebensqualitätsforschung brachte und bringt. Sie definiert Lebensqualität als „das Gesamte der körperlichen, psychischen, sozialen und funktionalen Aspekte von menschlichem Erleben und Verhalten, wie sie von der Person selbst geäußert werden. Wichtig ist, dass die Person selbst gefragt wird“ (S. 1). Dabei handelt es sich um das eigene Erleben der persönlichen Befindlichkeit und die empfundene Fähigkeit, Funktionen im Alltag zu übernehmen und damit auch zufrieden zu sein.

Ziel einer theoretisch fundierten wissenschaftlichen Forschung auf dem Gebiet der Lebensqualität ist es also, das Konstrukt einerseits mit diversen Instrumenten zu

erfassen und messbar zu machen, andererseits eine Kommunikation über Befindlichkeiten zwischen den verschiedenen Instanzen (z.B. Patient, Arzt, Psychologe) zu ermöglichen. Eine vermehrte Einbeziehung des Parameters „Lebensqualität“ in klinische Studien zeigt sich als relevant für Interventions-, aber auch präventive Ansätze.

Insgesamt sprechen Bullinger, Ravens-Sieberer und Siegrist (2000) von vier Stadien, in die der bisherige Entwicklungsverlauf der Lebensqualitätsforschung eingeteilt werden kann: (1) in den 1970er Jahren rückte das Bemühen um eine Begriffsdefinition in den Vordergrund des wissenschaftlichen Interesses. (2) Das Hauptanliegen der folgenden Entwicklungsphase wurde vom Entwickeln von Messinstrumenten geprägt, die in bedeutenden klinischen Studien standardisiert und geprüft wurden. (3) Die breitere Verwendung dieser Erhebungsinstrumente zeichnet die dritte Phase aus; gesundheitsbezogene Lebensqualität findet in verschiedenen Bereichen der angewandten Forschung, z.B. epidemiologische oder gesundheitsökonomische Fragestellungen, Eingang in wissenschaftliche Untersuchungen. (4) Die gegenwärtige Entwicklung zeigt einerseits eine Renaissance der grundlagentheoretischen Interessen, andererseits Forschungsschwerpunkte im Bereich der Gesundheitsversorgung.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Gesundheit, so formuliert es die Weltgesundheitsorganisation bereits 1947, ist ein Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen (Bullinger et al., 2000). Lebensqualität ist somit das subjektive Maß ganzheitlicher Gesundheit. In der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung der WHO, 1986 herausgegeben, wird Gesundheit als wichtige Dimension der Lebensqualität eines Menschen und Hauptressource seiner sozialen, wirtschaftlichen und persönlichen Entwicklung beschrieben (Groene & Garcia-Barbero, 2005).

Der Bedarf einer Spezifizierung des sehr allgemein gehaltenen Begriffs „Lebensqualität“ für den medizinischen Bereich brachte den Terminus

gesundheitsbezogene Lebensqualität hervor, der überall dort Verwendung findet, wo Personen gesundheitlich eingeschränkt sind. Es hat sich als relevant erwiesen, innerhalb der Lebensqualitätsforschung bei bestimmten Fragestellungen einen Bezug zur gesundheitlichen Verfassung der Personen(-gruppen) herzustellen. So können Befindlichkeiten von Erkrankten erhoben werden, auf deren Basis und unter Rücksichtnahme ärztlicher und psychologischer Fachkenntnisse einfühlsam patientenorientierte Behandlung möglich ist.

In einer Studie von Hao et al. (2011) zu gesundheitsbezogener Lebensqualität bei afroamerikanischen und weißen Krebspatienten, die ihre Krankheit überwinden konnten, zeigte sich, dass die afroamerikanischen Patienten signifikant schlechtere Werte im Bereich ihrer Lebensqualität angaben, wobei nicht die ethnische Herkunft oder eine (drohende) Armutsgefährdung die niedrigeren Werte begründete, sondern die Separation von Wohngegenden, wie sich durch Kontrollieren dieser Variablen (ethnische Herkunft, Armutsgefährdung) statistisch signifikant zeigen ließ. Menschen, unabhängig von ethnischer Zugehörigkeit und wirtschaftlichem Status, die in Wohngegenden lebten, die für die afroamerikanische Bevölkerung typisch sind (z.B. suburban), gaben signifikant schlechtere Bewertungen ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf allen Skalen an. In diesen Gegenden, so beschreiben die Autoren, findet sich häufig weniger Infrastruktur, schlechtere Straßenbeleuchtung (für sportliche Betätigung), und die strukturellen Angebote einer gesunden Freizeitgestaltung beschränken sich auf ein Minimum an Möglichkeiten (Hao et al., 2011).

Diese Forschungsergebnisse erinnern an die im letzten Kapitel (2.1.3.) beschriebene „broken windows“-Theorie zur Erklärung von erhöhten Kriminalitätsraten in bestimmten Gegenden, in denen ein Minimum an sozialer Kontrolle vorherrscht. Dort, wo mangelnde soziale Kontrolle einen niedrigeren sozioökonomischen Status bedingt, leiden auch das soziale Zusammengehörigkeitsgefühl und die erhobene Lebenszufriedenheit der Bewohner, im Speziellen der Kinder. Drukker, Kaplan, Feron und Os konnten 2003 in einer Studie, in der es darum ging, objektive sozioökonomische Indikatoren und subjektiv bewertete verfügbare Sozialkontakte in

Relation zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder zu untersuchen, zeigen, dass der allgemeine Gesundheitszustand von Kindern sehr stark vom sozialen Kontext abhängt und dass im Speziellen die Faktoren „geistige Gesundheit“ und „Verhalten“ vom Grad der sozialen Kontrolle beeinflusst werden (Drukker et al., 2003).

Die vorliegende wissenschaftliche Arbeit stützt sich auf jene Definition, die durch das Projekt der IQoLA (International Quality of Life Association) vorgeschlagen wird, um gesundheitsbezogene Lebensqualität hinreichend zu beschreiben: *„Gesundheitsbezogene Lebensqualität kann verstanden werden als Selbstbericht von sozialen, psychischen, körperlichen und alltagsnahen Aspekten von Wohlbefinden und Funktionsfähigkeit*“ (Bullinger & Kirchberger, 1998). Der ganzheitliche Ansatz, psychische, physische, soziale und durch die jeweiligen Lebensumstände bedingte Faktoren mit einzubeziehen, scheint ein passender in Hinsicht auf den forensischen Rahmen der geplanten Studie.

Zur Messung der Lebensqualität ist zu sagen, dass es einheitlich darum geht, den Menschen und seine Befindlichkeit aus seiner subjektiven Sicht heraus in praktische Überlegungen mit einzubeziehen. Trotz der mittlerweile zahlreich vorhandenen Erhebungsinstrumente, die alle unterschiedliche Schwerpunkte hinsichtlich Datenerfassung beinhalten, gibt es einen wissenschaftlichen Konsens darüber, der Kern der Erhebung bestehe aus den psychischen, sozialen und somatischen Dimensionen von Befinden und Handlungsvermögen (Bullinger et al., 2000). Prinzipiell wird zwischen krankheitsübergreifenden Messinstrumenten, die unabhängig von der klinischen Indikation Anwendung finden können (z.B. SF-36, Nottingham Health Profile), und krankheitsspezifischen Messinstrumenten, deren Datenerfassung auf eine bestimmte klinische Population ausgerichtet ist (z.B. Brustkrebspatienten), unterschieden (Bullinger, 1997). Damit dem Leser ein vager Einblick gestattet sei, soll erwähnt werden, welche Dimensionen ein derartiges Messinstrument beispielhaft erfasst: Das Nottingham Health Profile gehört zur Gruppe der krankheitsübergreifenden Erhebungsinstrumente und ist so konzipiert, dass der Studienleiter selbstbeschreibende Informationen über die Person in den

Dimensionen Energieverlust, Schmerz, Emotionale Reaktion, Schlafprobleme, Soziale Isolation und Physische Mobilität erhält (Kohlmann, Bullinger & Kirchberger-Blumstein, 1997). Genauere Darstellungen finden sich im Kapitel „Beschreibung der verwendeten Verfahren“ des empirischen Teils dieser Arbeit.

2.2. Intramurale Lebensqualität

Die Lebensqualitätsforschung in intramuralen Settings stellt einen besonderen Teilbereich dar. Zwischen den verschiedenen Formen der höchst institutionalisierten Versorgung zeigen sich deutliche Parallelen, weshalb die Bezugnahme, abgesehen vom forensischen Rahmen, sowohl auf Krankenanstalten als auch auf stationäre Kinderhilfe, wie z.B. Kinderheime, sinnvoll scheint.

Stationäre Jugendhilfe

Laut einem Befund von Buchler, Ormel, Post und Patterson (2000) ist die Heimunterbringung von Kindern ein massiver Risikofaktor für die Entwicklung der psychischen Gesundheit. Jugendliche, die über längere Zeit hinweg in einem Kinderheim untergebracht waren, stellen eine Hochrisikopopulation für die Ausbildung einer psychischen Störung dar. Die Prävalenzraten reichen von 68% bis 80% bei Heimkindern (Schmid, 2007) im Vergleich zur Gesamtprävalenzschätzung für psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen, die zwischen 12,2% und 18% liegt (Barkmann & Schulte-Markwort, 2004, zitiert nach Wittchen & Hoyer, 2011). Erhöhtes Auftreten von psychischen Auffälligkeiten innerhalb der Population von Heimkindern wurde auch durch die von Macsenaere und Knab (2004) publizierte Evaluationsstudie erzieherischer Hilfen (EVAS) betont.

Der Zusammenhang von psychischer Befindlichkeit und Lebensqualität wurde eindrucksvoll von Schmid (2007) demonstriert. Der Autor betont, dass die Einschätzung der Lebensqualität in Kinderheimen stark davon abhängt, ob ein Jugendlicher an einer oder mehreren psychischen Störung/en leidet. Psychische Symptome greifen massiv in das psychosoziale Funktionsniveau und damit in die Lebensqualität der Jugendlichen ein. Keinen Unterschied zur Allgemeinbevölkerung zeigen die Jugendlichen ohne psychische Beeinträchtigung hinsichtlich ihrer

Lebensqualität. In dieser Untersuchung stellte Schmid (2007) bei insgesamt 78% der Heimkinder eine starke psychische Belastung und Auffälligkeiten hinsichtlich deren psychosozialen Funktionsniveau fest. 16% der 689 Kinder in stationärer Jugendhilfe waren maximal belastet.

Stationäre medizinische Einrichtungen

In stationären medizinischen Einrichtungen wie Krankenanstalten beschränken sich die Untersuchungen größtenteils auf medizinische Inhalte. Psychische Erkrankungen und Lebensqualitätserhebungen bilden die Ausnahme, wodurch oft der Mensch in seinem persönlichen und sozialen Kontext übersehen wird (Higginson & Carr, 2001).

In einem Bericht der WHO über die Gesundheitsförderung in Krankenhäusern betonten die Autoren Groene und Garcia-Barbero (2005), wie wichtig es ist, an Patienten und deren Angehörige in einem gesundheitsförderlichen Setting heranzutreten. Die meisten Menschen sind im Krankheitsfall aufnahmefähiger für Ratschläge ihre Gesundheit betreffend. Dieser Sachverhalt scheint deshalb so relevant, weil einerseits in Europa die Prävalenz für chronische Krankheiten wie Diabetes, Krebs u.a. zunehmend steigt (Murray, 1996, zitiert nach Groene & Garcia-Barbero, 2005), andererseits die meisten Behandlungen der Patienten zur Verbesserung ihrer Lebensqualität führen, das Verhalten der Patienten nach ihrer Entlassung aber ausschlaggebend ist, um diesen Zuwachs an Lebensqualität zu stabilisieren. Die Lebensqualitätsforschung stellt somit ein wichtiges Anliegen der Gesundheitsförderung dar.

Obwohl mehrere Argumente für die Umsetzung eines derartigen Konzepts sprechen, findet eine Erhebung von Lebensqualität nach wie vor wenig Anwendung in klinischen Settings, von standardmäßigem Gebrauch kann nicht die Rede sein. Der Nutzen erhobener gesundheitsbezogener Lebensqualität liegt nicht nur in der Erfassung von Problembereichen der Patienten und der damit verbundenen Möglichkeit, Prioritäten in der Problembewältigung zu setzen, auch erleichtert sie die intersubjektive Kommunikation über das Wohlbefinden des Patienten erheblich. Weiter ist zu bedenken, dass eine Bewertung der Lebensqualität als Grundlage für

die Festlegung und Definition von Behandlungserfolgen herangezogen werden kann. Somit ist es möglich, die Erwartungen des Patienten an den Behandlungsausgang mit den Inhalten und den vorhandenen fachlichen Alternativen abzugleichen. Higginson und Carr (2001) betonen, dass standardmäßige Erfassung von Lebensqualität im klinischen Kontext nicht zuletzt einen wichtigen Beitrag zur etwaigen Evaluierung von Behandlungserfolgen leisten kann, die somit über den medizinischen, physiologischen Horizont hinausgehend eine umfassendere Darstellung der (Aus-) Wirkungen des Behandlungsangebots bietet. Die Hauptintention für die klinische Praxis ist es also, den bisher rein krankheitsbezogenen Fokus im Rahmen von Behandlungsangebot und -evaluierung um die Komponenten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu erweitern.

In der von Ades 2001 durchgeführten Evaluierungsstudie konnte der Parameter „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ mit einbezogen werden. Nach der Therapie durch ein Rehabilitationsprogramm bei Patienten mit kardiologischen Erkrankungen konnte wissenschaftlich belegt werden, dass Interventionen wie diese einen wesentlichen Beitrag zum Erhalt des funktionellen Levels und zur Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität beitragen (Ades, 2001, zitiert nach Tonnesen, Fugleholm & Jorgensen, 2005).

Viele Untersuchungen zum standardmäßigen Gebrauch von Lebensqualitätserhebungsinstrumenten in klinischen Settings wurden bis dato nicht durchgeführt. Selbst dann, wenn derartige Ergebnisse vorliegen, beeinflussen sie nicht die ärztliche Entscheidungsfindung (Higginson & Carr, 2001). Analysen zeigen in Anbetracht dessen deutliche Diskrepanzen zwischen subjektiver Einschätzung (das meint, wie manche Ärzte glauben, zu Entscheidungen zu kommen) und der Art und Weise tatsächlicher ärztlicher Entscheidungsfindung (Kirwan, Chaput de Saintonge, Joyce & Currey, 1983, zitiert nach Higginson & Carr, 2001).

Der Effekt, den Informationen über private Lebensbereiche der Patienten auf die medizinische Entscheidung haben, scheint ein sehr geringer zu sein (Kazis, Callahan, Meenan & Pincus, 1990, zitiert nach Higginson & Carr, 2001). Diese Erkenntnisse entstanden aber in Zeiten, als die Lebensqualitätsforschung noch keine

qualitativ hochwertigen Instrumente zur Erhebung von Lebensqualitätsprofilen (wie z.B. die SF-36) zur praktischen Anwendung verfügbar hatte. Eine aktuellere Untersuchung aus dem Jahr 2003 konnte zeigen, dass dem zusätzlichen Erheben gesundheitsbezogener Lebensqualität nur wenig Platz und Anerkennung in der klinischen Entscheidungsfindung zuteil wird. Im Besonderen sind diese Ergebnisse deutlich, wenn es darum geht, biomedizinische Interventionen zu setzen. Die Studie wurde von Goodwin, Black, Bordeleau und Ganz an Brustkrebspatienten durchgeführt, wobei die Autoren betonen, dass derzeitige Erhebungsinstrumente zu wenig Präzision aufwiesen, da die Dimensionen zu grob skaliert wären, um intrasubjektive Veränderungen oder Unterschiede aufzuzeigen. Außerdem gäbe es in vielen Fällen einfachere Methoden, um ähnlichen Informationsgehalt zu gewinnen, so Goodwin et al. (2003).

Die Erhebung der individuellen gesundheitsbezogenen Lebensqualität liefert nicht nur, aber vor Allem in klinischen Anliegen einen hilfreichen Zugewinn an Information. Die bisherigen Forschungsergebnisse legen trotz verschiedener, oben beschriebener Einwände nahe, dass die Einbeziehung von patientenbezogenen Lebensqualitätsaspekten bei ärztlichen Entscheidungen der Gesundheitsökonomie im Sinne einer Reduktion diagnostischer und/oder therapeutischer Maßnahmen entgegenkommt (Glaeske, 1997).

Stationäre Versorgung Straffälliger

Die wenigen Untersuchungen zu Lebensqualität von Inhaftierten im Strafvollzug unterstreichen aber umso eindeutiger die Relevanz einer Miteinbeziehung von psychosozialen Faktoren, wenn Gesundheit in Haft diskutiert wird. In einer Querschnittuntersuchung von Köppert (2004) zur Lebensqualität Drogenabhängiger in Haft stuften 64,6% der befragten Inhaftierten ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität als wenig gut bis schlecht ein. Es zeigte sich auch eine erhöhte Komorbidität mit Angststörungen, Depression und Folgeerscheinungen der Haftsituation.

Die Ergebnisse einer Studie über Einflussfaktoren auf die Lebensqualität von Inhaftierten (Pérez et al., 2006) berichten, dass 45% der befragten Personen im Gefängnis an Angst- bzw. Depressionssymptomen litten. Das Vorliegen von Angststörung und Depression zeigte sich als relevanter Einflussfaktor auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Körperliches Wohlbefinden wurde demnach höher eingestuft, je weniger ängstlich bzw. depressiv die Inhaftierten waren. Am deutlichsten jedoch war die Lebensqualität der Befragten von ihren positiven sozialen Rahmenbedingungen, wie Wohnsituation, regelmäßiger Besuch seitens Familie bzw. Freunde oder der Ausbildung, beeinflusst. Die Personen, die einen festen Wohnsitz außerhalb des Gefängnisses hatten, zeigten höhere Werte in den psychischen Faktoren von Lebensqualität. Vermehrter Besuch in Haft erbrachte höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität, und höhere Ausbildung hatte signifikanten Einfluss auf die allgemeine Lebensqualität der Inhaftierten (Pérez et al., 2006).

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Alzúa, Rodrigues und Villa (2009), die in einer Untersuchung in argentinischen Gefängnissen zu dem Ergebnis kamen, dass Inhaftierte eine umso bessere Einstufung ihrer Lebensqualität machten, je besser sie ausgebildet waren bzw. je mehr Fortbildungsprogramme sie in Haft absolvierten. Die Autoren führen diesen Effekt auf die erhöhte Konfliktfähigkeit der besser gebildeten Inhaftierten zurück. Dass die Lebensqualität dort als höher empfunden wird, wo weniger Konflikte, einerseits zwischen den Inhaftierten, vor allem aber zwischen Inhaftierten und dem Gefängnispersonal existieren, zeigten Johnsen, Granheim und Helgesen (2011). In ihren Ausführungen kommen sie zu dem Ergebnis, dass eine bessere Zusammenarbeit zwischen den Angestellten und den Inhaftierten in einer Haftanstalt das Fundament für erhöhte Lebensqualität sein muss. Insgesamt ergibt die Untersuchung niedrigere Lebensqualitätswerte im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, doch zeigt sich auch, dass in kleineren Gefängnissen deutlich bessere Bewertungen in den Dimensionen „Beziehungen, Kontakte“, „Umgang“ und „psychisches Wohlbefinden“ zu finden sind. Die Autoren führen dies auf die intensivere Auseinandersetzung zwischen Personal und Inhaftierten zurück und damit auf bessere Beziehungen.

Liebling und Arnold (2002) fanden heraus, dass die Personen des Gefängnispersonals größtenteils die gleichen Werthaltungen über Lebensqualität in Haft haben wie die Inhaftierten selbst. Dass es zwischen Inhaftierten und Beamten gemeinsame Vorstellungen von sozialer Ordnung und wie diese zu erreichen ist gibt, unterstützt die Annahme, dass bessere Zusammenarbeit (Alzúa, Rodrigues & Villa, 2009) und bessere Beziehungen höhere Lebensqualität bedingen (Johnsen, Granheim & Helgesen, 2011). Liebling und Arnold (2002) sehen außerdem die Untersuchung von Lebensqualität im Allgemeinen für den Strafvollzug als sehr nützlich. Abgesehen von einer notwendigen detaillierten Erhebung der subjektiven Lebensbedingungen in Gefängnissen ließen sich damit auch Unterschiede zwischen den verschiedenen Anstalten bzw. Veränderungen über einen längeren Zeitraum feststellen.

2.3. Lebensqualität und psychische Faktoren

In den bisherigen Ausführungen finden sich bereits mehrere Andeutungen darauf, dass die subjektiv empfundene Lebensqualität eines Menschen in beträchtlichem Zusammenhang mit dessen Befindlichkeit, Emotionalität und Kognitionen steht. Drukker et al. (2003) konnten in ihrer Untersuchung z.B. zeigen, dass die psychische Entwicklung eines Kindes sehr stark vom sozialen Kontext (Nachbarschaft etc.) abhängt, in dem das Kind aufwächst – die Lebensqualität ist dort signifikant schlechter, wo sozioökonomischer Status und soziale Kontrolle aufgrund der niedrigen Ausprägung ein Problem darstellen.

Einen weiteren Beleg für das Verhältnis von subjektiver Lebensqualität und psychischem Befinden bringen Mattejat et al. (2005). In einer Studie zur Lebensqualität von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen verglichen sie die Werte der in stationärer Behandlung befindlichen mit den Werten, die ambulant betreute Kinder und Jugendliche aufwiesen. Die statistischen Daten zeigten, dass je nach Art der psychischen Erkrankung ein zunehmender Schweregrad der Symptomatik als belastender empfunden wurde und somit die Werte für Lebensqualität niedriger eingestuft wurden. Jedoch verfügten ambulant betreute Kinder und Jugendliche in fast allen erhobenen Bereichen über bessere

Lebensqualität. Interessant ist, dass die Elternangaben zu ihrer eigenen Lebensqualität die verhältnismäßig selben Ergebnisse bringen (niedriger bei stationärer Betreuung), Eltern aber die eigene Belastung als schwerwiegender und gravierender einstufen, als sie die Belastungen einschätzen, denen ihre Kinder ausgesetzt sind. Auffällig sind auch noch geschlechtsspezifische Unterschiede: so weisen Buben in der Dimension „körperliche Gesundheit“ bessere Werte auf als Mädchen, die wiederum positivere Ergebnisse in der Dimension „andere Jugendliche“ zeigen. Insgesamt kann festgestellt werden, dass die Lebensqualität psychisch kranker Kinder und Jugendlicher massiv vom Schweregrad der psychiatrischen Störung und der Ausprägung der Symptome abhängig ist. Auf die Mitbetreuung der Eltern sollte im Sinne einer umfassenden Angehörigenarbeit in Zukunft mehr Aufmerksamkeit gerichtet werden (Mattejat et al., 2005).

Die Befunde von Rudolf (2000) legen nahe, dass auch Frauen mit akuten psychischen Störungsbildern im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung signifikant niedrigere subjektive Lebensqualität angeben. Wenn auch depressive Frauen schlechtere Werte aufweisen als z.B. alkoholabhängige, so kann nicht auf eine grundsätzlich negative Sichtweise geschlossen werden, da für die beiden Gruppen große Unterschiede in den Angaben zu einigen Lebensbereichen festgestellt wurden. Eher scheint es Variationen betreffend der empfundenen Einschränkungen in den Lebensbereichen zu geben, die vom Störungsbild und dessen Ausprägung abhängig sind. Rudolf und Priebe (1999) konnten auch zeigen, dass das Lebensqualitätsprofil alkoholabhängiger Personen in ihrer Lebenssituation (Beruf, soziales Umfeld, Familiensituation) je nach Ausprägung ihrer Symptome und ihres krankheitsspezifischen Problembewusstseins zu differenzieren im Stande war.

In einer Untersuchung über die Wechselwirkung zwischen psychotherapeutischer Behandlung und Lebensqualität kommen die Autoren Crits-Christoph et al. (2008) zu dem Ergebnis, dass die Einschätzungen der Lebensqualität psychotherapeutisch behandelter Personen im Lauf der Therapie zunehmend positiv ausfallen, wobei die statistischen Daten Variationen betreffend Ausmaß von Lebensqualität und Veränderungen je nach psychischem Störungsbild verdeutlichen. Das statistische

Material hält fest, dass Personen, die an Depressivität oder Borderline-Störung leiden, die schlechtesten Ausgangswerte in der Einschätzung ihrer Lebensqualität angeben. Die deutlichsten Verbesserungen ihrer Lebensqualität zeigen Depressions- bzw. Angstpatienten, was darauf schließen lässt, dass es einen starken Zusammenhang zwischen der Verbesserung der akuten Symptomatik und der empfundenen Lebensqualität gibt. Vor allem verdeutlicht sich diese Beziehung in den Dimensionen, die das Individuelle, das Persönliche der Patienten betreffen, wie zum Beispiel persönliche Ziele, Gefühle oder Selbstwert. Auf den Skalen, die etwas breiter gefasst den sozialen Kontext der Personen erfragen, wie das Wohlbefinden in der Nachbarschaft oder die Zufriedenheit mit der Wohngegend, erreicht der Anstieg der Lebensqualität nicht ein derart deutliches Ausmaß (Crits-Christoph et al., 2008).

Nicht nur in psychiatrisch indizierten Fällen muss das Konstrukt „Lebensqualität“ als bedeutsame Größe anerkannt werden, es spielt auch im Bereich der kognitiven Mechanismen eines Menschen eine Rolle, die nicht außer Acht zu lassen ist, wie die Ergebnisse einer Untersuchung von Klein, Turvey und Pies (2007) darstellen. Ziel dieser Untersuchung war es, die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Patienten mit kardiologischen Erkrankungen im Hinblick auf die krankheitsbezogenen Copingstrategien zu erfassen und etwaige depressive Symptomatik zu berücksichtigen, wobei sich herausgestellt hat, dass eine schlechtere Einschätzung von Lebensqualität mit der Anwendung sog. maladaptiver Bewältigungsmechanismen einher geht. Maladaptive Copingstrategien sind solche, die nicht effektiv zur Problembewältigung beitragen, eher dysfunktionalen Charakter haben und im Sinne einer Ablenkungsstrategie die Problematik verneinen. Bei den Patienten mit kardiologischen Erkrankungen zeigt sich aber insgesamt, dass vermehrt adaptive Copingstrategien Anwendung finden, was auf einen effektiven Umgang mit den krankheitsspezifischen Problematiken deutet. Statistisch zeigen sich keine Zusammenhänge zwischen positiven Bewältigungsstrategien und Lebensqualität, bei maladaptivem Coping existiert ein negativer Zusammenhang. Ein ineffizienter Umgang kann zur Konsequenz haben, dass verschiedene Symptome nicht die angemessene Aufmerksamkeit erhalten, was wiederum zu einem höheren Risiko von körperlichen Einschränkungen und Stress führt. Es liegt nahe, dass

dadurch die Lebensqualität in Mitleidenschaft gezogen wird (Klein et al., 2007). Eine positive Sicht auf die Zukunft hingegen und das Bewusstwerden von Zielen und deren Erstrebenswert kann zugunsten höherer Lebenszufriedenheit Einfluss auf die Befindlichkeit eines Menschen nehmen. Ältere Menschen, die aufgrund einschneidender Erlebnisse intensives Bedauern und Trauer erleben, können sich schwerer von betreffenden Kognitionen lösen als jüngere Menschen, das Setzen von Zielen wird mit zunehmendem Alter als schwieriger beschrieben, was unweigerlich niedrigere Lebensqualität nach sich zieht (Wrosch, Bauer & Scheier, 2005).

Dass auch das Erleben der möglichen Einflussnahme und Kontrolle Auswirkung auf das subjektive Wohlbefinden von Personen aufweist, wurde in einer Studie von Lang und Heckhausen (2001) belegt. Ein starkes Gefühl der erlebten Handlungskontrolle geht demzufolge durchgehend mit erhöhter Lebenszufriedenheit einher, wobei je nach Lebensabschnitt die erlebten Möglichkeiten der Einflussnahme andere Funktionen in Bezug auf die Lebensqualität der Menschen einnehmen. Abhängig vom Alter und vom Glauben, ob intrasubjektive Faktoren (z.B. Fähigkeit, Anstrengung etc.) für das Erreichen eines Ziels oder eines Erfolges verantwortlich sind, beschreiben Personen die Qualität ihrer Lebensbereiche als besser oder schlechter. So ist in der Phase des Erwachsenwerdens und bei jungen Erwachsenen ein starkes Kontrollgefühl für die Aufarbeitung von Fehlentscheidungen wichtig. Dies steigert die Zufriedenheit mit dem eigenen Leben auch in Hinblick auf die Zukunft, weil hier Erfolg als Resultat eigener Anstrengung gesehen wird. Höhere Lebensqualität als bei jungen Menschen, die nicht das Gefühl haben, ihr Schicksal mitbestimmen zu können, ist die Folge (Lang & Heckhausen, 2001).

Die weiter oben bereits erwähnte Studie von Pérez et al. (2011) zeigt, dass auch die Lebensqualität in Haft von einer Reihe von psychosozialen Faktoren abhängig ist. Im Rahmen der Untersuchung HIV-infizierter Gefängnisinsassen ergab sich Selbstwirksamkeit als relevante Einflussgröße auf das Empfinden der eigenen Lebensqualität. Ein starker Glaube an die eigenen Kompetenzen steht in deutlichem Zusammenhang mit erhöhter Lebensqualität.

3. Depressivität in Haft

3.1. Inhaftierung als Gefährdung der Gesundheit

Erich Fromm (2005) formuliert,

> daß die Freiheit die Vorbedingung dafür ist, daß die Persönlichkeit sich voll entfalten kann und daß der Mensch zur geistigen Gesundheit und zu seinem Wohlbefinden gelangt. Geht ihm diese Freiheit ab, so verkrüppelt er und wird krank. Zur Freiheit gehört nicht, dass jegliche Einschränkung fehlt, da Wachstum nur innerhalb einer Struktur möglich ist und jede Struktur Einschränkung erfordert […]. Worauf es ankommt, ist, ob die Beschränkung primär einer anderen Person oder einer Institution dient, oder ob sie autonomen Charakter hat – das heißt, ob sie aus den Notwendigkeiten des Wachstums resultiert, die der Struktur der Persönlichkeit inhärent sind.
>
> Als Vorbedingung für eine ungehemmte Entwicklung des menschlichen Organismus ist die Freiheit für den Menschen von vitalem biologischem Interesse, und eine Bedrohung seiner Freiheit erregt die gleiche defensive Aggression wie jede andere Bedrohung vitaler Interessen. Ist es daher erstaunlich, daß Aggression und Gewalttätigkeit in einer Welt, in der die Mehrheit aller Menschen – besonders die Farbigen – ihrer Freiheit beraubt ist, immer wieder neu entsteht? (S. 224)

Bei der Zweiten Europäischen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft, abgehalten im April 2006 in Wien, wurde ausdrücklich betont, dass der Entzug von Freiheit an sich bereits ein massives Gesundheitsrisiko darstellt (Stöver, 2006).

Verschiedene Studien zeigen Veränderungen im psychischen Befinden Inhaftierter, die als Folge von Anpassungsprozessen an eine neue (totale) Institution interpretiert werden. So beschreibt Canter (2010) z.B. einen massiven Verlust der Selbstständigkeit, weil Entscheidungen nur mehr durch das Anstaltspersonal getroffen werden und dieser Sachverhalt starke Abhängigkeiten provoziert. Bei Insassen von Justizvollzugsanstalten kann ein massiver Anstieg an Misstrauen beobachtet werden, als dessen Folge Gefühlsmauern als Schutzmechanismus errichtet werden. Weiter sind ein reduziertes Selbstwertempfinden festzustellen und die Gefahr, der Reaktivierung von Kindheitstraumen, wie z.B. erlebter sexueller Missbrauch (Gover, 2004). Für Menschen, die evtl. intellektuell beeinträchtigt oder psychisch instabil sind und keine oder wenig Unterstützung durch ihr soziales Umfeld haben, können diese Faktoren zu schweren psychischen Störungen führen (Canter, 2010).

Auch die Forschungsergebnisse von Hillenkamp (2005) belegen in ausgesprochener Klarheit, dass ein längerer Krankenhaus- bzw. Anstaltsaufenthalt eher abhängigkeitsfördernd wirkt als dazu beizutragen, sich vermehrt Handlungs-, Konfliktlösungs- und Sozialkompetenzen grundsätzlich anzueignen. Belastungen, wie Reiz- und Bewegungsarmut oder Unterforderung, denen die Insassen im Vollzug ausgesetzt sind, tragen eher dazu bei, dass Insassen psychisch auffällige Symptome entwickeln wie Lethargie, Passivität, Mutlosigkeit und Unselbstständigkeit, was das Risiko der Manifestation einer psychischen Störung enorm steigert. Auch Stöver (2006) betont, dass die seelische Gesundheit der Gefangenen verglichen mit der der Allgemeinbevölkerung weitaus häufiger gestört ist. Viele Faktoren, wie das überdurchschnittlich häufige Auftreten von Personen mit spezifischen Krankheitsbildern bei Haftantritt (bedingt beispielsweise durch vorangegangene Obdachlosigkeit, körperlichen Verfall durch verschiedene Substanzabhängigkeits- und Substanzmissbrauchsverhaltensweisen) und belastende Umstände in Haft (zum Beispiel Aggressionen in körperlicher, verbaler, sexueller oder rassistischer Form) sowie der Verlust von Privat- und Intimsphäre tragen letztlich dazu bei, dass die körperliche und/oder psychische Gesundheit in einer Haftsituation nicht garantiert werden kann.

Bereits bei Haftantritt weisen Straftäter im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung allgemein schlechtere Werte bzgl. ihres Gesundheitszustandes auf. Den Ergebnissen einer Untersuchung in der Justizvollzugsanstalt Oldenburg zufolge wird 44% der Männer bei Inhaftierung dringender Behandlungsbedarf attestiert. Die häufigsten genannten Erkrankungen sind Alkohol- und Drogenentzugssyndrom, Herzprobleme, HIV und psychopathologische Störungsbilder wie schizophrene Psychose und depressive Anpassungsstörung mit selbstverletzendem Verhalten und Suizidalität, die nach den substanzinduzierten Störungen die quantitativ zweithäufigsten Erkrankungen darstellen (Meier, 2005).

In einer groß angelegten Meta-Analyse von 62 Studien aus dem Jahr 2002, durchgeführt von Fazel und Danesh, ergaben sich folgende Werte: 65,0% der Inhaftierten wurde eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, 10,0% litten an einer depressiven Störung und 3,7% an einem psychotischen Störungsbild (zitiert nach Foerster, 2005).

Moeller und Hell (2003) kamen mit ihrer Untersuchung der Prävalenz-Raten psychischer Störungen bei jungen männlichen Straftätern zu dem Ergebnis, dass bei 28,0% der jungen Inhaftierten eine affektive Störung (Depression, Manie, Bipolares Syndrom) zu diagnostizieren war, 29,0% sogar schon einen oder mehrere Suizidversuche unternommen hatten. Andere Ergebnisse zeigen 42,0% der Inhaftierten mit affektiver Störung (Pliszka, Sherman, Barrow & Irick, 2000).

Eine zentrale Rolle spielen offensichtlich substanzinduzierte Störungen bei Gefängnisinsassen: Pliszka et al. (2000) beschreiben diagnostizierte Alkoholabhängigkeit bei 28% der Inhaftierten, an einer Abhängigkeit von Marijuana leiden 46% der jugendlichen Straftäter. Moeller und Hell (2003) stellen innerhalb ihrer Stichprobe sogar bei 82% der jungen Männer massives Missbrauchsverhalten oder eine Abhängigkeit fest.

Assadi et al. (2006) postulieren, dass bei Häftlingen substanzinduzierte Störungen die höchste Prävalenz-Rate in der Altersklasse von 25 bis 44 Jahren aufweisen. In der jüngsten Altersgruppe lassen sich vermehrt affektive Störungen und

Psychopathie diagnostizieren. Insgesamt leiden jene, die wegen Drogendelikten inhaftiert wurden, an den schwersten Formen psychischer Erkrankung. Im Vergleich dazu haben Straftäter, die wegen finanzieller Vergehen mit Freiheitsentzug sanktioniert wurden, die niedrigsten Ausprägungen psychischer Störungen. Die Inhaftierten mit substanzinduzierten und psychotischen Störungen sind am häufigsten der Gruppe mit dem niedrigsten Bildungsniveau zuzuordnen, und Bezug nehmend auf den Familienstand kann entsprechend der Daten gesagt werden, dass unter den verheirateten Insassen die Angststörung und unter den unverheirateten eher Substanzabhängigkeit, psychotische Persönlichkeitsstörung und Psychopathie signifikant am höchsten ausgeprägt sind (Assadi et al., 2006).

Aus den Ergebnissen mehrerer vorliegender Studien geht hervor, dass Jugendliche, die vermehrt zu gewalttätigem Verhalten neigen, oft auch an höheren Ausprägungen psychischer Störungen leiden. Alkoholbedingte Problematiken und antisoziale Einstellungen lassen sich vor allem bei Jugendlichen feststellen, die vermehrt körperliche Aggression zum Ausdruck bringen und meinen, keine Abweichung in ihrem antisozialen Verhalten zu sehen (Fritz, Wiklund, Koposov, Klinteberg & Ruchkin, 2008).

Die Untersuchung von Fritz et al. (2008) konnte zeigen, dass Persönlichkeitsdimensionen wie „Impulsivität“, „Ärger“, „Verbale Aggression“ und das Empfinden, antisoziales Verhalten wäre „normal“, in einer Gruppe von jugendlichen Straftätern zwischen jenen differenzieren konnten, die an einem psychischen Störungsbild litten, und jenen, die keinerlei psychische Auffälligkeiten zeigten. Auch zeigt sich in der Art der Gewaltanwendung ein deutlicher Unterschied zwischen den beiden Gruppen: die Jugendlichen der psychopathologischen Gruppe instrumentalisieren Aggression als Mittel zum Zweck, meist um etwas Materielles zu erhalten. In der Gruppe der psychopathologisch unauffälligen Jugendlichen findet sich die Anwendung reaktiver Gewalt viel öfter z.B. aufgrund emotionalen Aufbrausens. Das Instrumentalisieren von Aggressionen und Gewalt dürfte ein Schlüsselcharakteristikum psychisch erkrankter delinquenter Jugendlicher sein (Raine et al., 2006, zitiert nach Fritz et al., 2008).

Als besonders überraschendes Ergebnis aber gilt der Einfluss der antisozialen Einstellungen von Jugendlichen: die statistischen Daten zeigen, dass derartige Einstellungen und Meinungen bei Jugendlichen, die psychisch als gesund gelten, viel größere Vorhersagekraft im Bereich Setzen von Gewalthandlungen haben als bei den psychopathologisch Auffälligen. Es ist wahrscheinlicher, dass Jugendliche, die psychopathologisch unauffällig sind, eher zu aggressivem Verhalten bereit sind, wenn ihre Kognitionen von antisozialen Einstellungen geprägt sind. So scheint es, dass die Ausrichtung von Meinungen als Mediator zwischen Persönlichkeitsvariablen und Gewaltbereitschaft wirkt (Fritz et al., 2008).

In diesem Zusammenhang ist auch die Rolle des Alkoholmissbrauchs zu erwähnen. Es zeigt sich in nahezu allen Ergebnissen ein erhöhter Konsum bei jugendlichen Delinquenten verglichen mit der jugendlichen Norm (z.B. Fritz et al., 2008; McCarty, Stoep, Kuo & McCauley, 2006; Moeller & Hell, 2003; Pliszka et al., 2000). Wenn von Jugendlichen antisoziales Verhalten als „üblich“ und „gewohnt“ gesehen wird, findet körperliche Aggressivität vermehrt statt, wenn Alkohol konsumiert wurde: Jugendliche mit psychischen Störungen sind unter Alkoholeinfluss anfälliger, gewalttätig zu werden. Die Voraussetzung dafür ist wieder die internalisierte Annahme, aggressives Verhalten wäre normal (Fritz et al., 2008).

3.2. Diagnose

Wittchen und Jacobi (2005, zitiert nach Comer, 2008) sprechen bzgl. schwerer depressiver Störung von einer Prävalenz zwischen 4,8 und 8,0% der Erwachsenen in Europa, wobei bei 17% aller Erwachsenen im Laufe ihres Lebens mindestens einmal eine depressive Episode feststellbar wird (Kessler, Berglund, Demler, Jun & Walters, 2005, zitiert nach Comer, 2008).

Depressive Symptome können auf fünf Ebenen Beeinträchtigungen nach sich ziehen:

Erstens ist der emotionale Bereich zu nennen: depressive Menschen fühlen sich extrem niedergeschlagen und traurig. Sie beschreiben auch Angst, Wut und Nervosität, können so gut wie keine Freude empfinden.

Zweitens ist die motivationale Ebene beeinträchtigt: Die meisten depressiven Menschen sind antriebslos und interessieren sich nicht mehr für Dinge und Tätigkeiten, die ihnen zuvor wichtig waren.

Der dritte Bereich stellt die Verhaltensebene in den Vordergrund: Menschen, die an Depressionen leiden, verhalten sich gehemmt, sie möchten lieber alleine sein, im Bett liegen bleiben, reden langsam und leise und bewegen sich insgesamt nicht viel oder gerne.

Als viertes ist die kognitive Symptomatik zu nennen: besonders auffallend ist das massiv herabgesetzte Selbstwertempfinden und verminderte Merkfähigkeit (Bremner, Vythilingam, Vermetten, Vacarino & Charney, 2004, zitiert nach Comer, 2008). Alles erscheint hoffnungslos, wenn sie an die Zukunft denken. Zuletzt ist noch fünftens die körperliche Ebene zu beschreiben: depressive Menschen klagen oft über Kopfschmerzen, Verstopfung und Benommenheit (Fishbain, 2000, zitiert nach Comer, 2008).

Mit Hilfe z.B. des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM), ein von der APA (American Psychiatric Association) entwickeltes Klassifikationssystem, lassen sich psychische Störungen über einen mehrstufigen Diagnoseprozess feststellen. Die aktuelle Version, das DSM-IV (1994), findet aufgrund der vielen positiven Eigenschaften verbreitet praktische Anwendung. Folgende Kriterien für das Vorliegen einer Depression werden nach diesem Klassifikationsschema festgelegt:

Episode einer Major Depression

1. Mindestens fünf der folgenden Symptome bestehen während derselben Zweiwochenperiode: depressive Verstimmung an fast allen Tagen; deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten, an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages; deutlicher Gewichtsverlust oder Gewichtszunahme, oder verminderter oder

gesteigerter Appetit an fast allen Tagen; Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf an fast allen Tagen; psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung an fast allen Tagen; Müdigkeit oder Energieverlust an fast allen Tagen; Gefühle von Wertlosigkeit oder übermäßige Schuldgefühle an fast allen Tagen; wiederkehrende Gedanken an den Tod oder Suizidvorstellungen oder Planung eines Suizids.

2. Klinisch bedeutsames Leiden oder Beeinträchtigung.

Major depressive Störung

1. Vorhandensein von einer Episode einer Major Depression

2. Keine manische oder hypomanische Episode in der Vorgeschichte (Comer, 2008, S. 217).

3.3. Depressivität im forensischen Kontext

> Wird einem psychischen Kräfteablauf bloß eine Äußerungsmöglichkeit unterbunden, bleiben aber die ihn bedingenden psychischen Energien in ihrem Zusammenhange bestehen, so kann er in der Linie eines geringeren Widerstandes eine neue Richtung einschlagen und in unserem Falle statt der unterdrückt gehaltenen Verwahrlosungsäußerung eine andere zutage treten: möglicherweise entsteht ein nervöses Symptom (Aichhorn, 1931, S. 43).

Aus den bisher genannten Studien zu Prävalenz-Raten von psychischen Störungen geht hervor, dass den Erkrankungen im Bereich des Affektiven besondere Aufmerksamkeit zu schenken ist (z.B. Fritz et al., 2008; Moeller & Hell, 2003; Pliszka et al., 2000). Im Speziellen die Depression als psychisches Störungsbild und die Relationen zu deviantem Verhaltensmuster sollen hier Darstellung finden.

Depressionen haben ihren Ursprung oft in der Kindesentwicklung, geschlechtsspezifische Unterschiede in der Symptomatik intensivieren sich im Alter zwischen 14 und 16 Jahren. Dabei kann festgestellt werden, dass Mädchen doppelt so häufig an einer Major Depression leiden als Buben im gleichen Alter.

Aus der kriminologischen Sicht ist es kritisch, Depression und den Einfluss des Geschlechts als Ursache von delinquentem Verhalten zu sehen, wenn man bedenkt, wie eng verstrickt Probleme der Depression mit persönlichen Risikofaktoren (Familiensituation, Erziehung, soziales Umfeld und Freundeskreis, schulischer Erfolg etc.) je nach Entwicklungsstufe des Kindes sein können (Boots, Wareham & Weir, 2011).

Es gibt viele Daten, die nahelegen, dass Mädchen grundsätzlich einer höheren Wahrscheinlichkeit ausgesetzt sind, an Depression zu erkranken. So berichten Wiesner und Kim (2006), dass bei weiblichen Jugendlichen häufiger die Komorbidität einer depressiven Störung und delinquentem Verhalten festzustellen ist als bei Buben (49,5% zu 25,3%). Fagan und Western (2003, zitiert nach Boots et al., 2011) konnten aufgrund einer Datenanalyse herausfinden, dass delinquentes Verhalten die Wahrscheinlichkeit von Depression und Selbstverletzungen signifikant steigert, aber nur bei den weiblichen Teilnehmern. Gegenteilige Ergebnisse bringen Untersuchungen von Simons-Morton und Chen (2009): 42,9% der Buben, deren Depressionswerte im höchsten Bereich lagen, litten auch an Anpassungsstörungen. Im Vergleich dazu zeigten 10,2% der Mädchen diese Komorbidität. Zu ganz anderen Schlüssen kommen Ingoldsby, Kohl, MacMahon und Lengua (2006, zitiert nach Boots et al., 2011), deren Daten belegen, dass gemeinsames Auftreten von abweichendem Verhalten und einer depressiven Störung bei Buben doppelt so oft vorkommt als bei Mädchen.

50% der Mädchen, die hoch kriminelles Verhalten an den Tag legen, leiden gleichzeitig an schwer ausgeprägter Depression und umgekehrt. Im Vergleich dazu zeigen nur 18% der hoch depressiven Buben auch schwer delinquente Verhaltensweisen, wobei bei 34% der männlichen kriminellen Jugendlichen auch ein ausgeprägtes depressives Störungsbild zu diagnostizieren war (Boots et al., 2011).

Diese Erkenntnisse legen nahe, dass Delinquenz und Depressivität gegenseitige Prädiktoren sein können, wenn es sich um die Werte eines Mädchens handelt. Bei Buben, so scheint es, ist kriminelles Verhalten ein besserer Prädiktor für ein depressives Störungsbild als umgekehrt.

Plattner et al. (2007) untersuchten an einer Stichprobe delinquenter Jugendlicher die Emotionalität einerseits als Charakteristikum der Persönlichkeit (sog. „trait“), andererseits als vorübergehenden Zustand (emotionaler „state“). Es zeigte sich, dass die Delinquenten in den negativen Emotionsdimensionen (z.B. Ärger, Trauer, Angst) in beiden Qualitäten (state/trait) signifikant schlechtere Werte aufwiesen. Die Autoren führen diese Tatsache auf das vermehrte Erleben traumatischer Ereignisse zurück und sprechen von Trauma-bedingter Psychopathologie, wobei spezifische Eigenschaften traumatischer Erlebnisse die Emotionalität Inhaftierter beeinflussen: der Schweregrad des Traumas wirkt sich eher auf die Emotion als auf den Zustand aus, der zeitliche Verlauf, in dem Traumatisches erlebt wurde bzw. die Dauer des Erlebens traumatisierender Ereignisse wirken sich signifikant auf die trait-Emotionalität aus, was eine Manifestation im Charakter bedeutet. Zum Beispiel beeinträchtigt chronische physische Bedrohung das zukünftige emotionale Empfinden hinsichtlich mehr und stärkerem Traurig-sein, bei signifikant weniger Glücksgefühlen. Emotionaler Missbrauch und Beobachtung von Gewalthandlungen im Kindesalter steigert später das Empfinden von Angst- und Ärgergefühlen. Jugendliche Straftäter berichten insgesamt über vermehrte Angst, Trauer und gesteigerten Ärger. Es zeigt sich also, dass Jugendliche, die zu antisozialen devianten Verhaltensweisen neigen, einem massiv erhöhten Risiko von emotionalen Fehlentwicklungen ausgesetzt sind (Plattner et al., 2007).

Bei vielen Insassen wird eine depressive Episode bzw. Störung schlichtweg übersehen, was vor allem schwerwiegende Folgen für die delinquenten Jugendlichen hat: Erhebungen zeigen, dass unbehandelte depressive Störungen zu einer signifikant höheren Wahrscheinlichkeit führen, rückfällig zu werden, womit der Erkennung und Behandlung psychischer Störungen im Allgemeinen ein hohes Maß an Bedeutung zufällt, da diese die kriminelle Laufbahn Jugendlicher mit zu

bestimmen im Stande sind (Whitbeck, Hoyt & Bao, 2000; zitiert nach McCarty et al., 2006).

In der Literatur finden sich oft Vermerke und Hinweise bezogen auf den Einfluss von Faktoren wie Stress einerseits (siehe traumatische Erlebnisse bei Plattner et al., 2007) oder die positiven Auswirkungen von sozialer Unterstützung (vgl. Canter, 2010) andererseits, wenn es um die Erhebung von Depressivität, besonders im forensischen Bereich, geht. In der Untersuchung von McCarty et al. (2006) wurden daher zusätzlich zu Lebensqualität und depressivem Störungsbild diese beiden Konstrukte erhoben. Es zeigte sich, dass das Erleben und Empfinden sozialer Unterstützung durch Bezugspersonen eng in Wechselwirkung mit depressiven Symptomen steht, unabhängig vom Stresslevel. Delinquente Jugendliche, die angeben, wenig bis gar keine Unterstützung aus ihrem sozialen Umfeld zu bekommen, weisen signifikant höhere Depressionssymptomatik auf. Der Faktor „Soziale Unterstützung“, so schließen die Autoren aus ihren Daten, gilt als generalisierbarer Prädiktor für das Krankheitsbild Depression (McCarty et al., 2006).

3.4. Mit Depressivität einhergehende Lebensqualität

Depressivität und Lebensqualität sind zwei stark miteinander in Verbindung stehende psychologische Konzepte. Depressive Symptomatik beeinträchtigt beträchtlich das Urteilsvermögen der betroffenen Personen. Eine provokante Behauptung ist, dass eine Erkrankung an Depression psychisches Wohlbefinden ausschließt.

Innerhalb diagnostisch homogener Stichproben von Patienten, die an einer depressiven Störung leiden, zeigt sich einheitlich, dass bei stärkerer Ausprägung der depressiven Symptomatik ein niedrigerer Wert in den Dimensionen der Lebensqualität zu erwarten ist (Pyne et al., 1997; Rudolf & Priebe, 1999, zitiert nach Rudolf, 2000). In einer Untersuchung zur Beeinträchtigung der Lebensqualität durch Manifestation psychischer Störungen, vor allem Depression und Angststörungen, kommen auch Rapaport, Clary, Fayyard und Endicott (2005) zu dem Ergebnis, dass sämtliche diagnostische Gruppen klinischer Populationen signifikant massiv niedrigere Werte in Lebensqualität und Lebenszufriedenheit aufweisen. Die Autoren

sprechen von 85% der Personen mit diagnostizierter affektiver Störung, davon 63% depressive Patienten, die unter sehr starken Einschränkungen ihrer Lebensqualität leiden.

De Leval (1999) hat versucht, Lebensqualität und Depression unter Einbeziehung einer zeitlichen Komponente in ein eigenes Modell zu integrieren. Die Personen bewerten zusätzlich zur Erhebung der gegenwärtigen Einschätzungen (Gegenwartsbedingung) ihre Lebensqualität und den Schweregrad der gesundheitlichen Beeinträchtigung dabei einerseits retrospektiv (Vergangenheitsbedingung), andererseits in Hinblick auf zukünftige Einschätzungen (Zukunftsbedingung). Diesem Modell entsprechend kommt De Leval (1999) zu mehreren empirisch belegten Schlüssen: Wenn eine starke Ausprägung der gegenwärtigen Erkrankung vorliegt und damit eine schwer unterschätzende Bewertung der Vergangenheit einhergeht, liegt der Verdacht einer Major Depression mit suizidalen Tendenzen nahe. Ist der gegenwärtige Grad der Erkrankung weniger besorgniserregend und vergleichbar mit den Angaben betreffend die Vergangenheit, so handelt es sich meist um einen Fall von Dysthymie (chronische Form einer depressiven Verstimmung, die nicht die diagnostischen Kriterien einer voll ausgeprägten Depression erfüllt), bei der über alle Zeitvariablen hinweg das gleiche Empfinden bzgl. Gesundheit und Lebensqualität geäußert wird. Die depressive Störung ist besonders schwerwiegend, wenn die Einschätzung der depressiven Symptomatik in der Vergangenheit im Vergleich zur zukünftigen Erwartung des Krankheitsverlaufs niedriger ausfällt (De Levan, 1999).

Basierend auf De Levan's Modell führten Moore, Hofer, McGee und Ring (2005) eine Untersuchung mit dem Ziel durch, einerseits die Differenzen zwischen den tatsächlich eingeschätzten Lebensqualitätswerten und den Werten, die die Personen als Wünsche angeben, wie sie ihre Lebensqualitäten und Subdomänen gerne hätten, zu erheben, andererseits um die Unterschiede zwischen den verschiedenen Zeitbedingungen sichtbar zu machen. Meistens wird davon gesprochen, dass das Vorliegen einer depressiven Störung niedrige Lebensqualitätswerte bedingt. Es könnte aber auch umgekehrt sein, so die Autoren. Niedrige Lebensqualitätswerte

könnten mitunter für das Erkranken an einer depressiven Störung verantwortlich sein. Die Daten ergaben, dass Personen ausgehend von ihrer momentanen, gegenwärtigen Befindlichkeit alle anderen Bewertungen in Bezug darauf setzen, das heißt, dass depressive Personen ihre Lebensbereiche in Hinblick auf Vergangenheit und Zukunft viel negativer beschreiben, als dies ein Außenstehender tun würde. Nach dem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik, der die depressive Symptomatik signifikant zur Besserung brachte, berichten die Patienten auch über bessere gegenwärtige Lebensqualität, wobei interessant ist, dass die Einschätzung der Lebensqualität betreffend die anderen Zeitdimensionen unverändert bleibt. Auch die gewünschte Lebensqualität blieb ohne Einfluss der gesundheitlichen Besserung in allen drei Zeitdimensionen gleich. Diese Ergebnisse lassen die Autoren davon ausgehen, dass je größer die Differenz zwischen tatsächlich empfundener gegenwärtiger Lebensqualität und dem angestrebten Soll-Wert ist, desto ausgeprägter ist das Störungsbild der Depression (Moore et al., 2005).

Einheitlich zeigt sich ein enger negativer Zusammenhang zwischen Depression und Lebensqualität: Vor allem bezugnehmend auf die Dimension „Rollenfunktion“, also wie Personen Anforderungen des täglichen Lebens zu meistern im Stande sind, und die Zufriedenheit mit der eigenen Wohnsituation, da depressive Symptomatik das soziale Funktionieren massiv in Mitleidenschaft zieht, weisen einen hohen Wert negativer Korrelation auf. Es liegt nahe, dass vermindertes Wohlbefinden die Rollenfunktion einschränkt und somit aufgrund der sozialen und materiellen Deprivation die allgemeine Lebensqualität darunter leidet (Pyne et al., 1997; Rudolf & Priebe, 1999, zitiert nach Angermeyer, Holzinger, Matschinger & Stengler-Wenzke, 2002).

Nach der stationären Behandlung von depressiven Patienten zeigen selbst jene Personen, deren depressive Symptome im Rahmen der Therapie zur Gänze verschwunden waren, stark eingeschränktes Lebensqualitätsempfinden. Zwar kann insgesamt ein Anstieg der Lebensqualitätswerte auf allen Dimensionen vom Beginn der Therapie bis sieben Monate nach Abschluss festgestellt werden, die Werte sind aber auch nach sieben Monaten immer noch statistisch merklich niedriger als jene

der Allgemeinbevölkerung (Angermeyer et al., 2002). Auch Krischke und Petermann (2000) stellen eine hohe negative Korrelation von Depression mit allen Teildimensionen von Lebensqualität fest, wobei sie in ihrer Arbeit betonen, depressive Symptome wirken über das psychische Befinden in allen Lebensbereichen eines Menschen, weshalb in einer Untersuchung, in der Lebensqualität als Konstrukt Anwendung findet, immer auch die depressive Befindlichkeit mit erhoben werden müsse (Krischke & Petermann, 2000).

Die vorliegende Untersuchung nimmt im Speziellen auf diese Argumentation Rücksicht und berücksichtigt zusätzlich zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität die Erhebung der Depressivität.

4. Selbstwirksamkeit

„Perceived self-efficacy is defined as people's beliefs about their capabilities to produce designated levels of performance that exercise influence over events that affect their lives“. A. Bandura (1994).

4.1. Definition

> Selbstwirksamkeit (self-efficacy) äußert sich in Meinungen bzw. Überzeugungen über Art und Ausmaß der risikofreien Ausführbarkeit und des Erfolgs von Handlungsvorsätzen. Nach Bandura ist jedes Handeln von Erwartungen über seine mögliche Wirkung und von Überlegungen getragen, inwieweit unter den gegebenen Situationsbedingungen einzelne Verhaltensweisen ohne Risiken ausgeführt werden können. Verfahren der kognitiven Verhaltensmodifikation gehen u.a. davon aus, dass Veränderungen von S.-W.-Überzeugungen für das Wohlergehen bedeutsamer sein können als Erwartungen bezüglich konkreter Handlungsergebnisse (Fröhlich, 2002, S. 397).

Das Konzept von Bandura, das er bereits in den 1980er Jahren entwickelte, beschreibt den Glauben und das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, Handlungen zu setzen, die dazu beitragen, schwierige Situationen bestmöglich zu lösen. Nach Bandura bestimmen diese Kompetenzeinschätzungen, wie man fühlt, denkt, sich motiviert und sich verhält unter Berücksichtigung sozialer Einflüsse.

Bandura (1994) meint, ein starker Sinn von Selbstwirksamkeit, heutzutage wird oft auch der Begriff „Selbstwirksamkeitserwartung“ synonym verwendet, steigert das Wohlbefinden auf viele Arten. Personen mit hoher Gewissheit über ausgeprägte

Fähigkeiten sehen schwierige Aufgaben als Herausforderung und nicht als zu vermeidende Bedrohung. Das Setzen von herausfordernden Zielen wirkt sehr effektiv, um Interessen intrinsische Motivation zu verleihen und um das Können zu verbessern. Solche Personen lernen aus Fehlern, wodurch sie Erfolg und Fortschritt erhöhen, weil sie auf zu wenig Anstrengung oder mangelndes Wissen, Eigenschaften, die man erwerben kann, zurückgeführt werden. Nach Rückschlägen kommen Personen mit höherer Selbstwirksamkeitserwartung schneller wieder zu ihrer stabilen Ausgangssituation zurück. Bedrohlichen Situationen wird selbstsicher entgegengetreten, weil hohe Selbstwirksamkeit dafür spricht, dass diese Personen die Gewissheit haben, jede Art von Situation unter Kontrolle zu bringen. Eine derart selbstwirksame Einstellung erwirkt und fördert in der Person Persönlichkeitswachstum, reduziert Stress und verringert die Wahrscheinlichkeit depressiver Störungen (Bandura, 1994).

Bandura (1994) beschreibt auch im Gegenteil dazu, dass Personen, die ihre Fähigkeiten anzweifeln, vor schwierigen Aufgaben zurückschrecken, die sie als persönliche Bedrohung erleben. Sie haben niedrige Erwartungen, was Erfolg und Fortschritt betrifft, und eine äußerst geringe Bindung und wenig Engagement bzgl. der Ziele, die sie verfolgen. Wenn Scheitern droht, geben sie schnell auf. Personen, deren Selbstwirksamkeit wenig ausgeprägt ist, sind anfälliger für Stress und entwickeln eher psychische Störungen – im Speziellen meist Depressionen.

Bandura (1994) beschreibt vier psychische Prozesse, durch die Selbstwirksamkeit auf die Funktionalität der Menschen Einfluss nehmen kann:

Zum einen sind dies kognitive Prozesse, die eine besondere Rolle bei der persönlichen Zielsetzung spielen und über das Wissen und Einschätzen der eigenen Fähigkeiten wirksam sind. Personen mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung visualisieren Erfolgsszenarien im Voraus. Personen, die an ihren Fähigkeiten zweifeln, beschäftigen sich lange mit möglichen Fehlschlägen und stellen sich eher solche Szenarien vor, bei denen sie nicht erfolgreich sein können.

Als zweites wäre der motivationale Prozess zu erwähnen. Bei der Selbstregulation von Motivation spielt Selbstwirksamkeit eine bedeutende Rolle. Der Großteil der Motivation ist kognitiv generiert, das heißt, dass kognitive Motivatoren das Vorausdenken und Antizipieren möglicher Ergebnisse in eine positive Richtung beeinflussen.

Drittens wirken auch affektive Prozesse über die Selbstwirksamkeit auf das Verhalten des Menschen. Die Einstellung darüber und das Vertrauen, ob die Copingstrategien einer Person ausreichen, eine Situation oder eine Herausforderung zu meistern, tragen maßgeblich dazu bei, wie viel Stress und im Folgenden Depressivität die Person erlebt und empfindet. In der Bearbeitung einer schwierigen Aufgabe haben Personen mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung eher die Gewissheit, die vorhandenen Stressoren kontrollieren zu können. Dies ist ein wichtiger Aspekt in der Entstehung von Angststörungen. Hat eine Person nicht das Vertrauen, z.B. negative Gedanken kontrollieren zu können, so steigt die Wahrscheinlichkeit, an einer Depression zu erkranken.

Als vierten psychischen Prozess beschreibt Bandura (1994) die Selektionsmechanismen. Das Entscheidungsverhalten von Menschen bestimmt deren Lebensverlauf maßgeblich mit – es liegt nahe, dass Personen mit hohem Vertrauen in ihre Fähigkeiten andere, förderlichere Entscheidungen treffen als Personen, die ihr Können anzweifeln. Jeder Faktor, der auf das Entscheidungsverhalten einer Person Auswirkung zeigt, trägt zur Weiterentwicklung der Persönlichkeit bei. Die Umwelt und ihre sozialen Einflüsse, für die sich eine Person entschieden hat, fördern langanhaltend bestimmte Kompetenzen, Werte und Interessen.

Scholz, Dona, Sud und Schwarzer (2002) untersuchten das Konzept der Selbstwirksamkeit hinsichtlich Generalisierbarkeit und Eigenschaften in 25 Ländern. Die Ergebnisse der Studie legten nahe, dass es sich bei Selbstwirksamkeit um ein unidimensionales, universales Konstrukt handelt.

4.2. Selbstwirksamkeit und psychische Befindlichkeit

Einen der vier Hauptprozesse von Selbstwirksamkeit stellt wie oben beschrieben die Affektivität dar. Untersuchungen zeigen, dass Personen mit einem starken Glauben an die eigene Kompetenz größere Ausdauer bei der Bewältigung von Aufgaben, eine niedrigere Anfälligkeit für Angststörungen und Depressionen und mehr Erfolge in der Ausbildung und im Berufsleben aufweisen. Menschen mit Selbstzweifeln haben tendenziell stärkeren Stress und eher Depressionen, können sich schlechter motivieren und negative Emotionen kontrollieren (Bandura, 1994).

Die Studie von Maciejewski, Pigerson und Mazure (2000) zu den Inhalten Selbstwirksamkeit, Stress und Depression analysiert, ob eine vorliegende depressive Symptomatik oder stressige Ereignisse im Leben von Personen das Selbstwirksamkeitsempfinden reduzieren und ob Selbstwirksamkeit den Effekt von Stress auf Depressivität mit beeinflusst. Dabei kommen sie zu dem Ergebnis, dass Selbstwirksamkeit als starker negativer Prädiktor für depressive Symptome gilt: in klinischen Stichproben sagen hohe Werte von Selbstwirksamkeit eine geringere Ausprägung der Symptomatik voraus. Der Einfluss des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten auf das Erkranken an einer depressiven Störung wird als derart relevant beschrieben, dass bei einer Nachuntersuchung drei Jahre später immer noch signifikante Auswirkungen auf die Depressivität der Patienten festgestellt werden konnten. Die Autoren gehen von starken Interaktionen über die Zeit aus. Ein selbstwirksamer Umgang mit Erfolgen und das Kontrollgefühl, über eigenes Leben und die Umwelt entscheiden zu können, bauen Resistenzen gegen manche Symptome von Depressionen auf, wobei andauernde Phasen von Depressivität den Selbstwirksamkeitswert konsequent untergraben können (Maciejewski et al., 2000).

Karademas (2005) untersuchte in einer Studie die Rolle von Optimismus als regulatorischen Faktor zwischen Wohlbefinden (hier werden einerseits die Neigung der Patienten zu depressiven Störungen und andererseits die allgemeine Lebenszufriedenheit der Personen als Indikatoren herangezogen), sozialer Unterstützung und Selbstwirksamkeit. Die Ergebnisse zeigten deutlich, dass Selbstwirksamkeit und soziale Unterstützung Prädiktoren für niedrigere Neigung zu

Depression und höherer Lebenszufriedenheit sind – sozusagen auf Basis der Selbstwirksamkeitswerte eine Vorhersage über die Wahrscheinlichkeit, an depressiven Symptomen zu leiden, getroffen werden kann. Diese Zusammenhänge wurden in der Analyse als direkte Effekte sichtbar.

Mangelnde Motivation und Zweifel, eine schwierige Aufgabe zur Lösung zu bringen, ziehen Vermeidungsverhalten nach sich, wodurch das Risiko der Manifestation einer Angststörung erheblich gesteigert wird. Infolgedessen entziehen sich Patienten der klinischen bzw. ärztlichen Begleitung, und von einer Chronifizierung der psychischen Störungsbilder ist auszugehen. Vor allem im Bereich der substanzinduzierten Störungsbilder kommt dem Konstrukt Selbstwirksamkeit eine bedeutende Rolle zu: Schindler und Körkel (1994, zitiert nach Ruholl, 2007) untersuchten junge erwachsene Personen, die an einer Alkoholabhängigkeit litten und konnten zeigen, dass ihre Selbstwirksamkeitserwartung prädiktiven Wert für zukünftiges Trinkverhalten aufweist. Dies ist für therapeutische Indikationen von wesentlichem Interesse. Es scheint, als wäre die Selbstwirksamkeit ein Schlüsselaspekt in der Behandlung psychisch Kranker auch im Sinne einer umfassenden Rückfallprävention. Sichtbar wird dieser starke Zusammenhang in Anbetracht der Daten über die Häufigkeit von Rückfällen. Die Wahrscheinlichkeit für einen alkoholabhängigen Menschen, nach einer Therapie in eine substanzinduzierte Störung zurückzufallen, ist bei Personen mit niedrigem Selbstwirksamkeitsempfinden bedeutend höher (Keller, 2000, zitiert nach Ruholl, 2007).

Die Ergebnisse der Untersuchung von Ruholl (2007) unterstützen diese Befunde: Patienten mit psychischen Störungen haben sehr viel schlechtere Werte von Selbstwirksamkeit als der Durchschnitt der Allgemeinbevölkerung. Innerhalb der psychopathologisch auffälligen Gruppe haben Personen, die an depressiven Störungsbildern, Angsterkrankungen und Essstörungen leiden, die niedrigsten Werte für Selbstwirksamkeit, wobei eine therapeutische Intervention deutliche Effekte im Sinne von Verbesserungen in allen psychosozialen Faktoren (Angst, Depression) bringt. Die Daten zeigen einen signifikanten Anstieg des Selbstwirksamkeitsniveaus über die Zeit.

Die Ergebnisse beschränken sich nicht auf psychische Störungsbilder und Erkrankungen. Broome (2003) zeigt, dass durch Inkontinenz beeinträchtigte Frauen schlechtere Lebensqualität, mehr depressive Symptome und niedrigere Selbstwirksamkeitserwartung angeben. Lebensqualität und Selbstwirksamkeit stehen in begünstigendem Zusammenhang miteinander, während Depression und Selbstwirksamkeit negativ zusammenhängen. Broome (2003) betont die Relevanz der Erhebung von Selbstwirksamkeit für die Praxis: einerseits kann eine therapeutische Intervention nur dann am richtigen psychischen Mechanismus ansetzen, wenn über die internen Einstellungen zu eigenen Fähigkeiten Informationen vorliegen, andererseits ist das Verständnis von Selbstwirksamkeit wichtig, wenn Studienteilnehmer bzw. Patienten Fragebogen vorgelegt bekommen, die Selbsteinschätzungen abverlangen, unabhängig davon, welchem inhaltlichen Bereich diese zuzurechnen sind. Eine Verfälschung aufgrund niedriger Selbstwirksamkeitserwartung kann nicht ausgeschlossen werden.

Auch bei Kindern sind das Vertrauen und der Glaube in eigene Fähigkeiten wichtige Faktoren für eine förderliche Entwicklung. 12- bis 13-jährige Schulkinder wurden in einer Untersuchung zu gesundheitsbezogener Lebensqualität und Selbstwirksamkeit mit dem Ziel befragt, wichtige Aspekte für eine gesundheitsförderliche Praxis im Schulalltag sichtbar zu machen. So zeigten die Daten, dass bei Kindern hohe Werte von Selbstwirksamkeit mit hohen Werten ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität einhergehen. Diese Korrelation betrifft alle Subskalen und den Wert für allgemeine Lebenszufriedenheit. Der Wert für Selbstwirksamkeit korreliert mit der Lebensqualitätsdimension „Selbstbewusstsein“ am höchsten, auch der Zusammenhang mit z.B. der Dimension „physisches Wohlbefinden“ erreicht einen signifikanten Wert, wenngleich auch nicht die selbe hohe Ausprägung. Es konnten keine Geschlechtsunterschiede hinsichtlich dieser Relationen festgestellt werden, Kinder mit alleinerziehendem Elternteil zeigten niedrigere Werte in der Dimension „emotionales Wohlbefinden“, im Gesamtwert ihrer Lebensqualität und in der Selbstwirksamkeit. Im Jugendalter, so meinen die Autoren, schwanke die Einschätzung der eigenen Fähigkeiten stark. Durch Interaktionen mit neuen Umwelten, durch soziale Faktoren wie neue Lehrer, Freundeskreis, Änderung in der

Eltern-Kind-Beziehung trägt die Pubertät dazu bei, dass sich ein neues Bewusstsein über eigenes Können etablieren kann. Jugendliche müssen ihre Selbstwirksamkeit neu definieren (Kvarme, Haraldstad, Helseth, Sorum & Natvig, 2009). Im Hinblick auf den forensischen Kontext scheint dies ein relevanter Aspekt zu sein. Auch Pérez et al. (2006) betonen die Relevanz der Selbstwirksamkeit im Strafvollzug und plädieren für eine Einbeziehung von Steigerung der subjektiven Selbstüberzeugungen in die Interventionsplanung in Haft.

Der von Schwarzer und Jerusalem im Jahr 1981 entwickelte Fragebogen konnte sich im Laufe der letzten beiden Jahrzehnte als anerkanntes Verfahren zur Bestimmung der Selbstwirksamkeit etablieren (Schwarzer & Jerusalem, 1995). Die sogenannte „Selbstwirksamkeitsskala“ wurde im Verlauf der Jahre nur sehr wenig abgeändert, wobei sich die aktuellste Version mit dem Erscheinungsjahr 1999 datieren lässt. In der vorliegenden Untersuchung findet dieses Instrument Anwendung, wobei der Leser auf das Kapitel „Beschreibung der verwendeten Verfahren“ im empirischen Teil dieser Arbeit verwiesen sei, um Genaueres zu erfahren.

EMPIRISCHER TEIL

5. Ausgangspunkt und Ziel der Untersuchung

Wie einleitend bereits angedeutet wurde, war das Ziel dieser Studie eine im Querschnittdesign angelegte Erhebung der Lebensqualität innerhalb einer speziellen Population, nämlich der der in Österreich inhaftierten jungen Erwachsenen. Dabei ist die Gegenüberstellung von gesundheitsbezogenen und psychosozialen Faktoren von Lebensqualität unter Einbeziehung der Konstrukte Depressivität (als emotionale Variable) und Selbstwirksamkeit (als kognitive Komponente) von besonderem Interesse, wobei diese zusätzlichen Informationen durch die Anwendung des Beck-Depressions-Inventars (BDI) und der Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) erhoben werden.

Den Hauptteil dieser Studie bildet im Konkreten der Vergleich der psychometrischen Eigenschaften von Short-Form Health Survey (SF-36) mit jenen des Berliner Lebensqualitätsprofils (BeLP). Es handelt sich hierbei um zwei Verfahren zur Messung der Lebensqualität, die unterschiedlichen theoretischen Konzepten folgen, wodurch deren Informationsgewinnung ihre Hauptinteressen auf die unterschiedlichen Teilaspekte (gesundheitsbezogen vs. psychosozial) des Konstrukts Lebensqualität richtet. Welcher der beiden Fragebogen sich als geeigneter und nützlicher erweist, um im Bereich des Strafvollzuges Lebensqualität zu erfassen, stellt ein besonderes Forschungsinteresse dar.

Außerdem liegt der Sinn derartiger Vergleiche darin festzustellen, in welcher Weise sich unterschiedliche Lebenssituationen auf die Lebensqualität auswirken.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung bestätigen die Praktikabilität der angewandten Verfahren und weisen darauf hin, dass diese insbesondere auch im Setting des Strafvollzugs plausible Befunde erbringen.

5.1. Berliner Lebensqualitätsprofil (BeLP)

Beim Berliner Lebensqualitätsprofil handelt es sich um die deutsche, verkürzte Version des Lancashire Quality of Life Profile. Dieses von Kaiser, Iserman, Hoffmann, Huxley und Priebe (1999) im Jahr 1995 entwickelte Verfahren stellt sich als strukturiertes Interview zur Beurteilung der Lebensqualität und des Wohlbefindens beeinträchtigter Menschen dar (Nieuwenhuizen, Schene, Koeter & Huxley, 2001). Ob diese Beeinträchtigung in psychischer oder physischer Weise zum Tragen kommt, ist dabei nachrangig. Deutlichster Unterschied zu anderen Verfahren zur Messung der Lebensqualität besteht darin, dass das BeLP den Schwerpunkt der Informationsgewinnung auf die sozialen Umstände richtet.

In dieser Studie soll das BeLP zum Einsatz kommen, weil es durch seine theoretische Konzeption den psychosozialen Teilaspekt von Lebensqualität sehr gut erhebt und damit inhaltlich ideal zu vorliegender Untersuchung passt, genauer auf die Sozialisationsbedingungen von inhaftierten jungen Männern einzugehen.

5.2. SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand

Das Ziel des SF-36 Health Survey ist es, unabhängig vom tatsächlichen Gesundheitszustand der jeweiligen Inhaftierten und abgesehen von deren Alter eine umfassende subjektive Einschätzung ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu erhalten. Die SF-36 deckt mit ihren Items grundlegende Dimensionen der subjektiven Einschätzung von Gesundheit ab, die als relevante Indikatoren für psychische, körperliche und soziale Faktoren von Wohlbefinden allgemein gelten und aus Sicht der Inhaftierten wesentlich für deren körperliche und emotionale Funktionsfähigkeit sind.

Die Fragen und Instruktionen sind einfach und klar verständlich formuliert, sodass dieses Verfahren passend für die Anwendung innerhalb dieser speziellen Population scheint, zumal ein etwaiges niedriges Bildungsniveau bzw. sprachliche Barrieren a priori zu erwarten waren. Die Bearbeitungsdauer für den Fragebogen liegt bei ca. 10 bis 15 Minuten, was dem Sinne einer ökonomischen und zumutbaren Befragung entgegenkommt.

Auch weil dieses Verfahren in der Lebensqualitätsforschung mittlerweile zum Standardinstrumentarium zu zählen ist, kann davon ausgegangen werden, dass es im Rahmen der geplanten Untersuchung hinreichende Daten liefert.

6. Forschungsinteressen und Fragestellungen

Dass die Erfassung von Lebensqualität bisher vordergründig im klinischen Kontext Popularität errungen hat, vor allem weil sie einen wichtigen Beitrag zur etwaigen Evaluierung von Behandlungserfolgen leisten kann, die somit eine umfassendere Darstellung der (Aus-) Wirkungen des Behandlungsangebots bietet, wie Higginson und Carr (2001) postulieren, wirft das Anliegen auf, den Einsatzbereich von Verfahren zur Erhebung der Lebensqualität auf diverse, auch intramurale Settings zu erweitern. In diesem Fall soll ein Teilbereich der Forensik, nämlich der Strafvollzug, den Rahmen bieten.

Den theoretischen Grundgedanken dieser Arbeit bildet Bullingers Definition von Lebensqualität (1998), in der die Autorin die Relevanz emotionaler, kognitiver und sozialer Faktoren für die eigene Wahrnehmung von Lebensqualität hervorhebt (siehe Kapitel 2.1.). Um den verschiedenen genannten Ebenen möglichst gerecht zu werden und die Stichprobe möglichst genau zu beschreiben, soll zuerst die Frage beantwortet werden, wie die in der Justizanstalt für Jugendliche, Gerasdorf (JAJG), inhaftierten jungen Erwachsenen ihre Lebensqualität im Vergleich zur gleichaltrigen Normpopulation einschätzen.

- *Bewerten die in der JAJG inhaftierten jungen Erwachsenen ihre derzeitige Lebensqualität im Vergleich zur gleichaltrigen Normpopulation schlechter?*

Im Hinblick auf eine psychische Variable soll dann beschrieben werden, wie sich die Beziehung zwischen depressiver Symptomatik und den einzelnen von SF-36 und BeLP erhobenen Dimensionen der gesundheitsbezogenen und allgemeinen Lebensqualität in Haft darstellt. Das Ausmaß der Zusammenhänge ist von besonderem Interesse.

- *Wie stellt sich die Beziehung zwischen depressiver Symptomatik und den einzelnen von SF-36 erhobenen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in Haft dar und wie stark ist der Zusammenhang?*

- *Wie stellt sich die Beziehung zwischen depressiver Symptomatik und den einzelnen von BeLP erhobenen Dimensionen der allgemeinen Lebensqualität in Haft dar und wie stark ist der Zusammenhang?*

Unter Einbeziehung einer kognitiven Variablen stellt sich auch die Frage, welche Zusammenhänge von Selbstwirksamkeitserwartung und der mittels SF-36 und BeLP erhobenen gesundheitsbezogenen und allgemeinen Lebensqualität sich ergeben und wie stark diese ausgeprägt sind.

- *Wie stellt sich die Beziehung zwischen Selbstwirksamkeitserwartung und den einzelnen Dimensionen der von SF-36 erhobenen gesundheitsbezogenen Lebensqualität in Haft dar und wie stark ist der Zusammenhang?*

- *Wie stellt sich die Beziehung zwischen Selbstwirksamkeitserwartung und den einzelnen Dimensionen der von BeLP erhobenen allgemeinen Lebensqualität in Haft dar und wie stark ist der Zusammenhang?*

Da es bis dato wenig empirische Untersuchungen gibt, die mit den beiden genannten Verfahren zur Erhebung der Lebensqualität in forensischen Stichproben arbeiten, ist es ein Hauptanliegen dieser Erhebung, die Güte der Fragebogen in eben diesem Rahmen abzuklären. Die zentrale Frage, die in vorliegender Untersuchung zur Klärung gelangen soll, lautet daher, welches der beiden Verfahren zur Messung der Lebensqualität aufgrund der erhobenen Daten für die Anwendung im forensischen Bereich vorzuziehen ist.

Dabei werden einerseits die psychometrischen Eigenschaften von SF-36 und BeLP statistisch geprüft und somit errechnet, welches der beiden Verfahren die höhere Reliabilität bzw. bessere Validität aufweist, wenn sie im Strafvollzug zur Anwendung gelangen.

- *Welches der beiden Verfahren zur Erhebung der Lebensqualität weist bessere Reliabilität bei der Population der Inhaftierten auf?*

- *Welches der beiden Verfahren zur Erhebung der Lebensqualität weist bessere Validitäten bei der Population der Inhaftierten auf?*

Um eine vollständige Aussage über die Anwendbarkeit der beiden Verfahren zur Erhebung der Lebensqualität zu ermöglichen, soll die Frage beantwortet werden, welcher der beiden Fragebogen bessere Ergebnisse in Hinblick auf Akzeptanz und Praktikabilität erzielt.

- *Welches der beiden Verfahren zur Erhebung der Lebensqualität erzielt bessere Ergebnisse in Hinblick auf Akzeptanz und Praktikabilität bei der Population der Inhaftierten?*

7. Beschreibung der verwendeten Verfahren

Um dem von Bullinger und Kirchberger (1998) definierten Konzept der Lebensqualität[2] gerecht zu werden, somit soziale, psychische, körperliche und alltagsnahe Aspekte von Wohlbefinden und Funktionsfähigkeit mittels Selbstberichten in eine gute und umfassende Datensammlung mit einzubeziehen, ist es wichtig, die Erhebungsinstrumente so zu wählen, dass ausreichend Informationen sowohl über den gesundheitlichen als auch über den sozialen wie auch den psychischen Bereich vorliegen. Die im Folgenden genauer beschriebenen Verfahren scheinen einander in passender Weise zu ergänzen und verfügen, soweit bekannt und bezogen auf die Norm der erwachsenen Gesamtpopulation, über zufriedenstellende Gütekriterien.

7.1. Berliner Lebensqualitätsprofil (BeLP)

Wie weiter oben bereits erwähnt, ist das BeLP die von Priebe und seinen Mitarbeitern 1995 überarbeitete deutsche Version (Kaiser et al., 1999) des in Manchester entwickelten Lancashire Quality of Life Profile (Oliver et al., 1996, zitiert nach Nieuwenhuizen et al., 2001).

Mittels 60 Items (ohne die soziodemographischen Items mitzuzählen) erhebt dieses Lebensqualitätsprofil in Form eines Fragebogens vordergründig Daten zu den verschiedenen Lebensumständen der Befragten und ermöglicht damit die Erhebung von Informationen in folgenden insgesamt elf Teilbereichen: Persönliche Daten, allgemeines Lebensgefühl, Arbeit, Freizeitgestaltung, Religion, Finanzen, Wohnung, Gesetz und Sicherheit, Familie, Freunde und Bekannte sowie Gesundheit.

Neben der Erfassung von Merkmalen der objektiven Lebensqualität bietet die Anwendung des Berliner Lebensqualitätsprofils die Möglichkeit, Daten über die in

[2] *„Gesundheitsbezogene Lebensqualität kann verstanden werden als Selbstbericht von sozialen, psychischen, körperlichen und alltagsnahen Aspekten von Wohlbefinden und Funktionsfähigkeit.*“ (Bullinger & Kirchberger, 1998).

den genannten Lebensbereichen subjektiv empfundene Lebensqualität zu erheben (Kaiser et al., 1999).

Diese Items zur subjektiven Bewertung werden von den Befragten auf einer Zufriedenheits-Skala (Z-Skala) beantwortet (von 1=völlig unzufrieden bis 7=völlig zufrieden), indem die Person die jeweilige Ziffer in das dafür vorgesehene Feld einträgt. Die folgende Darstellung veranschaulicht ein Beispielitem (Abb. 4). Im Anhang finden Sie eine Abbildung der in der Untersuchung verwendeten Z-Skala.

Wie zufrieden sind Sie mit (im Folgenden die Z-Skala verwenden):

dem Vergnügen, das Sie an Freizeitaktivitäten innerhalb Ihres Heims haben? ☐

dem Vergnügen, das Sie an Freizeitaktivitäten außerhalb Ihres Heims haben? ☐

Abbildung 4: Beispiel eines Zufriedenheit-Items aus dem BeLP

Aus Gründen der Zumutbarkeit und Wertschätzung wie auch wegen der Irrelevanz der für diese Population zu erhebenden Informationen mussten für die vorliegende Untersuchung einige Items aus dem BeLP entfernt werden. Der Teilbereich „Persönliche Daten des Befragten“ wurde um den Unterpunkt „Haftsituation“ erweitert. Manche Formulierungen mussten dem Rahmen des Strafvollzugs angepasst werden (siehe Anhang).

7.2. Short-Form Health Survey (SF-36) – Fragebogen zum Gesundheitszustand

Short-Form Health Survey 36, konstruiert von Bullinger und Kirchberger im Jahr 1998, ist ein generisches Verfahren zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, d.h. es wurde entwickelt, um krankheitsübergreifend bzw. unabhängig von einer eventuell vorliegenden spezifischen Erkrankung die subjektive Einschätzung der Lebensqualität im Hinblick auf den Gesundheitszustand zu

erfassen. In Form eines Fragebogens beinhaltet das Verfahren 36 Items, deren Lösung mittels Bearbeitung sehr unterschiedlicher Antwortformate (teilweise dichotom bis hin zu sechsstufigen Antwortskalen) erfolgt. Die SF-36 erfasst mit ihren Items insgesamt acht Dimensionen:

Allgemeine Gesundheitswahrnehmung

Diese Skala erhebt die persönliche Beurteilung der Gesundheit und berücksichtigt dabei neben dem aktuellen Gesundheitszustand des Probanden/der Probandin auch die zukünftigen Erwartungen und die Einschätzung der Widerstandsfähigkeit gegenüber Erkrankungen.

Körperliche Funktionsfähigkeit

Mittels dieser Dimension wird das durch den Gesundheitszustand bedingte Ausmaß an Beeinträchtigung bei körperlichen Aktivitäten erhoben. Dies inkludiert, inwieweit die Möglichkeit der Selbstversorgung gegeben ist oder wie eingeschränkt sich der/die TeilnehmerIn z.B. beim Gehen, Treppen steigen, Bücken, Heben und auch bei mittelschweren oder anstrengenden Tätigkeiten fühlt.

Körperlicher Schmerz

Die Dimension **Körperliche Schmerzen** erhebt das Ausmaß an Schmerzen und wie sehr die jeweilige Person in ihrem Arbeitsalltag, im Haus wie auch außerhalb, durch das subjektive Erleben der Schmerzen beeinträchtigt ist.

Körperliche Rollenfunktion

Das Ausmaß, in dem Arbeit oder andere Tätigkeiten durch den körperlichen Gesundheitszustand beeinträchtigt sind, wird durch die Dimension **Körperliche Rollenfunktion** erhoben. Beispielsweise ist hier gemeint, dass die Person durch gesundheitsbedingte Einschränkungen weniger erledigen kann als üblich, nicht mehr alle Arten an Aktivitäten oder bestimmte Aktivitäten nur mit Schwierigkeiten oder gar nicht mehr ausgeübt werden können.

Vitalität

Mit der Dimension **Vitalität** wird erfragt, wie vital, energiegeladen und agil sich die Person fühlt oder ob eher Müdigkeit und Erschöpfung vordergründig wahrgenommen werden.

Soziale Funktionsfähigkeit

Sozial funktionsfähig meint eine geringe Beeinträchtigungen in den normalen sozialen Aktivitäten einer Person durch den körperlichen Gesundheitszustand und/oder emotionale Probleme. In welchem Ausmaß diese Einschränkungen durch die betreffende Person beschrieben werden, wird mittels der Dimension **Soziale Funktionsfähigkeit** erhoben.

Emotionale Rollenfunktion

Das Ziel der Dimension **Emotionale Rollenfunktion** ist die Beschreibung, inwieweit das tägliche Leben der Probandin/des Probanden, also Alltag und Arbeitsaktivität, durch emotionale Probleme eingeschränkt ist. Es wird z.B. erhoben, ob die betreffende Person weniger Zeit für ihre üblichen Aktivitäten aufbringt, ob sie das Gefühl hat, weniger zu schaffen oder nicht so sorgfältig wie üblich zu arbeiten.

Psychisches Wohlbefinden

Die Dimension **Psychisches Wohlbefinden** geht der Frage nach, wie die jeweilige Person ihre allgemeine psychische Gesundheit einschätzt. Dabei finden unter anderen Selbsteinschätzungen hinsichtlich Depression, Angst, emotionale und verhaltensbezogene Kontrolle und allgemeine positive Gestimmtheit Eingang in die Informationssammlung.

Diese acht Dimensionen werden in dem Fragebogen durch unterschiedlich viele Items repräsentiert, wodurch sich im Rahmen der Auswertung manche Skalen spezielle Gewichtungen ergeben. Durch Addition der Antworten je Dimension ergeben sich acht Summenwerte, die nach Transformation die Lebensqualität als Werte zwischen 0 und 100 abbilden. Der Wert 100 stellt das Maximum erreichbarer Lebensqualität dar.

7.3. Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Das Beck-Depressions-Inventar ist ein standardisiertes Verfahren von Beck und Steer (1988) zur Selbsteinschätzung des Ausmaßes depressiver Symptomatik und ist als Fragebogen konzipiert. Die deutsche Bearbeitung stammt von Beck, Hautzinger, Bailer, Worall und Keller (1992).

Ein Item besteht aus einer Gruppe von vier Aussagen, von denen diejenige auszuwählen ist, die die gegenwärtige Lage (erfragt wird hierbei der Zeitraum der letzten Woche) am Besten beschreibt. Es handelt sich bei diesen Aussagen um einfache Sätze, die die zu erfassende depressive Symptomatik in verschiedenen Ausprägungsgraden enthalten.

In Abbildung 5 findet sich die Darstellung eines Beispielitems:

0 Ich bin nicht traurig.

1 Ich bin traurig.

2 Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los.

3 Ich bin so traurig oder unglücklich, daß ich es kaum noch ertrage.

Abbildung 5: Beispielitem aus dem Beck-Depressions-Inventar

Mittels Selbstbeurteilung in insgesamt 21 Items der oben veranschaulichten Art kann ein Summenwert zwischen 0 und 63 erreicht werden, je nach Auftreten und Intensität der erfragten Symptome. Nach Beck et al. (1992) wird ein im BDI erfasster Wert zwischen 0 und 11 als klinisch unauffällig interpretiert. Eine milde bis mäßige Ausprägung depressiver Symptomatik kann bei einem Wert angenommen werden, der zwischen 11 und 17 Punkten liegt. Bei einem Wert über 18 spricht Beck von klinischer Relevanz.

Zur Bearbeitung bedarf es ca. 15 Minuten, und in den bisherigen Forschungsergebnissen erweist sich das BDI oft als Instrument, das über zufriedenstellende Gütekriterien verfügt. Um neben gesundheitsbedingten Faktoren

und sozialen Aspekten der Lebensqualität auch psychische Komponenten zu erheben, braucht es ein Instrument, das ökonomisch einsetzbar wichtige Daten über psychische Teilaspekte erfasst. Aufgrund der forensischen Thematik und der in diesem Rahmen erwarteten erhöhten Depressivitäts-Symptomatik erscheint das Depressions-Inventar als wichtiger Teil einer vollständigen Datensammlung.

7.4. Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)

Der von Schwarzer und Jerusalem im Jahr 1981 entwickelte Fragebogen konnte sich im Laufe der letzten beiden Jahrzehnte als anerkanntes Verfahren zur Bestimmung der Selbstwirksamkeit etablieren. In den letzten 20 Jahren wurde das Instrument nur unbedeutend von seiner Originalversion abgeändert, die in vorliegender Untersuchung verwendete, aktuellste Version stammt aus dem Jahr 1999 und geht ebenfalls auf Schwarzer und Jerusalem zurück. Es wurde die ursprüngliche Anzahl von zehn Items beibehalten, was den Fragebogen besonders ökonomisch macht und zu einer Bearbeitungszeit von durchschnittlich nur vier Minuten beiträgt.

Die SWE misst, inwiefern der Proband selbst davon überzeugt ist, schwierige Alltagssituationen aus eigener Kraft meistern zu können. Die zehn Items wurden nach gleicher Struktur konzipiert und werden den Teilnehmern in folgender Form dargeboten:

> Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.
>
> □ stimmt nicht □ stimmt kaum □ stimmt eher □ stimmt genau

Abbildung 6: Beispielitem aus der Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung

Wie in Abbildung 6 ersichtlich, steht den Versuchspersonen pro Item eine vierstufige Antwortskala (1=stimmt nicht, 2=stimmt kaum, 3=stimmt eher und 4=stimmt genau) zur Verfügung.

Die Summenscores entstehen durch Addition der gegebenen Antworten, wodurch die Werte zwischen 10 als niedrigste und 40 als höchste erreichbare Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung liegen können. Immer wieder konnten auch sehr vorteilhafte psychometrische Kennwerte bestätigt werden. Im Allgemeinen stellt dieser Fragebogen ein äußerst nützliches Verfahren dar und bietet eine gute Vervollständigung der in dieser Untersuchung angewandten Inventare, um allen inhaltlichen Ansprüchen Genüge zu leisten (Schwarzer & Jerusalem, 1995).

7.5. Praktikabilität und Akzeptanz mittels Visueller Analogskala

Um zusätzlich Informationen über die Anwendbarkeit der in vorliegender Untersuchung angewandten Verfahren zu gewinnen, wurde jedem Lebensqualitäts-Fragebogen ein Beurteilungsbogen nachgereicht, der in seiner gesamten Darstellung im Anhang zu finden ist.

Dieser Beurteilungsbogen zielt darauf ab, Informationen hinsichtlich Schwierigkeit der Aufgabenbearbeitung und Verständnis bzw. Klarheit von Item-Formulierungen zu erheben, fragt nach der Realitätsnähe, mit dem ein Fragebogen die persönliche Situation zu erfassen im Stande ist, und ob die befragte Person den Fragebogen retrospektiv betrachtet gerne bearbeitet hat.

Die Beurteilung erfolgt mittels Visueller Analogskala, eine kontinuierliche Skala, die keine Antwortkategorien festlegt, sondern eine Linie zwischen zwei Polen (inhaltlich entgegengesetzte Antworten) bildet. Die Person markiert mittels Strich oder Kreuz den Punkt auf diesem Kontinuum, der ihre Antwort am besten abbildet.

Mit der Festlegung der Linie auf eine Länge von exakt 100 Millimeter kann durch simples Abmessen eine Punktevergabe zwischen 0 (entspricht dem einen Pol) und 100 (entspricht dem gegengesetzten Pol) Wertpunkten stattfinden, was die Verrechnung und Auswertung sehr stark vereinfacht. Ein Beispiel aus jenem Beurteilungsfragebogen soll die grafische Umsetzung in Abbildung 7 veranschaulichen:

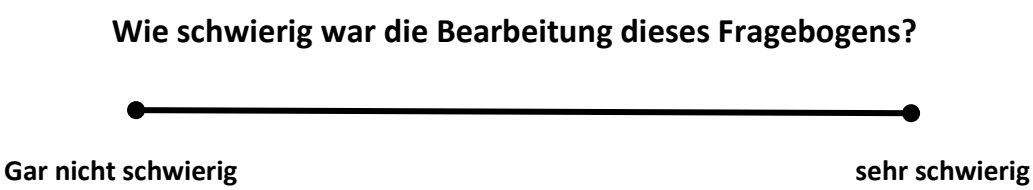


Abbildung 7: Beispiel einer Visuellen Analogskala zur Erhebung der Praktikabilität eines Fragebogens

8. Durchführung der Untersuchung

Bei der vorliegenden Studie zur Lebensqualität bei inhaftierten jungen Erwachsenen handelt es sich um eine Querschnittuntersuchung.

Der Untersuchung ging eine umfangreiche Vorbereitungsphase voraus. Es war wichtig, den genauen Zeitraum der Datenerhebung festzulegen, die eingesetzten Fragebogen und das Untersuchungsdesign zu referieren, um die Einverständniserklärung seitens der Justizanstaltsleitung und die Genehmigung des Justizministeriums einholen zu können. Das Empfehlungsschreiben des psychologischen Dienstes, das nach der Präsentation der Untersuchungsplanung ausgesandt wurde, findet sich im Anhang abgedruckt.

Eine Genehmigung war deshalb von Nöten, da im Vorfeld eine Einsicht der Daten aller Insassen vorgenommen werden musste, um a priori minderjährige von der Teilnahme an der Untersuchung auszuschließen. Nachdem für eines der beiden Verfahren zur Erhebung der Lebensqualität Normierungen nur für Erwachsene vorliegen, war das Alter das erste Ausschlusskriterium für die Bearbeitung der Fragebogen

Die Datenerhebung für die vorliegende Arbeit erfolgte schließlich im Zeitraum von August bis September 2008 in der Justizvollzugsanstalt für Jugendliche, Gerasdorf.

Insgesamt nahmen rund 100 Insassen an der schriftlichen Erhebung teil, einige mussten jedoch aufgrund sprachlicher Barrieren die Teilnahme unterbrechen. Bei einigen Personen konnten die Daten nicht vollständig erhoben werden, weil sie für eine sinnvolle Bearbeitung unzureichend gut Deutsch beherrschten. Insgesamt liegen die Datensätze von N=74 inhaftierten jungen Erwachsenen für die Auswertung vor.

Die Erhebung des gesamten Datensatzes verlief unter Aufsicht der Untersuchungsleiterin Reinhilde Moser. In einem Büro der psychologischen Abteilung wurde die Fragebogenbatterie in Einzelsettings vorgegeben, wobei die Reihenfolge derart festgelegt wurde:

- *Berliner Lebensqualitätsprofil, anschließend Beurteilungsfragebogen*
- *Short-Form Health Survey, Beurteilungsfragebogen*
- *Beck-Depressions-Inventar*
- *Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung*

Die durchschnittliche Bearbeitungszeit je Fragebogenbatterie betrug ca. eine Stunde, wobei für ungestörte Atmosphäre gesorgt wurde, die Anwesenheit der Untersuchungsleiterin aber notwendig war, um bei Fragen und Unklarheiten helfend zu intervenieren. Die Teilnehmer hatten freilich auch die Möglichkeit zur Pause.

Die inhaftierten jungen Erwachsenen hatten die Gelegenheit einer Rückmeldung ihrer Ergebnisse, die im Rahmen eines persönlichen Gesprächs auch oft und gerne in Anspruch genommen wurde.

9. Statistische Verfahren zur Datenanalyse

Die statistische Datenanalyse erfolgte größtenteils mit dem PC-Programm SPSS in der Version 8.0. Später wurden Rechenergebnisse teilweise mittels SPSS Version 19 nachgerechnet.

Im Rahmen der deskriptivstatistischen Analysen der Stichprobe wurden vor allem absolute und relative Häufigkeitsberechnungen und Berechnungen des arithmetischen Mittels zur Informationsgewinnung herangezogen. Mittelwertsvergleiche, um die erhobenen Daten jenen der Normpopulation gegenüber zu stellen, wurden mittels Einstichproben-t-Test gerechnet, ein t-Test für unabhängige Stichproben ermöglichte einen Mittelwertsvergleich zwischen zwei Gruppen. Waren die Varianzen der Daten inhomogen, so wurde ein Welch-Test herangezogen, um Mittelwerte zu vergleichen. Die Homogenität der Varianzen diverser Itempools wurde statistisch mit dem Levene Tests überprüft. Das Signifikanzniveau wurde hierbei, wie auch bei den anderen datenanalytischen Verfahren, auf $p< 0,05$ festgelegt.

Ein Überführen der Zufriedenheits-Daten des BeLP in Skalen bzw. Faktoren mittels Faktorenanalyse war im Sinne der Vergleichbarkeit von SF-36, in deren Auswertung die Verrechnung von Einzelitems zu Skalenwerten vorgesehen ist, mit den Daten des BeLP angebracht. Die Faktorenanalyse wurde mit Hilfe von SPSS durchgeführt. Die Faktoren wurden mittels Varimax-Methode nach Kaiser rotiert (Bortz & Schuster, 2010).

Diverse Zusammenhänge wurden mittels Pearson-Korrelation gerechnet, und um den Einfluss von Depressivität auf gesundheitsbezogene Lebensqualität zu berechnen, wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA), mit anschließender Bonferroni-Korrektur, herangezogen. Im Sinne der Überprüfung innerer Konsistenz von Skalen und Faktoren wurden Reliabilitätsanalysen nach Cronbach gerechnet, und für einen Gruppenvergleich wurde ein Kruskal-Wallis-Test für k unabhängige Stichproben verwendet. Eine non-parametrische Rechenlösung war dann notwendig, wenn von homogenen Varianzen nicht auszugehen war.

10. Beschreibung der Stichprobe

Zum Zeitpunkt der Erhebung waren der Justizanstalt für Jugendliche in Gerasdorf am Steinfeld (JAJG) ca. 130 männliche Personen im Alter von 14 bis 27 Jahren überantwortet.

An der vorliegenden Untersuchung nahmen N=74 junge Inhaftierte im Alter zwischen 18 und 26 Jahren teil.

10.1. Alter und Nationalität

Da für die vorliegende Studie nur das Datenmaterial von volljährigen Teilnehmern Berücksichtigung finden konnte, liegen die Alterswerte zwischen 18 und 26 Jahren, wobei die sich Verteilung der Häufigkeiten folgendermaßen darstellt (siehe Abb. 8):

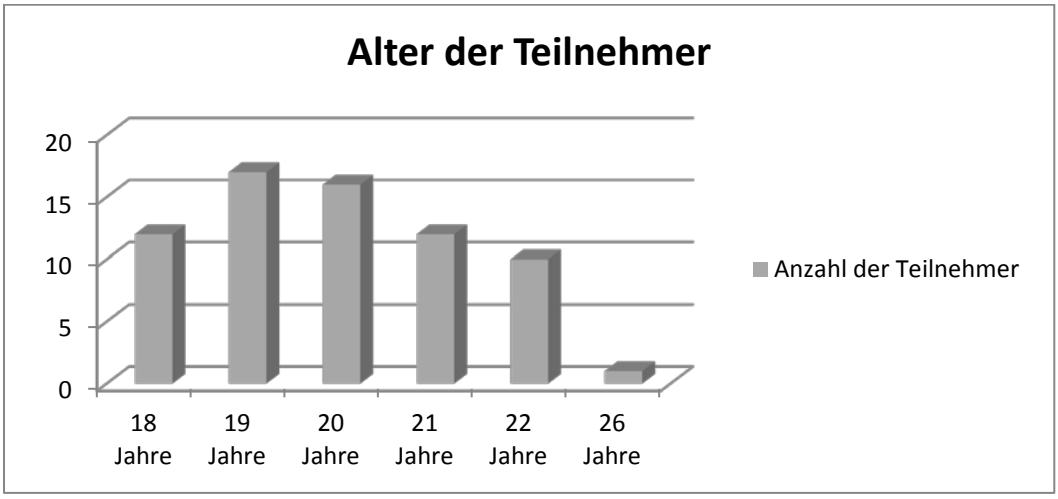


Abbildung 8: Darstellung der Altersverteilung

Das Alter der zugrundeliegenden Stichprobe liegt im Durchschnitt knapp über 20 Jahren ($\bar{x}$=20,20, SD=1,67). Ungefähr Dreiviertel (77,0%) der Befragten war zwischen 18 und 21 Jahre alt.

Wie in Abbildung 9 ersichtlich, waren 69,0% der befragten jungen Männer österreichische Staatsbürger, 11,3% serbischer Herkunft und 9,9% waren Türken. Drei Personen gaben an, jugoslawischer Nationalität zu sein und mussten damit aus

der Zählung ausgeschlossen werden. Andere Nationalitäten, wie kroatisch, deutsch, rumänisch, polnisch, afghanisch oder moldawisch, wurden nur vereinzelt genannt.

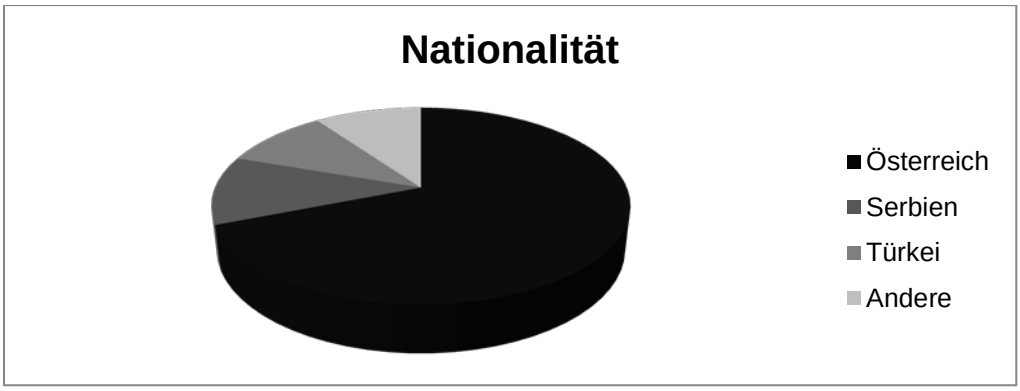


Abbildung 9: Verteilung Nationalitäten

10.2. Schulbildung und Beruf

Genau jeder Zweite der befragten jungen Männer konnte einen Pflichtschulabschluss vorweisen. 35,0% der Teilnehmer konnten die Hauptschule als abgeschlossen werten, und ein junger Mann gab „Matura“ als höchste abgeschlossene Ausbildung an. Nur wenige Personen konnten keine abgeschlossene Ausbildung angeben (13,5%).

Aufgrund der angebotenen Möglichkeiten in Haft und der konzeptionellen Ausrichtung des Strafvollzugs in der Justizanstalt für Jugendliche waren 33 teilnehmende Inhaftierte zum Zeitpunkt der Datenerhebung aktuell damit beschäftigt, einen Lehrberuf zu erlernen. 13 Männer hatten eine Berufslehre bereits beendet, und 14 hatten die Lehre vor der Gesellenprüfung vorzeitig abgebrochen. 12 gaben an, keine Lehrausbildung begonnen bzw. keinen Beruf erlernt zu haben. In Abbildung 10 sind die Werte veranschaulicht.

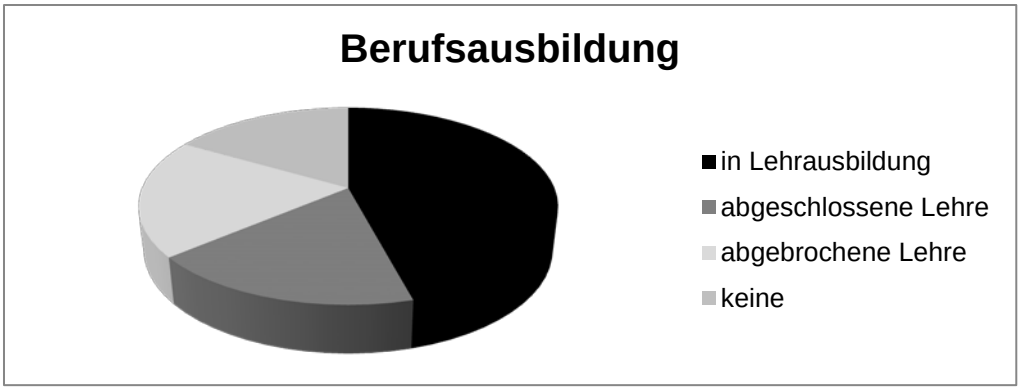


Abbildung 10: Verteilung Berufsausbildung

10.3. Haftsituation

Bis zum Zeitpunkt der Datensammlung waren die jungen Männer im Durchschnitt bereits 23,67 (SD=11,64) Monate inhaftiert. Etwas mehr als die Hälfte der jungen Erwachsenen, die an der Untersuchung teilnahmen, waren zum ersten Mal in Haft (54,1%). Für ungefähr ein Drittel aller Befragten war es die zweite Haftstrafe, die sie zum Erhebungszeitpunkt verbüßten, und 11 Personen gaben drei oder mehr Gefängnisaufenthalte an.

Die Dauer der zu verbüßenden Freiheitsstrafen der Inhaftierten rangierte zwischen 12 und 180 Monaten (siehe Abbildung 11). Durchschnittlich betrug das Strafausmaß in dieser Stichprobe 61,5 (SD=37,17) Monate.

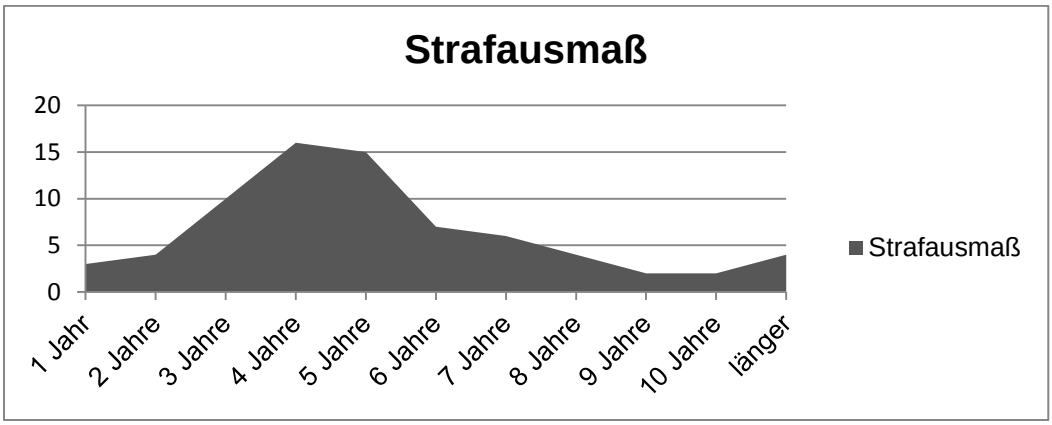


Abbildung 11: Verteilung der verhängten Freiheitsstrafen

10.4. Deskriptive Darstellung der psychologischen Konstrukte

Eine knappe deskriptive Darstellung der Ergebnisse aus den Fragebögen bietet sich zur Beschreibung der Stichprobe an, da dies als nützliche Basisinformationen für die weitere analytische Auswertung von Nutzen zu sein scheint.

10.4.1. Mittels BeLP erhobene Lebensqualität

Das Berliner Lebensqualitätsprofil fragte die Teilnehmenden nach deren „allgemeinem Lebensgefühl“. Durchschnittlich gaben die Inhaftierten an, abwechselnd zufrieden und unzufrieden zu sein, tendenziell neigten die Antworten aber eher in Richtung Zufriedenheit. Der Mittelwert liegt bei $\bar{x}$=4,74 (SD=1,4), wobei die Antwort 4 „abwechselnd zufrieden und unzufrieden meint und 5 „eher zufrieden“ bedeutet.

Betrachtet und vergleicht man die Ergebnisse aller Fragen nach der Zufriedenheit der jungen Männer in Bezug auf diverse Themen und Lebensbereiche, so zeigen sich die niedrigsten Zufriedenheitswerte in den Ergebnissen bei „Zufriedenheit mit dem langen Aufenthalt“ im Gefängnis ($\bar{x}$=2,70, SD=1,78; Antwort „2“ bedeutet „unzufrieden“, eine Bewertung mit „3“ meint „eher unzufrieden“), „Zufriedenheit mit der Bezahlung“ ($\bar{x}$=2,89, SD=1,57) in Haft, „Zufriedenheit mit der finanziellen Situation“ ($\bar{x}$=3,41, SD=1,64) und „Zufriedenheit mit der derzeitigen Wohnsituation“ ($\bar{x}$=3,83, SD=1,78).

Die Frage nach Arbeitslosigkeit ($\bar{x}$=2,17, SD=1,47) wurde nur sechs Mal beantwortet, weshalb dieses Item aufgrund zu geringer Repräsentativität aus der Auswertung genommen wurde. Ebenso das Item „Zufriedenheit mit der Beziehung zu ihren Kindern“. Bei einer Anzahl von sieben Antworten ist der Mittelwert von $\bar{x}$=6,0 (Antwort 6 bedeutet „zufrieden“), bei einer Standardabweichung von SD=1,15, nicht aussagekräftig. Abbildung 12 zeigt die durchschnittlichen Werte der Antworten der Zufriedenheitsitems.

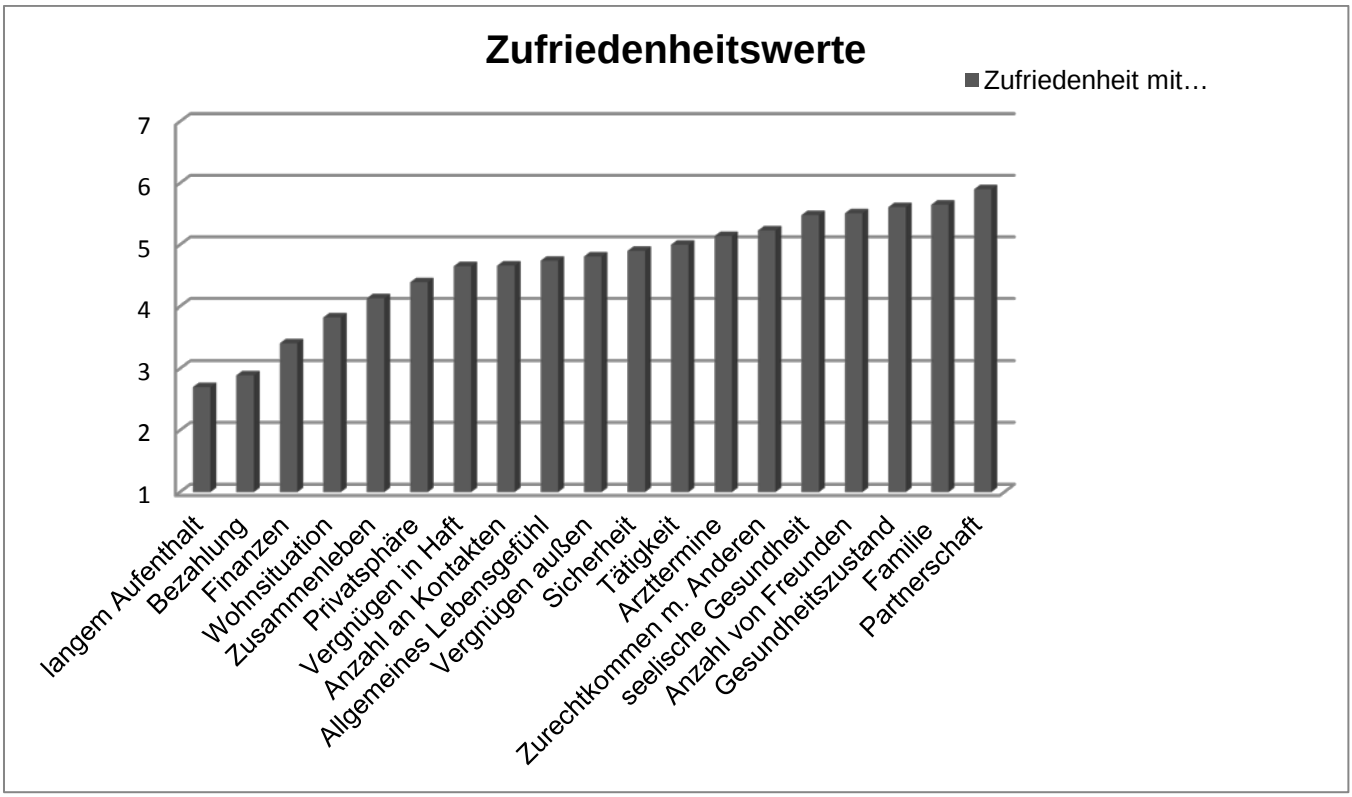


Abbildung 12: Zufriedenheitswerte aus dem BeLP

Inhaltlich liegen verschiedene Z-Items zum Teil nahe beisammen, und im Allgemeinen kann gesagt werden, dass die Zufriedenheit der Inhaftierten mit ihrem Aufenthalt und den Finanzen in genannten Kategorien am niedrigsten war. Ob sich diese Themenverwandtschaft auch durch Faktoren mittels Faktorenanalyse abbilden lässt und vor allem auch, um Berechnungen auf einer Faktorenebene zu ermöglichen, wurden die Zufriedenheitswerte aus dem Berliner Lebensqualitätsprofil auf latente Faktoren geprüft, die möglicherweise über eine höhere Aussagekraft verfügen als die Einzelitems.

Aufgrund der geringen Aussagekraft der jeweiligen Antwortmuster war eine Extraktion der Items „Zufriedenheit an Freizeitaktivitäten außerhalb des Heims“, „Zufriedenheit mit dem Zusammenleben mit anderen Menschen“, „Zufriedenheit mit der Beziehung zum Partner/ zur Partnerin“ und „Zufriedenheit mit der Häufigkeit der Arzttermine“ notwendig.

Erste Rechenergebnisse brachten eine Fünf-Faktoren-Lösung, wobei das Item „Zufriedenheit mit der Tätigkeit“ (inhaltlich ist hier die Beschäftigung in der Justizanstalt gemeint) als eigener fünfter Faktor erhoben wurde. Da dieses Item aber auch eine gute Ladung auf dem Faktor 3 zeigte, wurde die Faktorzahl auf vier Faktoren festgelegt.

Mittels rotierter Komponentenlösung (Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung) zeigte sich eine deutliche Abbildung zu Grunde liegender Faktoren, und so kann davon ausgegangen werden, dass die Zufriedenheitswerte des BeLP in dieser spezifischen Population vier Dimensionen erfassen, nämlich:

Wohnen (Wohnsituation, Vergnügen in Haft, Privatsphäre, Aufenthalt, Sicherheit, Zurechtkommen),

Beziehungen (Familie, Kontakthäufigkeit, Lebensgefühl, Freunde),

Gesundheit (Gesundheit, seelische Gesundheit, Tätigkeit) und

Finanzen (Bezahlung, finanzielle Situation).

Tabelle 1 zeigt die Ladungen der einzelnen Z-Items auf den latenten Faktoren des BeLP, wobei nur Werte über 0,4 angezeigt werden.

	1	2	3	4
Zufr. mit Wohnsituation	,799			
Zufr. mit Vergnügen in Haft	,709			
Zufr. mit Privatsphäre	,691			
Zufr. m. langem Aufenthalt	,658			
Zufr. mit Sicherheit	,560			-,443
Zufr. m. d Zurechtkommen	,518			
Zufr. mit familiären Beziehungen		,870		
Zufr. mit der Häufigkeit von Kontakten		,825		
Allgemeines Lebensgefühl	,441	,561		
Zufr. mit der Anzahl an Freunden	,449	,527		
Zufr. mit Gesundheit			,881	
Zufr. mit seelischer Gesundheit			,691	
Zufriedenheit mit Tätigkeit			,511	
Zufr. mit Bezahlung				,762
Zufriedenheit mit Finanzen				,656

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

a. Die Rotation ist in 6 Iterationen konvergiert.

Tabelle 1: Rotierte Komponenten-Matrix

10.4.2. Mittels SF36 erhobene Lebensqualität

Die erhobenen und eingetragenen Rohwerte wurden mittels Auswertungsprogramm für den PC adäquat transformiert und verrechnet. Faktoren-Scores haben sich damit automatisch und wie von den Autoren vorgesehen ergeben.

Bei der Betrachtung der Antworten, die die jungen Männer im Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität gaben, zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den acht Subskalen. Die Inhaftierten beschreiben sich zwar als körperlich fit, doch auch müde und erschöpft und eher traurig und ängstlich. In ähnlicher Relation bilden sich aber diese Unterschiede auch in der Gesamtpopulation ab und scheinen ein Charakteristikum des Fragebogens zu sein, weshalb Vergleiche zwischen den Subskalen wenig aussagekräftig sind.

Die wesentlichen Informationen ergeben sich aus dem Vergleich der Inhaftierten-Stichprobe mit den Normwerten. Ob sich signifikante Unterschiede hinsichtlich der Normpopulation ergeben, zeigt ein Mittelwertvergleich mittels t-Test:

Wie Abbildung 13 veranschaulicht, gaben die Inhaftierten in allen acht Skalen der SF-36 niedrigere Lebensqualitätswerte an als die Referenzpopulation der 21–30-Jährigen. Signifikant waren die Unterschiede in der Dimension „Körperliche Funktionsfähigkeit“ ($p=.011$), „Körperliche Rollenfunktion“ ($p<.001$), „Vitalität“ ($p<.001$), „Emotionale Rollenfunktion“ ($p=.001$) und „Psychisches Wohlbefinden“ ($p<.001$). In den Subskalen „Schmerzen“ ($p=.104$), „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“ ($p=.153$) und „Soziale Funktionsfähigkeit“ ($p=.078$) zeigten sich keine statistisch signifikanten Differenzen.

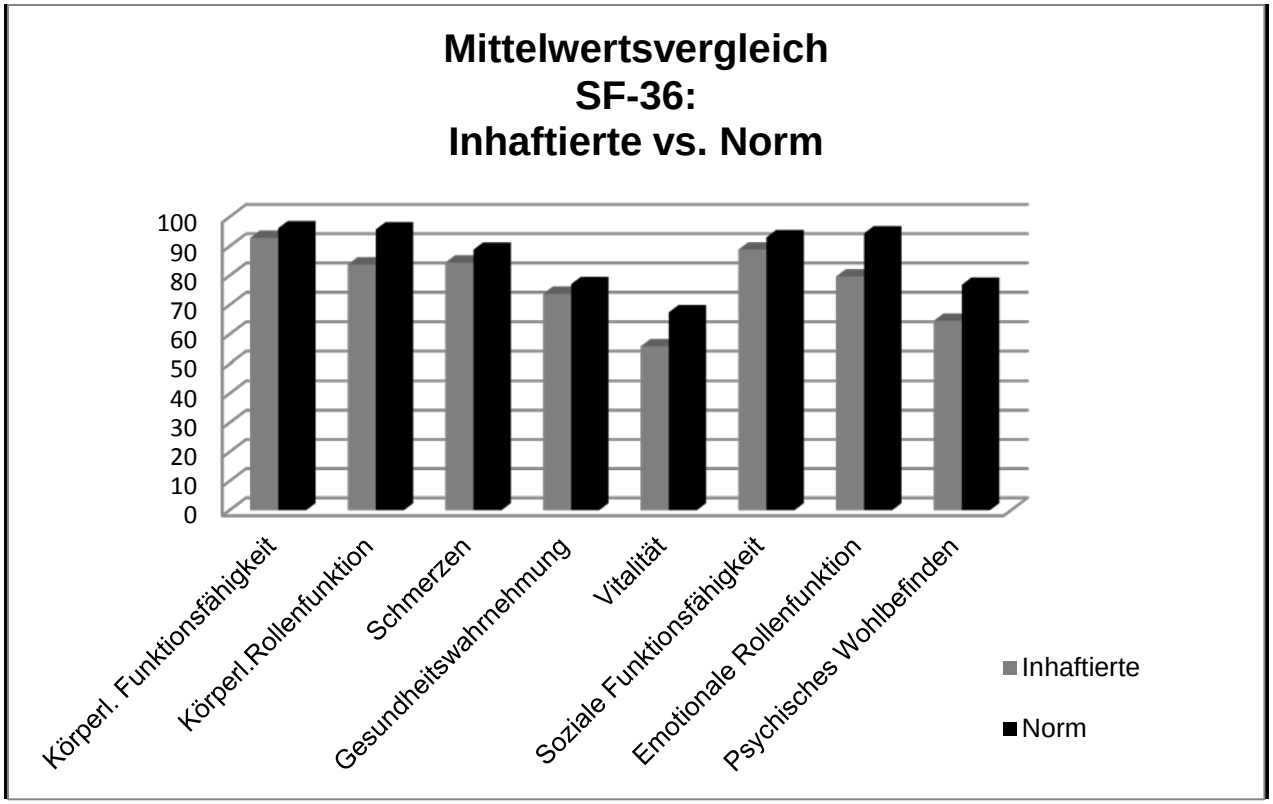


Abbildung 13: Signifikante Unterschiede in allen Dimensionen außer: Schmerzen, Allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Soziale Funktionsfähigkeit

10.4.3. Depressivität

Das Beck Depressions-Inventar gibt einen gut fundierten Einblick über das Vorliegen einer depressiven Symptomatik in der der Untersuchung zugrundeliegende Population. So zeigt sich, dass aus allen Angaben im BDI ein Mittelwert von $\bar{x}$=14,4 (SD=9,24) resultiert. Interpretativ kann dieser Wert als mäßige Ausprägung depressiver Symptomatik beschrieben werden.

Um einer inhaltlichen Entsprechung Genüge zu leisten, wurden die BDI-Werte der Stichprobe den drei Gruppen klinischer Relevanz zugeordnet, die Beck als Interpretationsvorlage für die Auswertung in seinem Testmanual anbietet: ein Wert zwischen 0 und 10 bedeutet klinisch unauffällig, 11–17 deutet auf milde bis mäßige Ausprägung depressiver Symptomatik hin, jeder Wert über 17 gilt als klinisch relevant.

26 der 74 Personen (35,1%) beantworteten das BDI derart, dass von keiner auffälligen depressiven Symptomatik ausgegangen werden kann. Der Gruppe „mild bis mäßig depressiv“ werden aufgrund deren Angaben in dem Fragebogen zur Depressivität 23 Inhaftierte (31,1%) zugerechnet und von klinischer Relevanz der Symptomausprägung kann bei 25 Personen (33,8%) ausgegangen werden.

Ungefähr zwei Drittel der Befragten zeigen also auffällige Werte im BDI, damit liegt eine Stichprobe vor, die erhöhte depressive Symptomatik zeigt.

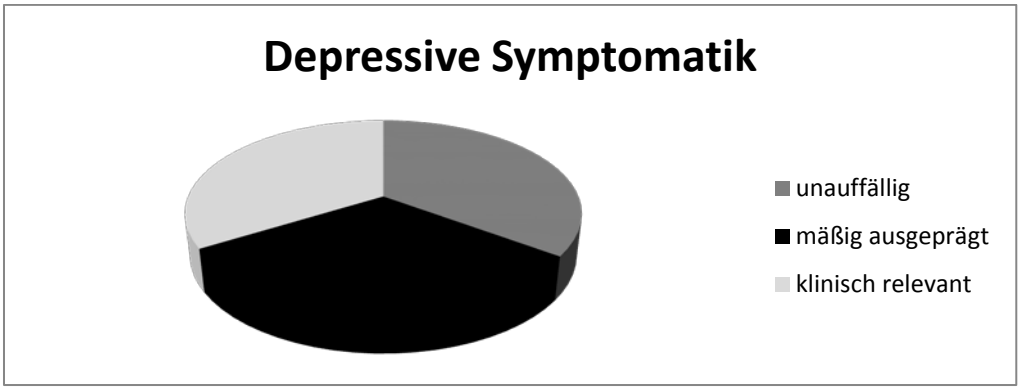


Abbildung 14: BDI-Gruppenaufteilung

10.4.4. Selbstwirksamkeitserwartung

Als kognitives Konstrukt wurde die Selbstwirksamkeitserwartung mit der Skaka von Jerusalem und Schwarzer (1998) erhoben. Mögliche Werte der Skala liegen zwischen einem Minimalwert von x_{min}=10 und dem Maximalwert von x_{max}=40. Die befragten jungen Erwachsenen gaben in dieser Skala eine durchschnittliche SWE von $\bar{x}$=31,1 (SD=4,60) an. Das heißt, die Selbsteinschätzung der eigenen Fähigkeiten im Bezug auf anspruchsvolle Situationen war knapp im oberen Drittel des Wertebereichs ausgeprägt.

Ein t-Test, um den Datenmittelwert der Inhaftierten-Stichprobe mit jenem der Referenzpopulation ($\bar{x}$=29,46, SD=5,33) zu vergleichen, ergab einen statistisch signifikanten Unterschied von p=.004. Innerhalb der Befragten zeigt sich ein signifikant höherer Wert für Selbstwirksamkeitserwartung als in der Normpopulation.

Demnach schätzten die Inhaftierten ihre eigene Kompetenz, in schwierigen Situationen zurechtzukommen, signifikant höher ein als die Gesamtbevölkerung.

11. Die Beziehung von Lebensqualität und Depressivität

Unter Einbeziehung einer emotionalen Komponente, in vorliegender Studie wurde dafür die Erhebung eines Depressivitäts-Wertes herangezogen, sollte eine genauere Aussage über die Befindlichkeit der untersuchten Stichprobe ermöglicht werden. Wie das emotionale Befinden mit Lebensqualität in Verbindung steht und in welchen bestimmten Teilbereichen, war von besonderem Interesse.

11.1. Korrelationen zwischen BDI-Werten und BeLP-Faktoren

Eine Berechnung der statistischen Zusammenhänge von den vom BeLP erhobenen Größen und den BDI-Werten mittels Pearson Korrelation erbrachte signifikante Relationen in den Faktoren „Wohnen“ (r=-.402) und „Gesundheit“ (r=-.313).

Die Korrelation zwischen „Wohnen“ und Depressivität war deutlich stärker ausgeprägt, was inhaltlich bedeutet, dass die Inhaftierten die Wohnsituation, Privatsphäre etc. negativer beurteilten, also unzufriedener damit waren, je höher eine Ausprägung der depressiven Symptomatik vorlag.

Dieser Zusammenhang galt auch für den Faktor „Gesundheit“, wie in Tabelle 2 gezeigt wird. Inhaftierte, die weniger Zufriedenheit mit ihrem seelischen und körperlichen Gesundheitszustand angaben, zeigten gleichzeitig höhere Ausprägungen einer depressiven Symptomatik.

		Gesundheit	**Wohnen**	**Beziehung**	**Finanzen**
BDI Gesamt	Korrelation nach Pearson	**-,313***	**-,402****	-,001	-,165
	Signifikanz (2-seitig)	**,010**	**,001**	,991	,199
	N	66	63	62	62
**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant. *. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.					

Tabelle 2: Pearson-Korrelation BeLP und BDI-Gesamtscore

Als Voraussetzung eine Varianzanalyse zu rechnen, musste mittels Levine-Test die Homogenität der Varianzen bestimmt werden. Alle vier Faktoren des BeLP zeigten kein signifikantes Ergebnis, weshalb von homogenen Varianzen ausgegangen werden konnte. Die Berechnung der BDI-Gruppenunterschiede (3 Gruppen: unauffällige Ausprägung, mäßig depressive Ausprägung, klinisch relevante Ausprägung) der Varianzen war somit möglich. Die Anwendung der One-Way ANOVA ergab, wie in Tabelle 3 ersichtlich, nur für den Faktor „Wohnen“ einen signifikanten F-Wert (p<.001).

		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sign.
Wohnen	Zwischen den Gruppen	4015,746	2	2007,873	**9,023**	**<,001**
	Innerhalb der Gruppen	13574,160	61	222,527		
	Gesamt	17589,906	63			
Beziehungen	Zwischen den Gruppen	691,424	2	345,712	1,118	,334
	Innerhalb der Gruppen	18559,467	60	309,324		
	Gesamt	19250,891	62			
Gesundheit	Zwischen den Gruppen	955,674	2	477,837	1,639	,202
	Innerhalb der Gruppen	18658,500	64	291,539		
	Gesamt	19614,174	66			
Finanzen	Zwischen den Gruppen	755,423	2	377,712	1,108	,337
	Innerhalb der Gruppen	20451,250	60	340,854		
	Gesamt	21206,673	62			

Tabelle 3: einfaktorielle Varianzanalyse (BeLP)

Die Bonferroni-Korrektur, die mehrere Tests in Hinblick auf Gruppenunterschiede rechnet, zeigte hinsichtlich Subskala „Wohnen“, dass die Mittelwertsunterschiede zwischen unauffälliger BDI-Gruppe und klinisch relevanter Ausprägung und

zwischen mäßig depressiver und klinisch relevant ausgeprägter BDI-Gruppe signifikant waren.

11.2. Korrelationen zwischen BDI und Skalen der SF-36

Auch für die Berechnung der Zusammenhänge zwischen Depressivitätsausprägung und den Subskalen der SF-36 wurde eine Pearson-Korrelation als adäquates statistisches Verfahren herangezogen und gerechnet. In Tabelle 4 sind alle Korrelationskoeffizienten und die Signifikanzwerte zu sehen.

Es zeigte sich, dass nahezu alle Dimensionen der SF-36 mit den Ergebnissen aus dem BDI korrelieren. Besonders hoch war der Zusammenhang von Depressivität und „Psychischem Wohlbefinden“ (r=-.603) und „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“ (r=-.458). Die inhaltliche Entsprechung bzw. Nähe der beiden Skalen mit dem im BDI erfassten Konstrukt „Depressivität“ legt dieses Ergebnis nahe (siehe weiter oben auch das Kapitel „konvergente Validität“).

Die Skala „Emotionale Rollenfunktion“ zeigte sich ebenfalls hoch korrelierend mit den Depressivitätswerten (r=-.456). Der emotionale Bezug beider Dimensionen spiegelte sich in den Ergebnissen. Die Inhaftierten mit höherer Ausprägung von depressiven Symptomen beschreiben ihre Unzufriedenheit mit der Situation, durch emotionale Probleme im Alltag eingeschränkt zu sein, signifikant höher.

Keine signifikante Korrelation zwischen Depressivität und gesundheitsbezogener Lebensqualität zeigte sich in einer einzigen Subskala der SF-36, nämlich in der „Sozialen Funktionsfähigkeit“. Demnach bestand kein Zusammenhang zwischen einer vorliegenden depressiven Symptomatik und wie zufrieden die inhaftierten jungen Männer damit sind, ihrem Bedürfnis nach Sozialkontakten im Alltag nachgehen zu können.

Statistisch wirkte sich eine erhöhte Ausprägung depressiver Symptomatik negativ auf die Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität aus.

Korrelationen

		BDI Gesamtscore
Körperliche Funktionsfähigkeit	Korrelation nach Pearson	**-,439****
	Signifikanz (2-seitig)	**<,001**
	N	72
Körperliche Rollenfunktion	Korrelation nach Pearson	**-,308***
	Signifikanz (2-seitig)	**,011**
	N	67
Schmerzen	Korrelation nach Pearson	**-,385****
	Signifikanz (2-seitig)	**,001**
	N	71
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	Korrelation nach Pearson	**-,458****
	Signifikanz (2-seitig)	**<,001**
	N	70
Vitalität	Korrelation nach Pearson	**-,420****
	Signifikanz (2-seitig)	**<,001**
	N	70
Soziale Funktionsfähigkeit	Korrelation nach Pearson	-,149
	Signifikanz (2-seitig)	,215
	N	71
Emotionale Rollenfunktion	Korrelation nach Pearson	**-,456****
	Signifikanz (2-seitig)	**<,001**
	N	68
Psychisches Wohlbefinden	Korrelation nach Pearson	**-,603****
	Signifikanz (2-seitig)	**<,001**
	N	71

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 4: Pearson-Korrelation SF-36 und BDI-Gesamtscore

Um den Einfluss der Depressivität auf die einzelnen Ausprägungen in den Subskalen der SF-36 zu bestimmen, wurden einfaktorielle Varianzanalysen gerechnet. Als Voraussetzung dafür gilt die Homogenität der Varianzen, die mittels Levene-Test bestimmt wurde, und die aufgrund dessen für folgende Dimensionen angenommen werden konnte: „Körperliche Funktionsfähigkeit“ (p=.071), „Vitalität“ (p=.697) und „Psychisches Wohlbefinden“ (p=.272).

Für diese drei Subskalen konnte eine One-Way ANOVA mit anschließender Bonferroni-Korrektur gerechnet werden (siehe Tabelle 5).

		Quadrat-summe	**df**	**Mittel der Quadrate**	**F**	**Signifikanz**
SF36-Körperliche Funktions-fähigkeit	Zwischen den Gruppen	588,057	2	294,028	2,689	,075
	Innerhalb der Gruppen	7653,724	70	109,339		
	Gesamt	8241,781	72			
SF36-Vitalität	Zwischen den Gruppen	4766,538	2	2383,269	**9,080**	**<,001**
	Innerhalb der Gruppen	17848,955	68	262,485		
	Gesamt	22615,493	70			
SF36-Psychisches Wohlbefinden	Zwischen den Gruppen	5681,862	2	2840,931	**14,513**	**<,001**
	Innerhalb der Gruppen	13507,249	69	195,757		
	Gesamt	19189,111	71			

Tabelle 5: einfaktorielle Varianzanalyse (SF-36)

Für die Dimension „Körperliche Funktionsfähigkeit“ (p=.075) ergab sich kein signifikanter Einfluss von Depressivität, doch konnte für die Dimensionen „Vitalität“ (p<.001) und „Psychisches Wohlbefinden“ (p<.001) jeweils ein signifikanter Einfluss festgestellt werden.

Die Bonferroni-Korrektur zeigt einen signifikanten Mittelwertsunterschied zwischen den BDI-Gruppen „Unauffällig“ und „Klinisch“ für die „Vitalitäts-Skala“. Für die Dimension „Psychisches Wohlbefinden“ errechnen sich mehrere Signifikanzen: die Mittelwerte zwischen unauffälliger und klinischer BDI-Gruppe und jene zwischen mäßiger und klinischer Gruppe zeigen relevante Unterschiede.

In den Subskalen der SF-36, für die aufgrund der fehlenden Voraussetzungen keine ANOVA berechnet werden konnte, zeigten sich im Kruskal-Wallis-Test für k unabhängige Stichproben signifikante Ergebnisse für alle Werte, abgesehen von der Dimension „Soziale Funktionsfähigkeit“.

Zusammenfassend bedeutet dies, es gibt signifikante Unterschiede in den Subskalen der SF-36 je nach Ausprägung der Depressivität. Der Einfluss der depressiven Symptomatik auf die Dimensionen gesundheitsbezogener Lebensqualität, mit Ausnahme von „Sozialer Funktionsfähigkeit“, konnte somit belegt werden.

12. Die Beziehung von Lebensqualität und Selbstwirksamkeit

Weiter wurde auch eine kognitive Komponente in die vorliegende Forschung und damit in die Erhebung des Datenmaterials mit einbezogen, um die Stichprobe und deren Befindlichkeit umfassend zu beschreiben. Es schien adäquat, die Selbstwirksamkeitserwartung als kognitives Konstrukt einfließen zu lassen und in Beziehung zu den erhobenen unterschiedlichen Aspekten von Lebensqualität zu setzen.

12.1. Korrelationen zwischen SWE-Werten und BeLP-Faktoren

Unter Betrachtung der statistischen Zusammenhänge von Selbstwirksamkeitserwartung und den Faktoren des Berliner Lebensqualitätsprofils – gerechnet wurde die Korrelation nach Pearson – konnte in nur einem Faktor ein signifikantes Ergebnis festgestellt werden. Der SWE-Gesamtscore korreliert mit dem Faktor „Gesundheit“ in einer Höhe von r=.327 (p=.008). Der Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitserwartung und Zufriedenheit bzgl. „Wohnen“ ist ebenfalls signifikant (r=.252, p= .047).

Je höher die SWE-Werte, desto besser fiel die Einschätzung auf der „Gesundheit“-Skala aus. Inhaltlich meint das, dass die Inhaftierten signifikant zufriedener mit ihrem seelischen und körperlichen Gesundheitszustand sind, je höher sie die eigene Fähigkeit, mit schwierigen Situationen klarzukommen, einschätzen.

Ein statistischer Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitserwartung und dem Faktor „Finanzen“ von nahezu Null bedeutet inhaltlich, dass die Einschätzung der Zufriedenheit mit der finanziellen Situation nicht mit der eigenen Kompetenzeinschätzung in schwierigen Situationen in Zusammenhang gebracht werden kann. Tabelle 6 veranschaulicht die Daten.

		SWE Gesamtscore
Wohnen	Korrelation nach Pearson	**,252***
	Signifikanz (2-seitig)	**,047**
	N	63
Beziehungen	Korrelation nach Pearson	,202
	Signifikanz (2-seitig)	,113
	N	63
Gesundheit	Korrelation nach Pearson	**,327****
	Signifikanz (2-seitig)	**,008**
	N	65
Finanzen	Korrelation nach Pearson	-,017
	Signifikanz (2-seitig)	,895
	N	61

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 6: Pearson-Korrelation BeLP und SWE-Gesamtscore

Um den Einfluss der Selbstwirksamkeit auf die einzelnen Faktoren der Lebensqualität mittels varianzanalytischem Verfahren zu berechnen, wurde, wie auch bei den Werten der Depressivität, eine Gruppenzuweisung der SWE-Werte vorgenommen. Durch einen Mediansplit (x_{med}= 31) ergaben sich zwei Gruppen:

Jene Personen mit einem Score zwischen 0 und 31 SWE-Werten wurden der Gruppe mit niedriger Ausprägung von Selbstwirksamkeitserwartung zugeordnet, und jene, deren Wert zwischen 31 und 40 lag, bildeten die Gruppe mit hohen SWE-Ausprägung.

Zur Überprüfung der Mittelwertsunterschiede zwischen den beiden SWE-Gruppen hinsichtlich der BeLP-Faktoren wurde ein t-Test gerechnet. Tabelle 7 demonstriert die Ergebnisse.

	df	t-Wert	Signifikanz
Wohnen	62	-1,237	,221
Beziehung	61	1,005	,319
Gesundheit	65	-2,265	,027
Finanzen	61	-,336	,738

Tabelle 7: MW-Vergleich BeLP-Faktoren hinsichtlich SWE

In Hinblick auf den Gruppenvergleich wurde ein signifikanter Einfluss von Selbstwirksamkeit auf den Faktor „Gesundheit“ berechnet (t= -2,265, p= .027).

12.2. Korrelationen zwischen SWE-Werten und SF-36-Skalen

Mit der Pearson-Korrelation wurden auch die Zusammenhänge zwischen den Werten der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung und den einzelnen Subskalen der SF-36 sichtbar.

Wie schon bei den Relationen zu einem emotionalem Konstrukt, hier Depressivität (siehe 11.2.), zeigten sich signifikante Korrelationen von SWE und gesundheitsbezogener Lebensqualität in fast allen Skalen.

Die höchsten Zusammenhänge ergaben sich zwischen dem Konstrukt Selbstwirksamkeit und den Dimensionen „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“ (r=.421), „Psychisches Wohlbefinden“ (r=.386) und „Vitalität“ (r=.380).

Eine bessere Einschätzung der eigenen Fähigkeiten, mit Problemen klarzukommen, geht mit besserer subjektiven Gesundheitswahrnehmung, vermehrtem psychischem Wohlbefinden und erhöhter Vitalität einher.

Kein signifikanter Zusammenhang zeigt sich zwischen SWE und Sozialer Funktionsfähigkeit. Wie die Personen ihre Selbstwirksamkeitserwartung bewerten, ist unabhängig davon, wie die Ermöglichung von Sozialkontakten im Alltag erlebt wird.

Eine Darstellung der Ergebnisse ist in Tabelle 8 ersichtlich:

		SWE Gesamtscore
Körperliche Funktionsfähigkeit	Korrelation nach Pearson	**,260***
	Signifikanz (2-seitig)	,027
	N	72
Körperliche Rollenfunktion	Korrelation nach Pearson	**,282***
	Signifikanz (2-seitig)	,021
	N	67
Schmerzen	Korrelation nach Pearson	**,262***
	Signifikanz (2-seitig)	,027
	N	71
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	Korrelation nach Pearson	**,421****
	Signifikanz (2-seitig)	<,001
	N	70
Vitalität	Korrelation nach Pearson	**,380****
	Signifikanz (2-seitig)	,001
	N	71
Soziale Funktionsfähigkeit	Korrelation nach Pearson	,170
	Signifikanz (2-seitig)	,157
	N	71
Emotionale Rollenfunktion	Korrelation nach Pearson	**,313****
	Signifikanz (2-seitig)	,009
	N	68

Korrelationen

Psychisches Wohlbefinden	Korrelation nach Pearson	**,386****
	Signifikanz (2-seitig)	,001
	N	71

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 8: Pearson-Korrelation SF-36 und SWE-Gesamtscore

Für den Vergleich der beiden Gruppen war es notwendig vorab mittels Levene-Test die Varianzen auf Homogenität zu prüfen. Die Mittelwertsunterschiede wurden mit t-Test bei Varianzhomogenität bzw. Welch-Test, wenn die Varianzen nicht homogen waren, berechnet. Die Ergebnisse zeigt Tabelle 9.

	df	**t-Wert**	**Sign.**
SF36-Körperliche Funktionsfähigkeit	71	-,652	,516
SF36-Körperliche Rollenfunktion	59,803	-1,296	,200
SF36-Schmerzen	70	-1,293	,200
SF36-Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	69	**-2,136**	**,036**
SF36-Vitalität	69	**-2,117**	**,038**
SF36-Soziale Funktionsfähigkeit	70	-,488	,627
SF36-Emotionale Rollenfunktion	67	-,861	,393
SF36-Psychisches Wohlbefinden	70	**-2,633**	**,010**

Tabelle 9: t-Test für unabhängige Stichproben

Der t-Test für unabhängige Stichproben ergab signifikante Einflüsse von SWE auf die „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“ (t=-2,136, p=.036), „Vitalität“ (t=-2,117, p=.038) und „Psychisches Wohlbefinden“ (t=-2,633, p=.010). Der Welch-

Test, der für die Subskala „Körperliche Rollenfunktion“ gerechnet wurde, erbrachte kein signifikantes Ergebnis.

Zusammenfassend also zeigt sich, dass sich der Einfluss von Selbstwirksamkeitserwartung auf die gesundheitsbezogenen Dimensionen („Gesundheit“, „Allg. Gesundheitswahrnehmung“, Vitalität“, „Psychisches Wohlbefinden“) beschränkt.

13. Psychometrische Analyse von BeLP und SF-36

Die Gegenüberstellung von gesundheitsbezogenen und psychosozialen Faktoren von Lebensqualität liegt im Zentrum des Interesses dieser Arbeit. Der Vergleich der psychometrischen Eigenschaften von Short-Form Health Survey (SF-36) mit jenen des Berliner Lebensqualitätsprofils (BeLP) bildet deshalb den Hauptteil dieser Studie. Anhand von Reliabilität, Validität und Praktikabilität der beiden Verfahren soll die Frage beantwortet werden, welcher Fragebogen im Bezug auf diese spezielle Population besser geeignet zu sein scheint.

13.1. Reliabilität (Innere Konsistenz)

Ein wichtiger Kennwert für die Güte eines psychologischen Verfahrens ist die Reliabilität oder Innere Konsistenz, die aussagt, wie zuverlässig ein Verfahren das zu Grunde liegende Konstrukt erhebt. Im Fall der vorliegenden Untersuchung soll analysiert werden, wie zuverlässig die Fragebogen BeLP und SF-36 bei Anwendung in der bestimmten Stichprobe der inhaftierten jungen Männer bzgl. der Erhebung von Lebensqualität sind.

13.1.1. Reliabilitätsanalyse

Eine Reliabilitätsanalyse der einzelnen Faktoren des Berliner Lebensqualitätsprofils ergab zum Teil gute, teilweise auch mäßig zufriedenstellende Werte von Cronbach's Alpha.

Für den ersten extrahierten Faktor „Wohnen" (sechs Items: Zufriedenheit mit Wohnsituation, Vergnügen in Haft, Privatsphäre, langem Aufenthalt, Sicherheit und Zurechtkommen mit Anderen) ergab sich ein Reliabilitätskoeffizient von α=0,772, was für eine hohe Korrelation der auf diesem Faktor ladenden Items spricht.

Die vier Items des Faktors „Beziehungen" (Zufriedenheit mit familiären Beziehungen, Zufriedenheit mit der Häufigkeit von Kontakten, Allgemeines Lebensgefühl, Zufriedenheit mit der Anzahl an Freunden) ergeben einen Wert von α=0,704, der ebenfalls als gutes Ergebnis gewertet werden kann.

Auf dem Faktor „Gesundheit“ laden drei Items, die einen Reliabitlitätskoeffizienten von α=0,621 ergeben, was auf eine mäßig bis gute Ausprägung der Korrelation zwischen Zufriedenheit mit Gesundheit, Zufriedenheit mit seelischer Gesundheit und Zufriedenheit mit der Tätigkeit deutet.

Der Cronbach’s-Alpha-Wert von α=0,467 für die Items des Faktors „Finanzen“ (Zufriedenheit mit Bezahlung und Zufriedenheit mit Finanzen) spricht für einen weniger guten Reliabilitätskoeffizienten.

Die Autoren der SF-36 publizieren in ihrem Testmanual die Cronbach’s Alpha Werte für die Subskalen des Fragebogens. Demnach liegen die Reliabilitätskoeffizienten der acht Dimensionen zwischen α=0,57 und α=0,94.

13.1.2. Itemtrennschärfe

Um zu überprüfen, wie gut die jeweiligen Items die Faktoren abbilden, denen sie zugeordnet wurden, wurden die Itemtrennschärfen berechnet. Dabei geht es darum zu bestimmen, wie gut ein Item zwischen Personen mit niedriger und hoher Merkmalsausprägung unterscheidet. Rechnerisch wird der Zusammenhang des Items mit dem Faktor bestimmt.

Für den Faktor Wohnen zeigen sich gute Korrelationswerte bezogen auf alle Items dieser Dimension. Die Werte liegen hierbei zwischen r=.7269 und r=.7469.

Bei den restlichen drei Faktoren zeigt sich je ein Item als wenig aussagekräftig für den zu Grunde liegenden Faktor. Die α-Werte der Skalen würden bedeutend bessere Größen annehmen, wenn die jeweiligen Items aus der Berechnung bzw. dem Faktor extrahiert würden.

So betrifft dies das Item1 „Allgemeines Lebensgefühl“ im Faktor „Beziehungen“. Bei einem Wert von r=.3167 vor Extraktion des Items kann ein Alpha-Wert von α=.7303 durch Ausschluss des Items erreicht werden. Im Faktor „Gesundheit“ zeigt sich ein Wert von α=.7462 bei Entfernung des Items5 „Zufriedenheit mit Tätigkeit“, und die Korrelationskoeffizienten der Items in Faktor „Finanzen“ liegen bei r=.3055. Dies deutet auf keinen starken Zusammenhang der Items mit dem latenten Faktor hin.

Bezugnehmend auf die entsprechenden Parameter des Short-Form Health Survey, kann gesagt werden, dass bei der Testkonstruktion auf hohe Itemtrennschärfen Wert gelegt wurde und zu extrahierende Items im Prozess der Fragebogenkonstruktion ausgeschlossen wurden. Von guten Kennwerten ist auszugehen, zumal Bullinger und Kirchberger (1998) angeben, mittels Revised Multitrait Analysis Program gute Prozentwerte im „Skalenfit“ erhalten zu haben (in 87,5%–100% der Fälle korrelieren die Items signifikant mit der eigenen Skala höher als mit einer anderen). Für genauere Daten ist das Heranziehen der Originalunterlagen von Bullinger und Kirchberger (1998) anzuraten.

13.1.3. Boden- und Deckeneffekte

Boden- und Deckeneffekte bestehen dann, wenn im Extrembereich einer Messung (Bereich um den Maximalwert bzw. Minimalwert) keine genügende Differenzierung möglich ist und sich aufgrund dessen eine Häufung an Maximalwerten, dadurch eine Schiefverteilung, ergibt. Eine Interpretation dieser Werte ist dahingehend schwierig, weil unklar bleibt, ob eine genauere Differenzierung mit der Möglichkeit zu höherer (bzw. niedrigerer) Ausprägung der Werte gegeben wäre bzw. dadurch exaktere Ergebnisse erzielt würden.

Die Analyse der Werte-Verteilung der vier Subskalen des Berliner Lebensqualitätsprofils zeigt, dass es zu keinen Häufungen an den Rändern des Score-Kontinuums kommt. Im niedrigen wie auch im positiven Wertebereich kann daher von guten Differenzierungen seitens der Items und angemessenen Abbildungen der Antworten ausgegangen werden. Als Beispiel soll in Abbildung 15 ein Histogramm des Faktors „Beziehungen“ die Werteverteilung veranschaulichen. Die Werte in den vier extrahierten Faktoren zeigen ähnliche Verteilungen.

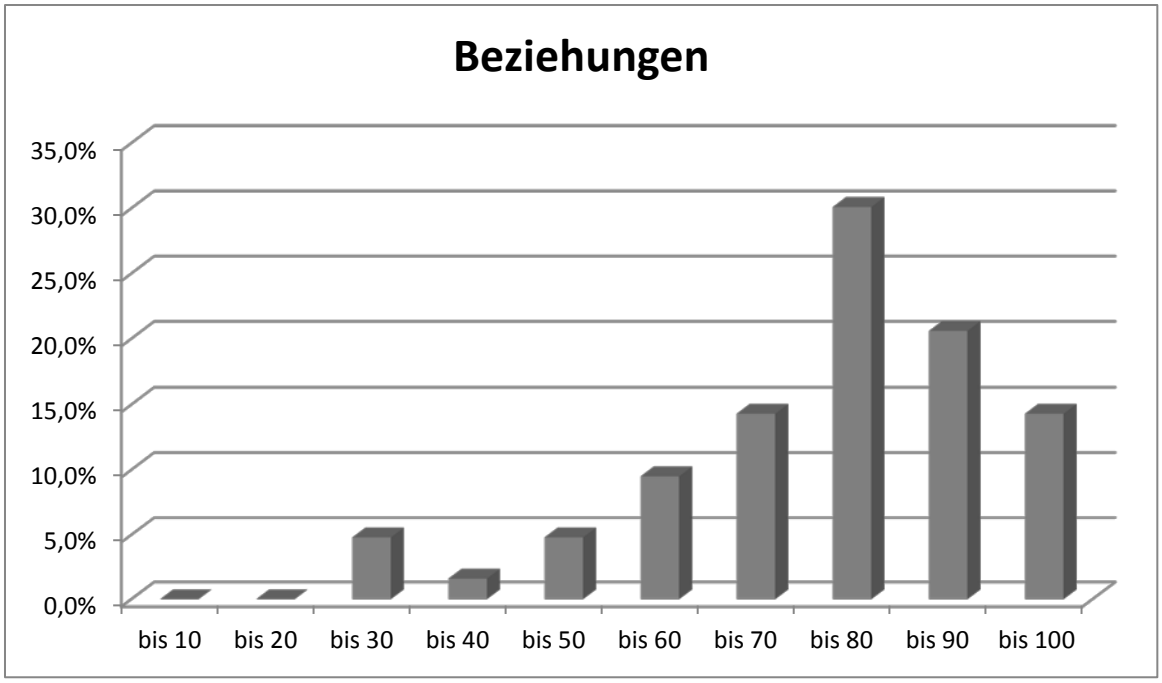


Abbildung 15: Verteilung der Werte des Faktors „Beziehungen“ (BeLP). Keine Boden- bzw. Deckeneffekte: keine Häufung in den Randbereichen

Eine Analyse der Werteverteilungen der SF-36 zeigte, dass in sämtlichen Subskalen keine Bodeneffekte auftraten. Die unteren Werte sind ungefähr gleichmäßig ansteigend verteilt, was der Aussagekraft dieser Abbildungen zu Gute kommt.

Teilweise sehr starke Deckeneffekte wurden hingegen in fünf der acht Dimensionen sichtbar. Im oberen Wertebereich differenzieren die Items also unzureichend. In Abbildung 16 wird der Deckeneffekt der Subskala „Emotionale Rollenfunktion“ zur besseren Nachvollziehbarkeit veranschaulicht. 64,9% der Inhaftierten bewerteten die Qualität ihrer Emotionalen Rollenfunktion mit einer Antwort im Wertebereich zwischen 76 und 100.

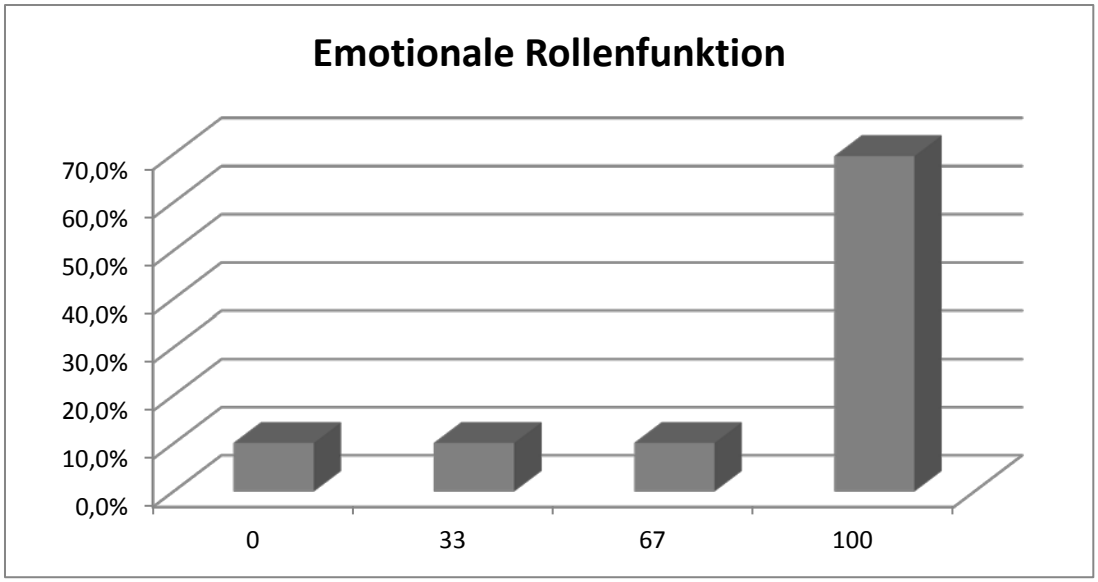


Abbildung 16: Werteverteilung der Subskala „Emotionale Rollenfunktion“ (SF-36)

In den Skalen „Vitalität“, „allgemeine Gesundheitswahrnehmung“ und „psychisches Wohlbefinden“ traten weder Boden- noch Deckeneffekte auf, was für eine sehr gute Differenzierung der Antwortkategorien spricht.

Es kann gesagt werden, dass die Ergebnisse für eine bessere Innere Konsistenz der SF-36 sprechen. Das Verfahren verfügt über bessere Reliabilitätskoeffizienten und Itemtrennschärfen. In Bezug auf die Boden- und Deckeneffekte zeigt das Berliner Lebensqualitätsprofil eindeutig die besseren Ergebnisse.

13.2. Validität

Unter Validität wird die inhaltliche Gültigkeit eines Verfahrens verstanden. Die Validität eines Fragebogens gibt darüber Auskunft, ob die Items bzw. Subskalen das dahinterliegende, zu messende Konstrukt auch tatsächlich erfassen.

13.2.1. Konvergente Validität

Sind verschiedene Skalen inhaltlich ähnlich, das meint, geben sie vor, ein entsprechendes oder dasselbe latente Konstrukt zu erfassen, so muss sich diese Ähnlichkeit in einem hohen statistischen Zusammenhang dieser Dimensionen abbilden.

Eine genaue Analyse mittels Pearson-Korrelation ergab gute Werte für beide Fragebögen. So korrelieren zum Beispiel der Faktor „Gesundheit“ des BeLP mit den Dimensionen „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“ (r= .373), „Psychisches Wohlbefinden“ (r= .341) und „Körperliche Funktionsfähigkeit“ (r= .421) der SF-36 hoch.

Ebenfalls ein hoher statistischer Zusammenhang zeigt sich zwischen den Dimensionen „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“ (r= .373) und „Psychisches Wohlbefinden“ (r= .463) und dem Faktor „Wohnen“.

Der Faktor „Beziehungen“ korreliert hoch mit der Dimension „Soziale Funktionsfähigkeit“ (r= .416), wodurch sich eine weitere inhaltliche Entsprechung ergibt und konvergente Validität angenommen werden kann (siehe Tabelle 10).

		SF36-Soziale Funktionsfähigkeit
Beziehungen	Korrelation nach Pearson	**,416****
	Signifikanz (2-seitig)	**,001**
	N	63
**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.		

Tabelle 10: Konvergenz zwischen „sozialen“ Subskalen

Da auch die Daten aus dem Becks Depressions-Inventar vorliegen, kann die konvergente Validität mittels Außenkriterium Betrachtung finden.

Der Summenscore des BDI korreliert hoch signifikant negativ mit dem BeLP-Faktor „Gesundheit“ (r=-.313), was auf gute inhaltliche Entsprechung der beiden Skalen hindeutet. Die negative Korrelation des Depressivitätswerts mit der Dimension „Psychisches Wohlbefinden“ (r= -.603) und lässt darauf schließen, dass dasselbe latente Konstrukt erfasst wird.

In Tabelle 11 finden die Werte inkl. Signifikanzwerte ihre Darstellung.

		BDI-Gesamtwert
SF36-Psychisches Wohlbefinden	Korrelation nach Pearson	**-,603****
	Signifikanz (2-seitig)	**<,001**
	N	71
BeLP-Gesundheit	Korrelation nach Pearson	**-,313***
	Signifikanz (2-seitig)	**,010**
	N	66

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.
*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 11: Pearson-Korrelation: BDI-Gesamtscore –Gesundheit/ Psy. Wohlbefinden

Obwohl beide Fragebogen gute Werte bzgl. konvergenter Validität aufweisen, zeigt sich unter Einbeziehung der Depressivitätswerte eine bessere inhaltliche Entsprechung im SF-36.

13.2.2. Relative Validität

Die Bestimmung der relativen Validität eines Fragebogens setzt die Bezugnahme auf ein Außenkriterium, wie z.B. ein anderes gut validiertes Verfahren, voraus, die varianzanalytischen Ergebnisse werden dann miteinander in Relation gebracht. Als Validierungskriterium wurden die drei BDI-Gruppen herangezogen und in Relation zu den BeLP-Faktoren und den Dimensionen der SF-36 gesetzt.

Da nicht bei allen Subskalen homogene Varianzen vorlagen, brauchte es eine non-parametrische Rechenlösung. Ein Kruskal-Wallis-Test für k unabhängige Stichproben sollte die Werte der Skalen in den verschiedenen BDI-Gruppen miteinander vergleichen, also prüfen, ob die Mittelwerte der Beurteilungen der Inhaftierten in den verschiedenen Dimensionen bei unterschiedlicher Ausprägung von depressiven Symptomen unterschiedlich sind.

In der Beantwortung des BeLP zeigt sich nur in einem Faktor ein signifikantes Ergebnis. Anhand der Werte des Faktors „Wohnen“ kann gesagt werden, dass die jungen Männer unterschiedlicher Grundgesamtheit zugeordnet werden und damit

signifikant unterschiedliche Ergebnisse in ihren Antworten zeigen, je nachdem, wie stark eine depressive Symptomatik vorliegt.

In Tabelle 12 finden sich die zugehörigen statistischen Maße:

	Wohnen	Beziehungen	Gesundheit	Finanzen
Chi-Quadrat	12,539	0,926	4,659	2,874
df	2	2	2	2
Asympt. Signifikanz	,002	,629	,097	,238
a. Kruskal-Wallis-Test b. Gruppenvariable: BDICluster				

Tabelle 12: Kruskal-Wallis-Test mit Faktoren des BeLP

Bei der statistischen Überprüfung der Gruppenmittelwerte der Subskalen der SF-36 zeigten sich mehrere signifikante Ergebnisse zwischen den BDI-Gruppen.

	Körperl. Funktions-fähigkeit	Körperl. Rollen-funktion	Schmerz	Ges. Wahr-nehmung	Vitalität	Soziale Funktions-fähigkeit	Emotionale Rollen-funktion	Psych. Wohl-befinden
Chi-Quadrat	7,238	11,205	9,381	13,371	14,412	3,102	9,251	19,821
df	2	2	2	2	2	2	2	2
Asymp.Sign.	,027	,004	,009	,001	,001	,212	,010	<,001
a. Kruskal-Wallis-Test b. Gruppenvariable: BDICluster								

Tabelle 13: Kruskal-Wallis-Test SF-36 mit Gruppenvariable BDI

Eine besonders gute Differenzierung zwischen den einzelnen Kategorien des BDI schaffte die Dimension „Psychisches Wohlbefinden“. Ebenfalls hoch signifikante Werte ergaben sich in den Subskalen „Körperliche Rollenfunktion“, „Schmerzen“, „Vitalität“ und „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“.

Wie in Tabelle 13 ersichtlich, konnte in sieben der acht Dimensionen von signifikanten Unterschieden hinsichtlich der BDI-Gruppenzugehörigkeit ausgegangen werden, einzig für „Soziale Funktionsfähigkeit“ musste die Nullhypothese

angenommen werden. Um die Werte in Bezug zueinander zu bringen und adäquate Abstände abzubilden, wurde der kleinste χ^2-Wert =1 gesetzt. So ergibt sich folgende Ansicht der Reihung, beginnend mit dem niedrigsten Wert:

Beziehungen **(1)**

Finanzen **(3,1)**

Soziale Funktionsfähigkeit **(3,35)**

Gesundheit **(5,03)**

Körperliche Funktionsfähigkeit **(7,82)**

Emotionale Rollenfunktion **(9,99)**

Schmerzen **(10,13)**

Körperliche Rollenfunktion **(12,10)**

Wohnen **(13,54)**

Allg. Gesundheitswahrnehmung **(14,44)**

Vitalität **(15,56)**

Psychisches Wohlbefinden **(21,4)**

Die Zahlen in den Klammern drücken die Verhältnisse zum niedrigsten Wert des Faktors „Beziehungen“ aus: zum Bespiel erfolgt die Differenzierung hinsichtlich Depressivität 3,1mal exakter mittels Faktor Finanzen und die genauste Abbildung

ermöglicht ein Rückschluss ausgehend von der Dimension „Psychisches Wohlbefinden“.

Beide Fragebögen konnten das Gütekriterium Validität gut erfüllen, die tendenziell besseren Werte ergaben sich jedoch mit den Daten der SF-36. Sie zeigten nicht nur höhere Konvergenz mit dem Außenkriterium Depression, sondern es konnten auch in sieben von acht Dimensionen signifikante Unterschiede zwischen den BDI-Gruppen nachgewiesen werden. Im BeLP wurde dies nur bei einem von vier Faktoren erreicht.

13.3. Akzeptanz und Praktikabilität

Um zu überprüfen, welches der beiden Verfahren zur Messung der Lebensqualität bessere Werte hinsichtlich der Anwendbarkeit erzielt, wurde ein t-Test mit gepaarten Stichproben gerechnet, ein passendes Verfahren um eine direkte Gegenüberstellung der Werte zu erhalten. Dabei ließen sich fünf Itempaare aufgrund des Beurteilungsbogens bilden (siehe Tabelle 14).

• Schwierigkeit der Bearbeitung des BeLP	• Schwierigkeit der Bearbeitung der SF-36
• Verständnis des BeLP	• Verständnis der SF-36
• Erfassung der persönlichen Situation durch BeLP	• Erfassung der persönlichen Situation durch SF-36
• Freude beim Ausfüllen des BeLP	• Freude beim Ausfüllen der SF-36
• Empfehlung des BeLP	• Empfehlung der SF-36

Tabelle 14: Paarweise Gegenüberstellung der Items für Praktikabilität

Eine Berechnung mittels t-Test für abhängige Stichproben ergab keine signifikanten Unterschiede in den einzelnen Fragen. Die Inhaftierten bewerten die beiden Fragebögen als gleich schwierig zu bearbeiten, gaben an, sie wären gleich leicht/schwierig zu verstehen, gaben keine Unterschiede in der Freude beim Ausfüllen der Bogen an und fühlten sich durch beide Verfahren gleich gut/schlecht in ihrer persönlichen Situation erfasst. Hinsichtlich Praktikabilität muss also davon ausgegangen werden, dass beide Fragebogen gleich gut anwendbar sind. Tabelle 15 mit den Ergebnissen des t-Tests zeigt die Daten im Detail.

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference Lower	Upper			
Pair 1	Schwierigkeit der Bearbeitung des BeLP - Schwierigkeit der Bearbeitung der SF-36	-1,78	13,33	1,57	-4,91	1,35	-1,132	71	,261
Pair 2	Verständnis des BeLP - Verständnis der SF-36	2,39	15,85	1,87	-1,34	6,11	1,279	71	,205
Pair 3	Erfassung der persönlichen Situation durch BeLP - Erfassung der persönlichen Situation durch SF-36	-1,67	26,66	3,12	-7,89	4,55	-,536	72	,594
Pair 4	Freude beim Ausfüllen des BeLP - Freude beim Ausfüllen der SF-36	-1,33	24,47	2,86	-7,04	4,38	-,464	72	,644
Pair 5	Empfehlung des BeLP - Empfehlung der SF-36	1,39E-02	,27	3,12E-02	-4,84E-02	7,62E-02	,445	71	,658

Tabelle 15: t-Tests bei abhängigen Stichproben

14. Diskussion der Ergebnisse

Die **Zielsetzung** der vorliegenden Untersuchung war es, zwei Verfahren zur Messung der Lebensqualität in ihren psychometrischen Eigenschaften gegenüber zu stellen und zu vergleichen, welches sich durch bessere Eignung für den forensischen Bereich auszeichnet. Dabei fiel die Wahl auf das Short-Form Health Survey von Bullinger und Kirchberger (1998), ein Fragebogen zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Aspekte von Lebensqualität, und das Berliner Lebensqualitätsprofil, die von Priebe et al. (1995, zitiert nach Nieuwenhuizen et al., 2001) übersetzte und verkürzte Version des Lancashire Quality of Life Profile (Oliver, et al., 1996, zitiert nach Nieuwenhuizen et al., 2001).

Zu diesem Zweck fand die Datenerhebung im Zeitraum von August bis September 2008 in der Justizanstalt für Jugendliche, Gerasdorf, statt.

Eine wissenschaftliche Neuerung stellte die Durchführung einer derartigen Studie innerhalb der besonderen Population von inhaftierten jungen Erwachsenen dar. Viele Untersuchungen von Lebensqualität im intramuralen Bereich legten bisher das Hauptinteresse auf den Bereich der Krankenanstalten (z.B. Groene, 2005; Higginson & Carr, 2001; Tonnensen et al., 2005). Im forensischen Setting existierten bis dato wenige Erfahrungswerte in Bezug auf Lebensqualitätsmessung.

Ein derartiger Vorstoß zu Unterstützung der Lebensqualitätsforschung im Bereich des Strafvollzugs schien auch besonders deswegen so sinnvoll, weil viele Untersuchungen über Behandlungsmaßnahmen und deren Verlauf in Verbindung mit (gesundheitsbezogener) Lebensqualität die Relevanz dieser spezifischer Forschungsrichtung bestätigen konnten (siehe Krischke & Petermann, 2000; Tonnesen et al., 2005).

In den folgenden Ausführungen sollen die soziodemographischen Daten besprochen, die der Forschung zu Grunde liegenden Fragestellungen beantwortet und die Untersuchungsergebnisse diskutiert werden.

Deskription

In genauerer Betrachtung der Stichprobe zeigten sich normalverteilte Werte hinsichtlich des Alters der Teilnehmer. In Hinblick auf die schulische Bildung der Inhaftierten waren die Werte ungleich verteilt: Jeder zweite konnte einen Pflichtschulabschluss angeben, jeder Dritte einen Hauptschulabschluss. Ein erwartetes niedriges Bildungsniveau als etwaiges Risiko, die Bearbeitung von Fragebogen mit verschiedenen, je nach Item wechselnden Antwortkategorien wäre zu anspruchsvoll, bestätigte sich aber nicht.

Eine ähnliche Verteilung der Häufigkeiten konnte auch in Bezug auf die berufliche Bildung der inhaftierten Männer festgestellt werden: ungefähr die Hälfte der Teilnehmer befand sich zum Erhebungszeitpunkt in einer Lehrausbildung.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die große Häufigkeit und Teilnahme der Inhaftierten an den Ausbildungsmöglichkeiten in direktem Zusammenhang mit der Haftsituation steht. Durchschnittlich hatten die Inhaftierten ein Strafausmaß von fünf Jahren verhängt bekommen, und im Durchschnitt waren die jungen Erwachsenen bereits zwei Jahre in Haft. Ein derartiges Volumen an Zeit in einer Isolierten Institution führt womöglich dazu, vermehrt Bildungsangebote anzunehmen.

Depressivität

Aus der Literatur geht hervor, dass eine derartige Haftsituation oft mit einem erhöhten Risiko von psychischen Störungen einhergeht (Canter, 2010). Die im Rahmen der Untersuchung erhobenen BDI-Werte zeigten ebenfalls eindeutige Ergebnisse und decken sich mit Erkenntnissen aus Literatur und aktueller Forschung.

Zwei Drittel der inhaftierten jungen Männer erzielten im Depressionsinventar einen Wert, der über der kritischen Grenze von x=11 liegt. Ungefähr jedem zweiten von ihnen konnte ein klinisch relevantes Ausmaß an depressiver Symptomatik attestiert werden. In Europa leiden 4,8% bis 8,0% der Erwachsenen an einer depressiven Störung (Wittchen & Jacobi, 2005, zitiert nach Comer, 2008). Von einer weit

überdurchschnittlichen Prävalenz an Depression im Jugendstrafvollzug kann hinsichtlich dieser Ergebnisse ausgegangen werden.

Selbstwirksamkeit

Als starken negativen Prädiktor für depressive Symptome postulieren Maciejwski, Pigerson und Mazure (2000) die Selbstwirksamkeitserwartung, wonach eine hohe Ausprägung weniger depressive Symptomatik vorhersagen kann. Ein starker Glauben an die eigene Kompetenz bedingt eine niedrigere Anfälligkeit für affektive Störungen (Angst und Depression) und mehr Erfolg in Ausbildung und Berufsleben (Bandura, 1994).

Für ein ganzheitliches Bild der Inhaftierten-Stichprobe wurde die Selbstwirksamkeitserwartung erhoben. Der statistische Vergleich ergab einen signifikanten Unterschied zwischen Stichprobe und Normpopulation. Die Inhaftierten neigten zu signifikant höheren Einschätzungen ihrer Selbstwirksamkeitserwartung als die Referenzpopulation.

Eine mögliche Erklärung dieses doch eher überraschenden Ergebnisses wäre, dass die jungen inhaftierten Männer Selbstwirksamkeitserwartung derart internalisiert haben, dass sich dies in ihrem Selbstbild spiegelt. Weil hohe Selbstwirksamkeit die einzige Möglichkeit darstellt, im Hinblick auf die vor ihnen liegende lange Haftstrafe in schwierigen Situation zurechtzukommen, also den Aufenthalt im Gefängnis als physische und psychische Extremsituation einigermaßen unbeschadet zu bestehen. Das würde die Abbildung eines idealisierten Selbstbildes bedeuten. Weitere Forschung in diesem Bereich könnte diesbezüglich Klärung liefern.

Lebensqualität

Es stellte sich im Rahmen der Studie weiter die Frage, ob die in der JAJG inhaftierten jungen Erwachsenen ihre derzeitige Lebensqualität im Vergleich zur gleichaltrigen Normpopulation schlechter bewerten und ob der Unterschied ein signifikantes Ausmaß annimmt.

Wie die Studie von Drukker et al. (2003), die gesundheitsbezogene Lebensqualität mit Sozialfaktoren in Verbindung brachte, eindrucksvoll belegen konnte, hängt der allgemeine Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen stark vom sozialen Kontext ab. Insbesondere die Faktoren „geistige Gesundheit“ und „Verhalten“ werden stark vom Grad der sozialen Kontrolle beeinflusst.

Die vorliegende Untersuchung kommt zu dem Ergebnis, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität in Haft signifikant schlechtere Werte aufweist. Von einem negativen Einfluss der sozialen Umgebung „Gefängnis“ (kriminelles Umfeld, Armut, Deprivation) auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität von jungen Männern kann also deckungsgleich mit der Literatur ausgegangen werden (siehe zum Beispiel Theorie differentieller Kontakte von Bruinsma, 1992, oder „broken-windows“-Theorie von O’Brien und Wilson, 2011).

Lebensqualität und Depression

Im Vergleich der einzelnen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit depressiver Symptomatik im Rahmen dieser Untersuchung zeigen sich hoch signifikante Zusammenhänge. So kann in sieben der acht Dimensionen von signifikanter Korrelation gesprochen werden. Je besser die Bewertung der Lebensqualität in den Dimensionen der SF-36 (abgesehen von der Subskala „Soziale Funktionsfähigkeit“), ausfällt, umso weniger stark ist Depressivität ausgeprägt. Dieses Ergebnis zeigt sich auch in einer varianzanalytischen Berechnung hinsichtlich der Gruppendifferenzierung je nach Ausprägungsgrad der Depression.

Moore, Hofer, McGee und Ring konnten in ihrer Untersuchung von 2005 zeigen, dass sich die Bewertungen der verschiedenen Lebensbereiche stets auf die eigene Befindlichkeit bezieht, das heißt, dass depressive Personen ihre Lebensbereiche in viel negativer darstellen, als dies ein Außenstehender würde. Die meisten Publikationen beziehen sich darauf, dass das Vorliegen einer depressiven Störung niedrige Lebensqualitätswerte bedingt (z.B. Rapaport et al., 2005). Auf die Ergebnisse von Moore et al. (2005) bezugnehmend muss auch in vorliegender Studie die Überlegung angestellt werden, dass der Wirkungsweg aber auch

umgekehrt sein könnte, und schlechte Werte für Lebensqualität verantwortlich für das Vorliegen einer depressiven Symptomatik sein könnten.

Die Faktoren des BeLP für allgemeine Lebensqualität zeigten weniger klare Ergebnisse. Zwar gab es eine signifikante Korrelation in Bezug auf den Faktor Wohnen, was bedeutet, dass je höher die Depressivitätswerte waren, desto weniger zufrieden waren die Insassen mit ihrer Wohnsituation, doch zeigte die Korrelation zwischen dem Faktor „Gesundheit“ und den BDI-Werten einen nur mäßigen statistischen Zusammenhang. „Wohnen“ war aber hinsichtlich einfaktorieller Varianzanalyse die einzige Skala des BeLP, die BDI-Gruppendifferenzierungen signifikant abbildete. Eine Erklärung dafür liegt bei den weniger guten Werten der Validität der Faktoren, worauf weiter unten noch eingegangen wird.

Lebensqualität und Selbstwirksamkeit

Der etwaige Einfluss der Selbstwirksamkeitserwartung auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität in Haft wurde überprüft, um einen weiteren Indikator sichtbar zu machen. So zeigte sich wiederum ein eindeutiges Ergebnis. In sieben der acht Dimensionen der SF-36 konnten signifikante Zusammenhänge bestätigt werden. Je besser ein Inhaftierter seine gesundheitsbezogene Lebensqualität einschätzte, umso besser schätzte er auch seine Selbstwirksamkeitserwartung ein und umgekehrt. Die einzige Subskala, die keinen signifikanten Zusammenhang zeigte, war „Soziale Funktionsfähigkeit“. Die Annahme liegt nahe, zumal diese Struktur auch schon in Beziehung auf die Depressivität sichtbar wurde, dass „Soziale Funktionsfähigkeit“ ein Konstrukt misst, das zur Gänze frei von emotionalem und kognitivem Einfluss (Depressivität und Selbstwirksamkeit) beurteilbar ist. Der Gruppenvergleich (hinsichtlich Selbstwirksamkeitserwartung wurde ein Mediansplit vorgenommen, um mit zwei Gruppen: niedrige und höhere Ausprägung rechnen zu können) zeigt aber, dass eine Gruppendifferenzierung nur in den Dimensionen „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“, „Vitalität“ und „Psychisches Wohlbefinden“ signifikant war und sich somit der Einfluss der Selbstwirksamkeit auf die gesundheitsbezogenen Subskalen beschränkt, was auch nur für den Faktor „Gesundheit“ des BeLP gilt.

Unter Betrachtung der korrelativen Ergebnisse aus dem BeLP scheinen die Zusammenhänge ähnlich klar: bei drei von vier Faktoren wurden signifikante Korrelationen mit den SWE-Summenscores ersichtlich. Nur im Bereich der finanziellen Situation scheint der Glaube an die eigenen Fähigkeiten von geringem Einfluss zu sein.

Diese Ergebnisse der Untersuchung decken sich mit Ergebnissen vorangegangener Studien. Karademas (2005) konnte die Einflüsse von Selbstwirksamkeit und sozialer Unterstützung auf Depression und Lebenszufriedenheit ebenfalls belegen. So scheint es, dass eine hohe subjektive Selbstwirksamkeitserwartung vermehrt Einfluss auf die subjektive Einschätzung von gesundheitsbezogenen Variablen nimmt.

Güte der Verfahren

Um die psychometrischen Eigenschaften der beiden Verfahren vergleichen zu können und die diesbezüglichen Vorteile sichtbar zu machen, wurden Reliabilitätskriterien und Validitätswerte von BeLP und SF-36, so dies möglich war, berechnet. Der Sinn derartiger Vergleiche liegt darin festzustellen, in welcher Weise sich unterschiedliche Lebenssituationen auf die Lebensqualität auswirken. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung bestätigen die Praktikabilität der angewandten Verfahren und weisen darauf hin, dass diese insbesondere auch im Setting des Strafvollzugs plausible Befunde erbringen.

Zum Teil gute, teilweise auch mäßig zufriedenstellende Werte von Cronbach's Alpha (von α=.467 bis α=.772) ergab die Reliabilitätsanalyse der einzelnen Faktoren des Berliner Lebensqualitätsprofils. Im Vergleich dazu liegen die Reliabilitätskoeffizienten der SF-36 etwas höher (zwischen α=.57 und α= .94) und sprechen für bessere innere Konsistenz

Die Itemtrennschärfen wurden als zweites Kriterium zur Bewertung der Reliabilität herangezogen und berechnet. Gute Korrelationswerte zeigten sich bezogen auf alle Items für den Faktor Wohnen. Bei den restlichen drei Faktoren würden bedeutend bessere Werte resultieren, wenn je ein bestimmtes Item aus der Berechnung bzw. dem Faktor extrahiert würde.

Die Analyse der Boden- und Deckeneffekte der vier Subskalen des Berliner Lebensqualitätsprofils zeigt, dass von guten Differenzierungen seitens der Items und angemessenen Abbildungen der Antworten ausgegangen werden kann. In fünf der acht Dimensionen der SF-36 hingegen treten sehr starke Deckeneffekte auf. Werte im oberen Wertebereich differenzieren also unzureichend. Dass derzeitige Erhebungsinstrumente zu wenig Präzision aufweisen, da die Dimensionen zu grob skaliert wären, um Veränderungen sichtbar zu machen, beklagen auch Goodwin et al. (2003).

Die Ergebnisse sprechen für eine bessere innere Konsistenz der SF-36 Das Verfahren verfügt über tendenziell bessere Reliabilitätskoeffizienten und Itemtrennschärfen. In Bezug auf die Boden- und Deckeneffekte zeigt das Berliner Lebensqualitätsprofil eindeutig die besseren Ergebnisse. Bei Anwendung der SF-36 ist insbesondere darauf Rücksicht zu nehmen.

Um die Validität zu prüfen, wurden konvergente und relative Validität genauer betrachtet. Beide Fragebogen zeigen gute Werte bzgl. konvergenter Validität, das heißt, inhaltliche Entsprechungen erhobener Konstrukte finden sich in statistischem Zusammenhang. Die Depressivitätswerte wurden hierbei als Vergleichsgrößen herangezogen, und es zeigt sich große Übereinstimmung in den Fragebogen. Die Korrelationen von „Gesundheit“ (BeLP) und „psychischem Wohlbefinden“ (SF-36) waren signifikant. Auch dass der Faktor „Beziehungen“ mit der Dimension „Soziale Funktionsfähigkeit“ signifikant korreliert, weist darauf hin, dass dasselbe zu Grunde liegende Konstrukt gemessen wird.

Bei der statistischen Überprüfung der relativen Validität der Subskalen zeigten sich bessere Ergebnisse für die SF-36 als bei jener des BeLP. In sieben von acht Dimensionen der SF-36 war eine Differenzierung hinsichtlich der drei BDI-Gruppen signifikant. Aufgrund der Ergebnisse in den Dimensionen konnten die Mittelwerte linear den BDI-Gruppen zugeordnet werden. Der Kruskal-Wallis-Test für die Faktoren des BeLP konnte nur in einer Subskala ein signifikantes Ergebnis erzielen, nämlich im Faktor „Wohnen“. Bei einer Rangreihung der Chi^2-Werte zeigte sich die eindeutige Überlegenheit der SF-36 Subskalen gegenüber den BeLP-Faktoren, also

muss tendenziell auch hinsichtlich der Validität die SF-36 dem Berliner Lebensqualitätsprofil vorgezogen werden.

Zumal sich in Praktikabilität und Akzeptanz keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Fragebogen ergaben, ist trotzdem die SF-36 eher anzuwenden. Einzig der Faktor „Wohnen“ bringt in allen Kriterien zufriedenstellende Ergebnisse, was für eine gute Verwendbarkeit zugehöriger Items spricht. Das Berliner Lebensqualitätsprofil sollte vermehrt im Hinblick auf den reinen Informationsgehalt der Antworten und zur Situationsbeschreibung verwendet werden, der Short-Form Health Survey erfasst die Daten der Stichprobe unter vorteilhafteren Gütekriterien.

15. Zusammenfassung und Ausblick

Immer mehr Studien zeigen, dass sich extreme Lebensumstände, wie beispielsweise eine Inhaftierung, sehr negativ auf die Befindlichkeit der Personen auswirken (siehe dazu v.a. Kapitel 3.1.), viele Konzepte, die versuchen dieses Risiko bestmöglich einzuschränken, sind seitens verschiedener Organisationen und Institutionen („Therapie statt Strafe“) in den letzten Jahrzehnten entwickelt und getestet worden, an Durchsetzung fehlt es aber noch.

Gleichzeitig hat das Konstrukt Lebensqualität in der wissenschaftlichen, insbesondere in der klinischen Forschung an Bedeutung gewonnen, und es liegt nahe, die beiden Bereiche zusammenzuführen und die Lebensqualitätsforschung für den forensischen Bereich zu öffnen. Die vorliegende Studie versucht einen Beitrag diesbezüglich zu leisten.

Ziel war es, zwei Verfahren zur Messung der Lebensqualität hinsichtlich ihrer psychometrischen Eigenschaften zu vergleichen und dadurch eine Aussage über deren Anwendbarkeit in einem forensischen Setting tätigen zu können. Dazu wurden Daten von insgesamt 74 inhaftierten jungen Männern im Alter von 18–26 Jahren erhoben, die zum Erhebungszeitpunkt ihre Freiheitsstrafen in der Justizanstalt für Jugendliche, Gerasdorf, verbüßten.

Für ein umfassendes Ergebnis wurden zusätzlich zur allgemeinen (BeLP) und gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36) auch die Werte für Depressivität (BDI) und Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) erhoben.

In Anbetracht der Unterschiede von Reliabilität und Validität zwischen BeLP und SF-36 müssen dem Fragebogen zum Gesundheitszustand bessere Werte attestiert werden. Zwar zeigen sich keine Boden- und Deckeneffekte im BeLP und für den Faktor „Wohnen“ können insgesamt sehr zufriedenstellende Ergebnisse bestätigt werden, doch erbringt die psychometrische Analyse der SF-36 die vorteilhafteren Ergebnisse. Die starken Deckeneffekte in den Subskalen der SF-36 stellen einen nicht zu vernachlässigenden Faktor bei der Anwendbarkeit des Fragebogens dar, weshalb die Vorgabe hinsichtlich der zu befragenden Stichprobe ausgiebiger

Reflexion bedarf. Von einer Anwendung bei Stichproben, in denen gute Lebensqualitätswerte zu erwarten sind, ist eher abzuraten, da der Fragebogen im oberen Bereich der Antwortkategorien nicht gut differenziert.

Die aussagekräftigeren Werte erfasst dennoch die SF-36. Varianzanalytische Differenzierungen hinsichtlich Ausprägungsgrade von depressiver Symptomatik sind in den gesundheitsbezogenen Dimensionen „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“, „Vitalität“ und „Psychisches Wohlbefinden“ gut möglich. Alle Subskalen, bis auf „Soziale Funktionsfähigkeit“, korrelieren hoch mit dem BDI-Gesamtwert. Entweder kann davon ausgegangen werden, dass niedrige Lebensqualität tatsächlich mit depressiver Symptomatik in Zusammenhang steht oder die SF-36 erhebt in ihren Subskalen die Symptomgruppen bzw. Diagnosekriterien der Depression (vgl. *depressive Verstimmung* vs. psychisches Wohlbefinden, *vermindertes Interesse an allen Aktivitäten* vs. körperliche Rollenfunktion, *Gewichtsverlust oder Gewichtszunahme* vs. körperliche Funktionsfähigkeit, *Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf* vs. Vitalität etc.).

Das BeLP im Allgemeinen kann gut zur Deskription verschiedener Stichproben im forensischen Bereich herangezogen werden, für eine Aussage hinsichtlich der Lebensqualität Inhaftierter ist ihm ein anderes Verfahren vorzuziehen. Zu überlegen wäre aber, ob eine Extraktion des Faktors „Wohnen“ im BeLP sinnvoll wäre, und gesonderte Vorgaben, Auswertungen und Interpretationen möglich, zumal dieser sich durch seine Anwendbarkeit in jeder Hinsicht auszeichnet.

Nichtsdestotrotz kann die Betrachtung der einzelnen Zufriedenheitswerte gute deskriptive Aussagen über die aktuelle Situation und Befindlichkeit in Haft bringen. So schätzen die Inhaftierten in der Studie die Zufriedenheit in Bezug auf Körperliches (Fitness, Gesundheitszustand, Arztbesuche) höher ein als bezüglich Inhalten, die außerhalb ihres Einflussbereiches stehen (Aufenthaltsdauer, finanzielle Situation). Weitere Untersuchungen könnten darüber Aufschluss geben, inwieweit dieses Phänomen z.B. mit Selbstbestimmung oder anderen Konzepten in Zusammenhang stehen könnte.

Hinsichtlich Verfälschung in Richtung sozialer Erwünschtheit, ein resistenter Hauptkritikpunkt an der Vorgabe von Fragebögen allgemein, gibt es grundsätzlich keine Bedenken. Die Inhaftierten bearbeiteten die Bögen im Einzelsetting und waren keinem Druck in irgendeiner Form ausgesetzt. Das für die Bearbeitung notwendige Verständnis war ebenfalls gegeben.

Abschließend kann man davon ausgehen, dass die SF-36 für die Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im forensischen Bereich gut geeignet zu sein scheint, jedoch dürfte auch eine diagnostische Abklärung von Depression bei niedrigen Werten in den Subskalen der SF-36 unumgänglich sein.

16. Abstract

Quality of Life among young Offenders: A comparison of the SF-36 and BeLP

The aim of this study was to evaluate and compare the psychometric properties of two different quality of life instruments, the Short-Form Health Survey (SF-36) which is health-related and the Berliner Lebensqualitätsprofil (BeLP), which is the German shortened version of the Lancashire Quality of Life Profile. A matter of particular interest was to analyze, which of the two questionnaires is the more useful one in the forensic context.

Methods: The evaluation took place in a group of young offenders who currently were jailed in Austria's only prison for juvenile offenders, the Justizanstalt für Jugendliche in Gerasdorf. The sample consisted of 74 male delinquents at the age from 18 to 26 years. In the context of a quality-of-life-study it seemed to be essential to assess cognitive and mental aspects as well as health-related and psychosocial ones, so that the battery of instruments will include also the Beck's Depression Inventory (BDI) to survey the degree of depressive mood and the SWE-Scale, developed by Jerusalem and Schwarzer (1999), to evaluate the dimension of self-efficacy.

Results: The outcomes show more scientific relevance in using the SF-36 in prison settings. Only one dimension of the BeLP could gain useable results in its psychometric characteristics. In general depressive symtoms and self-efficacy definately influence one's quality-of-life-beliefs.

Vergleich zweier Verfahren zur Erhebung der Lebensqualität bei straffälligen jungen Erwachsenen

Ziel dieser Untersuchung war es, zwei Verfahren zur Messung der Lebensqualität, nämlich das Berliner Lebensqualitätsprofil (BeLP) für die allgemeine Lebensqualität und Short-Form Health Survey (SF-36) als Erhebungsinstrument der gesundheitsbezogenen Lebensqualität hinsichtlich ihrer psychometrischen Eigenschaften zu vergleichen und dadurch eine Aussage über deren Anwendbarkeit in einem forensischen Setting tätigen zu können.

Methoden: Dazu wurden Daten von insgesamt 74 inhaftierten jungen Männern im Alter von 18–26 Jahren erhoben, die zum Erhebungszeitpunkt ihre Freiheitsstrafen in der Justizanstalt für Jugendliche, Gerasdorf, verbüßten. Um dem ganzheitlichen Anspruch von Lebensqualität

gerecht zu werden, wurden neben den psychosozialen und gesundheitlichen auch emotionale und kognitive Faktoren mit einbezogen. Die Depressivität wurde mittels Becks Depressions-Inventar (BDI) und Selbstwirksamkeitserwartung mittels Selbstwirksamkeitsskala (SWE) von Jerusalem und Schwarzer (1999) erhoben.

Ergebnis: Es zeigte sich, dass Short-Form Health Survey (SF-36) die Daten der Stichprobe unter vorteilhafteren Gütekriterien erfasst. Das Berliner Lebensqualitätsprofil sollte vermehrt im Hinblick auf den reinen Informationsgehalt der Antworten und zur Situationsbeschreibung verwendet werden. Obwohl sich in Praktikabilität und Akzeptanz keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Fragebogen ergaben, ist trotzdem vorrangig die Anwendung der SF-36 zu empfehlen.

II Literaturverzeichnis:

Ades, P. (2001). Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. *New England Journal of Medicine*, *345*, 892-902.

Aichhorn, A. (1931). *Verwahrloste Jugend. Die Psychoanalyse in der Fürsorgeerziehung*. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.

Alúza, M., Rodrigues, C. & Villa, E. (2009). The quality of life in prisons: do educational programs reduce in-prison conflicts? *Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales, 91.*

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: APA.

Angermeyer, M., Holzinger, A., Matschinger, H. & Stengler-Wenzke, K. (2002). Depression and quality of life: results of a follow-up study. *International Journal of Social Psychiatry, 48* (3), 189-199.

Assadi, M., Noroozian, M., Pakravannejad, M., Yahyazadeh, O., Aghayan, S., Shariat, S. et al. (2006). Psychiatric morbidity among sentenced prisoners: prevalence study in Iran. *British Jounal of Psychiatry*, *188*, 159-164.

Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of Human Behavior* (4th ed.) (pp. 71-81). New York: Academic Press.

Barkmann, C. & Schulte-Markwort, M. (2004). Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – ein systematischer Literaturüberblick. *Psychiatrische Praxis, 31,* 278-287.

Beck, A., Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1992). *Beck-Depressions-Inventar*. Göttingen: Hogrefe.

Beck, A. & Steer, A. (1988). *Manual for Beck Hopelessness Scale.* San Antonio: Psychological Corp.

Boots, D., Wareham, J. & Weir, H. (2011). Gendered perspektives on depression and antisocial behaviors: an extension of the failure model in adolescents. *Criminal Justice and Behavior, 38* (1), 63-84.

Bortz, J. & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.

Bremner, J. D., Vythilingam, M., Vermetten, E., Vacarino, V. & Charney, D. S. (2004). Deficits in hippocampal and anterior cingulate functioning during verbal declarative memory encoding in midlife major depression. *American Journal of Psychiatry, 161* (4), 637-645.

Broome, B. (2003). Urinary incontinence on self-efficacy and quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, *1*, 1-35.

Bruinsma (1992). Differential Association Theory reconsidered: an extension and its empirical test. *Journal of Quantitative Criminology*, *8* (1), 29-49.

Buchler, C, Ormel, J., Post, J. & Patterson, D. (2000). The long term correlates of family foster care. *Children and Youth Services Review, 22*(8), 595-625*.*

Bullinger, M. (1997). Entwicklung und Anwendung von Instrumenten zur Erfassung der Lebensqualität. In M. Bullinger (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung. Bedeutung – Anforderung – Akzeptanz* (S. 1-6). New York: Schattauer.

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

Bullinger, M., Ravens-Sieberer, U. & Siegrist, J. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Medizin – eine Einführung. In M. Bullinger, J. Siegrist, U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive* (S. 11-22). Göttingen: Hogrefe.

Bundeskanzleramt Österreich (2012, Jänner). *Deliktfähigkeit*. *Website des Bundeskanzleramts Österreich, offizieller Amtshelfer für Österreich.* Zugriff am 28.02.2012, https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/99/Seite.991053.html#Jugend.

Bundesministerium für Justiz (2012, Oktober). *Strafvollzug in Österreich. Ostry & Partner. Zugriff am 02.10.2012, http://strafvollzug.justiz.gv.at/index.php.*

Canter, D. (2010). *Forensic Psychology. A Very Short Introduction*. New York: Oxford University Press.

Coleman, J. (2000). Sozialtheorie, Sozialforschung und eine Handlungstheorie. In H. Müller & S. Sigmund (Hrsg.), *Zeitgenössische amerikanische Soziologie* (S. 55-86). Opladen: Leske + Budrich.

Comer, R. (2008). *Klinische Psychologie*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.

Crits-Christoph, P., Gibbons, M., Ring-Kurzt, S., Gallop, R., Stirman, S., Present, J., et al. (2008). Changes in positive quality of life over the course of psychotherapy. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, *45* (4), 419-430.

De Leval, N. (1999). Quality of life and depression: Symmetry concepts. *Quality of Life Research*, *8*, 283-291.

Diehl, J. & Staufenbiel, T. (2007). *Statistik mit SPSS für Windows*. Frankfurt am Main: Klotz.

Drukker, M., Kaplan, C., Feron, F. & Os, J. (2003). Children's health related quality of life, neighborhood socio-economic deprivation and social capital. A contextual analysis. *Social Science & Medicine*, *57*, 825-841.

Durkheim, E. (1897). *Der Selbstmord*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Fagan, A. & Western, J. (2003). Gender differences in the relationship between offending and self harm and depression in adolescence and young adulthood. *Australian and New Zealand Journal of Criminology, 36* (3), 320-337.

Fazel, S. & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *Lancet, 359*, 545–550.

Fishbain, D. A. (2000). Re: The meeting of pain and depression. Comorbidity in women. *Canadian Journal of Psychiatry, 45* (1), 88.

Foerster, K. (2005). Psychisch Kranke im Strafvollzug. In T. Hillenkamp & B. Tag (Hrsg.), *Intramurale Medizin – Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug* (S. 11-30). Heidelberg: Springer.

Foucault, M. (1976). *Mikrophysik der Macht über Strafjustiz, Psychiatrie und Medizin*. Berlin: Merve.

Foucault, M. (1994). *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Frei, A. (2003). *Auswirkungen von depressiven Störungen auf objektive Lebensqualitätsbereiche*. Unveröffentlichte Dissertation, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich.

Freud, A.(1991). *Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung* (5.Aufl.). Bern: Huber.

Fritz, M., Wiklund, G., Koposov, R., Klinteberg, B. & Ruchkin, V. (2008). Psychopathy and violence in juvenile delinquents. What are the associated factors? *International Journal of Law and Psychiatry*, *31* (3), 272-279.

Fröhlich, W. (2002). *Wörterbuch Psychologie* (24. durchgesehene Aufl.). München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Fromm, E. (2005). *Anatomie der menschlichen Destruktivität* (21. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Glaeske, G. (1997). Klinische Wirksamkeit, patientenbezogener Nutzen und Lebensqualität aus der Sicht der Krankenkassen. In M. Bullinger (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung. Bedeutung – Anforderung – Akzeptanz* (S. 29-36). New York: Schattauer.

Goodwin, P., Black, J., Bordeleau, L. & Ganz, P. (2003). Health-related quality-of-life measurement in randomized clinical trials in breast cancer – Taking stock. *Journal of the National Cancer Institute*, *95* (4), 263-281.

Gover, A., (2004). Childhood sexual abuse, gender and depression among incarcerated youth. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *48* (6), 683-696.

Groene, O. & Garcia-Barbero, M. (2005). *Health Promotion in Hospitals: Evidence and Quality Management*. WHO: Kopenhagen.

Hao, Y., Smith, T., Kaw, C., Landrine, H., Corral, I. & Stein, K. (2011). Residential segregation and disparities in health-related quality of life among black and white cancer patients. *Health Psychology*, *30* (2), 137-144.

Hillenkamp, T. (2005). Der Arzt im Strafvollzug – Rechtliche Stellung und medizinischer Auftrag. In T. Hillenkamp & B. Tag (Hrsg.), *Intramurale Medizin – Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug* (S. 11-30). Heidelberg: Springer.

Higginson, I. & Carr, A. (2001). Using quality of life measures in the clinical setting. *Education and Debate*, *322*, 1297-1300.

Hollin, C. (2007). Criminological Psychology. In M. Maguire, R. Morgan & R. Reiner (Eds.), *The Oxford Handbook of Criminology* (pp. 43-77). New York: Oxford University Press.

Ingoldsby, E., Kohl, G., McMahon, R. & Lengua, L. (2006). Conduct problems, depressive symptomatology and their co-occurring presentation in childhood as predictors of adjustment in early adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology, 34* (5), 603-621.

Johnsen, B., Granheim, P. & Helgesen, J. (2011). Exceptional prison conditions and the quality of prison life: Prison size and prison culture in Norwegian closed prisons. *European Journal of Criminology, 8* (6), 515-529.

Jusline Österreich (2009, Dezember). *Zwecke des Strafvollzugs*, *Website der Jusline Österreich*. Zugriff am 28.02.2012, http://www.jusline.at/20._Zwecke_des_Strafvollzuges_StVG.html.

Kähler, W.-M. (2002). *Statistische Datenanalyse* (2. Aufl.). Braunschweig/ Wiesbaden: Vieweg.

Kaiser, W., Isermann, M., Hoffmann, K., Huxley, P. & Priebe, S. (1999). Zur Kurzfassung subjektiver Lebensqualität. Ergebnisse der Erprobung einer Kurzform des Berliner Lebensqualitätsprofils (BELP-KF). *Fortschritt in der Neurologischen Psychiatrie, 67*, 413-425.

Karademas, E. (2005). Self-efficacy, social support and well-being. The mediating role of optimism. *Personality and Individual Differences*, *40*, 1281-1290.

Kazis, L. E., Callahan, L. F., Meenan, R. F. & Pincus T. (1990). Health status reports in the care of patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Clinical Epidemiology*, *43*, 1243-1253.

Keller, S. (2002). Rückfall und Rückfallmanagement. In R. Schwarzer, M. Jerusalem, & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A–Z* (S. 479-483). Göttingen: Hogrefe.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R. & Walters, E. E. (2005). Prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 62*, 593-602.

Kirwan, J. R., Chaput de Saintonge, D. M., Joyce, C. R. B. & Currey, H. L. F. (1983). Clinical judgement in rheumatoid arthritis. Judging „current disease activity“ in rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Disorders*, *42,* 648-651.

Klein, D., Turvey, C., & Pies, C. (2007). Relationship of coping styles with quality of life and depressive symptomes in older heart failure patients. *Journal of Aging and Health*, *19* (1), 22-38.

Kohlmann, T., Bullinger, M. & Kirchberger-Blumstein, I. (1997). Die deutsche Version des Nottingham Health Profile (NHP): Übersetzungsmethodik und psychometrische Validierung. *Sozial- und Präventivmedizin, 42*, 175-185.

Köppert, A. (2004). *Lebensqualität Drogenabhängiger in Haft.* Unveröffentlichte Dissertation, Universitätsklinikum Münster.

Krischke, N. & Petermann, F. (2000). Depression und Lebensqualität in der Rehabilitation Krebskranker. In M. Bullinger, J. Siegrist & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive* (S. 25-41). Göttingen: Hogrefe.

Kvarme, L., Haraldstad, K., Helseth, S., Sorum, R. & Natvig, G. (2009). Associations between general self-efficacy and health-related quality of life among 12–13-year-old school children: a cross sectional survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, *7* (1), 85.

Lang, F. R. & Heckhausen, J. (2001). Perceived control over development and subjective well-being: Differential benefits across adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology, 81*, 509-523.

Liebling, A. & Arnold, H. (2002). Measuring the quality of prison life. *Research, Development and Statistics Directorate, 174,* 1-4.

Lüdemann, C. & Ohlemacher, T. (2002). *Soziologie der Kriminalität. Theoretische und empirische Perspektiven*. Weinheim: Juventa.

Maciejewski, P., Pigerson, H. & Mazure, C. (2000). Self-efficacy as mediator between stressful life events and depressive symptoms: Differences based on history of prior depression. *British Journal of Psychiatry*, *176,* 373-378.

Mattejat, F., König, U., Barchewitz, C., Felbel, D., Herpertz-Dahlmann, B., Hoehne, D. et al. (2005). Zur Lebensqualität von psychisch kranken Kindern und ihren Eltern. *Kindheit und Entwicklung*, *14* (1), 39-47.

McCarty, C., Stoep, A., Kuo, E. & McCauley, E. (2006). Depressive symptoms among delinquelt youth: Testing models of associating with stress and support. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *28* (2), 85-93.

Meier, B. (2005). Ärztliche Versorgung im Strafvollzug: Äquivalenzprinzip und Ressourcenknappheit. In T. Hillenkamp & B. Tag (Hrsg.), *Intramurale Medizin – Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug* (S. 35-55). Heidelberg: Springer.

Miller, A. (1983). *Am Anfang war Erziehung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Moeller, A. & Hell, D. (2003). Affektive disorder and „psychopathy“ in a sample of younger male delinquents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *107*, 203-207.

Moore, M., Hofer, S., McGee, H. & Ring, L. (2005). Can the concepts of depression and quality of life be integrated using a time perspective? *Health and Quality of Life Outcomes*, *3* (1).

Murray, C.L. (1996). The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. WHO: Genf.

Nickolai, W. & Reindl, R. (Hrsg.) (2001). *Sozialer Ausschluss durch Einschluss. Strafvollzug und Straffälligenhilfe zwischen Restriktion und Resozialisierung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Nieuwenhuizen, C., Schene, A., Koeter, M. & Huxley, P. (2001). The Lancashire Quality of Life Profile: modification and psychometric evaluation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *36*, 36-44.

Nietzel, M. T., Hasemann, D. M. & Lynam, D. R. (1999). Behavioral perspective on violent behavior. In V. B. Van Hasselt & M. Hersen (Eds.), *Handbook of Psychological Approaches with Violent Offenders: Contemporary Strategies and Issues* (pp. 39-66). New York: Kluwer Academic/Plenum.

Novaco, R.W. (1994). Anger as a risk factor for violence among the mentally disordered. In J. Monahan & H. Steadman (Eds.), *Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment* (pp. 21-59). Chicago: University of Chicago Press.

O'Brien, D. & Wilson, D. (2011). Community perception: The ability to assess the safety of unfamiliar neighborhoods and respond adaptively. *Journal of Personality and Social Psychology*, *100* (4), 606-620.

Oliver, J. (1991). The social care directive: Development of a quality of life profile for use in community services for the mentally ill. *Social Work and Social Sciences Review*, *3* (1), 5-45.

Oliver, N., Carson, J., Missenden, K., Towney, A., Dunn, L., Collins, E. & Holloway, F. (1996). Assessing the quality of life of the long-term mentally ill: a comparative study of two measures. *International Journal of the Methods in Psychiatric Research, 6,* 161-166.

Opp, K. (1974). *Abweichendes Verhalten und Gesellschaftsstruktur*. Darmstadt: Luchterhand.

Ortmann, R. (2000). *Abweichendes Verhalten und Anomie*. Freiburg im Breisgau: edition iuscrim.

Pérez, I., Blanco, J., Olry de Labry Lima, A., Recio, J., Lopez, E., Basantá, J. & Castaño, J. (2006). Factors that affect the quality of life of prison inmates on antiretroviral treatment. *AIDS Care, 18* (5), 433-440.

Plattner, B., Karnik, N., Jo, B., Hall, R., Schallauer, A., Carrion, V. et al. (2007). State and trait emotions in delinquent adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, *38*, 155-169.

Pliszka, S., Sherman, J., Barrow, V. & Irick, S., (2000). Affective disorder in juvenile offenders: A preliminary study. *American Journal of Psychiatry*, *157* (1), 130-132.

Proske, D., Curbach, M. & Köhler, U. (2006). Lebensqualität als Bewertungsparameter für Lebensrisiken. *Wissenschaftliche Zeitschrift der Technischen Universität Dresden, 55* (3-4)*, 25-33.*

Pyne, J. M., Patterson, T. L., Kaplan, R. M., Gillin, J. C., Koch, W. L. & Grant, I. (1997). Assessment of the quality of life in patients with major depression. *Psychiatric Services, 48,* 224-230.

Raine, A., Dodge, K. A., Loeber, R., Gatzke-Kopp, L., Lynam, D., Reynolds, C. et al. (2006). The Reactive-Proactive Aggression Questionnaire: Differential correlates of reactive and proactive aggression in adolescent boys. *Aggressive Behavior*; *32,* 159-171.

Rapaport, M., Clary, C., Fayyard, R. & Endicott, J. (2005). Quality of life impairment in depressive and anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry, 162*, 1171-1178.

Rudolf, H. (2000). Lebensqualität: Differenzierungs- und Veränderungsmerkmal in der psychiatrischen Forschung. In M. Bullinger, J. Siegrist, U. Ravens-Sieberer (Hrsg.),

Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive (S. 110-122). Göttingen: Hogrefe.

Rudolf, H. & Priebe, S. (1999). Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der subjektiven Lebensqualität alkoholabhängiger Frauen. *Psychiatrische Praxis, 26*, 116-121.

Ruholl, S. (2007). Selbstwirksamkeit als Indikator für psychische Störungen. Doctoral Dissertation. *Technische Hochschule Aachen*, *82*, 422-434.

Sampson, R. & Raudenbush, S. (1999). Systematic social observation of public spaces: a new look at disorder in urban neighborhoods. *American Journal of Sociology, 105* (3), 603-651.

Schindler, C. & Körkel, J. (1994). Selbstwirksamkeitserwartungen junger erwachsener Alkoholabhängiger: Ausprägung und Vorhersagbarkeit. *Verhaltenstherapie, 4,* 152-161.

Schmid, K. (Hrsg.) (1867). *Encyklopädie des gesammten Erziehungs- und Unterrichtswesens.* Oxford: University Press.

Schmid, M. (2007). Psychische Gesundheit von Heimkindern. Weinheim: Juventa.

Scholz, U., Dona, B., Sud, S. & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? *European Journal of Psychological Assessment*, *18* (3), 242-251.

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright & M. Johnston (Eds.), *Measures in Health Psychology: A User's Portfolio. Causal and Control Beliefs* (pp. 35-37). Windsor: NFER-NELSON.

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

Simons-Morton, B. & Chen, R. (2009). Peer and parent influences on school engagement among Early adolescents. *Youth & Society*, *41* (1), 3-25.

Stöver, H. (2006, 6. April). *Europäische Perspektiven zur Gesundheitsförderung im Gefängnis. Zweite Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft.* Zusammenfassung verfügbar unter http://gesundinhaft.eu/wp-content /uploads/ 2008/ 04/doku_2006_gesundinhaft.pdf, 28.02.2012).

Sulzer, J. (1748). *Versuch von der Erziehung und der Unterweisung der Kinder*. Zürich: Bey C. Orell und Comp.

Sutherland, E. (1947). *Principles of Criminology*. Chicago: Lippincott.

Tolan, P., Gorman-Smith, D. & Henry, D. (2003). The developmental ecology of urban males' youth violence. *Developmental Psychology*, *39* (2), 274-291.

Tonnesen, H., Fugleholm, A. & Jorgensen, S. (2005). Evidence for health promotion in hospitals. In O. Groene & M. Garcia-Barbero (Eds.), *Health Promotion in Hospitals: Evidence and Quality Management* (pp. 22-47). Kopenhagen: WHO.

WHO/UNAIDS (2006). *HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings. A Framework for an Effective National Response.* New York: WHO.

WHOQoL-Group (1993). The development of the World Health Organization quality oflife assessment instrument: The WHOQoL. In J. Orley & W. Kuyken (Eds.), *Quality of Life Assessment: International Perspectives* (pp. 41-57)*.* Heidelberg: Springer.

Wiesner, M. & Kim, H. (2006). Co-occurring delinquency and depressive symptoms of adolescent boys and girls: A dual trajectory modeling approach. *Developmental Psychology, 42* (6), 1220-1235.

Wittchen, H. U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe. A critical review and appraisal of 29 studies. *European Neuropharmacology, 15,* 357-376.

Wittchen, H. U. & Hoyer J. (Hrsg.) (2011). Klinische Psychologie und Psychotherapie (2.Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer.

Whitbeck, L., Hoyt, D. & Bao, W. (2000). Depressive symptoms and co-occurring depressive symptoms, substance abuse, and conduct problems among runaway and homeless adolescents. *Child Development, 71,* 719-730.

Wrosch, C., Bauer, I. & Scheier, M. (2005). Regret and quality of life across the adult life span: The influence of disengagement and available future goals. *Psychology and Aging*, *20* (4), 657-670.

III Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Makro-Mikro-Makro-Beziehungen: Methodologischer Individualismus (Coleman, 2000) 20

Abbildung 2: Das Mikro-Makro-Modell der Anomietheorie (Lüdemann & Ohlemacher, 2002). 22

Abbildung 3: Die Annahmen des Labeling-Ansatzes (Lüdemann & Ohlemacher, 2002). 26

Abbildung 4: Beispiel eines Zufriedenheit-Items aus dem BeLP 78

Abbildung 5: Beispielitem aus dem Beck-Depressions-Inventar 81

Abbildung 6: Beispielitem aus der Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung 82

Abbildung 7: Beispiel einer Visuellen Analogskala zur Erhebung der Praktikabilität eines Fragebogens 84

Abbildung 8: Darstellung der Altersverteilung 88

Abbildung 9: Verteilung Nationalitäten 89

Abbildung 10: Verteilung Berufsausbildung 90

Abbildung 11: Verteilung der verhängten Freiheitsstrafen 90

Abbildung 12: Zufriedenheitswerte aus dem BeLP 92

Abbildung 13: Signifikante Unterschiede in allen Dimensionen außer: Schmerzen, Allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Soziale Funktionsfähigkeit 96

Abbildung 14: BDI-Gruppenaufteilung 97

Abbildung 15: Verteilung der Werte des Faktors „Beziehungen“ (BeLP). Keine Boden- bzw. Deckeneffekte: keine Häufung in den Randbereichen 114

Abbildung 16: Werteverteilung der Subskala „Emotionale Rollenfunktion“ (SF-36) 115

IV Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Rotierte Komponenten-Matrix 94

Tabelle 2: Pearson-Korrelation BeLP und BDI-Gesamtscore 99

Tabelle 3: einfaktorielle Varianzanalyse (BeLP) 100

Tabelle 4: Pearson-Korrelation SF-36 und BDI-Gesamtscore 102

Tabelle 5: einfaktorielle Varianzanalyse (SF-36) 103

Tabelle 6: Pearson-Korrelation BeLP und SWE-Gesamtscore 106

Tabelle 7: MW-Vergleich BeLP-Faktoren hinsichtlich SWE 107

Tabelle 8: Pearson-Korrelation SF-36 und SWE-Gesamtscore 109

Tabelle 9: t-Test für unabhängige Stichproben 109

Tabelle 10: Konvergenz zwischen „sozialen“ Subskalen 116

Tabelle 11: Pearson-Korrelation: BDI-Gesamtscore –Gesundheit/ Psy. Wohlbefinden 117

Tabelle 12: Kruskal-Wallis-Test mit Faktoren des BeLP 118

Tabelle 13: Kruskal-Wallis-Test SF-36 mit Gruppenvariable BDI 118

Tabelle 14: Paarweise Gegenüberstellung der Items für Praktikabilität 120

Tabelle 15: t-Tests bei abhängigen Stichproben 121

ANHANG

An die
Vollzugsdirektion

Kirchberggasse 33

1070 Wien

Betreff: Antrag auf Genehmigung der Datenerhebung im Rahmen einer Diplomarbeit

Sehr geehrte Damen und Herren der Vollzugsdirektion! Wien, 20.03.2008

Hiermit möchte ich, Reinhilde Moser, Sie höflichst um die Genehmigung bitten, in der Justizanstalt für Jugendliche in Gerasdorf im Rahmen einer wissenschaftlichen Untersuchung eine Datenerhebung an Insassen durchführen zu dürfen. Die dafür zu erhebenden Daten werden natürlich strengstens anonym gehalten.

Meine Diplomarbeit zur Beendigung des Studiums „Psychologie" an der Universität Wien trägt den Titel *„Vergleich zweier Verfahren zur Erhebung der Lebensqualität bei straffälligen jungen Erwachsenen"*, wobei es sich um eine wissenschaftliche Studie mittels standardisierten Fragebogen handelt. Eine Kurzzusammenfassung meines Vorhabens und die Genehmigung der Studienprogrammleitung finden Sie beigelegt.

Am 19.3.2008 gab es bereits eine Präsentation der Diplomarbeitsinhalte in der Justizanstalt Gerasdorf. Eine Stellungnahme findet sich im Anhang.

Ich möchte abschließend noch einmal versichern, dass die zu erhebenden Daten jedenfalls anonym gehalten und streng vertraulich behandelt werden.

Vielen Dank für Ihre Bemühungen!

Mit freundlichen Grüßen,

Reinhilde Moser
Donaufelderstraße 54/ 3316
1210 Wien
Tel.: 0664/ 9106241

Anhang:
Planung der Studie (Zusammenfassung)
Genehmigung d. Studienprogrammleiters
Stellungnahme (Psychologischer Dienst)

Empfehlung durch den Psychologischen Dienst der Justizanstalt Gerasdorf

JUSTIZANSTALT FÜR JUGENDLICHE
GERASDORF
Psychologischer Dienst

Zahl:

Gerasdorf, am 19.3.2008

An Frau
Reinhilde Moser

A-2731 St. Egyden am Steinfeld
Puchbergerstraße 1

Sachbearbeiter: Mag. Eva-Maria Dvoulety

Telefon: +43 2638 / 77431 - 653
Fax: +43 2638 / 77431 - 219

EMail: eva-maria.dvoulety@justiz.gv.at

BETRIFFT: Diplomarbeit

Nach der heutigen Präsentation Ihres Diplomarbeitsdesigns, können wir Ihnen mitteilen, dass wir die Durchführung der vorgesehenen Untersuchung gerne befürworten.

Die Methodik und Ergebnisse sind für den psychologischen Dienst der Justizanstalt von praktischem Interesse und für die Entwicklung von gesundheitspsychologischen Konzepten relevant.

JUSTIZANSTALT FÜR JUGENDLICHE
GERASDORF
Psychologischer Dienst
2731 St. Egyden am Steinfeld, Puchbergerstraße 1
Telefon: 0 26 38 / 774 31 - DW 650

Leiter des psychologischen Dienstes
Dr. Heribert Recher

Beurteilung mittels Visueller Analogskalen

Wie beurteilen Sie den eben bearbeiteten Fragebogen?

(Markieren Sie bitte einen Punkt auf jeder der unten gezeichneten Linien, sodass dieser Ihre Meinung so genau wie möglich beschreibt. Meinen Sie beispielsweise, die Bearbeitung des Fragebogens war sehr schwierig, so markieren Sie mit einem Kreuz am rechten Pol der Linie. War die Bearbeitung eher mittelschwierig, so markieren Sie einen Punkt in der Mitte der Linie.)

Wie schwierig war die Bearbeitung dieses Fragebogens?

Gar nicht schwierig **sehr schwierig**

Wie schwierig waren die Fragen und Aufgaben dieses Fragebogens zu verstehen?

Gar nicht schwierig **sehr schwierig**

Wie gut kann der Fragebogen Ihrer Meinung nach Ihre persönliche Situation erfassen?

Gar nicht gut **sehr gut**

Wie gerne haben Sie diesen Fragebogen ausgefüllt (rückblickend)?

Gar nicht gerne **sehr gerne**

Würden Sie dem Psychologischen Dienst empfehlen, diesen Fragebogen öfter einzusetzen?

Ja ☐ ☐ **nein**

Berliner Lebensqualitätsprofil – angepasst für die Population inhaftierter junger Erwachsener

Fragebogen 1

Teil 1 – Persönliche Daten des Befragten:

Alter in Jahren: _____

Nationalität: _____

Höchste abgeschlossene schulische Ausbildung:

Kein Hauptschulabschluss □

Hauptschulabschluss □

Pflichtschulabschluss □

Matura □

Andere □ wenn ja, welche: _____

Erreichte Berufsausbildung *(mehrere Antworten möglich)*:

Keine Berufsausbildung oder nur angelernt □

Lehre/ Fachschule:

abgeschlossen □ abgebrochen □ noch in Ausbildung □

Fachhochschule/ Universität/ andere Hochschule:

abgeschlossen □ abgebrochen □ noch in Ausbildung □

Haftsituation:

Anzahl der Inhaftierungen: _____

Dauer der **vorangegangenen** Freiheitsstrafen: _____ Monate

davon bedingt: _____ Monate

Dauer der **aktuellen** Freiheitsstrafe insgesamt: _____ Monate

davon bedingt: _____ Monate

Dauer der **aktuellen** Haft bisher: _____Monate

Teil 2 – Allgemeines Lebensgefühl

Wie finden Sie ihr Leben insgesamt? (Benutzen Sie die Z-Skala) ☐

Teil 3 – Arbeit – (Aus-)Bildung

Gehen Sie einer Tätigkeit nach? Ja □ Nein □

Wenn ja, welcher? _____

Wie viele Stunden pro Woche sind Sie mit dieser Tätigkeit beschäftigt? ☐

Wie viel (€) verdienen Sie ungefähr netto im Monat? ☐

Wie zufrieden sind Sie *(im Folgenden die Z-Skala benutzen)*:

mit Ihrer (beruflichen) Tätigkeit (Arbeit, Ausbildungsstätte etc.) ☐

mit Ihrer Bezahlung? ☐

damit, arbeitslos zu sein? ☐

Teil 4 – Freizeitgestaltung

Betrachten Sie im Folgenden die vergangenen vier Wochen:

Haben Sie in diesem Zeitraum Sport getrieben oder eine Sportveranstaltung besucht?

ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐

Haben Sie an einer Vereinsveranstaltung teilgenommen oder ein Restaurant/ Kneipe/ Gaststätte besucht?

ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐

Waren Sie im Kino, im Theater, Museum oder auf einer Musikveranstaltung?

ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐

Waren Sie einkaufen?

ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐

Sind Sie Bus, Auto, Zug gefahren, außer zur Arbeit und zurück?

ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐

Haben Sie ferngesehen oder Radio gehört?

ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐

Gab es im vergangenen Jahr Zeiten, in denen Sie gern mehr in Ihrer Freizeit unternommen hätten, dies aber nicht möglich war?

ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐

Wie zufrieden sind Sie mit (im Folgenden die Z-Skala verwenden):

dem Vergnügen, das Sie an Freizeitaktivitäten innerhalb Ihres Heims haben? ☐

dem Vergnügen, das Sie an Freizeitaktivitäten außerhalb Ihres Heims haben? ☐

Teil 5 – Religion

Welcher Religion gehören Sie an?

evangelisch ☐ katholisch ☐ jüdisch ☐ islamisch ☐

hinduistisch ☐ buddhistisch ☐

andere ☐ wenn ja, welche? _____ keiner ☐

Wie oft haben Sie in den vergangenen Wochen einen Gottesdienst oder eine andere religiöse Veranstaltung besucht?

☐ mal

Teil 6 – Finanzen

Wie viel Geld (€) haben Sie netto monatlich zur Verfügung ? ☐

Haben Sie Vermögen über 25.500 €?

ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐

Bekommen Sie irgendwelche staatliche Unterstützung?

ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐

Hatten Sie im vergangenen Jahr irgendwann zu wenig Geld, um im Alltag zurechtzukommen?

ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐

Wie zufrieden sind Sie mit *(im Folgenden die Z-Skala benutzen)*:

Ihrer finanziellen Lage? ☐

Teil 7 – Wohnung

Wie viele Menschen wohnen dort in der selben Zelle außer Ihnen? ☐

Wie zufrieden sind Sie mit *(im Folgenden die Z-Skala benutzen)*:

ihrer Wohnsituation allgemein? ☐

dem Zusammenleben mit den anderen dort wohnenden Menschen? ☐

der Privatsphäre, die Sie dort haben? ☐

der Aussicht, dort lange zu bleiben? ☐

Teil 8 – Gesetz und Sicherheit

Sind Sie im vergangenen Jahr beschuldigt worden, eine Straftat begangen zu haben?

ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐

Sind Sie im vergangenen Jahr angegriffen, geschlagen oder belästigt worden oder in anderer Weise Opfer eines Verbrechens geworden?

ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐

Wie zufrieden sind Sie *(im Folgenden die Z-Skala verwenden)*:

der Sicherheit dort, wo Sie wohnen? ☐

Teil 9 – Familie

Familienstand:

verheiratet/ in fester Beziehung ☐ ledig ☐ verwitwet ☐ geschieden ☐

getrennt lebend ☐ anderes ☐

Wie viele Kinder haben Sie?

Wie oft haben Sie Kontakt mit einem/ einer Verwandten?

täglich ☐ wöchentlich ☐ monatlich ☐ jährlich ☐

seltener als einmal pro Jahr ☐ nicht zutreffend ☐

Welche Verwandten sind das? _____

Gab es im vergangenen Jahr Situationen, in denen Sie gern engeren Kontakt zu Ihrer Familie gehabt hätten, dies aber nicht möglich war?

ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐

Wie zufrieden sind Sie mit *(im Folgenden die Z-Skala benutzen)*:

Ihrer Ehe/ Partnerbeziehung? ☐

der Beziehung zu Ihren Kindern? ☐

der Beziehung zu ihrer sonstigen Familie? ☐

der Häufigkeit von Kontakten mit Ihrer sonstigen Familie? ☐

Teil 10 – Freunde und Bekannte

Würden Sie sagen, Sie sind jemand, der ohne Freunde/ Freundinnen auskommt?

ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐

Haben Sie eine/ einen gute/ guten, enge/ engen Freundin/ Freund (d.h. jemand, die/ der Sie gut kennt)?

ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐

Haben Sie eine/ einen Freundin/ Freund, die/ den Sie um Hilfe bitten können, wenn Sie Hilfe brauchen?

ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐

An wie vielen Tagen hatten Sie in der vergangenen Woche Kontakt mit Freunden/ Freundinnen?

☐ Tage

An wie vielen Tagen hatten Sie in der vergangenen Woche Kontakt zu Menschen, die nichts mit der Strafanstalt zu tun haben (weder als Beamte, noch als Insassen)?

☐ mal

Wie zufrieden sind Sie mit (*im Folgenden die Z-Skala verwenden)*:

der Art, wie Sie mit anderen zurecht kommen? ☐

der Anzahl der Freunde und Bekannten, die Sie haben? ☐

Teil 11 – Gesundheit

Betrachten Sie im Folgenden das vergangene Jahr:

Waren Sie wegen eines körperlichen Leidens beim Arzt?

ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐

Hatten Sie körperliche Probleme, die Ihre Bewegungsmöglichkeiten eingeschränkt haben?

ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐

Waren Sie in der Zeit wegen seelischer Probleme beim Arzt?

ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐

Waren Sie wegen seelischer Probleme im Krankenhaus?

ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐

Wie alt waren Sie bei Ihrem ersten Krankenhausaufenthalt in einem psychiatrischen Krankenhaus/ auf einer psychiatrischen Station (falls zutreffend)?

☐ Jahre

Nehmen Sie Medikamente wegen seelischer Probleme?

ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐

Haben Sie sich im vergangenen Jahr wegen ihrer Gesundheit Hilfe von einem Arzt oder einer anderen medizinischen Einrichtung gewünscht, diese aber nicht bekommen?

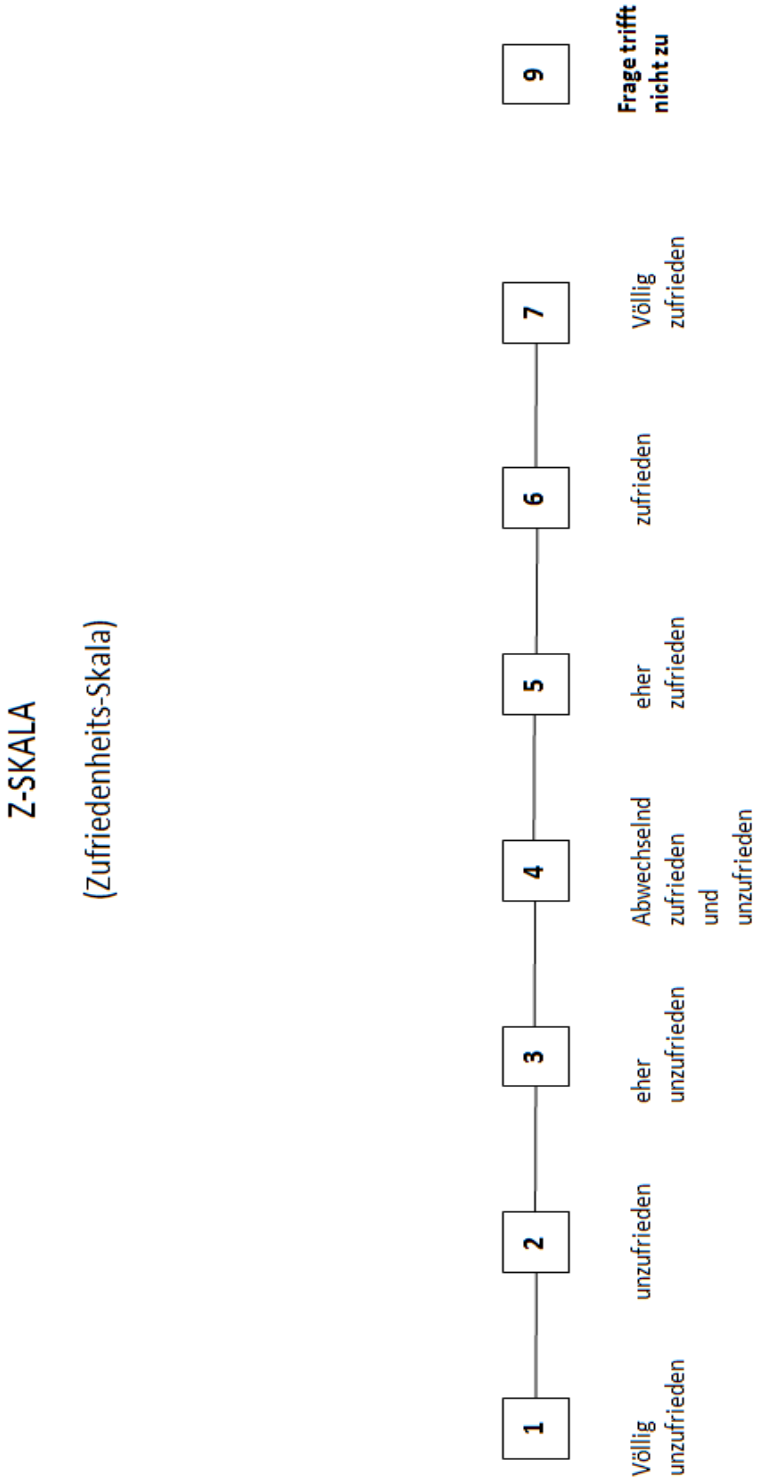
ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐

Wie zufrieden sind Sie mit *(im Folgenden die Z-Skala benutzen)*:

Ihrer Gesundheit, allgemein?	
Ihrer seelischen Gesundheit?	
der Häufigkeit ihrer Arzttermine?	

Address of translator:
Professor Stefan Priebe
Freie Universität Berlin
Universitätsklinikum Benjamin Franklin
Abteilung für Sozialpsychiatrie
Platanenallee 19
D-14050 Berlin
Germany
Tel: +49 30 8445 8401
Fax: +49 30 8445 8389
e-mail: priebe@zedat.fu-berlin.de

Zufriedenheits-Skala aus dem BeLP



Lebenslauf

R E I N H I L D E M O S E R

AUSBILDUNG

Am 28. 05. 1984	in Graz geboren
1990 – 1994	Volksschule Wien 14, Zennerstraße (Integrationsklasse)
1994 – 2002	BRG XIV, Linzerstraße (neusprachlicher Zweig – engl., frz., ital.)
Oktober 2002	Universität Wien (Beginn des Psychologiestudiums)
12.10.2005	Erste Diplomprüfung bestanden.
Dezember 2001	Steiermärkischer Schilehrerverband Ausbildung zur KSL
September 2012	FH Campus Wien: Beginn des Masterstudiums
	„Klinische Soziale Arbeit und Sozialraumorientierung“

PRAXIS

Justizanstalt für Jugendliche, Gerasdorf

Oktober 2006 – April 2007

- Psychologisches Pflichtpraktikum in der Abteilung „Psychologischer Dienst“
- Tätigkeitsbereiche: forensisch – psychologische Diagnostik (Verfahrensauswahl, Durchführung, Auswertung, Interpretation und Rückmeldung), Gesprächsführung (Anamnese und Explorationsgespräche, begleitete Beratungsgespräche), psychologische Gruppengespräche
- Begleitende Supervision; Ausmaß: 310 Stunden

Caritas St. Gabriel, Mödling

September 2006 bis September 2009

- Projekt „Heilen durch Spielen“ im Rahmen der Flüchtlingskinder-Betreuung
- Tätigkeitsbereiche: Sozialpädagogische Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit traumatischen und kriegsnahen Erfahrungen, Sonderpädagogische Interventionen bei Folgen von Kriegserlebnissen, Konfliktmanagement, Vermittlung von sozialen Werten und Normen, Förderung sozialer Kompetenzen.

Verein Komit, Wien

September 2007 bis September 2008

- Ambulante Mitarbeit in der Sozialtherapeutischen Tagesstruktur für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Tätigkeitsziele: Erarbeiten von und Leben mit Strukturen, Erarbeiten und Bewahren eines integrierten Selbst- und Fremdbildes.

Verein GIN, Wien

Seit September 2009

- Förderung der Lebensqualität von Menschen mit Mehrfachbeeinträchtigungen und besonderen Bedürfnissen

✉: reini_moser@gmx.at