



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Tiergestütztes Kompetenztraining (MTI) im stationären
Drogenentzug“

Verfasserin

Romana Klee

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer.nat.)

Wien, 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 298

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Psychologie

Betreuerin / Betreuer:

Dr. Birgit U. Stetina

DANKSAGUNG

Die vorliegende Arbeit wäre ohne das Engagement von einigen besonderen Menschen und Hunden nicht möglich gewesen – dafür möchte ich mich an dieser Stelle von ganzem Herzen bedanken!

Da für mich zu Beginn des zweiten Abschnitts klar war, dass ich meinen Schwerpunkt in die Forschung der Mensch-Tier-Beziehung legen möchte, kontaktierte ich damals Frau Dr. Birgit Stetina, die mir als Expertin auf diesem Gebiet bekannt war. Seitdem kann ich auf ihre kompetente und freundliche Unterstützung zählen und darf viel von ihr in Bezug auf Mensch und Tier lernen. Durch sie hatte ich die Möglichkeit erste Erfahrungen auf Kongressen zu sammeln und wurde auch hier stets sehr gut vorbereitet und vor allem emotional unterstützt. Vielen lieben Dank, Birgit, für deine Hilfe und die angenehme Diplomarbeitsbetreuung!

Mein herzlicher Dank geht außerdem an Frau Ursula Handlos mit ihrer Hündin Emily, die mit viel Herz und Engagement eine Art von tiergestützter Arbeit leisten, die mir in dieser Weise zuvor nicht bekannt war. Vielen Dank, Uschi, für die zahlreichen anregenden Gespräche, die mich für meine weitere Arbeit mit Mensch und Tier geprägt haben.

Des Weiteren möchte ich mich herzlich bei den MitarbeiterInnen der LefoP bedanken, im Speziellen bei Mag. Eva Burger, Mag. Karoline Turner, Oswald Kothgassner und Julia McElheney, die mich bei der Datenerhebung und technischen Problemen tatkräftig unterstützt haben. Vielen lieben Dank dafür!

Ein ganz besonderes Dankeschön geht an meine liebe Kollegin und Freundin Marisa Wipplinger! Vielen Dank für deine Unterstützung während des Studiums und der Diplomarbeitsphase. Danke, für deine wertvollen Inputs und deine kritische Haltung, die mir immer wieder hilfreich war, wenn ich mich wo verrannt habe. Danke, für deine Freundschaft!

Auch wenn sie es nicht lesen kann – möchte ich ein paar Zeilen meiner Hündin FrouFrou widmen. Sie hat mich gelehrt, wo meine eigenen Schwächen und Stärken liegen und was es bedeutet die Verantwortung für ein Lebewesen zu haben. Froutschi, meine liebe Maus, danke für deine Geduld mit mir!

Meiner Familie, besonders meinen Brüdern Andreas, Christian und Daniel, meinen lieben Freundinnen, Katharina Binder und Birgit Brieber, und meinem Lebensgefährten, Gerald Biedermann, möchte ich von ganzem Herzen für ihre Unterstützung und motivierenden Gespräche danken. Vielen Dank, dass ihr immer an mich geglaubt habt und immer ein offenes Ohr für mich habt! Lieber Gerald, ich danke dir für deine Liebe und die Kraft, die du mir jeden Tag gibst!

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG.....	7
1 BEHANDLUNG IM DROGENENTZUG	8
1.1 Stationärer und ambulanter Drogenentzug	10
1.2 Zwang und Freiwilligkeit im Drogenentzug	12
2 SCHUTZ- UND RISIKOFAKTOREN BEI SUBSTANZABHÄNGIGKEIT	16
2.1 Selbstkonzept.....	17
2.2 Soziale und emotionale Kompetenz	18
2.3.1 Soziale Kompetenz	18
2.3.2 Emotionale Kompetenz.....	19
2.3 Selbstkontrolle und Selbstregulation.....	21
2.3.1 Selbstkontrolle	21
2.3.2 Selbstregulation	22
3 TIERGESTÜTZTE INTERVENTION	24
3.1 Bereiche der tiergestützten Arbeit	24
3.2 Multiprofessionelle tiergestützte Intervention.....	28
3.2.1 Konzept der MTI	28
3.2.2 Trainingsaufbau der MTI.....	31
3.2.3 Ethische Aspekte und Gesundheitsvorsorge der Therapiehunde	34
3.3 Interventionsforschung in der tiergestützten Arbeit	36
4 ZIELSETZUNG DER UNTERSUCHUNG	39

5	UNTERSUCHUNGSDESIGN	39
5.1	Beschreibung der Stichprobe	41
5.2	Durchführung der Untersuchung.....	41
6	FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN.....	43
6.1	Auswirkungen auf die emotionale Kompetenz	43
6.2	Auswirkungen auf die soziale Kompetenz.....	45
6.2.1	Beschreibung der Untersuchungsinstrumente	46
6.2.2	Hypothesen zur sozialen und emotionalen Kompetenz.....	48
6.3	Systematische Verhaltensbeobachtung	52
6.3.1	Hypothesen zur Verhaltensbeobachtung	54
7	STATISTISCHE AUSWERTUNG UND DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE	57
7.1	Ergebnisse im Bereich der sozialen und emotionalen Kompetenz	58
7.1.1	Ergebnisse des ROPELOC	58
7.1.2	Ergebnisse des SDQ III	63
7.2	Ergebnisse der systematischen Verhaltensbeobachtung	67
8	INTERPRETATION UND DISKUSSION	76
8.1	Soziale und emotionale Kompetenz.....	76
8.2	Verhaltensbeobachtung.....	79
9	KRITIK UND AUSBLICK.....	81
10	ZUSAMMENFASSUNG.....	83
11	ABSTRACTS.....	87
11.1	Abstract (deutsch)	87
11.2	Abstract (englisch)	88
	LITERATURVERZEICHNIS.....	89

TABELLENVERZEICHNIS.....	98
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	99
TABELLEN ZUM ALLGEMEINEN LINEAREN MODELL	100
ERKLÄRUNG	102
LEBENS LAUF	103

EINLEITUNG

Die vorliegende Arbeit ist, neben jener von Stetina und Forschungsteam (2010a, 2010b), eine weitere Studie, die das tiergestützte Kompetenztraining MTI bei Substanzabhängigkeit untersucht. Die multiprofessionelle tiergestützte Intervention (MTI) ist ein hundegestütztes Kommunikationstraining zur Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen (Kapitel 3.2). Soziale und emotionale Kompetenzen sind wichtige Schutzfaktoren, die mit regelmäßigen Konsum von psychotropen Substanzen und mit der Wahrscheinlichkeit mit Drogen überhaupt direkt in Kontakt zu kommen, in Zusammenhang stehen. Im 2. Kapitel werden verschiedene Schutz- und Risikofaktoren beschrieben, die mit einem regelmäßigen Drogenkonsum in Zusammenhang gebracht werden und somit auf die Wichtigkeit des Trainings sozialer und emotionaler Kompetenzen in der Behandlung von Substanzabhängigkeit hingewiesen.

In dieser Arbeit wird zum Einen verglichen, ob sich die sozialen und emotionalen Kompetenzen von der Gruppe „Therapie statt Strafe“ in einer stationären Einrichtung (MTI STAT) vor dem Training im Vergleich zu nach dem Training unterscheiden. Außerdem werden die Ergebnisse von Stetina und Forschungsteam (2010a, 2010b), die sich auf inhaftierte Drogenabhängige (MTI GEF) bezogen, jenen Drogenabhängigen gegenübergestellt, die am Programm „Therapie statt Strafe“ (MTI STAT) teilgenommen haben (Kapitel 7).

Der stationäre Drogenentzug hat, neben ambulanten Angeboten, in der Behandlung von Substanzabhängigkeit einen wichtigen Stellenwert. Die Literatur zeigt, dass sich verschiedene Settings in Bezug auf den Behandlungserfolg voneinander unterscheiden (Kapitel 1.1 und 1.2). Für den Behandlungserfolg im stationären Setting sind vor allem die Art des Behandlungsabbruchs und der Umgang der Institution mit Rückfällen von Betroffenen von Bedeutung. Wichtige Prädiktoren für den Behandlungsabbruch sind außerdem emotionale Befindlichkeit und die Entzugsmotivation (Rüesch & Hättenschwiler, 2001, 2002) (Kapitel 1.2).

An dieser Stelle soll erwähnt werden, dass aufgrund der besseren Lesbarkeit auf die ausdrückliche Erwähnung der weiblichen Form verzichtet wird und bei Nennung der männlichen Schreibweise, jeweils beide Geschlechter gleichermaßen gemeint sind.

1 BEHANDLUNG IM DROGENENTZUG

Ein Drogenentzug ist für Betroffene und deren Angehörige ein oftmals langer und schwieriger Weg, der unter professioneller Anleitung eines multidisziplinären Teams begleitet werden sollte. Im Sinne des biopsychosozialen Gesundheitsmodells sollte auf mehreren Ebenen angesetzt werden, um in jeder Phase der Suchterkrankung Unterstützung zu finden.

Im vorliegenden Kapitel wird neben einer kurzen Darstellung der aktuellen Lage des Drogenkonsums in Österreich auf die Arten des Entzugs eingegangen. In weiterer Folge werden Unterschiede des Behandlungserfolges, sowie Vor- und Nachteile in ambulanten sowie stationären Einrichtungen dargestellt. Im Speziellen werden Besonderheiten des zwangsweisen Entzugs dargestellt, sowie dessen Vorteile aber auch Risiken.

Laut Österreichischem Bundesinstitut für Gesundheit (2008) wies die Prävalenzrate im Jahr 2007 für den problematischen Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten rund 22.000 bis 33.000 Betroffene in Österreich auf. Das im Jahr 2007 novellierte Suchtmittelgesetz (SMG) gilt als Rahmen in der österreichischen Drogenpolitik und bietet ein breites Spektrum an Alternativen zur Bestrafung von Verstößen. Das Suchtmittelgesetz differenziert vor allem nach der Menge des Konsums und nicht nach der Art des Suchtgifts. Die Zahl der Verurteilungen hat im Gegensatz zu den Alternativen von Bestrafung von 2006 auf 2007 leicht zugenommen. Dabei haben 67 % aller Betroffenen eine Freiheitsstrafe erhalten. Der Anteil der bedingten Freiheitsstrafen an allen Freiheitsstrafen betrug 47 % und ist somit im Vergleich zu den Vorjahren leicht angestiegen. Der Anteil der zu einer Freiheitsstrafe verurteilten Jugendlichen betrug 2007 3,4 %.

Im Suchtmittelgesetz wird zwischen „Therapie statt Strafe“ (§ 39) und der Behandlung im Maßnahmenvollzug (§ 22 StGB) unterschieden. Im Rahmen der „Therapie statt Strafe“ ist einem an Suchtmittel gewöhnten Verurteilten der Aufschub des Vollzuges, einer Geldstrafe oder einer zwei Jahre nicht übersteigenden Freiheitsstrafe, für die Dauer von höchstens zwei Jahren zu bewilligen. Der Verurteilte muss sich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme unterziehen und ist verpflichtet eine Teilnahmebestätigungen bei Gericht vorzuweisen.

Nach der im Paragraph 168 Absatz 1 des Strafvollzugsgesetzes beschriebenen Behandlung im Maßnahmenvollzug sollen die mit Freiheitsentziehung verbundenen vorbeugenden Maßnahmen gegen entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher „die Untergebrachten je nach ihrem Zustand vom Missbrauch berauschender Mittel oder Suchtmittel entwöhnen, den Untergebrachten zu einer rechtschaffenen und den Erfordernissen des Gemeinschaftslebens angepassten Lebenseinstellung verhelfen und sie davon abhalten, schädlichen Neigungen nachzugehen.“

Bei entwöhnungsbedürftigen Rechtsbrechern muss das Gericht alle sechs Monate prüfen, ob eine weitere Haft notwendig ist. Die Unterbringung in einer Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher ist für einen Zeitraum von zwei Jahren begrenzt. In Wien ist die Justizanstalt Favoriten die zentrale Haftanstalt für Drogenentzug in Österreich. Sie ist eine Anstalt mit Behandlungsauftrag für StraftäterInnen, die im Zusammenhang mit berauschenden Substanzen Delikte verübt haben und gerichtlich eingewiesen wurden. Aufgrund des guten Angebotes für Suchtbehandlung bewerben sich Strafgefangene aus anderen Haftanstalten für eine Aufnahme in Favoriten.

In der Behandlung von Opiatabhängigen werden vor allem die medikamentöse Detoxifikation (Entzugsbehandlung) und die Substitution (Erhaltungstherapie) unterschieden. Bei ersterer ist das Ziel die Abstinenz. Eine Abstinenz aufrecht zu erhalten ist für die Betroffenen in den meisten Fällen sehr schwierig. Ohne unterstützende Maßnahmen zur Rückfallprävention ist ein erneuter Opiatkonsum mit der Gefahr einer erhöhten Akutmortalität wahrscheinlich (Strang, McCambridge & Best, 2003).

Die Substitution oder Erhaltungstherapie, als weitere Behandlungsform, ist eine längerfristige medikamentöse Behandlung, die bei Vorliegen einer Opiatabhängigkeit die Methode der Wahl sein sollte. Die Erhaltungstherapie hat Vorteile in mehreren Bereichen. So können eine Überdosierung vermieden oder riskanter Konsum gesenkt werden und die Verbreitung von ansteckenden Krankheiten, wie Hepatitis oder HIV, eingeschränkt werden. Außerdem kann die Substitution den Betroffenen auf sozialer Ebene (Wohnungs- und Arbeitsmarkt) helfen und trägt zur Entkriminalisierung der Betroffenen bei, da die Beschaffungskriminalität wegfällt.

Im Gefängnis hat die Erhaltungstherapie einen wichtigen Stellenwert für die Behandlung von opiatabhängigen Insassen, da sie neben den oben genannten Aspekten zu einer Reduktion des

Drogenkonsums, zu weniger gewalttätigen Verhaltens und zu einer Anbindung an die medizinische Abteilung beträgt (Gegenhuber, Spirig & Malfent, 2008).

In weiterer Folge soll auf Unterschiede bezüglich des Behandlungserfolges zwischen stationärem und ambulanten Drogenentzug, sowie zwangsweisen und freiwilligen Drogenentzug eingegangen werden.

1.1 Stationärer und ambulanter Drogenentzug

Schon in der frühen Forschung wurde versucht herauszufinden, inwiefern sich ambulante und stationäre Behandlung in Bezug auf den Behandlungserfolg voneinander unterscheiden. Sie hat sich dabei auf einen generellen Vergleich verschiedener Behandlungssettings konzentriert und festgestellt, dass stationäre Behandlung der ambulanten nicht überlegen ist (Miller & Hester, 1986). Spätere Forschungen fanden aber Hinweise, dass starke Abhängigkeit im stationären Setting bessere Erfolge erzielt, als im ambulanten Setting (Rychtarik et al., 2000; Tiet, Ilgen, Byrnes, Harris & Finney, 2006). Andere Studien wiederum zeigten, dass vor allem das soziale Umfeld sowohl im ambulanten als auch im stationären Entzug einen starken positiven Einfluss auf Entzugserfolge hat (Broome, Simpson & Joe, 2002; Martens & Thiel, 2003).

In der Drogenbehandlung gibt es verschiedene ambulante Angebote, die in Abhängigkeit von den Bedürfnissen der Betroffenen, von Aufklärungsarbeit bzgl. des Drogenkonsums bis zu intensiveren Tagesprogrammen reichen. Ambulante Behandlung ist meist niederschwelliger und kostengünstiger und für Personen im Arbeitsleben passender, als stationäre Angebote. Neben gruppentherapeutischen Angeboten, wird in ambulanter Behandlung auch häufig eine medizinische Versorgung angeboten (National Institute on Drug Abuse and National Institutes of Health, 2009). Eine ambulante Behandlung ist für jene Betroffene geeignet, deren soziale Gegebenheiten zwar schwierig sind, aber dennoch als stabil bezeichnet werden können. Außerdem eignen sich ambulante Einrichtungen für Personen in Substitutionsbehandlung, die diese beenden wollen oder für Personen mit richterlicher Weisung („Therapie statt Strafe“) (Grüner Kreis, n.p).

Die ambulante Behandlung hat einen besonderen Stellenwert in der Nachbehandlung. Einige Studien belegen die Wirksamkeit von Nachbetreuungsprogrammen und die damit verbundenen

positiven Auswirkungen auf die Compliance (Lash & Blosser, 1999; MacKay et al., 2004). Besonders in Bezug auf langjährige Abhängigkeit hat sich nach einem stationären Entzug die ambulante Nachbetreuung bewährt (Thiel & Ackermann, 2004). Carter und Kollegen (2008) zeigen Schwierigkeiten in der ambulanten Nachbetreuung auf und geben als Gründe, warum Nachbetreuung wenig genutzt wird an, dass die ambulante Nachbetreuung häufig in einer anderen Institution als die vorangegangene stationäre Behandlung stattfindet. Dies wiederum kann Schwierigkeiten bereiten, Vertrauen mit den Angestellten aufzubauen.

Stationäre Suchtbehandlung richtet sich an Personen, die eine Vielzahl an Suchtmittel konsumieren und eine lange Suchtgeschichte haben. Häufig leiden Betroffene an Persönlichkeits- und/oder Sozialisationsstörungen und psychischen oder physischen Folgeerkrankungen. Paare, Einzelpersonen (mit Kindern) und Personen mit richterlicher Weisung („Therapie statt Strafe“) finden in der stationären Behandlung Möglichkeiten ihr Leben und sich selbst neu zu organisieren. Häufig haben die Betroffenen eine kriminelle Vergangenheit und mehrere Entzugsversuche hinter sich gebracht (Grüner Kreis, n.p.).

Eine sehr häufig eingesetzte Behandlungsmethode im stationären Entzug ist die therapeutische Gemeinschaft („Therapeutic community“), deren Ziel vor allem die Resozialisierung der Betroffenen ist. Dieses Angebot nützt alle Faktoren die in der therapeutischen Gemeinschaft vorhanden sind. Dazu zählen andere Betroffene und die Angestellten, also der gesamte soziale Kontext in der Einrichtung. Therapeutische Gemeinschaften zeichnen sich durch eine strikte Tagesstruktur aus, welche neben verschiedenen Therapieangeboten auch medizinische Versorgung und das Erlernen von Alltagsfähigkeiten inkludiert (National Institute on Drug Abuse and National Institutes of Health, 2009). Die erste Einrichtung für stationäre Langzeittherapie im Sinn der therapeutischen Gemeinschaft wurde 1983 im Anton-Proksch Institut Mödling von Dr. Günter Pernhaupt gegründet.

1.2 Zwang und Freiwilligkeit im Drogenentzug

Zwang im Drogenentzug wird in der Forschung zunehmend mehr Beachtung geschenkt, wobei hauptsächlich gerichtlicher Zwang untersucht wird (Wild, Roberts & Cooper, 2002). Es gibt verschiedene Ansätze um Zwang zu messen. Neben der Messung mittels objektiven Umständen (z.B. gerichtliche Weisung) ist es auch die individuelle Wahrnehmung der Betroffenen, an der Zwang festgemacht wird. Nach Wild und seinem Team (2006) sollte der individuellen Wahrnehmung mehr Beachtung geschenkt werden. Marlowe und sein Forschungsteam (1996) vertreten eine verhaltensorientierte Sichtweise, wonach dann von Zwang gesprochen wird, wenn ein anderes Individuum die Kontrolle über die Anwendung von Verstärkungen über eine andere Person hat. Sie fanden heraus, dass vor allem von der Familie ein großer sozialer Zwang ausgeht, gefolgt vom Zwang der vom Rechtssystem ausgeht.

Auch Werdenich und Wagner (1998) zweifeln daran, dass vollkommene Freiwilligkeit bei PatientInnen außerhalb totaler Institutionen vorhanden ist, denn auch wenn es nicht das Justizsystem ist, welches eine Behandlung verlangt, so geht Druck vom sozialen Umfeld, wie Familie, Arbeitgeber oder anderen aus. So ist es möglich, dass von der Öffentlichkeit ausgehende Zwänge von Betroffenen in verschiedener Intensität wahrgenommen werden. Gregoire und Burke (2004) schlagen aus dem Grund vor „Freiwilligkeit“ in diesem Kontext unter Anführungszeichen zu setzen. Aus den oben genannten Gründen lassen sich nach Gegenhuber (2008) KlientInnen nicht dichotom in „Freiwillige“ und „ZwangspatientInnen“ unterscheiden und betont, dass der durch medizinischen und psychologischen Folgeproblem des problematischen Substanzkonsums hervorgerufene Leidensdruck für den Beginn einer Behandlung größere Bedeutung hat, als Zwang aus einer externen Quelle (gerichtliche Therapieauflage). Die Autorin bevorzugt aus diesen Gründen den Begriff Quasi-Zwangsbehandlung für jene PatientInnen, die am Programm „Therapie statt Strafe“ teilnehmen, da es sich bei der Entscheidung für oder gegen eine Behandlung noch immer um eine gewisse Wahlfreiheit handelt – wenn auch die Alternative zur Behandlung oft wenig attraktiv ist (Gefängnisaufenthalt).

Inwiefern Zwang mit dem Behandlungserfolg zusammenhängt, soll in weiterer Folge dargestellt werden.

Um den Behandlungserfolg einer Behandlung festzustellen werden in der Forschung verschiedene Prädiktoren beschrieben. Einigkeit besteht darüber, dass die Häufigkeit der Behandlungsabbrüche, also ob und wie oft ein Entzug regulär beendet wurde, als der Hauptfaktor gilt. Ein Entzug ist dann regulär beendet, wenn der Austritt aus der Behandlung mit der Institution im Einvernehmen vollzogen wurde und die Entgiftung vollständig beendet wurde (Rüesch & Hättenschwiler, 2002).

Auch Martens und Thiel (2003) untersuchten welche Faktoren einen regulären Entzug begünstigen und weisen ebenfalls darauf hin, dass wenige bisherige Entzugsversuche einen starken Einfluss auf den Behandlungserfolg haben. Dies gilt für ambulante als auch für stationäre Behandlungsangebote (Gregoire & Burke, 2004). Wallsten, Kjellin und Lindström (2006) fanden außerdem heraus, dass für den subjektiven Behandlungserfolg wichtig ist, wie die Patienten den Umgang der Angestellten mit ihnen wahrnehmen.

Unterschiede in den Behandlungserfolgen dürften allerdings in Hinblick auf zwangsweisen vs. freiwilligen Entzug vorhanden sein. Valevski und Kollegen (2007) beschreiben zwar auch in ihrer Studie, dass eine wiederholte psychiatrische Einweisung, ob nun freiwillig oder zwangsweise, ein Indikator für eine erfolglose Behandlung oder auch eine ineffiziente ambulante psychosoziale Serviceleistungen sein könnte. Aber es zeigten sich bessere Behandlungserfolge bei zwangsweiser Behandlung. Sie verglichen in ihrer Studie freiwillig eingewiesene Patienten mit jenen Patienten die gerichtlich oder psychiatrisch eingewiesen wurden und fanden heraus, dass die gerichtlich Eingewiesenen jünger bei der Ersteinweisung, meistens männlich und öfter drogenabhängig waren. Der Krankenhausaufenthalt war bei den gerichtlich Eingewiesenen länger und eine Wiedereinweisung seltener als bei der Gruppe der Freiwilligen. Außerdem fanden die Autoren heraus, dass bei gerichtlicher oder psychiatrischer Einweisung eine geringere Wahrscheinlichkeit für eine wiederholte Einweisung besteht, als bei einer freiwilligen stationären Einweisung.

Auch Gregoire und Burke (2004) untersuchten den Zusammenhang zwischen gerichtlich verordnetem Drogenentzug und der Bereitschaft sich zu ändern, und zeigten, dass Teilnehmer im gerichtlich verordneten Entzug eine höhere Motivation haben sich zu ändern und weniger oft einen Rückfall erleiden.

Diese Ergebnisse decken sich auch mit jenen von Gegenhuber (2008), die zeigte, dass das Vorhandensein einer Therapieauflage nur einen geringfügigen Einfluss auf die Bereitschaft zur Verhaltensänderung hat.

Gegenhuber, Werdenich und Kryspin-Exner (2007) konnten ebenfalls zeigen, dass sich KlientInnen mit Therapieauflage hinsichtlich des Behandlungsverlaufes und -erfolges kaum von „freiwilligen“ KlientInnen unterscheiden. In einer weiteren Studie der Autoren (2009) wurde untersucht, ob sich Zwangsklienten hinsichtlich Drogenanamnese, kriminellen Verhalten, psychischer und medizinischer Problematik sowie ihrer Motivationslage von „Freiwilligen“ unterscheiden. Es hat sich gezeigt, dass „freiwillige“ PatientInnen häufiger unter medizinischen Problemen litten und riskantere Konsummuster aufwiesen. Hinsichtlich des kriminellen Verhaltens zeigten sich jedoch kaum Unterschiede.

Rüesch und Hättenschwiler (2001; 2002) weisen darauf hin, dass für den Behandlungserfolg vor allem die Art des Behandlungsabbruchs (regulär oder irregulär) und der Umgang der Institution mit Rückfällen wichtige Prädiktoren sind. In vielen Fällen hat ein Rückfall die Entlassung von der Institution aus der Entzugsbehandlung zur Folge. Es ist also nicht der Rückfall an sich, der den Behandlungserfolg negativ beeinflusst, sondern die damit verbundenen Konsequenzen. Die Forschung hat aber gezeigt, dass alkoholabhängige Personen die nach einem Rückfall entlassen wurden, niedrigere Abstinenzraten aufweisen, als jene rückfällige Personen, die nicht entlassen wurden. Ein Rückfall hat somit nicht gezwungenermaßen einen Behandlungsmisserfolg zur Folge. Die aktuelle Forschung ist sich demnach einig, dass Rückfälle nicht als grundsätzlich negativ zu beurteilen sind, sondern sind der Meinung, dass bei einer Auseinandersetzung mit dem Rückfall während der Behandlung es zu einer realistischeren Einschätzung und zu einem erfolgreichen Umgang mit der Abhängigkeit führen kann (Rüesch & Hättenschwiler, 2001, 2002).

Einen weiteren wichtigen Prädiktor für den Behandlungsabbruch stellt neben der emotionalen Befindlichkeit die Entzugsmotivation dar. Rüesch und Hättenschwiler (2001) untersuchten die Konsequenzen von Rückfällen im stationärem Entzug und zeigten, dass Rückfälle im stationären Drogenentzug sowohl die Motivation zur Fortsetzung des Entzuges als auch die emotionale Befindlichkeit während der Behandlung negativ beeinflussen und somit das Risiko eines Behandlungsabbruchs erhöhen. Sie berichten, dass Rückfälle nach Beendigung des Entzugs, durch den vorausgehenden emotionalen Status gut prognostiziert werden können. Auch Martens und Thiel (2003) berichten über negative Auswirkungen von emotionalen

Aspekten („Grübeln“, „Innere Unruhe“) auf den Behandlungsabbruch. Rüesch und Hättenschwiller (2001) stellen außerdem fest, dass es sich bei der Entzugsmotivation vor allem um extrinsische Motivation handelt, also jener, die sich auf die Lebensumstände der Betroffenen bezieht. Weniger geht es dabei um ein wahres Interesse das eigene Suchtverhalten zu ändern.

Ein weiterer wichtiger Aspekt im Diskurs über den zwangsweisen Entzug ist, wie eine unfreiwillige Einweisung von Betroffenen und Angehörigen wahrgenommen wird. Denn wie bereits weiter oben kurz dargestellt, ist es auch die subjektive Wahrnehmung an welcher Zwang festgemacht werden sollte.

Eine Studie zur Einstellung bzgl. des zwangsweisen Entzugs hat gezeigt, dass sowohl jene Teilnehmer in freiwilliger als auch jene in zwangsweiser Behandlung, generell einer zwangsweisen Behandlung zustimmen. Außerdem sind beide Gruppen der Meinung, dass ein Arzt an der Entscheidung, ob eine zwangsweise Behandlung notwendig ist, beteiligt sein sollte. Angehörige von Personen in zwangsweiser Behandlung sind der Ansicht, dass zwangsweise Behandlung zum Schutz der Betroffenen notwendig ist. Eine zwangsweise Behandlung ist ein großer Einschnitt der eigenen Selbstbestimmung, kann aber laut den Autoren bei schwerwiegenden Störungen notwendig und somit gerechtfertigt werden (Wallsten, Östman, Sjöberg & Kjellin, 2008).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Behandlungserfolge im zwangsweisen Entzug zum Teil sogar besser sind, als im freiwilligen Entzug. Außerdem scheint Zwang nur einen geringen Einfluss auf die Bereitschaft zur Verhaltensänderung zu haben (Gegenhuber, 2008). Egg (Egg, 1993) warnt allerdings davor dies als den besten Weg in der Behandlung bei Substanzabhängigkeit zu sehen, da dadurch nur ein Teil aller Betroffenen erreicht wird und die Entkriminalisierung der Drogenabhängigen dadurch nicht gefördert wird. Unabhängig davon, ob eine Behandlung zwangsweise oder freiwillig durchlaufen wird, scheint der Umgang der Institutionen mit Rückfällen während der Behandlung einen großen Einfluss auf den Behandlungserfolg zu haben, denn rückfällige Personen werden häufig von der Behandlung ausgeschlossen, welcher, wie weiter oben beschrieben, das Hauptkriterium für den Behandlungserfolg ist.

2 SCHUTZ- UND RISIKOFAKTOREN BEI SUBSTANZABHÄNGIGKEIT

In diesem Kapitel soll auf die psychologischen und umgebungsbedingten Risikofaktoren eingegangen werden. Zum einen werden Studien vorgestellt, die sich mit Risikofaktoren beschäftigen, die mit einem regelmäßigen Drogenkonsum in Zusammenhang gebracht werden und zum anderen jene, die mögliche Ursachen bzw. Prädiktoren beschreiben, die es wahrscheinlich machen mit Drogen überhaupt in Kontakt zu treten.

Das Ermitteln von Risikofaktoren ist hilfreich, um die multiplen Ursachen und Prädiktoren die mit Drogenkonsum in Verbindung gebracht werden, zu ermitteln. Es geht also nicht darum, eine bestimmte Ursache für Drogenmissbrauch zu erheben, vielmehr von Bedeutung ist es, Faktoren zu finden, die sich auf das Ausmaß beziehen, mit Drogen überhaupt in Kontakt zu kommen (Newcomb, Maddahian & Bentler, 1986).

Höfler und Kollegen (1999) zeigten, dass Substanzmissbrauch in der Familie, niedriger Selbstwert, Defizite in Lebenskompetenzen, die Verfügbarkeit von Drogen und Drogenkonsum innerhalb der Peer-Group als Risikofaktoren für Drogenkonsum bezeichnet werden können. Auch die Studie von Bry und McKeon (1982) beschreibt Drogenkonsum in der *peergroup*, Toleranz für deviantes Verhalten und *sensationseeking* als mögliche Faktoren, die mit Drogenkonsum in Zusammenhang gebracht werden können. Allerdings konnten hier keine ursächlichen Faktoren erhoben werden, da es sich um eine Querschnittsstudie handelte. Außerdem haben sie nicht zwischen verschiedenen Ausmaßen an Drogenkonsum differenziert (Newcomb et al., 1986). Newcomb und Kollegen (1986) haben in ihrer Studie diese Aspekte miteinbezogen und versuchten somit, Assoziationen zwischen Risikofaktoren und Drogenmissbrauch für verschiedene Substanzen (Zigaretten, Alkohol, Cannabis, harte Drogen und nichtverschreibungspflichtige Medikamente) zu ziehen. Folgende Risikofaktoren wurden untersucht: früher Alkoholkonsum, geringe Religiosität, deviantes Verhalten, niedriger Selbstwert, hohes Sensationsbedürfnis und das Miterleben von Drogenkonsum der Eltern oder der *peergroup*. Sie fanden heraus, dass es nicht eine bestimmte Ursache für Drogenkonsum gibt, die für alle Typen von Drogen und Benutzern passt. Sie gehen davon aus, dass es womöglich einige wenige Risikofaktoren gibt, die Substanzmissbrauch eher unwahrscheinlich machen, und demnach Jugendliche vorbeugend bei der Ausbildung bestimmter Kompetenzen unterstützt werden sollten.

2.1 Selbstkonzept

Das Selbstkonzept kann als das gänzliche Wissen über die eigene Person und die Summe der gesammelten Erfahrungen beschrieben werden. Nach Groschek (1980) besteht das Selbstkonzept aus mehreren Dimensionen und hat verhaltensregulative Funktionen. Sie beschreibt als wichtige Bereiche des Selbstkonzepts: Selbstwert, Selbstsicherheit, Selbstvertrauen, Selbstkontrolle, Selbstintegrität und Selbstorientierung.

Da die Einschätzung und Bewertung der eigenen Gefühle und Fähigkeiten bei einigen Autoren (Petermann, U. & Petermann, 1989) als Voraussetzung für sozial kompetentes Verhalten gesehen wird, soll in diesem Kapitel auf das Konstrukt des Selbstkonzepts eingegangen werden.

Baumeister und Kollegen (2003) fassen einige Ergebnisse von verschiedenen aktuellen Studien zusammen und kommen zu dem Schluss, dass die deutlich besseren sozialen Fähigkeiten von Personen mit hohem Selbstwert, hauptsächlich aufgrund nicht realistischer Selbsteinschätzungen resultieren. Personen mit hohem Selbstwert haben demnach also nicht zwangsläufig bessere soziale Kompetenzen, als jene mit niedrigem. Sie heben in ihrer Arbeit allerdings eine Erkenntnis hervor: Personen mit hohem Selbstwert fällt es leichter, die Initiative in sozialen Gruppen zu ergreifen. Petermann und Petermann (1989) kommen diesbezüglich zu konträren Ergebnissen.

In weiterer Folge wird vor allem auf den Selbstwert eingegangen, da in der Literatur zum Teil kontroverse Ergebnisse gefunden wurden, was Beziehungen zwischen Drogenkonsum und Selbstwert betreffen.

Studien zeigen kein einheitliches Bild, was den Zusammenhang von Selbstwert und Drogenkonsum betrifft (Baumeister et al., 2003; Bry & McKeon, 1982; Greenberg, Lewis & Dodd, 1999; Höfler et al., 1999; Newcomb et al., 1986).

Greenberg und Kollegen (1999) untersuchten in ihrer Studie, inwiefern ein niedriger Selbstwert Ursache oder Folge von Substanzabhängigkeit ist. Sie konnten in keiner Richtung einen Zusammenhang von Selbstwert und Abhängigkeit feststellen, was ihrer Meinung daran liegen könnte, dass es generell schwierig ist, Persönlichkeitsmerkmale die mit Drogenmissbrauch zusammenhängen, zu identifizieren.

Auch die Studie von Luhtanen und Crocker (2005) zeigte keinen Zusammenhang zwischen dem Grad des Selbstwertgefühls und mit Alkoholmissbrauch, allerdings hatte Narzissmus einen Einfluss auf Alkoholkonsum. Finden sich Zusammenhänge zwischen Drogenkonsum und Selbstwert, wie bei der Studie von Höfler und Kollegen (1999), die zeigen konnte, dass ein geringer Selbstwert als möglicher Risikofaktor für Entstehung von Drogenmissbrauch in Frage kommt, ist zu überprüfen, ob eventuelle Zusammenhänge nicht aufgrund anderer Variablen zustande kommen. So hat Wills (1994) festgestellt, dass die Wahrnehmung über die eigene Kontrolle einen größeren Einfluss auf Drogenkonsum hat, als der Selbstwert.

Auf emotionale Aspekte bezogen, konnten Zusammenhänge mit dem Selbstkonzept gefunden werden. Wood und Kollegen (2009) stellten fest, dass Personen mit niedrigem Selbstwert eher der Meinung sind, dass sie Erfolge und positive Emotionen weniger verdienen als Personen mit hohem Selbstwert. Des Weiteren dämpft das Gefühl sich unwürdig zu fühlen, bei niedrigem Selbstwert die Motivation, negative Stimmungen zu verändern.

2.2 Soziale und emotionale Kompetenz

Hier werden verschiedene Aspekte der sozialen und emotionalen Kompetenzen bzw. Aspekte aufgezeigt, die mit Drogenmissbrauch bzw. -abhängigkeit in Verbindung gebracht werden können. Des Weiteren werden aktuelle Forschungen vorgestellt, die sich mit dieser Thematik auseinander setzen.

2.3.1 Soziale Kompetenz

Nach Beck und Kollegen (1997) gibt es einige Risikofaktoren, die vor allem soziale Kompetenzen betreffen, welche eine erhöhte Abhängigkeitsgefahr mit sich bringen. Solche können demnach beispielsweise Erwartungen sein, durch den Konsum die eigene soziale Kompetenz, Weltgewandtheit und Kreativität zu steigern. Bei Kokainabhängigen ist besonders die soziale Bedeutung des Konsums, nämlich die der Gruppenakzeptanz, zu betonen. Auch das bessere Ertragen von alltäglichen Frustrationen und der Anschluss an neue soziale Gruppen sind Gründe für den Konsum von Drogen. Als wichtiger Aspekt kann auch die geringe Frustrationstoleranz von Substanzabhängigen betont werden. Diese resultiert häufig in einer schnellen Überreizung und kann außerdem zu einer höheren Bereitschaft, anderen Menschen

negativ gegenüberzutreten, führen. Der Suchtmittelkonsum wirkt somit als kurzfristige Aggressionsabfuhr.

Auch jugendlicher Alkoholkonsum wird mit Defiziten von sozialen Kompetenzen in Verbindung gebracht. Während bei männlichen Jugendlichen vor allem antisoziale Verhaltensweisen und Selbstsicherheit als wichtige Faktoren für hohen Alkoholkonsum identifiziert wurden, konnten für weibliche Jugendliche nur antisoziale Verhaltensweisen mit hohem Alkoholkonsum in Zusammenhang gebracht werden (Gaffney, Thorpe, Young, Collett & Occhipinti, 1998). Stenbacka (2000) konnten zeigen, dass soziale Kapazitäten das Risiko bei 18jährigen Männern verringern, im Erwachsenenalter abhängig zu werden. Diese Ergebnisse sprechen also dafür, soziale Kompetenzen bei der Behandlung von Substanzabhängigen zu berücksichtigen.

2.3.2 Emotionale Kompetenz

In diesem Kapitel werden einerseits Effekte beschrieben, die Substanzabhängigkeit auf emotionale Kompetenzen haben können (Beck et al., 1997), und andererseits werden emotionale Kompetenzen beschrieben, die das Risiko Drogen zu missbrauchen oder eine Abhängigkeit zu entwickeln, verringern, bzw. bei dessen Abwesenheit Drogenkonsum begünstigen können (Fox, Hong & Sinha, 2008; Kasarabada, Anglin, Khalsa-Denison & Paredes, 1998). Des Weiteren soll in diesem Kapitel auf Emotionsregulation eingegangen werden.

Lieb und Reichert (1982) weisen darauf hin, dass es nicht darum gehen soll, herauszufinden warum manche Personen eher abhängig werden und andere nicht. Vielmehr sollte von Interesse sein, inwiefern emotionale Prozesse in der Abhängigkeitsentwicklung gestört werden. Welche Effekte Substanzabhängigkeit auf soziale und emotionale Kompetenz haben kann, beschreiben Schröder und Petry (2003). Demnach gibt es vier emotionsbezogene Effekte und Langzeitkonsequenzen süchtigen Verhaltens:

- Absichtliche Veränderung von negativen Gefühlszuständen durch süchtiges Verhalten.
- Durch die Einnahme von Drogen sollen negative Emotionen wie Anspannung, Langeweile, Traurigkeit und Angst vermindert werden (Beck et al., 1997).

- Absichtliche Herbeiführung angenehmer Gefühlslagen zur Steigerung des Wohlbefindens und zur Stimulierung emotionaler Highlights
- Zwanghafte Impulse um unmittelbare bereits erfahrene Wirkungen auf Stimmung, Antrieb und körperliche Spannungszustände herzustellen

Zunehmende Entdifferenzierung der Emotionalität und Abkoppelung der emotionalen Lebenswelt vom realen Lebensvollzug verhindern einen individuellen Erfahrungserwerb. Das kann in weiterer Folge bedeuten, dass wichtigen einzuspeichernden Inhalten der emotionale Bedeutungstempel fehlt, was wiederum dazu führt, dass sie nicht Bestandteil der individuellen Bewertungs- und Verhaltenskonzepte werden. Dadurch wird das Emotionssystem blockiert. Der Beginn der Suchtentwicklung geht somit mit einem Stillstand der Persönlichkeitsentwicklung einher (Schröder & Petry, 2003).

Wills und Kollegen (1995) untersuchten Temperamentsdimensionen im Zusammenhang mit Drogenmissbrauch. Es zeigte sich, dass ein hohes Aktivitätslevel und maladaptive Emotionsregulationsstrategien (Ärger und Hilflosigkeit) Drogenmissbrauch beeinflussen. Außerdem fanden sie heraus, dass Personen, die den Reiz des Neuen suchen und Jugendliche, die sich in *peergroups* befinden, welche Drogen konsumieren, ebenso ein erhöhtes Risiko für Substanzmissbrauch aufweisen. Weitere Ergebnisse der aktuellen Literatur beschreiben ebenfalls Zusammenhänge von emotionaler Kompetenz und Drogenkonsum: Alkoholabhängige zeigen im Vergleich zu sozialen Trinkern signifikante Unterschiede in der emotionalen Selbstaufmerksamkeit und in der Impulskontrolle in der ersten Abstinenzwoche (Fox et al., 2008). Kokainabhängige im fortgeschrittenen Status zeigen gravierendere Defizite von psychosozialen Funktionen, als jene mit schwacher Abhängigkeit. Stark Abhängige haben ein größeres Risiko Drogen zu konsumieren, wenn sie mit emotional schwierigen Situationen nicht zurechtkommen (Kasarabada et al., 1998).

Wie bereits weiter oben erwähnt, kann angenommen werden, dass eine gute emotionale Kontrolle, sowie kognitive und soziale Kapazitäten bei 18jährigen Männern, ein geringeres Risiko im Erwachsenenalter abhängig zu werden, mit sich bringen (Stenbacka, 2000).

2.3 Selbstkontrolle und Selbstregulation

In der Literatur wird zum Teil zwischen Selbstkontrolle und Selbstregulation unterschieden, andererseits werden sie als synonym betrachtet. Zunächst sollen Definitionen verschiedener Autoren präsentiert werden und somit die beiden Begriffe erklärt werden, um im Weiteren Vor- und Nachteile dieser Konstrukte zu beschreiben. Im Anschluss soll auf die Bedeutung der beiden Konzepte für Substanzabhängigkeit eingegangen werden.

2.3.1 Selbstkontrolle

In der klinischen Literatur werden zwei Techniken der Selbstkontrolle unterschieden: die Stimuluskontrolle und die Konsequenzkontrolle. Die Stimuluskontrolle bezieht sich auf die Kontrolle externer Reize (z.B. Stimuluseingrenzung) und Kontrolle interner Reize (z.B. Gedankenstopp). Zur Konsequenzkontrolle zählen Selbstbestrafung und -belohnung (Reinecker, 1978). Im Drei-Stufen-Modell der Selbstkontrolle nach Kanfer (1971) ist die Fähigkeit zur Selbstbelohnung, neben der Fähigkeit zur Selbstbeobachtung und Selbstbewertung, die Voraussetzungen für das Umsetzen von selbstkontrolliertem Verhalten.

Einen weiteren Ansatz bietet die Volitionsliteratur, die das Konstrukt der Selbstkontrolle vergleichbar mit der Klinischen Literatur beschreibt. Goschke (2002) beschreibt Volition „als den Sammelbegriff für metakognitive oder selbstregulatorische Funktionen, die die Verwirklichung von Absichten in Konfliktsituationen unterstützen, in denen starke Gewohnheiten, emotionale Versuchungen oder konkurrierende Motivationstendenzen unterdrückt werden müssen oder in denen perzeptuelle, kognitive und motorische Prozesse auf neue Weise im Sinne eines übergeordneten Ziels koordiniert werden müssen.“

Als ein wichtiger Vertreter der Volitionsliteratur ist Kuhl (1996) zu erwähnen. Demnach wird bei der Selbstkontrolle eine Intention diktatorisch durchgesetzt, indem diejenigen psychischen Prozesse, wie körperliche Empfindungen, Bedürfnisse oder Emotionen, unterdrückt werden, die der Intention entgegenstehen. Selbstkontrolle kann somit als selbstdisziplinierender Stil der Selbststeuerung bezeichnet werden. Sie ist wirksam für die Erreichung von Zielen mit hoher Priorität, die aber nicht der persönlichen Zielstruktur gleichkommen. Dabei werden allerdings selbstkongruente Ziele, Emotionen und Bedürfnisse ignoriert, dies kann in weiterer Folge

negative Emotionen und Stress mit sich bringen. Die Selbstkontrollkompetenzen umfassen Intensionskontrolle, Planungsfertigkeit, Impulskontrolle und Initiierungskontrolle.

Wie bereits weiter oben erwähnt, finden sich in der Literatur Hinweise, dass Drogenkonsum mit Selbstkontrolle in Zusammenhang gebracht werden kann. Sussman und Forschungsteam (2003) konnten zeigen, dass die stärksten Variablen, die mit Substanzmissbrauch in Verbindung gebracht werden: männliches Geschlecht, Antisoziale Persönlichkeit und Soziale Selbstkontrolle, sind. Sie weisen darauf hin, dass das Training der sozialen Selbstkontrolle Teil von Drogenprävention sein sollten. Nach O'Donoghue und Rabin (1999) führen Probleme der Selbstkontrolle dazu, dass Personen extreme Mengen an Substanzen zu sich nehmen. Sie untersuchten außerdem, inwiefern sich der Grad der Erfahrung über mögliche zukünftige Selbstkontrollprobleme auf den Drogenkonsum auswirkt. Demnach sind sich erfahrene Personen über zukünftige Selbstkontrolldefizite bewusst und wissen auch genau, wie sie sich verhalten werden. Bei nicht erfahrenen Personen ist das nicht der Fall. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass Erfahrung Abhängigkeit erschwert. Einen weiteren interessanten Aspekt, nämlich ob mangelnde Selbstkontrolle zu erhöhtem Drogenkonsum führt, oder ob umgekehrt Drogenkonsum zu mangelnder Selbstkontrolle führt untersuchten Pokherl und Kollegen (2006). Es zeigte sich, dass Defizite in der Selbstkontrolle in der Adoleszenz zu einem erhöhten Drogenkonsum führen können, welcher wiederum zu einer weiteren Senkung der Selbstkontrolle führt.

2.3.2 Selbstregulation

In diesem Unterkapitel werden zunächst verschiedene Theorien und Konzepte der Selbstregulation präsentiert, um anschließend die Vorteile dieses Konstrukts gegenüber der Selbstkontrolle darzulegen (Forstmeier & Rüddel, 2005; Kuhl, 1996). Im Weiteren werden Studien vorgestellt, die Abhängigkeit mit Störungen des Selbstregulationssystems in Zusammenhang bringen (Lieb & Reichert, 1982; Mohs & Reschke, 1998; Schröder & Petry, 2003; Wills, Walker, Mendoza & Ainette, 2006). Dabei wird besonders auf emotionale Aspekte eingegangen – also auf Kompetenzen bzw. Defizite der Emotionsregulation.

Selbstregulation ist nach Kuhl (1996) der selbstintegrierende Stil der Selbststeuerung. Das bedeutet, dass versucht wird, möglichst viele psychische Subsysteme (Aufmerksamkeit, Emotion, Motivation, Motorik, Aktivierung) an der Planung und Durchführung einer Intention

zu beteiligen. Es wird angenommen, dass bei Selbstregulation das Belohnungssystem aktiviert wird, das mit positiven Emotionen einhergeht. Positive Emotionen erleichtern eine holistische, integrierende Repräsentation von Zielen, Emotionen, dem Selbst etc., sie erleichtern die Toleranz gegenüber kurzen Perioden negativer Emotionen sowie die Aufrechterhaltung der Handlung unter Stress. Zu den Selbstregulationskompetenzen gehören: Aufmerksamkeitslenkung, Selbstmotivierung, Gefühlsmanagement, Selbstberuhigung, Selbstaktivierung und bei der Bewältigung von Misserfolgen. Selbstkontrolle und Selbstregulation können auf zwei Arten beeinträchtigt sein. Zum Einen kann es sich um Kompetenzdefizite handeln: hier sind einzelne volitionale Kompetenzen grundsätzlich schwach entwickelt. Das kann z.B. an einem Mangel zur Selbstmotivierung, zum Gefühlsmanagement oder zur Aufmerksamkeitssteuerung liegen. Andererseits kann es Effizienzdefizite betreffen, d.h. die grundsätzlich vorhandene volitionale Kompetenz ist vorübergehend beeinträchtigt – dieser Zustand wird als Lageorientierung bezeichnet. Die Selbstregulationstheorie nach Bandura (1990) hängt eng mit dem Konstrukt der Selbstwirksamkeit zusammen, dazu zählen: Selbstbeobachtung, Selbstbewertung und Selbstreaktion Selbstwirksamkeitserwartung).

In einigen Studien finden sich Hinweise, dass Abhängigkeit mit Störungen des Selbstregulationssystems in Zusammenhang gebracht werden können (Lieb & Reichert, 1982; Mohs & Reschke, 1998). Dabei wird besonders auf emotionale Aspekte eingegangen – also auf Kompetenzen bzw. Defizite der Emotionsregulation. Funktionalität von süchtigem Verhalten in der Selbstregulation und Langzeitfolgen eines blockierten Emotionssystems haben einen wichtigen Stellenwert in der Suchtgenese und können dadurch auf interventive Ansatzpunkte hinweisen.

Eine Studie, die sich sowohl auf *behavioral skills* (*behavioral control*, wie das Vermeiden von unangebrachten Verhaltensweisen oder Belohnungsaufschub, durch Verzicht einer rascheren Belohnung werden größere Bedürfnisse befriedigt), aber auch auf Aspekte von Selbstkontrolle der Emotionen bezieht, ist jene von Wills und Forschungsteam (2006). Es ist nicht klar, inwiefern *behavioral* und *emotional control* zusammen hängen, aber es konnte gezeigt werden, dass beide Typen der Selbstregulation mit Abhängigkeit in Zusammenhang gebracht werden können. Forstmeier und Rüddel (2005) beschreiben die Unterschiede zwischen Selbstregulation und Selbstkontrolle und zeigen, dass Selbstregulation auf Dauer der Selbstkontrolle überlegen ist. Demnach haben selbstregulierende Personen signifikant weniger Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen, weisen mehr positive und weniger negative Emotionen auf und sind weniger depressiv und symptombelastet.

3 TIERGESTÜTZTE INTERVENTION

Tiergestützte Intervention etabliert sich fortlaufend neben anderen therapeutischen Interventionen, wie z.B. der Musiktherapie oder der Maltherapie und findet in der aktuellen Forschung neben der Erforschung anderer Aspekte der Mensch-Tier-Beziehung zunehmend an Interesse. Neben der Erforschung der positiven biopsychosozialen Effekte, die Tiere auf Menschen haben wird erfreulicherweise vermehrt auf die Erforschung der Bedürfnisse und Stressfaktoren der beteiligten Tiere gelegt. Es ist bei dieser Art von Intervention unumgänglich das Tier als Lebewesen wahrzunehmen, welchem gegenüber Verantwortung und Respekt entgegengebracht werden muss. Im folgenden Kapitel werden verschiedene Bereiche tiergestützter Arbeit vorgestellt. Als standardisiertes hundegestütztes Kompetenztraining wird die multiprofessionelle tiergestützte Intervention (MTI) näher vorgestellt.

3.1 Bereiche der tiergestützten Arbeit

Im Laufe der Zeit haben sich verschiedene Bereiche und Möglichkeiten Tiere in psychosoziale Interventionen einzubinden entwickelt. Im Internet finden sich unter „tiergestützter Therapie“ eine Reihe verschiedener Anbieter und Institutionen, die je nach Kreativität oder Ausbildung ihr Tätigkeitsfeld mit einem anderen Namen betiteln. Um nur einige Beispiele zu nennen: Tiergestützte Therapie, Tiergestützte Pädagogik, Tiergestützte Begleitung, Tiergestützte Humanpflege, Tiergestützte Interaktion oder tiergestützte Förderung. Dem nicht in die Thematik eingeleiteten Laien werden solche Begriffsuneindeutigkeiten womöglich verwirren.

Die Delta Society (www.deltasociety.org) unterscheidet im Wesentlichen die beiden Formen Animal-Assisted Activities (AAA) und Animal-Assisted-Therapy (AAT).

Tabelle 1: Übersicht tiergestützter Arbeit nach Richtlinien der Delta Society

	Animal Assisted Activity (AAA)	Animal Assisted Therapy (AAT)
Tätigkeit	Aktivität, die sich motivationale, pädagogische, freizeitbezogene und therapeutische Möglichkeiten zur Erhöhung der Lebensqualität zunutze macht	Zielgerichtete Intervention Einzel- oder Gruppensetting
Berufsgruppe und Therapietier	Freiwillige Professionisten Paraprofessionisten mit speziell trainierten Tieren	Tier, erfüllt spezifische Kriterien Professionell ausgebildete Personen des Gesundheits- und Sozialbereichs im Rahmen ihrer Berufsausübung
Ziele	Keine speziellen therapeutischen Ziele keine Dokumentationspflicht Inhalt des Besuchs spontan Dauer kann variieren	Genaue Ziele Dokumentation Evaluation

Neben der Einteilung in die verschiedenen Tätigkeitsbereiche, kann gesagt werden, dass sich im Laufe der Zeit „verschiedene Schulen“ der tiergestützten Arbeit entwickelt haben. Es gibt verschiedene Programme, Konzepte, Ansichtsweisen und Ideen von der Mensch-Tier-Beziehungsgestaltung sowie im Umgang mit Klienten und Tieren. Unterschiede gibt es u.a. in der Rolle des Therapietieres. Es kann sich z.B. um ein Training handeln, in welcher eine Interaktion zwischen Tier und Mensch auf freiwilliger Basis, ohne Einfluss des menschlichen Trainers, stattfindet. Andere Programme sehen es vor, dass der Hund an einer Leine festgehalten wird, während er von den Teilnehmer gestreichelt oder gebürstet wird.

Des Weiteren gibt es Unterschieden die die Ausbildung und die Auswahl der Therapietiere betreffen. Werden die Tiere für einen bestimmten Einsatz trainiert, oder sind es gar nicht domestizierte Tiere, die mit Menschen arbeiten? Hat ein tiergestütztes Angebot einen Heilungsanspruch, oder sollen gezielt gewisse Fähigkeiten verbessert werden? Das sind nur wenige Fragen, über die sich sowohl die „Praktiker“ tiergestützter Angebote als auch die „Konsumenten“ Gedanken machen können, um für sich zu entscheiden, welche Richtung der tiergestützten Arbeit für sie in Anspruch genommen werden soll.

Eine weitere Aufteilung der tiergestützten Arbeitsbereiche gibt Nebbe (2000), wobei auch erwähnt wird, dass die verschiedenen Therapieformen nicht als gesondert voneinander gesehen werden können, sondern sich teilweise überschneiden. Anzumerken ist, dass hier nicht zwischen Animal Assisted Activities und Animal Assisted Therapy unterschieden wird, sondern alle Bezeichnungen mit dem Zusatz „Therapy“ betitelt werden.

Instrumental Therapy

Bei der „Instrumentelle Therapie“ geht es um die Förderung motorischer Fähigkeiten. Menschen werden mit Hilfe eines Tieres ermutigt sich mehr zu bewegen, oder Bewegungen oder andere Handlungen zu vollbringen, die sie normalerweise nicht ausführen würden. Ein Beispiel für die „Instrumentelle Therapie“ wäre das Öffnen einer Dose, um daraus Leckerlis an einen Hund zu verfüttern.

Relationship Therapy

In der „Beziehungstherapie“ wird die Möglichkeit geboten, mit einem Tier in Interaktion zu treten. Teilnehmer können Erfahrungen des Gebrauchtwerdens erleben und müssen für das Tier Verantwortung übernehmen, was sich wiederum positiv auf den Selbstwert und das Selbstbewusstsein auswirken kann. Das Bewusstwerden, dass jeder Teilnehmer einen Betrag zum Wohlbefinden des Tieres beitragen kann wäre ein Beispiel. Oder das Vorbereiten des Rückzugsortes (Liegeplatz, Wassernapf) für eine Hundestunde kann das Verantwortungsgefühl dem Tier gegenüber fördern.

Passive or Entertainment Therapy

Bei der „Passiven oder Unterhaltungstherapie“ geht es vor allem visuelle Darbietungen und Beobachtung tiergestützter Arbeit und weniger um aktive Beteiligung. Teilnehmenden Menschen können durch Zuschauen Entspannung und Freude erleben. So kann zum Beispiel das Zusehen einer spielenden Welpengruppe zu einer Erhöhung der Emotion Freude beitragen und stressreduzierend wirken.

Cognitive Therapy

Die „Kognitive Therapie“ bedient sich kognitiver und verhaltensorientierter Methoden. Die Teilnehmer erhalten durch den Erwerb von Kompetenzen und Wissen im Umgang mit Tieren Kontrolle über Situationen und lernen somit sich in Andere hineinzusetzen. So können z.B. ängstliche Personen durch Psychoedukation Informationen über das angstverursachende Lebewesen oder auch Objekt erhalten, was sich wiederum angstreduzierend auswirken kann.

Spiritual Therapy

Die „Spirituellen Therapie“ beschäftigt sich mit Ideen, wie der Verbundenheit mit der Umwelt. Die Gefühle von Frieden und Wohlbefinden stehen hier im Vordergrund.

Es gibt eine Vielzahl an sogenannten Praktikern in diesem besonderen Arbeitsbereich. Standardisierte Programme, die einer regelmäßigen Evaluation unterliegen sind dabei aber selten. In weiterer Folge soll auf das hundegestützte Kompetenztraining „Multiprofessionelle tiergestützte Intervention“ (MTI) näher eingegangen werden, welches dem Anspruch der Animal Assisted Therapy entspricht.

3.2 Multiprofessionelle tiergestützte Intervention

Die Multiprofessionelle tiergestützte Intervention ist ein hundegestütztes Kompetenz- und Kommunikationstraining zur Steigerung emotionaler, sozialer und anderer Fertigkeiten. Das hundegestützte Training basiert auf psychologischen und psychotherapeutischen Erkenntnissen, sowie auf der aktuellen Forschung der Ethologie. In diesem Kapitel sollen das Konzept und die Eckpfeiler, sowie der Trainingsaufbau der MTI vorgestellt werden. Des Weiteren wird auf ethische Aspekte eingegangen.

3.2.1 Konzept der MTI

Die ursprüngliche Gründerin der MTI ist Pädagogin Ursula Handlos mit ihrem, leider bereits verstorbenen, Therapiehund Nikolaus. Sie hat im November 2004 gemeinsam mit Birgit Stetina (Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin) und Ilse Kryspin-Exner (Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin und Verhaltenstherapeutin) das Konzept der MTI als Gesundheitsförderungsmaßnahme entworfen. Unterstützt wurde das multiprofessionelle Team von Assistentinnen und Studentinnen.

Die MTI vertritt das biopsychosoziale Verständnis von Gesundheit, was bedeutet, dass sowohl biologische, soziale als auch psychologische Faktoren die Gesundheit beeinflussen können. Des

Weiteren wird davon ausgegangen, dass soziale, emotionale und andere Fertigkeiten erlern- und trainierbar sind.

Stetina, Handlos und Kryspin-Exner (2005) entwickelten für die MTI folgendes Trainingskonzept:

1. Verbindung/Beziehung mit dem Hund

Eine auf Respekt basierende Beziehung zwischen Hund und Schülern stellt die Basis eines positiven und gesunden Umgangs mit emotionalen Beziehungen dar. Die Beziehung und Verbindung zwischen Teilnehmer und Hund soll mittels wöchentlicher Trainingseinheiten geschaffen werden. Hund und Teilnehmer haben die Möglichkeit eine Beziehung zueinander aufzubauen, von welcher beide profitieren.

2. Unbedingte Freiwilligkeit

Nur in einer ungezwungenen und freiwilligen Begegnung kann eine positive Beziehung für Teilnehmer und Hund entstehen. Alle direkt, aber auch indirekt am Projekt beteiligten Personen und Hunde müssen und dürfen nur unter der Voraussetzung unbedingter Freiwilligkeit am Projekt teilnehmen.

3. Ressourcenorientierung

Die MTI setzt an den Stärken und Ressourcen der Teilnehmer an. Das bedeutet, dass nicht die Defizite und falschen Verhaltensweisen im Vordergrund stehen, sondern jede vielleicht noch so kleine positive Fähigkeit, die von den Teilnehmern gezeigt wird, sollen im Sinne des Empowerments gefördert werden. Die Trainingsteilnehmer werden motiviert und angeregt, die von dem Trainer-Hund-Team vorgezeigten Verhaltensweisen auszuprobieren. Ein lustvolles und angenehmes Klima ist dafür eine Voraussetzung. Wird eine Übung nicht optimal gelöst, kann durch eine Wiederholung der Übung mit einem Erfolgserlebnis abgeschlossen werden.

4. Vermittlung von Werten

In der MTI werden Werte vermittelt, die u.a. einen respektvollen Umgang mit sich selbst, mit anderen und mit dem Tier umfassen.

5. Respektvoller Umgang mit Mensch und Tier

Ein respektvoller und wertschätzender Umgang mit Mensch und Tier ist ein weiterer sehr wichtiger Eckpfeiler der MTI. Das Vorleben einer vertrauensvollen Beziehung der Trainer zu ihren Tieren, kann als Vorbild für die Teilnehmer dienen.

6. Kommunikation

Verbale als auch nonverbale Kommunikation zwischen Mensch und Tier sind sowohl Weg als auch Ziel des Konzepts. Durch eine gewaltfreie Kommunikation erleben die Teilnehmer eine intensive Erfahrung menschlicher und tierischer Verhaltensweisen.

7. Sozialisation

Der Hund ist ein prägendes Vorbild in der Sozialisation. Hunde kommunizieren klar und konsequent und senden keine zweideutigen Botschaften. Sie agieren außerdem als wichtige Lehrmeister, was die Vermittlung von empathischen Verhaltensweisen betrifft.

Eine ausführliche Beschreibung der Eckpfeiler formuliert (Wipplinger, 2010).

3.2.2 Trainingsaufbau der MTI

Jedes MTI-Team setzt sich aus mindestens zwei menschlichen Trainern zusammen, die jeweils aus verschiedenen Berufszweigen kommen, und mindestens einem tierischen Trainer. Dies hat zum einen den Vorteil, dass ein interdisziplinäres Vorgehen möglich wird und zum anderen, dass sich immer zumindest ein menschlicher Trainer auf den Hund konzentrieren kann, während sich der andere mit der Gruppe auseinandersetzt.

Ein gesamter Trainingsdurchlauf besteht in den meisten Fällen aus zehn bis zwölf Einheiten, welche üblicherweise wöchentlich stattfinden. Die Gruppengröße liegt zwischen sechs bis zwölf Teilnehmern, welche gewissen Voraussetzungen entsprechen müssen. So können im Rahmen eines MTI-Trainings Personen mit Angst vor Hunden teilnehmen, Phobiker sind aber vom Training ausgeschlossen, da bei der Behandlung einer Phobie die Gruppenprozesse aus dem Fokus geraten würde.

Des Weiteren sind zur Durchführung einer MTI in einer Institution bestimmte räumliche Voraussetzungen zu erfüllen. Um dem Hund Rückzugsmöglichkeiten zu schaffen, muss ein eigener Raum für den Hund zur Verfügung stehen, welcher der Hund nach Belieben aufsuchen kann. Dadurch kann sich der Hund Auszeiten vom Geschehen nehmen und den Teilnehmern wird so auf klare Weise deutlich, dass ihr Verhalten sich auf das des Hundes auswirkt (z.B. Rückzug des Hundes bei Lärm). Diese sehr deutlichen Zeichen des Hundes werden zum Thema gemacht und die Gruppe erfährt durch reale Erlebnisse (neben den theoretischen Erläuterungen der Trainer), durch welche Verhaltensweisen sie zum Wohlbefinden des Hundes beitragen können. Auf weitere wichtige Punkte, die das Wohlbefinden des Hundes betreffen und auf ethische Aspekte wird weiter unten näher eingegangen.

Außerdem ist das MTI-Training durch eine strukturierte Vorgehensweise gekennzeichnet. Jede MTI-Einheit besteht aus folgenden drei Teilen:

- Theoretische Inhalte (Bedürfnisse von Hunden, Zuneigung, Emotionen, Kommunikation, Beschwichtigungssignale, etc.)
- Praktische Übungen (Aufgaben mit dem Hund, Gruppenübungen, etc.)
- Feedback (auf andere oder sich selbst bezogen, mündlich oder schriftlich, etc.)

Das Training gliedert sich in Basismodule und Wahlmodule. Es ist somit ein flexibles Vorgehen möglich, welches in der Arbeit mit Tieren unumgänglich ist, da auf Befindlichkeit und Tagesverfassung der Hunde Rücksicht genommen werden muss.

Tabelle 2: Module der MTI

Basismodule	Wahlmodule
Kurzbesuche und Kennenlernen	Gesundheit und Prävention
Erste Kommunikation	Wege zur Motivation von Mensch und Tier
Keine Angst vor'm großen Hund	Emotion und Empathie
Emotion und Kommunikation	Konflikte und Konfliktlösung
Kommunikation und Interaktion	Stress und Stressmanagement
Verantwortung und Autonomie	

Für weitere Informationen zur Durchführung der multiprofessionellen tiergestützten Intervention sei auf das Handbuch verwiesen, welches voraussichtlich 2011 publiziert wird.

3.2.3 Ethische Aspekte und Gesundheitsvorsorge der Therapiehunde

Ethische Aspekte dienen dem Schutz der Tiere, um einem Missbrauch vorzubeugen. Sie geben Richtlinien, die die Bedürfnisse der beteiligten Tiere betreffen, denn schließlich handelt es sich bei den tierischen Co-Trainer um, mit ihrer Umwelt interagierende, Lebewesen, für die eine Verantwortung getragen werden muss. Deshalb ist es unumgänglich einige organisatorische Aspekte und hygienische Faktoren zu bedenken und zu berücksichtigen, um das Wohl der Klienten, des Personals und das der Tiere zu gewährleisten (Burch, 2000).

Als besonders wichtigen Eckpfeiler der MTI sind in diesem Zusammenhang, die Beziehung zum Hund, ein respektvoller Umgang miteinander und die Kommunikation zu erwähnen. Eine besonders gute Beziehung zwischen Trainern und seinem Hund ist dabei unumgänglich. Deshalb leben die tierischen Co-Trainer mit ihren Menschen im Alltag zusammen und werden als Familienmitglied angesehen.

Wie bereits weiter oben erwähnt, gibt es bei der MTI bestimmte Voraussetzungen, die sich zum einen auf die Räumlichkeiten des Trainings und zum anderen auf die Teilnehmer beziehen. Die Räumlichkeiten müssen derart gestaltet sein, dass dem Hund ein Rückzug zu jedem Zeitpunkt möglich ist. Dafür eignet sich ein eigener zusätzlicher Raum, welcher sich direkt neben dem Trainingsraum befindet. Den Gründern der MTI ist es außerdem ein großes Anliegen, dass vorher besprochene Verhaltensregeln im Umgang mit dem Hund eingehalten werden. Vor jeder Trainingseinheit müssen alle Gegenstände, die dem Hund schaden könnten (Nahrung, Tabak, Kaugummis, etc.) entfernt werden. Ein geschützter Platz, häufig eine weiche Decke unter einem Tisch, muss für den Hund ständig leicht zugänglich sein. Außerdem muss ein Wassernapf von den Teilnehmern vor Beginn jeder Trainingseinheit hergerichtet werden. Den Teilnehmern wird mitgeteilt, dass dieser Platz nur für den Hund bestimmt ist und der Hund nicht angesprochen oder berührt werden darf, wenn er sich auf seinem Platz befindet.

Jeder Hund hat eine eigene Persönlichkeit mit eigenen Vorlieben und Abneigungen. Die Teilnehmer erhalten in verständlicher Weise Informationen, wie sie sich dem bestimmten Hund gegenüber verhalten sollen, damit dieser sich wohl fühlt. Die Teilnehmer sollen lernen den Hund als Individuum zu begreifen und um somit das Verantwortungsgefühl ihm gegenüber zu fördern. Die Aspekte des Risikomanagements, sowie eine ruhige Atmosphäre, müssen vor jeder Einheit, bevor der Hund den Raum betritt, erfüllt sein.

Ziel des MTI-Trainings ist es, neben dem Erwerb sozialer und emotionaler Kompetenzen, ein Basiswissen, in Bezug auf Bedürfnisse und Körpersprache über Hunde zu vermitteln. Das Training soll die Einstellung zu Tieren in einem positiven Sinn verändern. Die Teilnehmer sollen lernen Tiere zu respektieren.

Abschließend sollen noch auf Pflichten der menschliche Trainer gegenüber ihren Hunden eingegangen werden, denn schließlich ist er für das Wohl des Hundes verantwortlich. Ein Therapiehund ist zunächst einmal ein Hund, der - trotz seiner speziellen Ausbildung - dieselben Emotionen, Bedürfnisse, Lernvorgänge wie jeder andere Hund hat. Werden dem Therapiehund aufgrund seiner „Profession“ besondere Eigenschaften (absolut kinderliebend, nie aggressiv, etc.) zugeschrieben, besteht die Gefahr, dass die Rücksichtnahme auf hündische Bedürfnisse zu kurz kommt und durch eine verzerrte (Wunsch-)Vorstellung, Ausdrucksverhalten falsch interpretiert wird.

Mit dem Wissen, dass tiergestützte Einsätze für den Hund eine Belastung darstellen, ist es umso wichtiger, sich stets über die Gesundheit des Hundes Gedanken zu machen. Denn auch wenn sich ein Hund ruhig und angepasst verhält, sollte nicht unterschätzt werden, welche Einflüsse tiergestützte Therapie auf das Tier haben kann. Es müssen dem Hund optimale Lebensbedingungen geboten werden. In Absprache mit einer neutralen fachkundigen Person, sowie eines Tierarztes muss in regelmäßigen Abständen abgeklärt werden, ob der Einsatz des Tieres recht zu fertigen ist und nicht gesundheitsschädigend ist.

Außerdem sollten Halter von Therapietieren ein sehr gutes Verständnis für die individuellen Bedürfnisse des eigenen Hundes haben und die Signale verstehen und beantworten können. Ein respektvoller Umgang im Alltag und beim Training sollte selbstverständlich sein. Damit geht einher, dass der Hundehalter sein Fachwissen in regelmäßigen Fortbildungen erweitern sollte.

Ausreichend Ruhezeiten und stressreduzierende Maßnahmen sind wichtig, um das Stresslevel des Hundes nicht dauerhaft zu überspannen. In tierärztlichen Kontrollen sollte der Gesundheitszustand des Hundes regelmäßig überprüft werden, da Langzeitstress – wenn ein Hund z.B. über Jahre ohne ausreichend Pausen eingesetzt wird – häufig gesundheitliche Auswirkungen hat.

3.3 Interventionsforschung in der tiergestützten Arbeit

Den zahlreichen Effekten, die durch tiergestützte Arbeit erzielt werden können, wurde in den vergangenen Jahren besondere Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit, aber auch zunehmend in der wissenschaftlichen Erforschung erteilt.

Die Ziele der Evaluationsforschung im Bereich der tiergestützten Intervention sind nach Burch (2000):

- Planung der zukünftigen Forschung
- Festsetzung von nötigen Interventionen und Modifikationen von Programmen
- Dokumentation zur Rechtfertigung und Belegung von Ressourcen
- Nachweis der Effektivität von Programmen
- Zur Kosten-Nutzen Analyse von Programmen

Dilcher (2002) hebt hervor, dass ein wichtiges Ziel der Evaluationsforschung u.a. in der Legitimation eines bestimmten Interventionsprogramms liegt. Wilson und Turner (1998) betonen die Wichtigkeit von Grundsätzen für die Evaluation in der Mensch-Tier Forschung. Dazu zählen u.a. gut durchdachte Forschungsdesigns unabhängig von der Auswahl der Methode, geregelte Qualitätsstandards und Standards für weiterbildende Maßnahmen für die Praxis.

Des Weiteren sollte dem interdisziplinären Austausch und der Zusammenführung von Praxis und Theorie besondere Beachtung geschenkt werden, denn sollen komplexe Phänomene erforscht werden, erfordern diese einen methodologischen Pluralismus (Jacobi & Kosfelder, 2002).

Nach Rose (2002) können die besonderen Rahmenbedingungen der Interventionsforschung Einflüsse auf die Effektmessung haben. Da es sich in vielen Studien um Längsschnittuntersuchungen handelt, kann es zum Ausfall bestimmter Personen (experimentellen Mortalität) kommen, was wiederum in weiterer Folge zu einer Selbstselektion führen kann. Außerdem sollte auf die Standardisierung und Konstanthaltung der

Datenerhebungsbedingungen geachtet werden, denn Veränderungen in Datenerhebungsinstrumenten können Wirkungen einer Behandlung vorgetäuschen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Interventionsforschung, und im Besonderen in der Forschung der Mensch-Tier-Beziehung als eher neues Forschungsgebiet, ist das Erheben und Berücksichtigen von möglichen Störfaktoren (z.B. Bisherige Erfahrungen mit Tieren, Therapiemotivation, äußere situative Einflüsse, Veränderungen über die Zeit, etc.). Die Beachtung jener Faktoren ist wichtig, um die interne Validität nicht zu gefährden.

Kritisch muss die Generalisierbarkeit der Ergebnisse über Personen, Zeitpunkte und Situationen betrachtet werden, denn bei Evaluationsstudien könnten sich die Effekte auf die sehr spezifischen Bedingungen während der Untersuchung zurückführen lassen (Rose, 2002).

Greiffenhagen und Buck-Werner (2007) geben zu bedenken, dass die Mensch-Tier-Forschung nur wenig zum Ruf der Wissenschaft beiträgt und dass Forschungsergebnisse eher durch Zufall an das Fachpublikum gelangen. Die Auswahl der Forschungsfelder, wird eher von der erwarteten Wirksamkeit der Öffentlichkeit bestimmt, als von den vom Fachkreis als wichtig bezeichneten Bereichen. Nach Dilcher (2002) hält sich häufig das Interesse an der Forschung in Grenzen, da generell eine Knappheit an Ressourcen und Überlastungen besteht. Die Finanzierung spielt dabei eine wichtige Rolle. In den meisten Fällen wird zwar für die Durchführung einer Behandlung für die Kosten aufgekomen, nicht aber für die Evaluation (Dichler, 2002).

Lambert, Huefner und Nace (1997) geben einen Überblick über Schwierigkeiten in der Interventionsforschung im stationären Bereich. In diesem Zusammenhang erwähnen sie den Mehraufwand für die beteiligten Gruppen einer Institution und die eventuell damit einhergehende Demotivation für Veränderungen in ihren gewohnten Abläufen. Außerdem spielen wirtschaftliche Aspekte eine wichtige Rolle, da anspruchsvolle Forschungen zeitlich und finanziell aufwendig sind.

Abschließend ist anzumerken, dass es nicht einfach ist die Effekten einer tiergestützten Intervention zu messen. In den seltensten Fällen kann eine bestimmte Reaktion eines Patienten kausal mit der Wirkung einer bestimmten Maßnahme verknüpft werden. Es ist schwierig, den Faktor Tier für sich alleine zu betrachten. Deshalb ist es wichtig in der Interventionsforschung

von tiergestützten Maßnahmen auf ein breitgestreutes Methodenrepertoire zurückzugreifen, um die Wirksamkeit auf mehreren Ebenen abzusegnen.

4 ZIELSETZUNG DER UNTERSUCHUNG

Ziel der vorliegenden Diplomarbeit war es, Auswirkungen des tiergestützten Kompetenztrainings auf die soziale und emotionale Kompetenz von männlichen und weiblichen Drogenabhängigen, die in einer stationären Drogentherapieeinrichtung untergebracht sind, zu untersuchen. Angelehnt an bisherige Studien (Burger, 2007; Glaser, 2008; Kuchta, 2008; Prasch, 2005; Raffetseder, 2008; Turner, 2007; Widmann, 2007) des MTI-Teams unter der Leitung von Dr. Birgit U. Stetina, sollen anhand verschiedener Indikatoren, die laut Literatur emotionale und soziale Kompetenz messen, mittels Fragebögen und Verhaltensbeobachtung erhoben. Wipplinger (2010) führt parallel zu der vorliegenden Studie eine Videoanalyse durch.

5 UNTERSUCHUNGSDESIGN

Das Untersuchungsdesign dieser Interventionsstudie ist an jenes von Kuchta (2008) und Blauensteiner (2009) angelehnt. Es wurde durch einige Verfahren ergänzt, die für diese Stichprobe von Bedeutung sein könnten. Für diese Längsschnittstudie wurde ein Prä- und Posttestdesign ausgewählt, um die Auswirkungen des tiergestützten Trainings MTI auf die sozialen und emotionalen Kompetenzen der Trainingsteilnehmer zu erheben. Die Stichprobe umfasst eine Gruppe von männlichen und weiblichen Substanzabhängigen, welche zur stationären Behandlung untergebracht sind. Die Untersuchung umfasst zwei MTI-Trainingsdurchgänge mit jeweils zwei Erhebungszeitpunkten mit folgendem Erhebungsbeginn: Oktober 2008 und März 2009. Die Prätest-Messungen fanden jeweils an Vormittagen statt und beinhalteten zwei bis drei Testzeitpunkte mit einer Erhebungsdauer von zwei bis drei Stunden. Danach fand einmal in der Woche das MTI-Training statt. Insgesamt erhielten die Teilnehmer zwölf MTI-Trainingseinheiten. Die Wirksamkeit des Trainings wurde durch die anschließenden Posttest-Messungen überprüft, welche ebenfalls zwei bis drei Testzeitpunkte mit einer Erhebungsdauer von jeweils zwei bis drei Stunden enthielten. Die Posttestungen wurden an Vor- und Nachmittagen durchgeführt. Die Teilnehmer wurden in Kleingruppen von zwei bis drei Personen getestet.

Allen Teilnehmern wurden dieselben Untersuchungsinstrumente vorgegeben. Dazu zählen Fragebögen zur Erhebung von emotionalen und sozialen Kompetenzen, sowie zur Erhebung des Selbstkonzepts, der Selbstaufmerksamkeit und des Wohlbefindens. Außerdem wurde die

Einstellung der Gruppenteilnehmer in Bezug auf Tiere erhoben. Jede Testung setzte sich aus folgenden Verfahren zusammen:

- SDQ-III - Self Description Questionnaire III (Marsh, 1992)
- ROPELOC - Review of personal effectiveness and locus of control (Richards, Ellis & Neill, 2002)

Die folgenden Ausführungen, Berechnungen und Ergebnisse in der vorliegenden Arbeit beziehen sich auf die Gesamtdaten.

Neben der Erhebung durch Fragebögen wurde bei jeder Trainingseinheit eine teilnehmende Verhaltensbeobachtung durchgeführt. Folgende Skalen wurden mithilfe eines Ratingbogens erhoben: Interaktion, Beteiligung, Sprache, Zeigen eigener Gefühle, Anteilnahme an Emotionen anderer, Geben von Feedback, Komplimente akzeptieren und Kritik annehmen.

Zusätzlich zu dieser Fragebogenstudie wird Wipplinger (in Vorbereitung) eine systematische Videoanalyse dieser Stichprobe durchführen.

5.1 Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe umfasste eine Gruppe von männlichen und weiblichen Substanzabhängigen, welche in einer stationären Einrichtung untergebracht sind. Die Stichprobengröße betrug 21 Personen. Die Teilnahme am tiergestützten Kompetenztraining war freiwillig. Die Teilnehmer wurden entsprechend ihres Stadiums im Rahmen der stationären Drogentherapie für das MTI-Training zufällig zugeteilt. Die Teilnahme war, wie in jeder guten Interventionsstudie freiwillig. Haben sich die Personen für die Teilnahme am MTI-Training entschieden, war die Teilnahme verbindlich.

Am tiergestützten Kompetenztraining nahmen 19 Personen teil, davon 15 Männer und 4 Frauen. Die Altersspanne liegt zum Zeitpunkt der Datenerhebung zwischen 19 und 46 Jahren. Das Durchschnittsalter lag bei 28,53 Jahren. Diese Personen nahmen an der Prä- und Posttestung teil. Drei Personen konnten an der Untersuchung nicht teilnehmen. Eine Person war aufgrund des gesundheitlichen Zustands nicht in der Lage die Testverfahren zu bearbeiten, eine weitere brach den stationären Aufenthalt ab und konnte somit das MTI-Training nicht abschließen. Die dritte Person nahm zwar an der Prä- und Posttestung teil, es zeigte sich aber, dass diese Person in der Posttestung durch willkürliches Ankreuzen die eigenen Ergebnisse verfälscht hat. Somit gehen diese Ergebnisse nicht in die Untersuchung ein.

5.2 Durchführung der Untersuchung

Die Termine der Testungen und der Trainingseinheiten wurden mit der psychologischen Leitung der stationären Einrichtung vereinbart. Die Prä- und Posttestung fanden in den Räumlichkeiten der Einrichtung statt. Die Teilnehmer kamen entweder selbstständig zur Testung, oder wurden von einer dort tätigen Klinischen PsychologIn begleitet. Die Untersuchungsteilnehmer wurden vor Beginn der Untersuchung darüber in Kenntnis gesetzt, dass die Teilnahme an der Untersuchung, sowie die daraus gewonnen Informationen anonym und streng vertraulich behandelt werden.

Die Untersuchung dauerte 14 Wochen. Vor dem Training wurden die Teilnehmer in Kleingruppen getestet, dann fand das Training wöchentlich statt (zwölf Einheiten) und zum

Schluss wurden die Teilnehmer eine Woche nach Abschluss der Intervention erneut einer Untersuchung (Posttestung) unterzogen.

Im nächsten Absatz werden Faktoren angeführt, die die Durchführung der Untersuchung erschwert haben. Es kam gelegentlich vor, dass Teilnehmer zu den vereinbarten Terminen aus verschiedenen Gründen nicht verfügbar waren, und somit eine zeitliche Koordination schwierig war. Zeitweise verspäteten sich einige Teilnehmer, da sie außer Haus waren und selbstständig in die Einrichtung kamen. Vereinzelt kam es vor, dass die Untersuchung durch Personen gestört wurde, die benötigte Gegenstände aus dem Untersuchungsraum holten. Bei der Bearbeitung der Fragebögen hatten einige Teilnehmer hin und wieder Schwierigkeiten, weil sie aufgrund der Substitutionsmittel in ihrer Konzentration beeinträchtigt waren. Um die Teilnehmer nicht zu überfordern wurden daher immer wieder Pausen eingelegt. Es wäre also möglich, dass sich diejenigen Teilnehmer, die gerade keine Pause machten, sich von denjenigen die sich gerade ausruhten, gestört oder abgelenkt fühlten. Bei der Posttestung war, aufgrund der Erinnerung an die anstrengende Prätestung, die Motivation im Vergleich zur Prätestung verringert.

6 FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN

Im Folgenden werden die Fragestellungen und Hypothesen den Bereichen der emotionalen und sozialen Kompetenz, sowie der Verhaltensbeobachtung zugeordnet, um eine übersichtliche Darstellung zu gewährleisten. Die Fragestellungen und Hypothesen wurden im Voraus formuliert und beziehen sich nur auf die vorliegende Studie. Außerdem werden sie anhand der verwendeten Verfahren näher beschrieben. Da aufgrund der großen Anzahl nicht alle Fragestellungen und Hypothesen im Detail angeführt werden können, werden einzelne Beispiele vorgestellt. Nachdem die Ergebnisse der MTI-Gruppe zu beiden Zeitpunkten miteinander verglichen werden, werden anschließend die Fragestellungen anhand der Gruppen (MTI STAT, MTI GEF und Non MTI.) überprüft. MTI STAT bezeichnet die MTI Gruppe im stationären Drogenentzug. MTI GEF steht für MTI bei inhaftierten Drogenabhängigen und Non-MTI für jene inhaftierte Drogenabhängige, die keine MTI, sondern nur eine Basisbehandlung erhalten haben. Schließlich wurde der Verlauf der Gruppen über die Zeit hinweg untersucht.

6.1 Auswirkungen auf die emotionale Kompetenz

Im folgenden Absatz werden einige aktuelle Beschreibungen der emotionalen Kompetenz vorgestellt. Die frühere Literatur beschreibt emotionale Kompetenz als Sammelbegriff für Fähigkeiten und Persönlichkeitseigenschaften, die den Umgang mit eigenen und Gefühlen anderer betreffen. Der Begriff der emotionalen Intelligenz, als „Metafähigkeit“, von der es abhängt, wie gut Menschen ihre kognitiven Fähigkeiten einsetzen, wurde vor allem durch Goleman (1996) populär. Demnach geht es nicht nur um das Dasein von Emotionen, Stimmungen und Gefühlen, vielmehr ist es der adäquate Umgang, der emotionale Kompetenz ausmacht. Es geht also um Fähigkeiten, ob Gefühle mehr oder weniger richtig erkannt und verstanden werden und ob mehr oder weniger adäquat reagiert wird. Hier entgegnet Rindermann (in Vorbereitung), dass es sich beim Wahrnehmen, Verstehen und Umgang mit Emotionen um Fähigkeiten (Kompetenzen) handelt, die als variable Zustände nicht das Kriterium einer stabilen Persönlichkeitseigenschaft erfüllen und somit veränderbar, erlernbar und abhängig von der eigenen Entscheidung sind. Demnach sollte man nicht von Intelligenz, sondern von Fähigkeit sprechen. Emotionale Kompetenz schließt zwar kognitive Elemente ein (Wahrnehmung, Erkennen und Verstehen von Gefühlen, Perspektivenwechsel), jedoch geht der Begriff über diese hinaus. Es führt also aufgrund angemessener Regulation und adäquaten

Ausdruck über kognitive Fähigkeiten hinaus. Des Weiteren schließt der Kompetenzbegriff auch nichtkognitive Fähigkeiten wie musische oder sportliche ein.

Nach Saarni (2002) können innerhalb der emotionalen Kompetenz acht Schlüsselfertigkeiten unterschieden werden:

1. Das Bewusstsein über den eigenen emotionalen Zustand
2. Die Fähigkeit, Emotionen Anderer im situativen Kontext wahrzunehmen und zu verstehen
3. Die Fähigkeit, Emotionen sprachlich auszudrücken
4. Die Fähigkeit, auf das emotionale Erleben anderer Menschen einzugehen
5. Die Fähigkeit, zwischen innerem und gezeigtem Gefühlszustand bei Anderen und sich selbst zu unterscheiden
6. Die Fähigkeit, negative und aversive Gefühle zu überwinden
7. Ein Verständnis für die Relevanz der Kommunikation über Gefühle in zwischenmenschlichen Beziehungen
8. Die Fähigkeit zur emotionalen Selbstwirksamkeit und das eigene emotionale Erleben zu akzeptieren

Nach Rindermann (in Vorbereitung ,S. 7) ist Emotionale Kompetenz „die Fähigkeit zum Erkennen und Ausdrücken von Emotionen sowie zu einem angemessenen Umgang mit Gefühlen.“ Diese Definition deckt sich mit jenen weiterer Autoren (Petermann, F. & Wiedebusch, 2003; Saarni, 2002), die der Ansicht sind, dass sich Emotionale Kompetenzen aus folgenden Faktoren zusammen setzen:

- Emotionswahrnehmung
- Emotionsausdruck
- Emotionsregulation

Rindermann (in Vorbereitung) beschreibt kausale Abhängigkeiten in Bezug auf emotionale Kompetenz und psychische Gesundheit, Wohlbefinden, Persönlichkeit und Partnerschaft. Die psychische Gesundheit betreffend formuliert er, dass es nur dann möglich ist mit Gefühlen umzugehen, wenn man Gefühle erkennen kann ($\beta_{\text{Erkennen und Verstehen eigener Emotionen}} \rightarrow \text{Regulation und}$

Kontrolle eigener Emotionen = .55 und $\beta_{\text{Erkennen von Emotionen bei anderen}} \rightarrow \text{Regulation der Gefühle anderer} = .78)^1$. Die emotionale Expressivität steht in positiver Abhängigkeit von der Fähigkeit, Gefühle erkennen zu können ($\beta_{\text{Erkennen und Verstehen eigener Emotionen}} \rightarrow \beta_{\text{Emotionale Expressivität}} = .20$ und $\beta_{\text{Erkennen von Emotionen bei anderen}} \rightarrow \text{Emotionale Expressivität} = .12$). Generell ist nach Rindermann (in Vorbereitung) der wichtigste Faktor das Erkennen von Gefühlen bei sich, denn Personen, die eigene Gefühle erkennen und daher besser regulieren können, sind weniger aufgeregt, gestresst, depressiv und krank. Des Weiteren ist eine gute Grundstimmung positiv abhängig von der Fähigkeit zur Regulation eigener Gefühle und zum Erkennen dieser, zudem von emotionaler Expressivität (Averbeck et al., 1997, zitiert nach Rindermann, in Vorbereitung).

6.2 Auswirkungen auf soziale Kompetenz

Nach Kanning (2003) existieren zusammenfassend drei Ansätze, die soziale Kompetenzen beschreiben. Die klinische Psychologie sieht in Bezug auf soziale Kompetenz die Durchsetzungsfähigkeit als Hauptfaktor (Fliegel, Groege, Künzel, Schulte & Sorgatz, 1994). Der zweite Ansatz kommt aus der Entwicklungspsychologie und setzt sozial kompetentes Verhalten mit gelungener Anpassung des Individuums an die Umwelt gleich. Der dritte Ansatz versucht einen Kompromiss zwischen Anpassung und Durchsetzung darzustellen, wobei es darum geht, eigene Interessen so zu verwirklichen, ohne diejenigen des Interaktionspartners zu verletzen (Kanning, 2002, 2003; Riemann & Allgöwer, 1993).

Kanning (2002) beschreibt sozial kompetentes Verhalten als jenes Verhalten einer Person, welches in einer bestimmten Situation dazu beiträgt, dass die eigenen Ziele verwirklicht werden, wobei gleichzeitig die soziale Akzeptanz des Verhaltens bewahrt wird. Soziale Kompetenz vereint also das Wissen, die Fähigkeiten und Fertigkeiten, welche zur Qualität des eigenen Sozialverhaltens positiv beiträgt. Er sieht soziale Kompetenz als Kompromiss zwischen Anpassung und Durchsetzung. Demnach ist eine Person dann sozial kompetent, wenn sie es schafft ihre eigenen Interessen in sozialen Situationen so durchzusetzen, ohne die Interessen der Interaktionspartner zu verletzen.

¹ β = standardisierter Pfadkoeffizient

Hinsch und Pfingsten (1998) erklären zum Grundgedanken ihrer Kompetenzkonzeption, dass Individuen in mehr oder weniger starkem Ausmaß über Fertigkeiten verfügen, um zwischen sozialer Anpassung und den individuellen Bedürfnissen akzeptable Kompromisse zu finden und diese zu verwirklichen. Es geht also auch hier um einen Kompromissfindung. Sie (Hinsch, R. & Pfingsten, 2002) beschreiben in ihrem Prozessmodell sozial kompetenten und inkompetenten Verhaltens, dass Personen eine konkrete Alltagssituation, welche durch soziale Aspekte, raumzeitliche Gegebenheiten und persönliche Bedingungen charakterisiert ist, in einer bestimmten Art wahrgenommen und in weiterer Folge kognitiv und emotional verarbeitet wird. Diese Verarbeitungsvorgänge führen zu beobachtbaren Verhaltensweisen, welche Veränderungen in der Umwelt mit sich bringen und wiederum eine soziale Situation herbeiführen. Diese erneute soziale Situation kann objektiv beschrieben werden und wird wieder mittels Wahrnehmungsprozesse wirksam und als Konsequenzerfahrung kognitiv und emotional weiterverarbeitet.

6.2.1 Beschreibung der Untersuchungsinstrumente

Der **ROPELOC** (Review of Personal Effectiveness and Locus of Control) von Richards (2002) erfasst Schlüsselfertigkeiten, welche auf die Selbstwirksamkeit in verschiedenen Bereichen hindeuten. Der Fragebogen umfasst 14 Skalen, welche sich auf folgende Bereiche unterteilen: persönliche Fähigkeiten und Annahmen (Self Confidence, Self-Efficacy, Stress Management, Open Thinking), soziale Fähigkeiten (Social Effectiveness, Cooperative Teamwork, Leadership Ability), organisatorische Fähigkeiten (Time Management, Quality Seeking, Coping with Change) sowie die „Energie-Skala“, welche als Active Involvement bezeichnet wird und eine generelle Wirksamkeit für jeden möglichen Lebensbereich darstellt. Die beiden Locus of Control Skalen (Internal Locus of Control und External Locus of Control) messen die Tendenz einer Person Verantwortung für ihre Handlungen und ihren Erfolg zu übernehmen, oder ob es eher externe Faktoren sind, die Kontrolle über ihre Aktionen haben. Dieses Verfahren kann laut Autoren aufgrund der verschiedenen Anwendungsmöglichkeiten für jegliche Art von Stichprobe verwendet werden.

Der **SDQ III** (Self Description Questionnaire III) von Marsh (1992) hat 136 Items und erfasst damit mehrere Dimensionen des Selbstkonzepts bei jungen Erwachsenen und Erwachsenen (ab 16 Jahren). Dieses Verfahren ist in acht nicht-akademische Bereiche (Physical Ability, Physical Appearance, Peer Relations – Same Sex, Peer Relations – Opposite Sex, Parent

Relations, Emotional Stability, Honesty/Trustworthiness, Spiritual Values/Religion), vier akademische Bereiche (Verbal, Maths, Problem Solving, General - Academic) und die Selbstwahrnehmung (General – Self) gegliedert. Für die Anwendung in der vorliegenden Studie wurde der Fragebogen auf Deutsch übersetzt. Die achtstufigen Antwortkategorien lauten demnach: „eindeutig falsch“, „falsch“, „meistens falsch“, „mehr falsch als wahr“, „mehr wahr als falsch“, „meistens wahr“, „wahr“ und „eindeutig wahr“. Nach Marsh (1992) ist der SDQ III derzeit das Verfahren zur Erfassung des Selbstkonzepts mit der größten Validität.

6.2.2 Hypothesen zur sozialen und emotionalen Kompetenz

Unterscheiden sich die Ergebnisse der MTI-Gruppe STAT zu den beiden Erhebungszeitpunkten?

Forschungshypothese 1: Die Ausprägungen der MTI-Teilnehmer unterscheiden sich hinsichtlich der Veränderungen im ROPELOC.

$H_0^{13/1}$: Es gibt keinen Unterschied bezüglich der Wirkung der MTI auf die Skala Self-confidence.

$H_1^{13/1}$: Es gibt einen Unterschied bezüglich der Wirkung der MTI auf die Skala Self-confidence.

Analog zu dieser Hypothese werden die Fragestellungen folgender Skalen formuliert: *Self-Efficacy, Stress Management, Open Thinking, Social Effectiveness, Cooperative Teamwork, Leadership Ability, Time Management, Quality Seeking, Coping with Change, active involvement, overall effectiveness, internal Locus of Control und external Locus of Control.*

$H_0^{13/1}_{a-f} : \mu_1 = \mu_2$

$H_0^{13/1}_{a-f} : \mu_1 \neq \mu_2$

Forschungshypothese 2: Die Ausprägungen der MTI-Teilnehmer unterscheiden sich hinsichtlich der Veränderungen im SDQ III.

$H_0^{14/1}$: Es gibt keinen Unterschied bezüglich der Wirkung der MTI auf die Skala *Maths*.

$H_1^{14/1}$: Es gibt einen Unterschied bezüglich der Wirkung der MTI auf die Skala *Maths*.

Analog zu dieser Hypothese werden die Fragestellungen folgender Skalen formuliert: *Physical Appearance, General Esteem, Honesty/Trustworthiness, Physical Abilities, Verbal, Emotional Stability, Parent Relationships, Academic (General), Same-Sex Relationships, Opposite-Sex Relationships, Spiritual Values/Religion und Problem Solving.*

$H_0^{14/1}_{a-f} : \mu_1 = \mu_2$

$H_0^{14/1}_{a-f} : \mu_1 \neq \mu_2$

Unterscheiden sich die drei Gruppen MTI STAT, MTI GEF und Non MTI hinsichtlich der absoluten Veränderung ihrer sozialen Kompetenzen zum zweiten Erhebungszeitpunkt?

Forschungshypothese 3: Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich der absoluten Veränderung ihrer Ausprägungen im ROPELOC.

H01^{7/1}: Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich der Veränderung in der Skala *Self-confidence*.

H11^{7/1}: Es besteht ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich der Veränderung in der Skala *Self-confidence*.

Analog zu dieser Hypothese werden die Fragestellungen folgender Skalen formuliert: *Self-Efficacy, Stress Management, Open Thinking, Social Effectiveness, Cooperative Teamwork, Leadership Ability, Time Management, Quality Seeking, Coping with Change, active involvement, overall effectiveness, internal Locus of Control und external Locus of Control*.

H01^{7/1}_{a-f} : $\mu_1 = \mu_2 = \mu_3$

H01^{7/1}_{a-f} : $\mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3 \cup \mu_1 \neq \mu_2 = \mu_3 \cup \mu_1 = \mu_2 \neq \mu_3 \cup \mu_3 \neq \mu_1 = \mu_2 \cup \mu_3 = \mu_1 \neq \mu_2$

Forschungshypothese 4: Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich der absoluten Veränderung ihrer Ausprägungen im SDQ III.

$H_0^{18/1}$: Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich der Veränderung in der Skala *Maths*.

$H_1^{18/1}$: Es besteht ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich der Veränderung in der Skala *Maths*.

Analog zu dieser Hypothese werden die Fragestellungen folgender Skalen formuliert: *Physical Appearance, General Esteem, Honesty/Trustworthiness, Physical Abilities, Verbal, Emotional Stability, Parent Relationships, Academic (General), Same-Sex Relationships, Opposite-Sex Relationships, Spiritual Values/Religion und Problem Solving*.

$H_0^{18/1}_{a-f} : \mu_1 = \mu_2 = \mu_3$

$H_0^{18/1}_{a-f} : \mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3 \cup \mu_1 \neq \mu_2 = \mu_3 \cup \mu_1 = \mu_2 \neq \mu_3 \cup \mu_3 \neq \mu_1 = \mu_2 \cup \mu_3 = \mu_1 \neq \mu_2$

Unterscheiden sich die einzelnen Gruppen MTI STAT, MTI GEF und Non MTI hinsichtlich der Verbesserung ihrer sozialen Kompetenz?

Forschungshypothese 5: Die Gruppen unterscheiden sich voneinander hinsichtlich der Verbesserung ihrer Ausprägungen im ROPELOC.

$H_0^{21/1}$: Die Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander hinsichtlich der Verbesserung ihrer Ausprägungen in der Skala *Self-confidence*.

$H_1^{21/1}$: Die Gruppen unterscheiden sich signifikant voneinander hinsichtlich der Verbesserung ihrer Ausprägungen in der Skala *Self-confidence*.

Analog zu dieser Hypothese werden die Fragestellungen folgender Skalen formuliert: *Self-Efficacy, Stress Management, Open Thinking, Social Effectiveness, Cooperative Teamwork, Leadership Ability, Time Management, Quality Seeking, Coping with Change, active involvement, overall effectiveness, internal Locus of Control und external Locus of Control*.

$H_0^{21/1}_{a-f} : \mu_1 = \mu_2 = \mu_3$

$H_0^{21/1}_{a-f} : \mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3 \cup \mu_1 \neq \mu_2 = \mu_3 \cup \mu_1 = \mu_2 \neq \mu_3 \cup \mu_3 \neq \mu_1 = \mu_2 \cup \mu_3 = \mu_1 \neq \mu_2$

Forschungshypothese 6: Die Gruppen unterscheiden sich voneinander hinsichtlich der Verbesserung ihrer Ausprägungen im SDQ III.

$H0^{22/1}$: Die Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander hinsichtlich der Verbesserung ihrer Ausprägungen in der Skala *allgemeine Leistungsfähigkeit*.

$H1^{22/1}$: Die Gruppen unterscheiden sich signifikant voneinander hinsichtlich der Verbesserung ihrer Ausprägungen in der Skala *allgemeine Leistungsfähigkeit*.

Analog zu dieser Hypothese werden die Fragestellungen folgender Skalen formuliert: *Physical Appearance, General Esteem, Honesty/Trustworthiness, Physical Abilities, Verbal, Emotional Stability, Parent Relationships, Academic (General), Same-Sex Relationships, Opposite-Sex Relationships, Spiritual Values/Religion und Problem Solving*.

$H0^{22/1}_{a-f} : \mu_1 = \mu_2 = \mu_3$

$H0^{22/1}_{a-f} : \mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3 \cup \mu_1 \neq \mu_2 = \mu_3 \cup \mu_1 = \mu_2 \neq \mu_3 \cup \mu_3 \neq \mu_1 = \mu_2 \cup \mu_3 = \mu_1 \neq \mu_2$

6.3 Systematische Verhaltensbeobachtung

Nach Bortz und Döring (2003) kann dann von systematischer Beobachtung als Datenerhebungstechnik ausgegangen werden, wenn ausgesuchte zu beobachtende Ereignisse zum Gegenstand der Forschung gemacht werden. Das bedeutet, dass der Beobachtungsprozess so klar festgelegt ist, dass die Beobachtung zumindest theoretisch nachvollzogen werden kann. Für die beiden Autoren bedeutet beobachten also, Entscheidungen darüber zu treffen, was in das Zentrum der Aufmerksamkeit rücken soll und wie der Beobachter das Beobachtete zu interpretieren hat. Der Grad der Systematisierung bei der teilnehmenden Beobachtung ist als eher gering einzuschätzen, da sich der Beobachter neben dem Beobachten auf das Protokollieren der Ereignisse konzentrieren muss.

Faßnacht (1995) beschreibt Vorteile der teilnehmenden Beobachtung als Live-Beobachtung, die vor allem darin liegen, dass sie näher an das Gesamtgeschehen heranführt. Verantwortlich dafür ist die Adaptationsfähigkeit der Wahrnehmung, die durch keine Videokamera imitiert werden kann, die besonders bei einem Gruppensetting mit mehreren Personen von Bedeutung ist.

Alle zwölf Einheiten des tiergestützten Trainings wurden einer offenen und teilnehmenden systematischen Verhaltensbeobachtung unterzogen. Anhand eines Beobachtungsbogens schätzten die dafür geschulten Beobachterinnen das Verhalten der Teilnehmer ein, um mittels objektiv beobachtbarer Indikatoren feststellen zu können, inwiefern das Training auf die Bereiche der emotionalen und sozialen Kompetenzen wirkt. Der Beobachtungsbogen ist an das Ratingverfahren von Stetina und Team (2006) angelehnt und wurde für den Einsatz an Drogenabhängigen angepasst. Der Beobachtungsbogen, für den Intervallskalenniveau angenommen werden kann, beinhaltet die unipolaren Skalen „Interaktion“, „Beteiligung“, „Sprache“, „Zeigen eigener Gefühle“, „Anteilnahme an Emotionen anderer“, „Geben von Feedback“, „Komplimente akzeptieren“ und „Kritik annehmen“. Die siebenteilige kategorielle Abstufung wurde von Stetina und Team (2006) übernommen. Die Kodierung der Merkmalsausprägungen erfolgte anhand verbaler Abstufungen nach Häufigkeit beziehungsweise Intensität der Ereignisse. Niedrige Punktezahlen stehen für eine positive Ausprägung der jeweiligen Kategorie, d.h., Indikatoren für hohe emotionale und soziale Kompetenzen sind niedrige Ausprägungen in den jeweiligen Skalen. Wurden einzelne zu beobachtende Verhaltensweisen in einer MTI-Einheit nicht gezeigt, wurde diese Skala

besonders gekennzeichnet. Im Anschluss an die systematischen Verhaltensbeobachtungen erfolgte eine quantitative Auswertung der erhaltenen Daten.

6.3.1 Hypothesen zur Verhaltensbeobachtung

Im Mittelpunkt des Forschungsinteresses standen alle zwölf Beobachtungszeitpunkte bzw. MTI-Einheiten (T1, T2,...,T12), da der gesamte Verlauf des tiergestützten Kompetenztrainings untersucht werden sollte.

Forschungshypothese 7: Kommt es in der Gruppe MTI STAT zu einer Veränderung in den sozialen und emotionalen Kompetenzen zwischen den verschiedenen Beobachtungszeitpunkten?

H₀₂₅₋₃₇: Die Gruppe MTI STAT zeigt keine Veränderung in dem Bereich „Interaktion“ zwischen den Beobachtungszeitpunkten.

H₁₂₅₋₃₇: Die Gruppe MTI STAT zeigt eine Veränderung in dem Bereich „Interaktion“ zwischen den Beobachtungszeitpunkten.

Analog zu dieser Hypothese werden die Fragestellungen folgender Skalen formuliert: „Beteiligung“, „Sprache“, „Zeigen eigener Gefühle“, „Anteilnahme an Emotionen anderer“, „Geben von Feedback“, „Akzeptieren von Komplimenten“ und „Annehmen von Kritik“.

H₀₂₅₋₃₇: $\mu_{T1} = \mu_{T2} = \mu_{T3} = \mu_{T4} = \mu_{T5} = \mu_{T6} = \mu_7 = \mu_{T8} = \mu_{T9} = \mu_{T10} = \mu_{T11} = \mu_{T12}$

H₁₂₅₋₃₇: $\mu_{T1} \neq \mu_{T2} \neq \mu_{T3} \neq \mu_{T4} \neq \mu_{T5} \neq \mu_{T6} \neq \mu_7 \neq \mu_{T8} \neq \mu_{T9} \neq \mu_{T10} \neq \mu_{T11} \neq \mu_{T12}$

Tabelle 3: Übersicht der Fragestellungen und Hypothesen

SOZIALE und EMOTIONALE KOMPETENZ	1	H0: Die Ausprägungen der MTI-Gruppe STAT im ROPELOC unterscheiden sich nicht zu den beiden Erhebungszeitpunkten.	t-Tests für abhängige Stichproben
		H1: Die Ausprägungen der MTI-Gruppe STAT im ROPELOC unterscheiden sich zu den beiden Erhebungszeitpunkten.	
	2	H0: Die Ausprägungen der MTI-Gruppe STAT im SDQ III unterscheiden sich nicht zu den beiden Erhebungszeitpunkten.	t-Tests für abhängige Stichproben
		H1: Die Ausprägungen der MTI-Gruppe STAT im SDQ III unterscheiden sich zu den beiden Erhebungszeitpunkten.	
	3	H0: Die drei Gruppen unterscheiden sich nicht hinsichtlich der absoluten Veränderung ihrer Ausprägungen im ROPELOC.	Einfache Varianzanalyse; Post Hoc Test nach Bonferroni
		H1: Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich der absoluten Veränderung ihrer Ausprägungen im ROPELOC.	
	4	H0: Die drei Gruppen unterscheiden sich nicht hinsichtlich der absoluten Veränderung ihrer Ausprägungen im SDQ III.	Einfache Varianzanalyse; Post Hoc Test nach Bonferroni
		H1: Die drei Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich der absoluten Veränderung ihrer Ausprägungen im SDQ III.	

SOZIALE und EMOTIONALE KOMPETENZ	Fragestellung	Hypothesen	Statistische Auswertung
	5	H0: Die Gruppen unterscheiden sich nicht voneinander hinsichtlich der Verbesserung ihrer Ausprägungen im ROPELOC.	Allgemeines Lineares Modell; Post Hoc Test nach Bonferroni
		H1: Die Gruppen unterscheiden sich voneinander hinsichtlich der Verbesserung ihrer Ausprägungen im ROPELOC.	
	6	H0: Die Gruppen unterscheiden sich nicht voneinander hinsichtlich der Verbesserung ihrer Ausprägungen im SDQ III.	Allgemeines Lineares Modell; Post Hoc Test nach Bonferroni
		H1: Die Gruppen unterscheiden sich voneinander hinsichtlich der Verbesserung ihrer Ausprägungen im SDQ III.	
	7	H0 ²⁵ : MTI-Gruppe STAT zeigt keine Veränderung in der Interaktion.	Allgemeines Lineares Modell mit Messwiederholungen
VERHALTENS- BEOBACHTUNG		H ²⁵ : MTI-Gruppe STAT zeigt Veränderung in der Interaktion	

7 STATISTISCHE AUSWERTUNG UND DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE

Die statistische Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mittels SPSS 17.0. Zunächst wurden die Rohdaten aufbereitet. Für einzelne fehlende Werte wurden durch Interpolieren der Daten Skalenmittelwerte berechnet. Die Ergebnisse werden durch Mittelwertsvergleiche dargestellt, um überzufällige Unterschiede erkennen zu können. Zur Berechnung etwaiger Unterschiede zwischen den Ergebnissen der MTI-Gruppe STAT zu beiden Erhebungszeitpunkten wurden bei gegebenen Voraussetzungen für die Differenzen jeder Skala jedes Tests, T-Tests für abhängige Stichproben mit Schätzung der Effektgrößen berechnet (Fragestellungen 1 und 2). Nach Cohen (1988) wird bei einem Cohen's d von 0,2 von einem kleinen, bei einem $d = 0,5$ von einem mittleren und bei einem $d = 0,8$ von einem großen Effekt gesprochen.

Zur Überprüfung der drei Gruppen (MTI STAT, MTI GEF, KG) auf etwaige Unterschiede hinsichtlich der sozialen und emotionalen Kompetenzen wurden für die Differenzen jeder Skala jedes Tests bei gegebenen Voraussetzungen eine einfache Varianzanalyse (ANOVA) mit Schätzungen der Effektgrößen, sowie ein Post-hoc Test nach Bonferroni zur Ermittlung der Mittelwertsunterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen berechnet (Fragestellung 3 und 4). Für den Vergleich der drei Gruppen (MTI STAT, MTI GEF, KG) zu den beiden Erhebungszeitpunkten wurde jeweils bei gegebenen Voraussetzungen das Allgemeine Lineare Modell herangezogen (Fragestellung 5 und 6). Zusätzlich wurden auch hier Effektstärken (η^2) berechnet. Laut Gediga kann bereits bei einem Eta-Quadrat von 0,01 einem geringen Effekt gesprochen werden. Ein mittlerer Effekt liegt ab $\eta^2 = 0,06$ und ein großer Effekt ab $\eta^2 = 0,14$ vor. Zur Ermittlung der Mittelwertsunterschiede wurden Post Hoc Tests nach Bonferroni berechnet. Das Signifikanzniveau wurde mit $\alpha = 0,05$ angenommen.

Für die Berechnungen der Verhaltensbeobachtung wurde der Beobachterfragebogen zunächst mittels Faktorenanalyse auf dessen Skaleneigenschaften untersucht. Anschließend wurden die erhobenen Daten mittels Allgemeinem Linearem Modell mit Messwiederholungen überprüft, sowie Schätzungen der Effektstärken berechnet (Fragestellung 7). Als Grundlage dienten jeweils die gemittelten Messwerte aller Skalen. Die Ergebnisse werden im Anschluss für jede einzelne Skala dargestellt. Das Signifikanzniveau wurde ebenfalls mit $\alpha = 0,05$ angenommen.

7.1 Ergebnisse im Bereich der sozialen und emotionalen Kompetenz

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse zur sozialen und emotionalen Kompetenz dargestellt. Als Verfahren kamen der ROPELOC und der SDQ III zur Anwendung. Des Weiteren werden die Ergebnisse der systematischen Verhaltensbeobachtung präsentiert.

7.1.1 Ergebnisse des ROPELOC

Die Untersuchung der Daten mittels abhängiger T-Tests hat ergeben, dass im Vergleich zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten in den Skalen „Active Involvement“ ($t(17) = -2.304$; $p = .035$; $d = .462$), „Leadership Ability“ ($t(17) = -2.390$; $p = .030$; $d = .405$), „Self Confidence“ ($t(17) = -2.144$; $p = .048$; $d = .381$), „Self Efficacy“ ($t(17) = -2.549$; $p = .021$; $d = .572$), „Stress Management“ ($t(17) = -2.901$; $p = .010$; $d = .73$), „Time Efficiency“ ($t(17) = -2.847$; $p = .012$; $d = .716$), „Coping with Change“ ($t(17) = -2.679$; $p = .016$; $d = .723$) und „Overall Effectiveness“ ($t(17) = -3.698$; $p = .002$; $d = .841$) die H_0 verworfen werden kann. Die Teilnehmer der MTI-Gruppe STAT erreichten beim zweiten Testzeitpunkt signifikant bessere Ergebnisse in diesen Skalen als beim ersten Zeitpunkt (siehe Tabelle 4). Zusätzlich sollen die entsprechend Effektstärke relevanten Ergebnisse angeführt werden. In den Skalen „Active Involvement“ ($d = .462$), „Self Efficacy“ ($d = .572$), „Stress Management“ ($d = .73$), „Time Efficiency“ ($d = .716$) und „Coping with Change“ ($d = .723$) konnten mittlere Effekte nachgewiesen werden. Große Effekte weist die Skala „Overall Esteem“ ($d = .841$) auf. In den Skalen „Leadership Ability“ ($d = .405$), „Open Thinking“ ($d = .268$), „Self Confidence“ ($d = .381$) und „Social Effectiveness“ ($d = .347$) konnten kleine Effekte nachgewiesen werden.

Tabelle 4: ROPELOC: Ergebnisse der T-Tests

Skalen	T-Wert T	Signifikanz p	Effektstärke d
Active Involvement	-2.304	.0035*	.462
Cooperative Teamwork	-.633	.535	.119
Leadership Ability	-2.390	.030*	.405
Open Thinking	-1.101	.287	.268
Quality Seeking	-.835	.416	.104
Self Confidence	-2.144	.048*	.381
Self Efficacy	-2.549	.021*	.572
Social Effectiveness	-1.306	.210	.347
Stress Management	-2.901	.010**	.73
Time Efficiency	-2.847	.012**	.716
Coping with Change	-2.679	.016*	.723
Overall Effectiveness	-3.698	.002**	.841
Internal Locus of Control	1.747	.100	-.263
External Locus of Control	.394	.699	-.089

*p< .05; **p< .01; ***p< .001

Bei der ANOVA die als Berechnungsgrundlage die Lernerfolge, also die Differenzwerte zwischen erstem und zweitem Testzeitpunkt beinhaltet und die Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen betrachtet zeigten sich keine relevanten Unterschiede in den Skalen „Active Involvement“ ($F(df = 2) = 2.126$; $p = .126$; $d = .36$), „Open Thinking“ ($F(df = 2) = 1.262$; $p = .289$; $d = .28$), „Self Efficacy“ ($F(df = 2) = 2.790$; $p = .068$; $d = .41$) und „External Locus of Control“ ($F(df = 2) = .432$; $p = .651$; $d = .16$). In den Skalen „Cooperative Teamwork“ ($F(df = 2) = 6.948$; $p = .002$; $d = .65$), „Leadership Ability“ ($F(df = 2) = 3.463$; $p = .036$; $d = .46$), „Quality Seeking“ ($F(df = 2) = 6.457$; $p = .003$; $d = .63$), „Self Confidence“ ($F(df = 2) = 5.907$; $p = .004$; $d = .6$), „Social Effectiveness“ ($F(df = 2) = 11.561$; $p < .001$; $d = .84$), „Stress Management“ ($F(df = 2) = 4.275$; $p = .017$; $d = .51$), „Time Efficiency“ ($F(df = 2) = 4.933$; $p = .010$; $d = .55$), „Coping with Change“ ($F(df = 2) = 7.073$; $p = .002$; $d = .66$), „Overall Effectiveness“ ($F(df = 2) = 5.079$; $p = .009$; $d = .56$) und „Internal Locus of Control“ ($F(df = 2) = 4.167$; $p = .019$; $d = .56$) hingegen unterscheiden sich die Gruppen signifikant hinsichtlich der absoluten Veränderung zum zweiten Erhebungszeitpunkt. Somit kann für diese Skalen die H0 zugunsten der H1 verworfen werden (siehe Tabelle 5).

Dabei erreicht die Gruppe MTI STAT zum zweiten Erhebungszeitpunkt bedeutend bessere Ergebnisse in den Skalen „Stress Management“ ($p = .036$), „Time Efficiency“ ($p = .008$), „Coping with Change“ ($p = .038$) und „Overall Effectiveness“

($p = .046$) als jene Personen, die der Non-MTI Gruppe angehören. Die Gruppe MTI GEF erzielte in den Skalen „Cooperative Teamwork“ ($p = .003$); „Leadership Ability“ ($p < .050$); „Quality Seeking“ ($p = .002$); „Self Confidence“ ($p = .003$); „Social Effectiveness“ ($p < .001$) und „Stress Management“ ($p = .047$), „Coping with Change“ ($p = .001$) und „Overall Effectiveness“ ($p = .012$) signifikant bessere Ergebnisse, als jene Personen der Non-MTI Gruppe. In der Skala „Cooperative Teamwork“ ($p = .030$) erreicht die Gruppe MTI GEF bessere Ergebnisse als die Gruppe MTI STAT. In der Skala „Internal Locus of Control“ ($p = .020$) erreicht die Gruppe MTI STAT bessere Ergebnisse als die Gruppe MTI GEF.

Tabelle 5: ROPELOC: Ergebnisse der einfachen ANOVA

Skalen	F-Wert	Freiheitsgrade df	Signifikanz p	Effektstärke d
Active Involvement	2.126	2	.126	.36
Cooperative Teamwork	6.948	2	.002**	.65
Leadership Ability	3.463	2	.036*	.46
Open Thinking	1.262	2	.289	.28
Quality Seeking	6.457	2	.003**	.63
Self Confidence	5.907	2	.004**	.6
Self Efficacy	2.790	2	.068	.41
Social Effectiveness	11.561	2	.000***	.84
Stress Management	4.275	2	.017**	.51
Time Efficiency	4.933	2	.010**	.55
Coping with Change	7.073	2	.002**	.66
Overall Effectiveness	5.079	2	.009**	.56
Internal Locus of Control	4.167	2	.019*	.5
External Locus of Control	.432	2	.651	.16

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Der Vergleich der drei Gruppen für die Skalenwerte über die beiden Erhebungszeitpunkte hinweg wurde anhand des Allgemeinen Linearen Modells ermittelt. Das Allgemeine Lineare Modell hat ergeben, dass sich die Ausprägungen der Skalen „Active Involvement“ ($F(df = 1) = 11.646$; $p = .001$; $\eta^2 = .134$), „Cooperative Teamwork“ ($F(df = 1) = 10.402$; $p = .002$; $\eta^2 = .122$), „Leadership Ability“ ($F(df = 1) = 13.470$; $p < .001$; $\eta^2 = .152$), „Quality Seeking“ ($F(df = 1) = 4.620$; $p = .035$; $\eta^2 = .058$), „Self Confidence“ ($F(df = 1) = 13.985$; $p < .001$; $\eta^2 = .159$), „Self Efficacy“ ($F(df = 1) = 15.227$; $p < .001$; $\eta^2 = .169$), „Social Effectiveness“ ($F(df = 1) = 14.201$; $p < .001$; $\eta^2 = .159$), „Stress Management“ ($F(df = 1) = 22.421$; $p < .001$; $\eta^2 = .230$), „Time Efficiency“ ($F(df = 1) = 11.537$; $p = .001$; $\eta^2 = .133$), „Coping with Change“ ($F(df = 1) = 22.606$; $p < .001$;

$\eta^2 = .234$) und „Overall Effectiveness“ ($F(df = 1) = 37.474$; $p < .001$; $\eta^2 = .333$) zu beiden Messzeitpunkten jeweils signifikant voneinander unterscheiden. Auch gibt es bei folgenden Skalen signifikante Wechselwirkungen des Faktors „Zeit“ mit dem Merkmal „Faktor“: Skalen „Cooperative Teamwork“ ($F(df = 2) = 6.948$; $p = .002$; $\eta^2 = .054$), „Leadership Ability“ ($F(df = 2) = 3.463$; $p = .036$; $\eta^2 = .085$), „Quality Seeking“ ($F(df = 2) = 6.457$; $p = .003$; $\eta^2 = .147$), „Self Confidence“ ($F(df = 2) = 5.907$; $p = .004$; $\eta^2 = .138$), „Social Effectiveness“ ($F(df = 2) = 11.561$; $p < .001$; $\eta^2 = .236$), „Stress Management“ ($F(df = 2) = 4.275$; $p = .017$; $\eta^2 = .102$), „Time Efficiency“ ($F(df = 2) = 4.933$; $p = .010$; $\eta^2 = .116$), „Coping with Change“ ($F(df = 2) = 7.073$; $p = .002$; $\eta^2 = .160$), „Overall Effectiveness“ ($F(df = 2) = 5.079$; $p = .009$; $\eta^2 = .119$) und „Internal Locus of Control“ ($F(df = 2) = 4.167$; $p = .019$; $\eta^2 = .100$) (siehe Tabelle 6).

Die Post Hoc Vergleiche ergaben allerdings keine signifikanten Unterschiede (siehe Tabelle 18).

Tabelle 6: ROPELOC: Ergebnisse des Allgemeinen Linearen Modells

Skala	F-Wert	Hypothese df	Fehler df	Signifikanz p	Partielles Eta- Quadrat
Active Involvement	2.126	2	74	.126	.054
Cooperative Teamwork	6.948	2	74	.002**	.156
Leadership Ability	3.463	2	74	.036*	.085
Open Thinking	1.262	2	74	.289	.033
Quality Seeking	6.457	2	74	.003**	.147
Self Confidence	5.907	2	74	.004**	.138
Self Efficacy	2.790	2	74	.068	.069
Social Effectiveness	11.561	2	74	.000***	.236
Stress Management	4.275	2	74	.017*	.102
Time Efficiency	4.933	2	74	.010**	.116
Coping with Change	7.073	2	74	.002**	.160
Overall Effectiveness	5.079	2	74	.009**	.119
Internal Locus of Control	4.167	2	74	.019*	.100
External Locus of Control	.432	2	74	.651	.011

*p< .05; **p< .01; ***p< .001

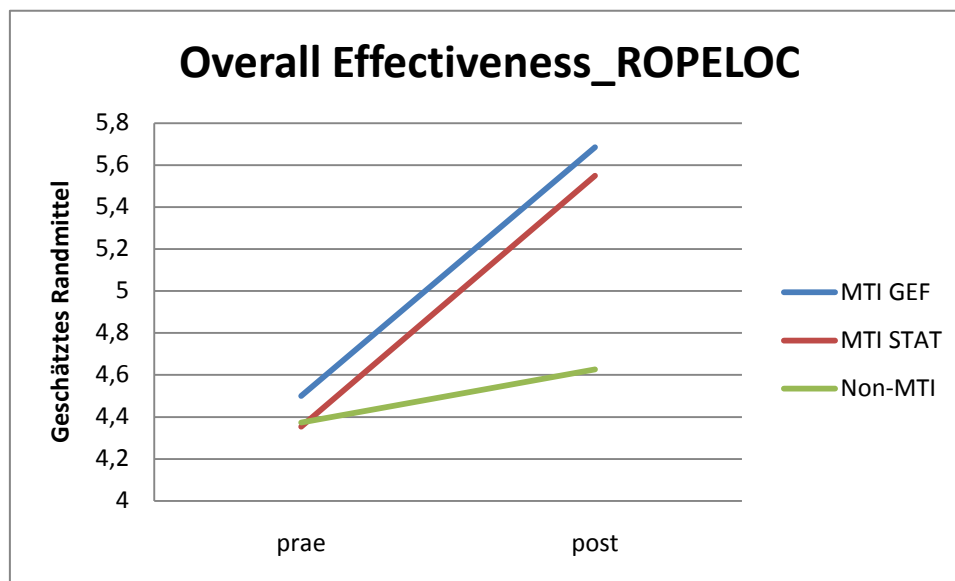


Abbildung 1: Entwicklung der Gruppen über die Zeit in der Skala „Overall Effectiveness“

7.1.2 Ergebnisse des SDQ III

Die Untersuchung der Daten mittels abhängiger t-Tests hat ergeben, dass im Vergleich zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten in den Selbstkonzept-Skalen „Problem Solving“ ($t(17) = -2.734$; $p = .015$; $d = .59$), „Honesty/Trustworthiness“ ($t(17) = -2.803$; $p = .013$; $d = .65$), „Emotional Stability“ ($t(17) = -4.771$; $p = .000$; $d = 1.17$) und „General Esteem“ ($t(17) = -5.082$; $p = .000$; $d = .81$) die H_0 verworfen werden kann. Die Teilnehmer der MTI-Gruppe STAT erreichten beim zweiten Testzeitpunkt signifikant bessere Ergebnisse in diesen Skalen als beim ersten Zeitpunkt (siehe Tabelle 7). Zusätzlich sollen die entsprechend Effektstärke relevanten Ergebnisse angeführt werden. In den Skalen „Problem Solving“ ($d = .59$) und „Honesty/Trustworthiness“ ($d = .65$) konnten mittlere Effekte nachgewiesen werden. Große Effekte weisen die Skalen „Emotional Stability“ ($d = 1.17$) und „General Esteem“ ($d = .81$) auf. In der Skala „opposite sex peer relations“ konnte ebenfalls ein kleiner Effekt nachgewiesen werden.

Tabelle 7: SDQ III: Ergebnisse der T-Tests

Skalen	T-Wert T	Signifikanz p	Effektstärke d
Maths	-.625	.541	.05
Verbal	-.505	.620	.06
Academic	-.358	.725	.06
Problem Solving	-2.734	.015*	.59
Physical Ability	-.178	.861	.01
Physical Appearance	-.852	.407	.25
Same Sex Peer Relations	-.331	.745	.11
Opposite Sex Peer Relations	-1.238	.233	.35
Parent Relations	-.549	.591	.06
Spiritual Values	1.994	.063	-.22
Honesty/ Trustworthiness	-2.803	.013*	.65
Emotional Stability	-4.771	.000***	1.17
General Esteem	-5.082	.000***	.81

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Bei der ANOVA die als Berechnungsgrundlage die Lernerfolge, also die Differenzwerte zwischen erstem und zweitem Testzeitpunkt beinhaltet und die Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen betrachtet zeigten sich keine relevanten Unterschiede in den Skalen „Verbal“ ($F(df = 2) = 2.756$; $p = .070$; $d = .41$), „Physical Ability“ ($F(df = 2) = 1.335$; $p = .270$; $d = .28$), „Physical Appearance“ ($F(df = 2) = 1.156$; $p = .320$; $d = .27$), „Same Sex Peer Relations“ ($F(df = 2) = 1.335$; $p = .270$; $d = .28$), „Opposite Sex Peer Relations“

($F(df = 2) = .161$; $p = .852$; $d = .10$), „Parent Relations“ ($F(df = 2) = .442$; $p = .654$; $d = .16$) und „Spiritual Values“ ($F(df = 2) = 2.049$; $p = .136$; $d = .35$). In den Skalen „Maths“ ($F(df = 2) = 5.474$; $p = .006$; $d = .58$), „Academic“ ($F(df = 2) = 8.352$; $p = .001$; $d = .71$), „Problem Solving“ ($F(df = 2) = 8.352$; $p = .001$; $d = .71$), „Honesty/Trustworthiness“ ($F(df = 2) = 6.232$; $p = .003$; $d = .62$), „Emotional Stability“ ($F(df = 2) = 14.135$; $p < .001$; $d = .93$) und „General Esteem“ ($F(df = 2) = 11.424$; $p < .001$; $d = .83$) hingegen unterscheiden sich die Gruppen signifikant hinsichtlich der absoluten Veränderung zum zweiten Erhebungszeitpunkt. Somit kann für diese Skalen die H0 zugunsten der H1 verworfen werden (siehe Tabelle 8). Dabei erreicht die Gruppe MTI STAT zum zweiten Erhebungszeitpunkt bedeutend bessere Ergebnisse in den Skalen „General Esteem“ ($p = .004$) und „Emotional Stability“ ($p < .001$) als jene Personen, die der Non-MTI Gruppe angehören. Die Gruppe MTI GEF erzielte in den Skalen „General Esteem“ ($p = .004$); „Emotional Stability“ ($p < .001$); „Honesty/Trustworthiness“ ($p = .003$); „Problem Solving“ ($p = .007$); „Academic“ ($p = .007$) und „Maths“ ($p = .005$) signifikant bessere Ergebnisse, als jene Personen der Non-MTI Gruppe. In den Skalen „Problem Solving“ ($p = .002$) und „Academic“ ($p = .002$) erreicht die Gruppe MTI GEF bessere Ergebnisse als die Gruppe MTI STAT.

Tabelle 8: SDQ III: Ergebnisse der einfachen ANOVA

Skalen	F-Wert	Freiheitsgrade df	Signifikanz p	Effektstärke d
Maths	5.474	2	.006*	.58
Verbal	2.756	2	.070	.41
Academic	8.352	2	.001***	.71
Problem Solving	8.352	2	.001***	.71
Physical Ability	1.335	2	.270	.28
Physical Appearance	1.156	2	.320	.27
Same Sex Peer Relations	1.335	2	.270	.28
Opposite Sex Peer Relations	.161	2	.852	.10
Parent Relations	.442	2	.645	.16
Spiritual Values	2.049	2	.136	.35
Honesty/Trustworthiness	6.232	2	.003**	.62
Emotional Stability	14.135	2	<.001***	.93
Generalesteem	11.424	2	<.001***	.83

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Der Vergleich der drei Gruppen für die Skalenwerte über die beiden Erhebungszeitpunkte hinweg wurde anhand des Allgemeinen Linearen Modells ermittelt. Das Allgemeine Lineare

Modell hat ergeben, dass sich die Ausprägungen der Skalen „Verbal“ ($F(df = 2) = 10.715$; $p = .002$; $\eta^2 = .126$), „Academic“ ($F(df = 2) = 19.282$; $p < .001$; $\eta^2 = .207$), „Problem Solving“ ($F(df = 2) = 48.330$; $p < .001$; $\eta^2 = .395$), „Physical Ability“ ($F(df = 2) = 6.429$; $p = .013$; $\eta^2 = .080$), „Same Sex Peer Relations“ ($F(df = 2) = 11.698$; $p = .001$; $\eta^2 = .136$), „Opposite sex peer relations“ ($F(df = 2) = 12.102$; $p = .001$; $\eta^2 = .141$), „Honesty/Trustworthiness“ ($F(df = 2) = 16.849$; $p < .001$; $\eta^2 = .185$), „Emotional Stability“ ($F(df = 2) = 51.990$; $p < .001$; $\eta^2 = .413$) und „General Esteem“ ($F(df = 2) = 63.142$; $p < .001$; $\eta^2 = .460$) zu beiden Messzeitpunkten jeweils signifikant voneinander unterscheiden. Auch gibt es bei folgenden Skalen signifikante Wechselwirkungen des Faktors „Zeit“ mit dem Merkmal „Faktor“: „Maths“ ($F(df = 2) = 5.474$; $p = .006$; $\eta^2 = .124$), „Academic“ ($F(df = 2) = 8.352$; $p = .001$; $\eta^2 = .184$), „Problem Solving“ ($F(df = 2) = 24.263$; $p = .001$; $\eta^2 = .395$), „Same Sex Peer Relations“ ($F(df = 2) = 4.839$; $p = .011$; $\eta^2 = .116$), „Honesty/Trustworthiness“ ($F(df = 2) = 7.156$; $p = .001$; $\eta^2 = .162$), „Emotional Stability“ ($F(df = 2) = 14.045$; $p < .001$; $\eta^2 = .277$) und „General Esteem“ ($F(df = 2) = 11.424$; $p < .001$; $\eta^2 = .236$). Die Teilnehmer der Gruppe MTI STAT erzielten signifikant bessere Ergebnisse als die Gruppe Non-MTI in den Skalen „Physical Appearance“ ($p = .008$) und „Opposite Sex Peer Relations“ ($p = .015$). Des Weiteren zeigte die Gruppe MTI GEF deutlichere Verbesserungen als die Gruppe MTI STAT in den Skalen „Physical Appearance“ ($p = .006$) und „Opposite Sex Peer Relations“ ($p = .039$). (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: SDQ III: Ergebnisse des Allgemeinen Linearen Modells

Skala	F-Wert	Hypothese df	Fehler df	Signifikanz p	Partielles Eta-Quadrat
Maths	5.474	2	74	.006**	.129
Verbal	2.756	2	74	.070	.069
Academic	8.352	2	74	<.001***	.184
Problem Solving	24.263	2	74	<.001***	.395
Physical Ability	1.925	2	74	.153	.049
Physical Appearance	1.038	2	74	.359	.027
Same Sex Peer Relations	4.839	2	74	.011	.116
Opposite Sex Peer Relations	.161	2	74	.852	.004
Parent Relations	.442	2	74	.645	.012
Spiritual Values	2.049	2	74	.136	.052
Honesty/Trustworthiness	7.156	2	74	<.001***	.162
Emotional Stability	14.045	2	74	<.001***	.277
General Esteem	11.424	2	74	<.001***	.236

*p< .05; **p< .01; ***p< .001

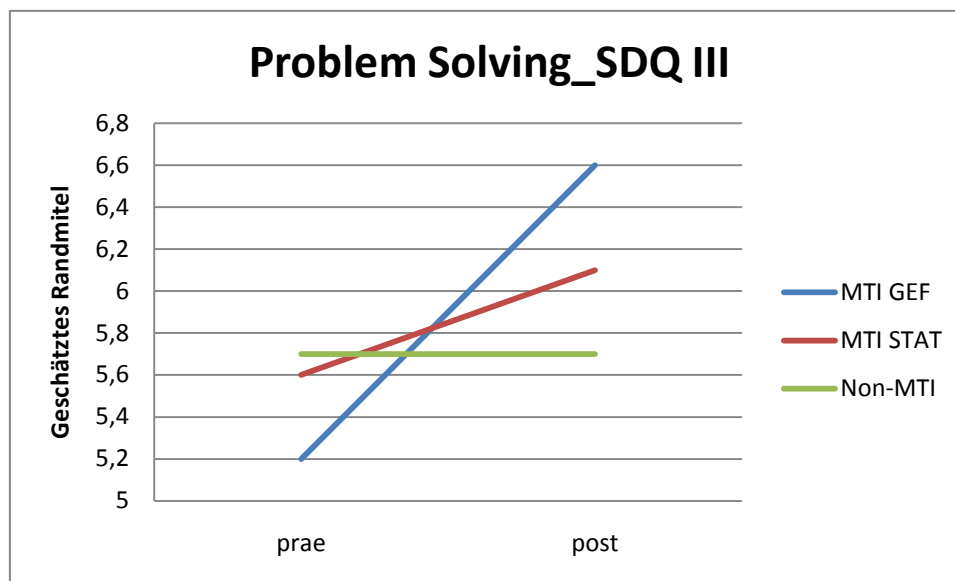


Abbildung 2: Entwicklung der Gruppen über die Zeit in der Selbstkonzept-Skala „Problem Solving“

7.2 Ergebnisse der systematischen Verhaltensbeobachtung

Zunächst wurden die Skaleneigenschaften des Beobachtungsbogens, bei maximierten Ladungen der Faktoren, mittels Faktorenanalyse mit Varimax Rotation überprüft. Es wurde also überprüft, ob jeweiligen Items für die a priori postulierten sieben Skalen einen hohen Erklärungswert für diese haben.

Bei der Faktorenanalyse aller Skalen des Beobachtungsbogens konnten sechs Faktoren extrahiert werden, wobei der erste Faktor insgesamt 28,85 % der Varianz erklärt, der zweite Faktor 20,39 %, der dritte Faktor 17,29 %, der vierte Faktor 9,23 %, der fünfte Faktor 8,00 % und der sechste 5,34%. Zusammen erklären diese Dimensionen 89,10 % der Gesamtvarianz.

Sechs der ursprünglich 59 Items wurden aufgrund eines nicht eindeutigen Ladungsmusters aus der endgültigen Analyse ausgeschlossen, somit verblieben 53 Variablen.

Das bedeutet, dass mittels der Faktorenanalyse die zuvor angenommenen Skalen nicht eindeutig bestätigt werden können. Eine Erklärung dafür wäre, dass einzelne Items des Beobachtungsbogens nicht ausschließlich einem Bereich zugeordnet werden können. Dieses Ergebnis könnte ein Hinweis für die Verbindung sozialer und emotionaler Kompetenzen sein, die nicht immer eindeutig zu trennen sind.

Danach wurde mittels Reliabilitätsanalyse überprüft, ob die einzelnen Skalen eine zufriedenstellende Zuverlässigkeit aufweisen. Mittels Cronbach alpha wird die untere Schranke der Reliabilität angegeben und somit die Konsistenz der Items untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass für alle sechs Skalen eine sehr gute Skalierung vorliegt, die Cronbach alpha - Koeffizienten liegen zwischen .824 und .984 (Tabelle 10).

Tabelle 10: Reliabilität

Skala	Itemanzahl	Cronbach alpha	Korr. Trennschärfen
Interaktion Hund	17	.984	.73-.98
Feedback	12	.948	.60-.92
Beteiligung	9	.949	.57-.90
Bemühen um Wohlbef. anderer verbal	7	.935	.67-.89
Sprache	5	.949	.69-.96
Emotionsregulation	3	.824	.58-.77

Die korrigierten Trennschärfen liegen in jeder Skala im mittleren bis höheren Bereich.

Im Anschluss wurden die Ergebnisse der Verhaltensbeobachtung mittels Allgemeinen Linearen Modell mit Messwiederholungen überprüft.

Die Untersuchung hat gezeigt, dass sich die Gruppe MTI STAT im Bereich „Interaktion Hund“ mit der Zeit signifikant verbessert haben $F(3.87) = 5.239$; $p = .001$). Diese signifikante Verbesserung zeigt sich auch im großen Effekt, welcher die Wirksamkeit der Intervention in diesem Bereich bestätigt ($d = 3.62$; $KI = 2.53 - 4.71$).

Tabelle 11: Deskriptive Statistik der Skala „Interaktion Hund“

	Einheit	MW	SD
1.	Einheit	3.489	.889
2.	Einheit	3.513	1.177
3.	Einheit	3.727	1.007
4.	Einheit	3.762	1.245
5.	Einheit	4.207	1.024
6.	Einheit	4.026	1.425
7.	Einheit	3.381	2.100
8.	Einheit	3.869	2.107
9.	Einheit	4.482	1.382
10.	Einheit	4.887	1.341
11.	Einheit	3.485	2.589
12.	Einheit	6.009	.424

Anmerkung: MW= Mittelwert, SD= Standardabweichung

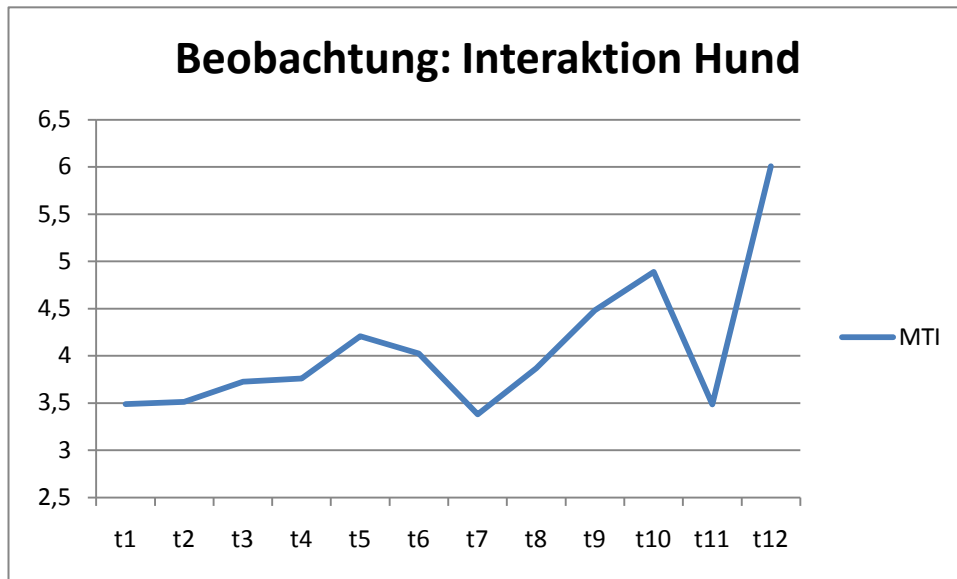


Abbildung 3: Entwicklung über die Zeit der Skala „Interaktion Hund“

Die Untersuchung hat gezeigt, dass sich die Gruppe MTI STAT im Bereich „Feedback“ mit der Zeit signifikant verbessert haben ($F(4,10) = 8.755$; $p < .001$). Diese signifikante Verbesserung zeigt sich ebenfalls im großen Effekt, welcher die Wirksamkeit der Intervention in diesem Bereich bestätigt ($d = 2.98$; $KI = 2.00 - 3.96$).

Tabelle 12: Deskriptive Statistik der Skala „Feedback“

Einheit		MW	SD
1.	Einheit	1.788	1.205
2.	Einheit	2.500	1.082
3.	Einheit	3.373	.876
4.	Einheit	3.353	1.023
5.	Einheit	4.370	.449
6.	Einheit	4.032	.986
7.	Einheit	3.604	1.379
8.	Einheit	4.239	1.036
9.	Einheit	3.977	1.724
10.	Einheit	3.906	1.522
11.	Einheit	3.091	2.329
12.	Einheit	4.552	.521

Anmerkung: MW= Mittelwert, SD= Standardabweichung

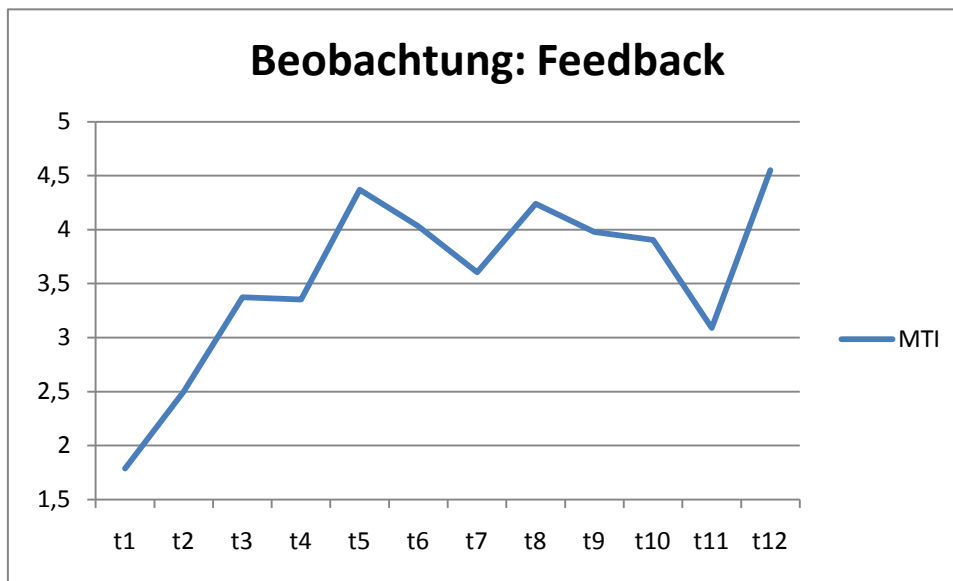


Abbildung 4: Entwicklung über die Zeit der Skala „Feedback“

Die Untersuchung hat gezeigt, dass sich die Gruppe MTI STAT im Bereich „Beteiligung“ mit der Zeit signifikant verbessert haben $F(4.832) = 16.994$; $p < .001$). Diese signifikante Verbesserung zeigt sich ebenfalls im großen Effekt, welcher die Wirksamkeit der Intervention in diesem Bereich bestätigt ($d = 1.83$; $KI = 1.03 - 2.63$).

Tabelle 13: Deskriptive Statistik der Skala „Beteiligung“

	Einheit	MW	SD
1.	Einheit	4.211	1.341
2.	Einheit	3.939	.906
3.	Einheit	3.751	.857
4.	Einheit	3.845	1.207
5.	Einheit	4.631	.427
6.	Einheit	4.667	.459
7.	Einheit	4.751	.725
8.	Einheit	5.206	.550
9.	Einheit	4.9735	.704
10.	Einheit	5.550	.713
11.	Einheit	5.663	.813
12.	Einheit	6.134	.8553

Anmerkung: MW= Mittelwert, SD= Standardabweichung

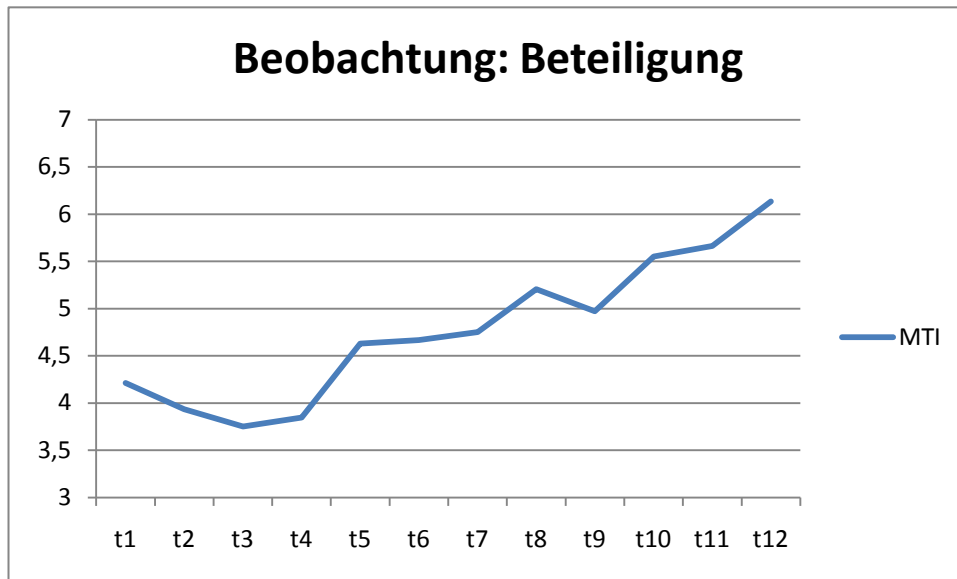


Abbildung 5: Entwicklung über die Zeit der Skala: „Beteiligung“

Die Untersuchung hat gezeigt, dass sich die Gruppe MTI STAT im Bereich „Interaktion Wohlergehen um andere“ mit der Zeit signifikant verbessert haben ($F(4.83) = 3.141$; $p = .013$). Der Verlauf des Graphen ist zwar signifikant, die eindeutige Wirksamkeit kann aber nicht nachgewiesen werden, weil sich nach den Konfidenzintervallen in Tabelle 14 der erste Testzeitpunkt nicht vom zweiten Testzeitpunkt unterscheidet, bzw. sich die Bereiche überlappen. Die Effektstärke ist mit einem $d = .29$ als klein einzustufen ($KI = -.39 - .96$).

Tabelle 14: Deskriptive Statistik der Skala „Interaktion Wohlergehen um andere“

	Einheit	MW	SD
1.	Einheit	3.643	1.558
2.	Einheit	3.291	.876
3.	Einheit	3.043	.866
4.	Einheit	3.669	.879
5.	Einheit	4.143	.770
6.	Einheit	4.238	.822
7.	Einheit	3.765	.956
8.	Einheit	4.160	1.308
9.	Einheit	4.129	1.045
10.	Einheit	4.198	1.209
11.	Einheit	3.875	1.119
12.	Einheit	4.000	.792

Anmerkung: MW= Mittelwert, SD= Standardabweichung

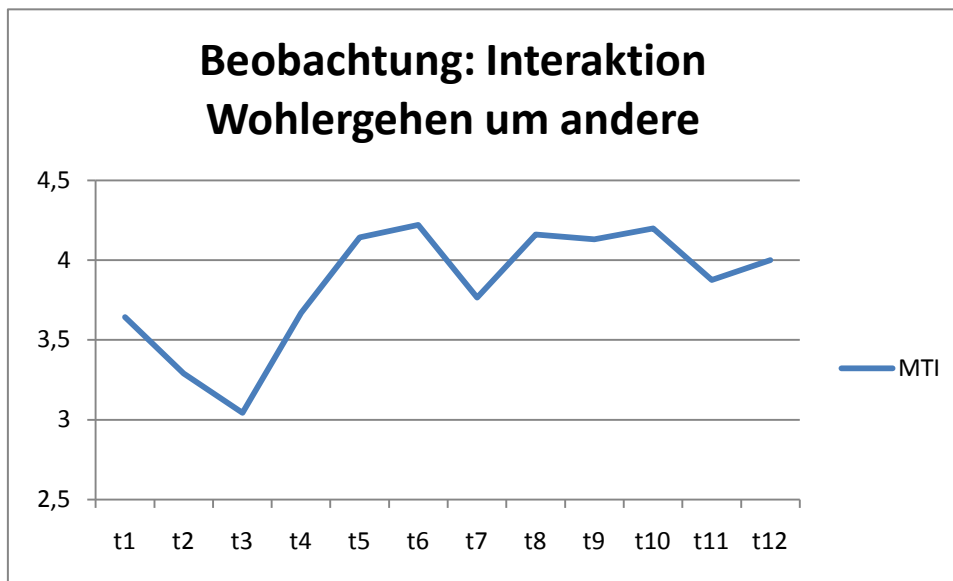


Abbildung 6: Entwicklung über die Zeit der Skala „Interaktion: Wohlergehen um andere“

Die Untersuchung hat gezeigt, dass sich die Gruppe MTI STAT im Bereich „Sprache“ mit der Zeit signifikant verbessert haben $F(4.58) = 21.734; p < .001$). Diese signifikante Verbesserung zeigt sich ebenfalls im großen Effekt, welcher die Wirksamkeit der Intervention in diesem Bereich bestätigt ($d = 1.34$; $KI = .60 - 2.09$).

Tabelle 15: Deskriptive Statistik der Skala „Sprache“

	Einheit	MW	SD
1.	Einheit	4.398	1.322
2.	Einheit	4.277	.898
3.	Einheit	3.943	.836
4.	Einheit	4.144	.927
5.	Einheit	4.468	.578
6.	Einheit	4.639	.586
7.	Einheit	5.061	.595
8.	Einheit	5.294	.383
9.	Einheit	3.716	.707
10.	Einheit	5.363	.464
11.	Einheit	5.655	.346
12.	Einheit	5.700	.356

Anmerkung: MW= Mittelwert, SD= Standardabweichung

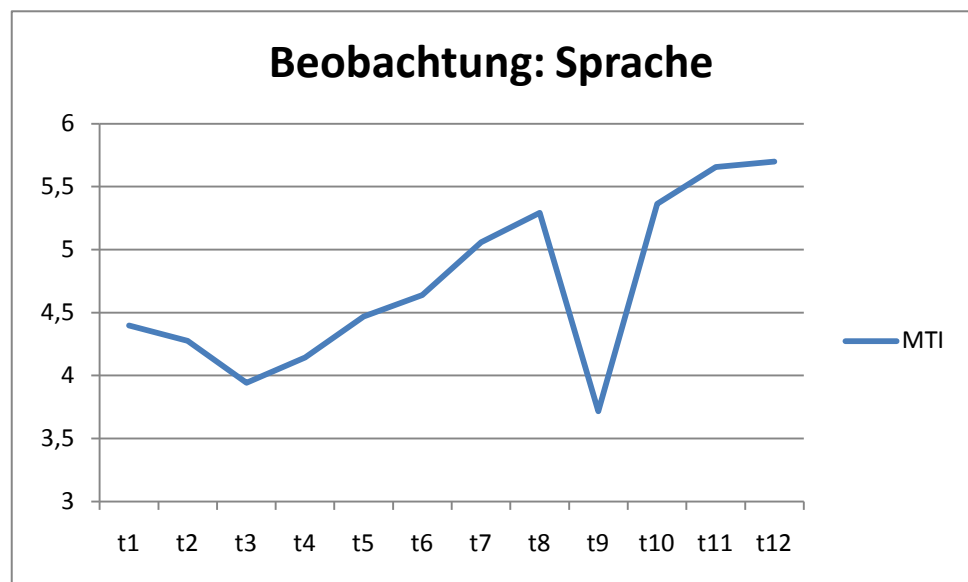


Abbildung 7: Entwicklung über die Zeit der Skala: „Sprache“

Die Untersuchung hat gezeigt, dass sich die Gruppe MTI STAT im Bereich „Emotionsausdruck negativer Gefühle“ mit der Zeit signifikant verbessert haben $F(2.99) = 7.36; p < .001$). Der Verlauf des Graphen ist zwar signifikant, die Wirksamkeit kann aber nicht nachgewiesen werden, weil sich nach den Konfidenzintervallen in Tabelle 16 der erste Testzeitpunkt nicht vom zweiten Testzeitpunkt unterscheidet, bzw. sich die Bereiche überlappen. Die Effektstärke beträgt $d = .75$ ($KI = .05 - 1.44$), welcher aber aufgrund der oben genannten Argumente als solcher nur bedingt zu interpretieren ist.

Tabelle 16: Deskriptive Statistik der Skala „Emotionsausdruck“

	Einheit	MW	SD
1.	Einheit	1.356	.559
2.	Einheit	1.556	1.040
3.	Einheit	1.656	.693
4.	Einheit	1.589	.709
5.	Einheit	1.500	.626
6.	Einheit	1.218	.340
7.	Einheit	1.048	.314
8.	Einheit	.889	.180
9.	Einheit	1.167	.186
10.	Einheit	.795	.271
11.	Einheit	.865	.206
12.	Einheit	1.056	.096

Anmerkung: MW= Mittelwert, SD= Standardabweichung

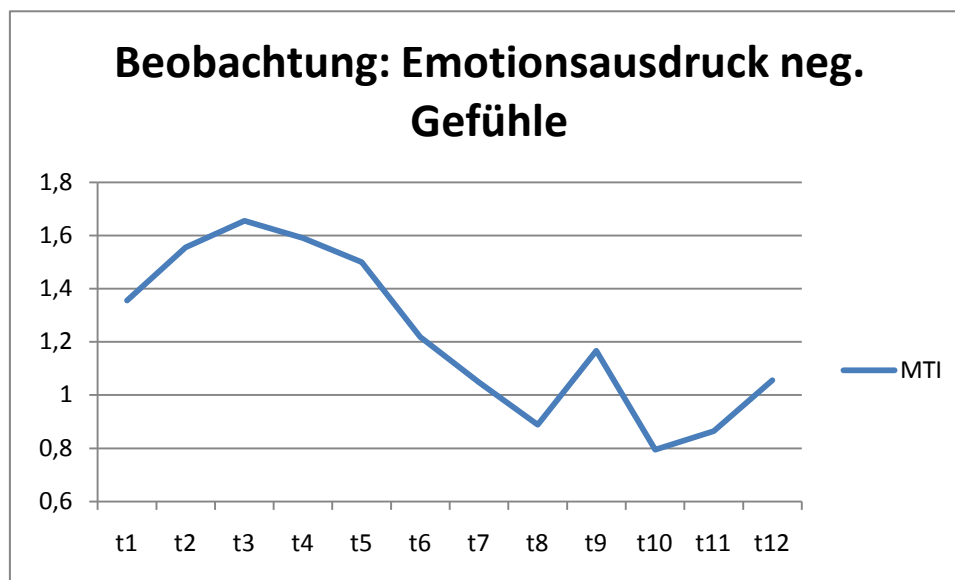


Abbildung 8: Entwicklung über die Zeit der Skala „Emotionsausdruck negativer Gefühle“

Um die Beobachterübereinstimmung und die Qualität des Bewertungssystems zu überprüfen, wurde die Interraterreliabilität mittels Punkt-Moment-Korrelationen gerechnet. Die Beobachtungen wurden zum Teil von zwei Beobachtern durchgeführt. Da es sich bei dem Beobachtungsbogen um ein Rating handelt (sieben stufige Likertskala) kann nach Bortz (2005) von einem Intervallskalenniveau ausgegangen werden, was die Berechnung einer Produkt-Moment-Korrelation berechtigt. Da die Ratings nicht in allen Einheiten von beiden Beobachtern vorlag, liegt der Koeffizient auch unter $N=17$.

Tabelle 17: Interraterreliabilitäten

Skala	r
Interaktion Hund	.652
Feedback	.487
Beteiligung	.644
Bemühen um Wohlbef. anderer verbal	.756
Sprache	.695
Emotionsregulation	.755

8 INTERPRETATION UND DISKUSSION

Die vorliegende Studie untersuchte die Effekte des tiergestützten Kompetenztrainings (MTI) bei Drogenabhängigen im stationären Entzug. Im folgenden Kapitel werden die bereits dargestellten Ergebnisse der verwendeten Verfahren und auch der Verhaltensbeobachtung interpretiert und zueinander in Beziehung gesetzt.

8.1 Soziale und emotionale Kompetenz

Folgenden Verfahren wurden eingesetzt: SDQ III und ROPELOC, sowie eine systematische Verhaltensbeobachtung jeder der zwölf Trainingseinheiten.

Im ROPELOC verbesserten sich die Teilnehmer der Gruppe MTI STAT in einigen Bereichen: „Active Involvement“: $d = .462$; „Leadership Ability“: $d = .405$; „Self Confidence“: $d = .38$; „Self Efficacy“: $d = .572$, „Stress Management“ : $d = .73$; „Time Efficiency“: $d = .716$; „Coping with Change“: $d = .723$ und „Overall Effectiveness“: $d = .841$. Die Teilnehmer äußerten nach dem Training, dass sie Energie und Aktion aufwenden, um Ereignisse zu beeinflussen. Des Weiteren gaben sie an ihre Führungsfähigkeiten in Team-Situationen verbessert zu haben. Sie gaben an mehr Vertrauen und Sicherheit in Bezug auf die eigenen Fähigkeiten haben, um erfolgreich zu sein und auch die Fähigkeiten zu haben, in schwierigen Situationen Lösungen zu finden und richtig zu handeln. Die Teilnehmer gaben an besser mit Veränderungen umgehen zu können und eine Verbesserung was die generelle Wirksamkeit der eigenen Person auf alle Lebensbereiche betrifft. Die Ergebnisse können dahingehend interpretiert werden, dass die Teilnehmer ihre Wirksamkeit im Rahmen des MTI-Trainings erweitert und trainiert haben. Sie haben gelernt, dass sie durch eine aktive Teilnahme positives Feedback erlangen. Durch das Vorleben der respektvollen Beziehung der menschlichen Trainer zu ihren Hunden, konnten sie erleben und in bestimmten Übungen trainieren, wie es gelingt klare aber freundliche Anweisungen zu geben, die für das Gegenüber gut zu nehmen sind. Da die Teilnehmer durch das Vorzeigen der Übungen mit dem Hund vor der Gruppe in eine Stresssituation gelangen, lernen sie auch diese Schwierigkeit zu überwinden und somit mit Belastungen besser umzugehen. Durch die Arbeit mit den Hunden lernen sie flexibler zu werden, andere und neue Verhaltensweisen auszuprobieren, denn der Umgang mit den MTI-Hunden ist mitunter ein

anderer, als ihn die meisten Teilnehmer gewohnt waren. Die Teilnehmer waren bereit sich den neuen Aufgaben zu öffnen und haben gezeigt, dass sie mit Situationen umgehen können, die sich verändern.

In den Skalen „Cooperative Teamwork“ ($d = .65$), „Leadership Ability“ ($d = .46$), „Quality Seeking“ ($d = .63$), „Self Confidence“ ($d = .6$), „Social Effectiveness“ ($d = .84$), „Stress Management“ ($d = .51$), „Time Efficiency“ ($d = .55$), „Coping with Change“ ($d = .66$), „Overall Effectiveness“ ($d = .56$) und „Internal Locus of Control“ ($d = .56$) hingegen unterscheiden sich die Gruppen signifikant hinsichtlich der absoluten Veränderung zum zweiten Erhebungszeitpunkt. In den Skalen „Stress Management“ ($p = .036$), „Time Efficiency“ ($p = .008$), „Coping with Change“ ($p = .038$) und „Overall Effectiveness“ ($p = .046$) beschrieben sich die Teilnehmer der Gruppe MTI STAT signifikant besser als jene der Non-MTI Gruppe. Die Gruppe MTI GEF erzielte in den Skalen „Cooperative Teamwork“ ($p = .003$); „Leadership Ability“ ($p < .050$); „Quality Seeking“ ($p = .002$); „Self Confidence“ ($p = .003$); „Social Effectiveness“ ($p < .001$) und „Stress Management“ ($p = .047$), „Coping with Change“ ($p = .001$) und „Overall Effectiveness“ ($p = .012$) signifikant bessere Ergebnisse, als jene Personen der Non-MTI Gruppe. In der Skala „Cooperative Teamwork“ ($p = .030$) erreicht die Gruppe MTI GEF bessere Ergebnisse als die Gruppe MTI STAT. In der Skala „Internal Locus of Control“ ($p = .020$) erreicht die Gruppe MTI STAT bessere Ergebnisse als die Gruppe MTI GEF.

Auch in einigen Bereichen des SDQ III konnten in der Gruppe MTI STAT mittlere bis große Effekte festgestellt werden („Problem Solving“: $d = .59$, „Honesty/Trustworthiness“: $d = .65$, „Emotional Stability“: $d = 1.17$ und „General Esteem“: $d = .81$). Die Teilnehmer äußerten nach dem tiergestützten Training eine positivere Einschätzung in Bezug auf ihre eigenen Problemlösefähigkeiten. Des Weiteren gaben die Teilnehmer positivere Einschätzungen zur eigenen Ehrlichkeit und Vertrauenswürdigkeit an, sowie zur emotionalen Stabilität und zum generellen Selbstwert. Die Ergebnisse können dahingehend interpretiert werden, dass aufgrund des MTI-Trainings die kognitiven Kompetenzen der Teilnehmer gefördert werden und die Teilnehmer auch die Möglichkeit der Überprüfung dieser gelernten Fähigkeiten haben. Durch positive Rückmeldungen, aber auch durch das Gelingen von Übungen und positive Erfahrungen, könnten so positive Auswirkungen auf das Selbstkonzept entstehen. In Bezug auf die verbesserten Problemlösefähigkeiten wäre es möglich, dass die Teilnehmer im Rahmen des MTI-Trainings zum einen die Möglichkeit haben, gezielt ihre Problemlösefähigkeiten zu üben, und zum anderen durch ressourcenorientiertes Bewusstmachen durch die Trainer ihre

Kompetenzen verbessern. Dass sich die Teilnehmer bezüglich der eigenen Vertrauenswürdigkeit und Ehrlichkeit positiver einschätzen, kann dahingehend interpretiert werden, dass die Teilnehmer im MTI-Training die Möglichkeit haben eine neue unbelastete Beziehung mit dem Hund einzugehen und sich nicht anders darstellen müssen, um das Gegenüber zu beeindrucken, denn Hunde bewerten ihren Kommunikationspartner nicht aufgrund Vorgeschichten oder Vorurteilen, mit welchen die Teilnehmer in ihrer Umgebung aber häufig konfrontiert werden. Es wäre möglich, dass sich die Einschätzung der eigenen Vertrauenswürdigkeit deshalb verbessert, weil sich die Hunde, wenn sich die Teilnehmer entsprechend verhalten, den Teilnehmern selbstständig nähern und gerne mit ihnen zusammenarbeiten. Die Hunde lassen, wenn sie sich wohlfühlen Nähe und Streicheleinheiten zu, die einige Teilnehmer in ihrem Alltag möglicherweise missen. Es wäre möglich, dass durch die bedingungslose Akzeptanz sowie durch die Vermittlung von Sicherheit, die durch das Tier erlebt wird, die Teilnehmer zu einer Bildung einer positiven Einstellung sich selbst gegenüber gelangen (Serpell, 1990; Triebenbacher, 1998). Die Ergebnisse zum generellen Selbstwert stimmen mit den Ergebnissen der Studien von Klee und Kollegen (2008, 2009), Burger (2007) und Stetina und Forschungsteam (2010a, 2010b) überein und unterstützen somit die Annahme, dass das tiergestützte Kompetenztraining zu einer allgemeinen Verbesserung und Stärkung des Selbstkonzepts und des Selbstwerts führt. Wie sich bereits bei inhaftierten Drogenabhängigen (MTI GEF) gezeigt hat (Stetina et al., 2009a, 2009b), äußerten in der vorliegenden Studie auch die Teilnehmer der Gruppe MTI STAT positivere Einschätzungen zur eigenen emotionalen Stabilität.

Die statistische Auswertung des SDQ III ergab, dass sich die Gruppen MTI GEF, MTI STAT und Non-MTI in den Selbstkonzept-Bereichen „Maths“ ($d = .58$), „Academic“ ($d = .71$), „Problem Solving“ ($d = .71$), „Honesty/Trustworthiness“ ($d = .62$), „Emotional Stability“ ($d = .93$) und „General Esteem“ ($d = .83$) hinsichtlich ihrer absoluten Veränderung ihrer Werte in diesen Skalen signifikant voneinander unterscheiden. Die Teilnehmer der Gruppe MTI STAT gaben an ein bedeutend positiveres Selbstkonzept in den Skalen „General Esteem“ ($p = .004$) und „Emotional Stability“ ($p < .001$) zu haben als die Teilnehmer der Gruppe Non-MTI. Die Gruppe MTI GEF erzielte in folgenden Skalen signifikant bessere Ergebnisse, als jene Personen der Non-MTI Gruppe: „General Esteem“ ($p = .004$); „Emotional Stability“ ($p < .001$); „Honesty/Trustworthiness“ ($p = .003$); „Problem Solving“ ($p = .007$); „Academic“ ($p = .007$) und „Maths“ ($p = .005$). In den Skalen „Problem Solving“ ($p = .002$) und „Academic“ ($p = .002$) erreicht die Gruppe MTI GEF außerdem bessere Ergebnisse als die Gruppe MTI STAT. In Bezug auf die Entwicklung der Gruppen über die Zeit entwickelte sich die Gruppe

MTI STAT günstiger als die Gruppe Non-MTI in den Skalen „Physical Appearance“ ($p = .008$) und „Opposite Sex Peer Relations“ ($p = .015$). Des Weiteren zeigte die Gruppe MTI GEF deutlichere Verbesserungen als die Gruppe MTI STAT in den Skalen „Physical Appearance“ ($p = .006$) und „Opposite Sex Peer Relations“ ($p = .039$).

8.2 Verhaltensbeobachtung

Die Faktorenanalyse hat gezeigt, dass die zuvor angenommen Skalen nicht eindeutig bestätigt werden konnten. Demnach kann angenommen werden, dass einzelne Items des Beobachtungsbogens nicht ausschließlich einem Bereich zugeordnet werden können, was wiederum mit der Überlappung der Bereiche soziale und emotionale Kompetenz zusammenhängen könnte. Des Weiteren muss angemerkt werden, dass das Instrument an einer kleinen Stichprobe überprüft wurde, was das Ergebnis erklären könnte.

Die Verhaltensbeobachtung zeigt auf den Skalen „Interaktion Hund“ ($d = 3.62$), „Feedback“ ($d = 2.98$), „Beteiligung“ ($d = 1.83$) und Sprache ($d = 1.34$) große Effekte sowie signifikante Verbesserungen. Das bedeutet, dass wichtige Interventionsziele, wie die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeiten und ein sich einbringen in den Prozess, erreicht wurden. Die Teilnehmer interagierten vermehrt mit den Hunden und beteiligten sich von sich aus. Sie zeigten vermehrt Aufmerksamkeit und Interesse und waren bereit zur allgemeinen Zielerreichung einen Teil beizutragen.

Des Weiteren verbesserten sich die verbalen Fähigkeiten. Das bedeutet, dass die Sprache der Teilnehmer flüssiger, deutlicher und, bezogen auf die Lautstärke, angemessener wurde. Die Teilnehmer könnten durch den Umgang mit dem Hund gelernt haben, ihre Stimme zu regulieren und präzisere, deutliche aber freundliche Aussagen bzw. Signale zu tätigen. Zum neunten Testzeitpunkt zeigt sich ein starker Abfall in der Dimension „Sprache“ (siehe Abbildung 7). In dieser Trainingseinheit berichtete ein Teilnehmer, dass er am Tag zuvor Zeuge eines tödlichen Verkehrsunfalls wurde, wo ein Kind ums Leben kam. Dieses Ereignis wäre eine mögliche Erklärung, warum die Teilnehmer in dieser Einheit einen starken Abfall in dem Bereich „Sprache“ erlitten, ab der zehnten Einheit aber dem Aufstieg in der Linie weiter folgten. Außerdem verbesserten sich die Teilnehmer bezüglich ihrer Fähigkeit Feedback zu geben und anzunehmen. Nach jeder Trainingseinheit wurde in einer abschließenden Feedbackrunde von jedem Teilnehmer erläutert, was derjenige gut gemacht hat und was das nächste Mal besser

gemacht werden kann. Die Teilnehmer konnten somit üben angemessenes Feedback zu geben, aber auch den Umgang Feedback anzunehmen. Die Akzeptanz für negatives Feedback, sowie Aufmerksamkeit und Körperhaltung haben sich über die Zeit verbessert. Diese Ergebnisse decken sich mit jenen von Stetina und Forschungsteam (2010a, 2010b), Klee und Team (2008), Kuchta (2008) und Widmann (2007).

Interessante Ergebnisse zeigten sich in den beiden Skalen „Interaktion: Wohlergehen um andere“ sowie „Emotionsregulation negativer Emotionen“. In beiden Skalen zeigt sich eine Tendenz zu einer Verbesserung (siehe Abbildung 6 und Abbildung 8). Beide Skalen sind allerdings aufgrund der Überlappung der Konfidenzintervalle vom ersten und letzten Testzeitpunkt dahingehend zu interpretieren, dass die Wirksamkeit nicht nachgewiesen werden konnte. Dazu ist zu sagen, dass sich in den letzten beiden Einheiten, besonders aber in der letzten Einheit, eine etwas getrübe Stimmung einstellte, da die Teilnehmer Freude an dem Training hatten und zu verstehen gaben, dass sie die Hunde und das Training vermissen würden. Dies würde erklären, warum der eigentlich große Effekt auf der Skala „Emotionsregulation negativer Emotionen“ in den beiden letzten Einheiten gestiegen ist. Ähnliches gilt auch für die Skala „Interaktion: Wohlergehen um andere“. Obwohl eine Tendenz in Richtung Verbesserung ersichtlich ist (siehe Abbildung 6) zeigt sich hier, dass nach einer anfänglichen Steigerung sich die Beobachtungen bald auf ein annähernd gleichmäßiges Niveau einpendeln.

Wie auch bei Stetina und Forschungsteam (2010a, 2010b) und Klee (2008, 2009), konnte eine Verbesserung, vor allem im Bereich der sozialen Kompetenz, erreicht werden. Der leichte Abfall zum letzten Beobachtungszeitpunkt kann außerdem dahingehend interpretiert werden, dass es sich in der letzten MTI-Einheit um den Trainingsabschluss handelt, wo zusammengefasst wird, was jeder Teilnehmer für sich mitgenommen hat. Außerdem werden in der letzten Einheit die Urkunden vergeben. Dies könnte auch erklären, warum die zu überprüfenden Indikatoren kaum zu beobachten waren.

9 KRITIK UND AUSBLICK

An dieser Stelle werden einige Punkte der vorliegenden Evaluation ein weiteres Mal kritisch beleuchtet. Gute Verfahren um soziale und emotionale Kompetenzen zu erheben sind schwierig zu finden und bezüglich ihrer Konstruktion und Gütekriterien kritisch zu hinterfragen. Zum Zeitpunkt der Untersuchungsplanung wurden die am besten für die Evaluation des tiergestützten Kompetenztrainings MTI im stationären Drogenentzug geeigneten Verfahren ausgewählt. Dennoch zeigten sich bei der Erhebung der Daten Schwierigkeiten, da die Verfahren zum Teil sehr viele Items beinhalten und auch bezüglich der sprachlichen Fähigkeiten als nicht fair einzustufen sind, da einige Teilnehmer nicht deutscher Muttersprache waren. Diese Teilnehmer bekamen Erklärungen und Umformulierungen, was die Untersuchungsdauer verlängerte und auch die anderen Teilnehmer möglicherweise gestört hat. Aufgrund der Erklärungen der Testleiter können demnach Testleitereffekte nicht ausgeschlossen werden. Wegen der Sprachbarrieren konnte daher nicht immer sichergestellt werden, dass alle Fragen richtig verstanden wurden. Möglich wäre durch die damit einhergehende Verlängerung der Bearbeitung der Verfahren, dass sich dies negativ auf die Motivation der Teilnehmer auswirkte. Die Testleitung versuchte diesen Problemen durch Bildung möglichst kleiner Gruppen bei der Testung, sowie durch Motivation, und der Betonung der Wichtigkeit der ernsthaften Beantwortung der Items, entgegenzuwirken.

Neben der Erhebung der Daten durch Selbsteinschätzungen, wurde versucht mittels einer systematischen Verhaltensbeobachtung soziale und emotionale Kompetenz zu erheben. Dabei haben sich Schwierigkeiten bei der Beurteilung von Verhaltensintensitäten ergeben. Trotz einer ausführlichen Einschulung können sich aufgrund unterschiedlicher Perspektiven verschiedene Beurteilungen ergeben. Es ist anscheinend einfacher Häufigkeiten eines Verhaltens zu zählen, als die Intensität mittels Rating (immer, sehr häufig, häufig, manchmal, selten, kaum, nie) zu beurteilen. Des Weiteren können Beobachterfehler nicht ausgeschlossen werden. Durch die Anwesenheit der Beobachter wäre es möglich, dass die Teilnehmer vermehrt sozial erwünschtes Verhalten gezeigt haben. Hier ist allerdings anzumerken, dass es im Laufe der Zeit zu einem Rückgang dieses Phänomens kommt, da sich die Beobachteten an die Beobachter gewöhnen.

Weitere Störvariablen ergaben sich, da die Untersuchung im Feld stattfand – also in den Räumlichkeiten der stationären Einrichtung. Äußere Einflüsse, wie Lärm oder Störungen durch

Personen, die in den Raum kamen, um etwas zu holen, konnten somit nur schwierig kontrolliert werden.

Die positiven Ergebnisse, vor allem im Bereich der sozialen Kompetenz, kann der MTI zugeschrieben werden, da sich ähnliche Ergebnisse in den Studien von Stetina und Forschungsteam (2009a, 2009b, 2010a, 2010b) und Klee (2008, 2009) gezeigt haben, welche MTI bei u.a. bei inhaftierten Drogenabhängigen evaluiert haben. Des Weiteren soll an dieser Stelle auf die Videoanalyse von Wipplinger (2010) verwiesen werden, die ebenfalls Verbesserungen aufgrund der MTI zeigen konnte. Demnach konnte die vorliegende Studie, als weitere Evaluation des tiergestützten Trainings MTI, zur Etablierung derselben in der Behandlung von Drogenabhängigen beitragen.

10 ZUSAMMENFASSUNG

Soziale und emotionale Kompetenzen sind wichtige Schutzfaktoren, die mit problematischem Substanzkonsum und mit der Wahrscheinlichkeit mit Drogen in Kontakt zu kommen, in Zusammenhang stehen. Umso wichtiger ist es, diese Kompetenzen im Rahmen von Kompetenztrainings zu schulen und zu üben.

In der vorliegenden Studie wurde die multiprofessionelle tiergestützte Intervention (MTI) als ein hundegestütztes Kompetenztraining zur Förderung sozialer und emotionaler Fähigkeiten im stationären Drogenentzug auf ihre Wirksamkeit evaluiert. Zum einen wurden vor und nach dem Training unterschiedliche Indikatoren für emotionale und soziale Kompetenz (SDQ III, ROPELOC, VERT und SEE) erhoben. Außerdem wurde diese Gruppe (MTI STAT) mit den Daten von Stetina und Forschungsteam (2010a, 2010b) verglichen, die die MTI bei drogenabhängigen Straftätern untersucht haben. Des Weiteren wurde eine Gruppe mit einbezogen, die keine MTI erhielten, sondern nur eine Basisbehandlung erhielten. Zusätzlich wurden alle zwölf Einheiten einer systematischen Verhaltensbeobachtung unterzogen. Die statistische Analyse erfolgte mit SPSS 17.00.

Die Teilnehmer äußerten nach dem Training, dass sie Energie und Aktion aufwenden, um Ereignisse zu beeinflussen ($d = .462$). Des Weiteren gaben sie an ihre Führungsfähigkeiten in Team-Situationen verbessert zu haben ($d = .405$). Sie gaben an mehr Vertrauen und Sicherheit in Bezug auf die eigenen Fähigkeiten haben, um erfolgreich zu sein und auch die Fähigkeiten zu haben, in schwierigen Situationen Lösungen zu finden und richtig zu handeln ($d = .38$ und $d = .572$). Da die Teilnehmer durch das Vorzeigen der Übungen mit dem Hund vor der Gruppe in eine Stresssituation gelangen, lernen sie auch diese Schwierigkeit zu überwinden und somit mit Belastungen besser umzugehen ($d = .73$).

Auch im Vergleich mit der Gruppe GEF (Personen im Strafvollzug) und jenen, die keine MTI erhielten (NonMTI) ließen sich in vielen Bereichen des ROPELOC Unterschiede feststellen. Zum einen beschrieben sich die Teilnehmer der Gruppe MTI STAT in den Skalen „Stress Management“ ($p = .036$), „Time Efficiency“ ($p = .008$), „Coping with Change“ ($p = .038$) und „Overall Effectivness“ ($p = .046$) signifikant besser als jene der Non-MTI Gruppe. Zum anderen erzielte die Gruppe MTI in den Skalen „Cooperative Teamwork“ ($p = .003$); „Leadership Ability“ ($p < .050$); „Quality Seeking“ ($p = .002$); „Self Confidence“ ($p = .003$); „Social

Effectiveness“ ($p < .001$) und „Stress Management“ ($p = .047$), „Coping with Change“ ($p = .001$) und „Overall Effectiveness“ ($p = .012$) signifikant bessere Ergebnisse, als jene Personen der Non-MTI Gruppe. In der Skala „Cooperative Teamwork“ ($p = .030$) erreicht die Gruppe MTI GEF bessere Ergebnisse als die Gruppe MTI STAT. In der Skala „Internal Locus of Control“ ($p = .020$) erreicht die Gruppe MTI STAT bessere Ergebnisse als die Gruppe MTI GEF.

Im SDQ III konnten in der Gruppe MTI STAT mittlere bis große Effekte festgestellt werden. Die Teilnehmer äußerten nach dem tiergestützten Training eine positivere Einschätzung in Bezug auf ihre eigenen Problemlösefähigkeiten ($d = .59$). In Bezug auf die verbesserten Problemlösefähigkeiten wäre es möglich, dass die Teilnehmer im Rahmen des MTI-Trainings zum einen die Möglichkeit haben, gezielt ihre Problemlösefähigkeiten zu üben, und zum anderen durch ressourcenorientiertes Bewusstmachen durch die Trainer ihre Kompetenzen verbessern. Des Weiteren zeigten sich Wirkungen bezüglich positiverer Einschätzungen zur eigenen Ehrlichkeit und Vertrauenswürdigkeit. Es wäre möglich, dass durch die bedingungslose Akzeptanz sowie durch die Vermittlung von Sicherheit, die durch das Tier erlebt wird, die Teilnehmer zu einer Bildung einer positiven Einstellung sich selbst gegenüber gelangen (Serpell, 1990; Triebenbacher, 1998).

Wie such bereits bei inhaftierten Drogenabhängigen (Stetina et al., 2010a, 2010b) gezeigt hat, trägt die MTI auch bei Personen, die das Programm „Therapie statt Strafe“ in einer stationären Drogeneinrichtung durchlaufen, zu einer deutlichen Verbesserung und Stärkung des Selbstkonzepts und des Selbstwerts ($d = .81$). Diese Ergebnisse stimmen mit den Ergebnissen der Studie von Stetina (2009a, 2009b, 2010a, 2010b), Klee (2008, 2009) und Burger (2007) überein und unterstützen somit die Annahme, dass das tiergestützte Kompetenztraining zu einer allgemeinen Verbesserung und Stärkung des Selbstkonzepts und des Selbstwerts führt.

Die eigenen Emotionen erkennen zu können und sie zu regulieren, gelten bei Substanzabhängigkeit als häufig genannte Defizite (Kasarabada et al., 1998, Stenbacka, 2000). Die Teilnehmer der Gruppe MTI STAT gaben zum zweiten Erhebungszeitpunkt positivere Einschätzungen zur eigenen emotionalen Stabilität ($d = 1.17$) an. Auch diesbezüglich konnte Stetina und Team (2010a, 2010b) bei inhaftierten Drogenabhängigen ähnliche Ergebnisse in der emotionalen Kompetenz zeigen.

Im Vergleich der Gruppen MTI STAT, MTI GEF und NonMTI zeigte sich, dass sich die Gruppen in den Bereichen: Bereichen „Maths“ ($d = .58$), „Academic“ ($d = .71$), „Problem Solving“ ($d = .71$), „Honesty/Trustworthiness“ ($d = .62$), „Emotional Stability“ ($d = .93$) und „General Esteem“ ($d = .83$) hinsichtlich ihrer absoluten Veränderung ihrer Werte in diesen Skalen signifikant voneinander unterscheiden. Die Teilnehmer der Gruppe MTI STAT gaben an ein bedeutend positiveres Selbstkonzept in den Skalen „General Esteem“ ($p = .004$) und „Emotional Stability“ ($p = <.001$) zu haben als die Teilnehmer der Gruppe Non-MTI. Die Gruppe MTI GEF erzielte in folgenden Skalen signifikant bessere Ergebnisse, als jene Personen der Non-MTI Gruppe: „General Esteem“ ($p = .004$); „Emotional Stability“ ($p < .001$); „Honesty/Trustworthiness“ ($p = .003$); „Problem Solving“ ($p = .007$); „Academic“ ($p = .007$) und „Maths“ ($p = .005$). In den Skalen „Problem Solving“ ($p = .002$) und „Academic“ ($p = .002$) erreicht die Gruppe MTI GEF außerdem bessere Ergebnisse als die Gruppe MTI STAT. In Bezug auf die Entwicklung der Gruppen über die Zeit entwickelte sich die Gruppe MTI STAT günstiger als die Gruppe Non-MTI in den Skalen „Physical Appearance“ ($p = .008$) und „Opposite Sex Peer Relations“ ($p = .015$). Des Weiteren zeigte die Gruppe MTI GEF deutlichere Verbesserungen als die Gruppe MTI STAT in den Skalen „Physical Appearance“ ($p = .006$) und „Opposite Sex Peer Relations“ ($p = .039$).

Die Ergebnisse der Verhaltensbeobachtung heben vor allem die Steigerung im Bereich der sozialen Kompetenz hervor. Die Teilnehmer zeigten mehr Interaktion mit den Hunden ($d = 3.63$) und konnten somit eigene Verhaltensweisen im Umgang mit anderen reflektieren und üben. Da nach jeder Einheit in einer abschließenden Feedbackrunde von jedem Teilnehmer zusammengefasst wird, was derjenige gut gemacht hat und was das nächste Mal besser gemacht werden kann, hatten die Teilnehmer die Möglichkeit ihre Fähigkeiten im Bereich „Feedback“ zu verbessern ($d = 2.98$). Die Teilnehmer lernten Feedback so zu geben, dass es andere annehmen können und verbesserten die Aufmerksamkeit und Körperhaltung bei Erhalt eines Feedbacks. Außerdem beteiligten sich die Teilnehmer zunehmend mehr, was sich u.a. in einer gesteigerten Aufmerksamkeit und Eigeninitiative beobachten ließ ($d = 1.83$). Die Teilnehmer verbesserten auch ihre sprachlichen Fähigkeiten ($d = 1.34$), in Bezug auf Deutlichkeit und Flüssigkeit der Sprache, sowie der passenden Lautstärke. Die Skala „Emotionsregulation negativer Emotionen“ lässt auf eine Tendenz zur Verbesserung schließen, da die Graphen sichtlich steigen und auch signifikant sind ($d = .75$). Allerdings stiegen die negativen Emotionen gegen Ende des Trainings wieder ein wenig, was sich in einer Überschneidung der Konfidenzintervalle zeigte. Dies wurde dahingehend interpretiert, dass die Teilnehmer zu verstehen gaben, dass sie das Training und die Hunde vermissen würden, was sich ebenfalls in ihrem Emotionsausdruck widerspiegelte.

Die positiven Ergebnisse, vor allem im Bereich der sozialen Kompetenz, kann der MTI zugeschrieben werden, da sich ähnliche Ergebnisse bereits in den Studien von Stetina und Forschungsteam (2009a, 2009b, 2010a, 2010b) und Klee (2008, 2009) gezeigt haben, welche MTI u.a. bei inhaftierten Drogenabhängigen evaluiert haben. Des Weiteren soll auf die Videoanalyse von Wipplinger (2010) verwiesen werden, die ebenfalls Verbesserungen aufgrund der MTI zeigen konnte. Demnach konnte die vorliegende Studie als weitere Evaluation des tiergestützten Trainings MTI zur Etablierung derselben in der Behandlung von Drogenabhängigen beitragen.

11 ABSTRACTS

11.1 Abstract (deutsch)

Soziale und emotionale Kompetenzen sind wichtige Schutzfaktoren, die mit problematischem Substanzkonsum und mit der Wahrscheinlichkeit mit Drogen in Kontakt zu kommen, in Zusammenhang stehen (Baumeister et al., 2003; Beck et al., 1997; Wills et al., 1995). Die eigenen Emotionen erkennen zu können und sie zu regulieren, gelten bei Substanzabhängigkeit als häufig genannte Defizite (Kasarabada et al., 1998; Lieb & Reichert, 1982; Stenbacka, 2000). Umso wichtiger ist es, diese Kompetenzen im Rahmen von Kompetenztrainings zu schulen und zu üben. In der vorliegenden Studie wurde die multiprofessionelle tiergestützte Intervention (MTI), als ein hundegestütztes Kompetenztraining zur Förderung sozialer und emotionaler Fähigkeiten, im stationären Drogenentzug auf ihre Wirksamkeit evaluiert. Zum einen wurden vor und nach dem Training unterschiedliche Indikatoren für emotionale und soziale Kompetenz mittels Fragebögen (ROPELOC und SDQ III) erhoben. Außerdem wurde diese Gruppe (MTI STAT) mit den Daten von Stetina und Forschungsteam (2010a, 2010b) verglichen, die die MTI bei drogenabhängigen Straftätern untersucht haben. Des Weiteren wurde eine Gruppe mit einbezogen, die keine MTI erhielten, sondern nur eine Basisbehandlung erhielten. Zusätzlich wurden alle zwölf Einheiten einer systematischen Verhaltensbeobachtung unterzogen. Die statistische Analyse erfolgte mit SPSS 17.00. Wie sich bereits bei inhaftierten Drogenabhängigen (Stetina et al., 2010a, 2010b) gezeigt hat, trägt die MTI auch bei Personen, die das Programm "Therapie statt Strafe" in einer stationären Drogeneinrichtung durchlaufen, zu einer deutlichen Verbesserung und Stärkung des Selbstkonzepts und des Selbstwerts ($d = .81$). Die Teilnehmer gaben zum zweiten Erhebungszeitpunkt positivere Einschätzungen zur eigenen emotionalen Stabilität ($d = 1.17$) an. Es zeigten sich vor allem Bereich der sozialen Kompetenz und im Selbstkonzept, dass die beiden MTI Gruppen (MTI STAT und MTI GEF) sich signifikant von der Gruppe, die keine MTI erhielt (Non MTI) unterscheiden. So besserten sich die MTI Gruppen u.a. in den Bereichen Problemlösefähigkeit ($d = .59$), Führungsfähigkeit in Teamsituationen ($d = .405$) und Stressmanagement ($d = .73$). Demnach konnte die vorliegende Studie, als weitere Evaluation des tiergestützten Trainings MTI, zeigen, dass die MTI eine durchaus vielversprechende Fördermaßnahme bei der Behandlung von Drogenabhängigkeit ist.

11.2 Abstract (englisch)

Social and emotional competences are important protection factors which are often linked to drug abuse and the probability to get in touch with drugs. Deficits in Emotion recognition and emotion regulation were often shown in studies (Kasarabada et al., 1998; Lieb & Reichert, 1982; Stenbacka, 2000). As a result it is relevant to enhance those competences. The present study evaluates the effectiveness of an AAT setting (MTI), which is a twelve week animal assisted therapy program to enhance social and emotional competences, in an inpatient drug treatment. Results on research parameters, such as self-concept, obtained by the treatment group (MTI STAT), drug addicted offenders (MTI GEF) and a control group (Non MTI, baseline treatment) before and after the training, were compared using the instruments ROPELOC and SDQ III. In addition, a behavioral monitoring of the group MTI STAT during the training was conducted. Statistic analyses showed many improvements of the MTI groups (MTI STAT and MTI GEF), especially in areas of social competences. As already demonstrated among drug addicted offenders (Stetina et al., 2010a, 2010b) the present study showed the effectiveness of MTI among inpatient drug treatment. Improvements were shown regarding self-concept and self-worth ($d = .81$). Participants enhanced their emotional stability ($d = 1.17$) and improvements were shown in problem solving ($d = .59$), leadership ability ($d = .405$) and stress management ($d = .73$). To sum up it is possible to state generally that the animal-assisted training (MTI) is a promising funding measure in the treatment of drug addicts.

LITERATURVERZEICHNIS

- Averbeck, M., Leiberich, P., Grote-Kusch, M., Olbrich, E., Schröder, A., Bieger, M. et al. (1997). *Skalen zur Erfassung der Lebensqualität (SEL)*. Frankfurt: Swets.
- Bandura, A. (1990). Self-Regulation of Motivation Through Anticipatory and Self-Reactive Mechanisms. In R. A. Dienstbier (Hrsg.), *Perspectives on Motivation* (S. 69-164). Nebraska Symposium on Motivation 1990: University of Nebraska Press.
- Baumeister, R. F., Campell, J. D., Krueger, J. I. & Vohs, K. D. (2003). *Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles?*
Abgefragt am 03.03.09 von
<http://www.psychologicalscience.org/journals/pspi/pdf/pspi411.pdf>.
- Beck, A. M., Wright, F. D., Neumann, C. F. & Liese, B. C. (1997). *Kognitive Therapie der Sucht*. Weinheim: PVU.
- Becker, M. & Behr, M. (2004). *Skalen zum Erleben von Emotionen (SEE)*. Göttingen: Hogrefe.
- Bortz, J. & Döring, N. (2003). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Broome, K. M., Simpson, D. D. & Joe, G. W. (2002). The Role of Social Support Following Short-Term Inpatient Treatment. *The American Journal on Addictions*, 11, 57-65.
- Bry, B. H. & McKeon, P. (1982). Extent of Drug Use as a Function of Number of Risk Factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 91(4), 273-279.
- Burch, M. R. (2000). Program Evaluation and Quality Assurance in Animal-Assisted Therapy. In A. H. Fine (Hrsg.), *Handbook on Animal-Assisted Therapy. Theoretical Foundations and Guidelines for Practice* (S. 129-149). San Diego: Academic Press.
- Burger, E. (2007). *Soziale Kompetenz: Veränderungen im Rahmen eines tiergestützten Trainings (MTI)*. Diplomarbeit, Universität Wien.
- Carter, R. E., Haynes, L. F., Back, S. E., Herrin, A. E., Brady, K. T., Leimberger, J. D. et al. (2008). Improving the Transition from Residential to Outpatient Addiction Treatment: Gender Differences in Response to Supportive Telephone Calls. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 34, 47-59.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- Dichler, K. (2002). Klinisch-psychologische Forschung im stationären Setting. In F. Jacobi & A. Poldrack (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten in der Klinischen Psychologie. Ein Leitfaden* (S. 89-108). Göttingen: Hogrefe.
- Egg, R. (1993). Drogenabhängige Straftäter. Therapiemotivation durch justitiellen Zwang? *Bewährungshilfe*, 40, 26-37.
- Faßnacht, G. (1995). *Systematische Verhaltensbeobachtung*. München: Reinhardt.
- Fliegel, S., Groege, W. M., Künzel, R., Schulte, D. & Sorgatz, H. (1994). *Verhaltenstherapeutische Standardmethoden*. Weinheim: Beltz.
- Forstmeier, S. & Rüddel, H. (2005). Zur Überlegenheit von Selbstregulation über Selbstkontrolle in Psychotherapie und psychosomatischer Rehabilitation. *Verhaltenstherapie* 15(3), 158-166.
- Fox, H. C., Hong, K. A. & Sinha, R. (2008). Difficulties in emotion regulation and impulse control in recently abstinent alcoholics compared with social drinkers. *Addictive Behaviors*, 33(2), 388-394.
- Gaffney, R. L., Thorpe, K., Young, R., Collett, R. & Occhipinti, S. (1998). Social Skills, expectancies, and drinking in adolescents. *Addictive Behaviors*, 23(5), 587-599.
- Gegenhuber, B. (2008). *Veränderungsmotivation im Quasi-Zwangskontext - Eine Untersuchung bei drogenabhängigen Straftätern in Behandlung*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Wien, Wien.
- Gegenhuber, B., Kryspin-Exner, I. & Werdenich, W. (2009). Freiwilligkeit oder Zwang - Über die Patientenstruktur und Motivationslage bei Therapie statt Strafe für drogenabhängige Straftäter. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 1(3).
- Gegenhuber, B., Spirig, H. & Malfent, D. (2008). Substitutionsbehandlung im österreichischen Strafvollzug. Abgefragt am 17. August 2010 unter http://www.shh.at/files/2008_Substitution_im_oesterreichischen_Strafvollzug.pdf.
- Gegenhuber, B., Werdenich, W. & Kryspin-Exner, I. (2007). Justizieller Zwang, Motivation und Therapieerfolg - Eine Evaluationsstudie. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 90(4), 304-316.
- Glaser, Y. (2008). *Langzeiteffekte eines tiergestützten Kompetenztrainings (MTI): Eine katamnestische Studie an einer Wiener Volksschule*. Diplomarbeit, Universität Wien.
- Goleman, D. (1996). *Emotionale Intelligenz*. München Hanser-Verlag.
- Goschke, T. (2002). Volition und kognitive Kontrolle. In Müsseler & Prinz (Hrsg.), *Allgemeine Psychologie*. Heidelberg/Berlin.

- Greenberg, J. A. L., Lewis, S. E. & Dodd, D. K. (1999). Overlapping addictions and self-esteem among college men and women. *Addictive Behaviors*, 24(4), 565-571.
- Gregoire, T. K. & Burke, A. C. (2004). The relationship of legal coercion to readiness to change among adults with alcohol and other drug problems. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26(1), 35-41.
- Greiffenhagen, S. & Buck-Werner, O. N. (2007). *Tiere als Therapie. Neue Wege in Erziehung und Heilung*. Mürlenbach: Kynos Verlag.
- Groschek, W. (1980). Zur Dimensionierung des Selbstkonzeptes. *Probleme und Ergebnisse der Psychologie*, 75, 39-57.
- Grüner Kreis. (n.p.). *Ambulante Therapie*. abgefragt am 16. August 2010 von <http://www.gruenerkreis.at/index.php?id=36&L=0%2Findex.php%3Fid%3D16%5C>.
- Grüner Kreis. (n.p.). *Langzeittherapie*. Abgefragt am 15. August 2010 unter http://www.gruenerkreis.at/fileadmin/user_upload/publikationen/broschueren/GRK_BR_Langzeittherapie.pdf
- Hinsch, H. & Pfingsten, U. (1998). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK): Grundlagen, Durchführung, Materialien*. Weinheim: Beltz.
- Hinsch, R. & Pfingsten, U. (2002). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele*. Weinheim: PVU.
- Höfler, M., Lieb, R., Perkonigg, A., Schuster, P., Sonntag, H. & Wittchen, H. (1999). Covariates of cannabis use progression in a representative population sample of adolescents: a prospective examination of vulnerability and risk factors. *Addiction*, 94(11), 1679-1694.
- Hoheisl, B. (2003). *"Vienna Emotion Recognition Tests (VERT 160) - Konstruktion und Erstanwendung eines für den deutschen Sprachraum entwickelten Emotionserkennungsverfahrens nach dem Konzept des "Computergestützten neuropsychologischen Untersuchungsmaterials" (CNP)*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Jacobi, F. & Kosfelder, J. (2002). Psychotherapieforschung. In F. Jacobi & A. Poldrack (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten in der Klinischen Psychologie. Ein Leitfaden*. Göttingen: Hogrefe.
- Kanfer, F. H. (1971). The maintenance of behavior by self-generated stimuli and reinforcement. In A. Jacobs & L. B. Sachs (Hrsg.), *Psychology of Private Events*. New York.
- Kanning, U. P. (2002). Soziale Kompetenz - Definition, Strukturen und Prozesse. *Zeitschrift für Psychologie*, 210 (4), 154-163.

- Kanning, U. P. (2003). *Diagnostik sozialer Kompetenzen*. Göttingen: Hogrefe.
- Kasarabada, N. D., Anglin, M. D., Khalsa-Denison, E. & Paredes, A. (1998). Variations in psychosocial functioning associated with patterns of progression in cocaine-dependent men. *Addictive Behaviors*, 23(2), 179-189.
- Klee, R., Stetina, B.U., Widmann, V., Burger, E., Turner, K., Lederman Maman, T., Handlos, U. & Kryspin-Exner, I. (2008). Systematic observation of emotion regulation and emotion expression in a first grade animal-assisted group training. Poster presentation at the Canine Science Forum 2008 (CSF 2008), Budapest, Hungary, July 5–9, 2008.
- Klee, R., Stetina, B.U., Turner, K., Burger, E., Raffetseder, S. & Handlos, U. (2009). Effectiveness of an Animal Assisted Intervention (MTI) in the Training of Socio-emotional Competences for Aggressive Boys. Oral presentation at the 11th European Congress of Psychology (ECP2009). Oslo, Norway, July 7–10, 2009.
- Kuchta, B. (2008). *Tiergestütztes Kompetenztraining (MTI) bei inhaftierten drogenabhängigen Straftätern*. Diplomarbeit, Universität Wien.
- Kuhl, J. (1996). Wille und Freiheitserleben: Formen der Selbststeuerung. In J. Kuhl & Heckhausen (Hrsg.), *Motivation, Volition und Handlung (Enzyklopädie der Psychologie: C, 4, 4)* (S. 665-765). Göttingen: Hogrefe.
- Lash, S. & Blosser, S. (1999). Increasing adherence to substance abuse aftercare group therapy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16(1), 55-60.
- Lieb, J. & Reichert, U. (1982). Zur Bedeutung emotionaler Prozesse in der Entwicklung und Therapie der Abhängigkeit. In R. Schneider (Hrsg.), *Stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen* (S. 155-193). München: Röttger.
- Luhtanen, R. K. & Crocker, J. (2005). Alcohol use in college students: Effects of level of self-esteem, narcissism and contingencies of self-worth. *Psychology of Addictive Behavior*, 19(1), 99-103.
- MacKay, J. R., Lynch, K. G., Shepard, D. S., Raticheck, S., Morrison, R., J. K. et al. (2004). The effectiveness of telephone-based continuing care in the clinical management of alcohol and cocaine use disorders: 12-month outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 967-979.
- Marlowe, D. B., Kirby, K. C., Bonieskie, L. M., Glass, D. J., Dodds, L. D., Husband, S. D. et al. (1996). Assessment of coercive and noncoercive pressures to enter drug abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 42, 77-84.
- Marsh, H. W. (1992). *The Self Description Questionnaire-III: SDQ-III manual*. University of Western Sydney.
- Martens, M. & Thiel, G. (2003). Ergebnisse und Prozesse im ambulanten Opiatentzug. *Suchttherapie*, 4, 33-38.

- Miller, W. R. & Hester, R. K. (1986). In-patient alcoholism treatment: who benefits? *American Psychology*, 41, 794-805.
- Mohs, A. & Reschke, K. (1998). Defizite im Gefühlsmanagement bei Süchtigen? *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 30, 433-449.
- National Institute on Drug Abuse and National Institutes of Health. (2009). *Principles of Drug Addiction Treatment. A research-based guide*. Retrieved August 14, 2010 from www.drugabuse.gov/podat/podatindex.html.
- Nebbe, L. (2000). Nature Therapy. In F. H. Aubrey (Hrsg.), *Handbook an Animal-Assisted Therapy. Theoretical Foundations and Guidelines for Practice*. San Diego: Academic Press.
- Newcomb, M. D., Maddahian, E. & Bentler, P. M. (1986). Risk Factors for Drug Use among Adolescents: Concurrent and Longitudinal Analyses. *American Journal of Public Health*, 76(5), 525-531.
- O'Donoghue, T. & Rabin, M. (1999). Addiction and Self Control. In J. Elster (Hrsg.), *Addiction: Entries and exits* (S. 169-206). New York: Russell Sage Foundation.
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG). (2008). *Bericht zur Drogensituation 2008*. Abgerufen am 30. August 2010 von http://www.goeg.at/media/download/berichte/Bericht_zur_Drogensituation_2008_2_.pdf. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.
- Pawelak, U. (2004). *Kurzformen der "Emotion Recognition Tasks" (VERT-K) und der "Vienna Memory of Emotion Recognition Tasks" (VIEMER) - Konstruktion und Erstanwendung*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Pawelak, U. (2004). *Kurzformen der "Vienna Emotion Recognition Tasks" (VERT-K) und der "Vienna Memory of Emotion Recognition Tasks" (VIEMER-K) - Konstruktion und Erstanwendung*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Petermann, F. & Wiedebusch, S. (2003). *Emotionale Kompetenz bei Kindern*. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, U. & Petermann, F. (1989). *Training mit sozial unsicheren Kindern*. München: Psychologie Verlagsunion.
- Pokhrel, P., Sussman, S., Rohrbach, L. A. & Sun, P. (2006). Prospective associations of social self-control with drug use among youth from regular and alternative high schools. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 2(22).
- Prasch, H. M. (2005). *Multiprofessionelle tiergestützte Intervention (MTI) an einer Kooperativen Mittelschule in Wien*. Diplomarbeit, Universität Wien.

- Raffetseder, S. (2008). *Emotionale und soziale Kompetenzen: Videoanalyse verhaltensauffälliger und aggressiver Buben im Rahmen eines tiergestützten Trainings*. Diplomarbeit, Universität Wien.
- Reinecker. (1978). *Selbstkontrolle: Verhaltenstheoretische und kognitive Grundlage, Techniken und Therapiemethoden*. Salzburg: Otto Müller.
- Richards, G. E., Ellis, L. & Neill, J. T. (2002). *The ROPELOC: Review of Personal Effectiveness and Locus of Control: A Comprehensive Instrument for Reviewing Life Effectiveness. Self-Concept research: Driving International research Agendas. Proceeding of the 2nd International Bieennial Conference*. University of Western Sydney, Australia. Aug 6-8, 2002.
- Riemann, R. & Allgöwer, A. (1993). Eine deutschsprachige Fassung des „Interpersonal Competence Questionnaire“ (ICQ). *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 14 (3), 153-163.
- Rindermann, H. (in Vorbereitung). *Emotionale-Kompetenz-Fragebogen (EKF)*. Magdeburg.
- Rose, U. (2002). Grundbegriffe der Versuchsplanung bei klinischen Interventionsstudien. In F. Jacobi & A. Poldrack (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten in der Klinischen Psychologie. Ein Leitfaden* (S. 121-142). Göttingen: Hogrefe.
- Rüesch, P. & Hättenschwiler, J. (2001). Risikofaktoren des Behandlungsabbruchs im stationären Drogenentzug: Die Bedeutung der Behandlungsmotivation und der subjektiven Verarbeitung des Entzuges. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 1(24), 11-18.
- Rüesch, P. & Hättenschwiler, J. (2002). Konsequenzen von Rückfall und Behandlungsabbruch im stationären Drogenentzug: eine 1-Monats-Katamnese. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*(153), 283-244.
- Rychtarik, R. G., Connors, G. J., Whitney, R. B., McGillicuddy, N. B., Fitterling, J. M. & Wirzt, P. W. (2000). Treatment settings for persons with alcoholism: evidence for matching clients to in-patient versus out-patient care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 277-289.
- Saarni, C. (2002). Die Entwicklung von emotionaler Kompetenz in Beziehungen. In M. v. Salisch (Hrsg.), *Emotionale Kompetenz entwickeln, Grundlagen in Kindheit und Jugend* (S. 3-30). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schröder, H. & Petry, J. (2003). Störung des Selbstregulationssystems und Emotionstraining bei stofflichen und stoffungebundenen Süchtigen. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 26(1), 19-22.
- Serpell, J. (1990). Evidence for long term effects of pet ownership on human health.

- Stenbacka, M. (2000). The role of competence factors in reducing the future risk of drug use among young Swedish men. *Addiction*, 95(10), 1573-1581.
- Stetina, B.U., Lederman Maman, T., Handlos, U., Prasch, H. & Kryspin-Exner, I. (2006). Gesundheitsförderung durch MTI – Programmentwicklung und Evaluation eines tiergestützten Trainings sozialer und emotionaler Kompetenzen. In E. Brunner, B. Gula, B. Jenull-Schiefer, R. Alexandrovicz & O. Vitouch (Hrsg.), *Beiträge zur 7. Wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Psychologie* (S. 47). Klagenfurt: Hermagoras/Mohorjeva.
- Stetina, B. U., Handlos, U. & Kryspin-Exner, I. (2005). Multiprofessionelle tiergestützte Intervention (MTI): Vorstellung eines tiergestützten Trainings zur Förderung der Gesundheit. *Fachzeitschrift für Sprachheilpädagogik*, 1, 15–30.
- Stetina, B.U., Gegenhuber, B., McElheney, J., Handlos, U., Werdenich, W. & Kryspin-Exner, I. (2009a). Dog-Assisted Group Training (MTI) with Drug Addicted Criminal Offenders: Evaluation of the Effects of AAT on Emotional Competencies and Emotional Status in Comparison to other Interventions. Oral presentation at the International ISAZ-HAI Conference (ISAZ 2009). Kansas City, USA, October 20-25, 2009.
- Stetina, B.U., Gegenhuber, B., McElheney, J., Handlos, U., Kuchta, B., Gindl, B., Werdenich, W. & Kryspin-Exner, I. (2009b). Health promotion with the animal assisted training (MTI) for drug offenders. Poster presentation at the 23rd EHPS Congress, Pisa, Italy, September, 23-26, 2009.
- Stetina, B.U., McElheney, J., Burger, E., Turner, K. & Handlos, U. (2010a). Enhancing Self-Concept and social skills of Drug Addicted Criminal Offenders during a Dog-assisted Group Training MTI. Oral presentation at the ISAZ 2010: 19th annual ISAZ Conference, Stockholm, Sweden, June 30th, 2010.
- Stetina, B.U., McElheney, J. Handlos, U., Gegenhuber, B., Klee, R., Moser-Riebniger, A. & Werdenich, W. (2010b). Substance Abuse Treatment in Prison vs. Rehabilitation Center: Effects of a Dog-Assisted Group Training (MTI) on Emotion Regulation and Emotional Self-Control in different institutions. Oral presentation at the IAHAIO 2010: 12th IAHAIO Conference: People & Animals for Life. Stockholm, Sweden, July 1st-4th, 2010.
- Strang, J., McCambridge, J. & Best, D. (2003). Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification. *British Medical Journal*, 326, 959-960.
- Sussman, S., McCuller, W. J. & Dent, C. W. (2003). The associations of social self-control, personality disorders, and demographics with drug use among high-risk youth. *Addictive Behaviors*, 28(6), 1159-1166.
- Templer, D. I., Salter, C. A., Dickey, S., Baldwin, R. & Veleber, D. M. (1981). The construction of a pet attitude scale. *The Psychological Record*, 31, 343-348.

- Thiel, G. & Ackermann, R. (2004). Verlauf und Ergebnisse der ambulanten Nachbetreuung in den Hamburger Sozialtherapeutischen Wohngemeinschaften für Drogenabhängige. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 27(4), 37-48.
- Tiet, Q. Q., Ilgen, M. A., Byrnes, H. F., Harris, A. H. S. & Finney, J. W. (2006). Treatment setting and baseline substance use severity interact to predict patients' outcomes. *Addiction*, 102(432-440).
- Triebenbacher, S. L. (1998). The relationship between attachment to companion animals and self-esteem. In C. C. Wilson & D. C. Turner (Hrsg.), *Companion animals in human health* (S. 135-147). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Turner, K. (2007). *Emotionale Kompetenz: Veränderungen im Rahmen eines tiergestützten Trainings*. Diplomarbeit, Universität Wien.
- Ullrich, R. & de Muynck, R. (1981). *Das Emotionalitätsinventar als Befindlichkeitsmaß (EMI-B)*. München: Pfeiffer.
- Valevski, A., Olfson, M., Weizman, A. & Shiloh, R. (2007). Risk of readmission in compulsorily and voluntarily admitted patients. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 42(11), 916-922.
- Wallsten, T., Kjellin, L. & Lindström, L. (2006). Short-term outcome of inpatient psychiatric care impact of coercion and treatment characteristics. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 41(12), 975-980.
- Wallsten, T., Östman, M., Sjöberg, R. L. & Kjellin, L. (2008). Patients' and next-of-kins' attitudes towards compulsory psychiatric care. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(6), 444-449.
- Werdenich, W. & Wagner, E. (1998). Die Kunst der Zwangsbehandlung. In W. Werdenich & W. E. (Hrsg.), *Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle* (S. 37-48). Wien: Facultas.
- Widmann, V. (2007). *Videobasierte systematische Verhaltensbeobachtung emotionaler und sozialer Kompetenzen anhand eines tiergestützten Trainings (MTI) mit Kindern*. Diplomarbeit, Universität Wien.
- Wild, T. C., Cunningham, J. A. & Ryan, R. M. (2006). Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: A self-determination theory perspective. *Addictive Behaviors*, 31(10), 1858-1872.
- Wild, T. C., Roberts, A. B. & Cooper, E. L. (2002). Compulsory Substance Abuse Treatment: An Overview of Recent Findings and Issues. *European Addiction Research*, 8, 84-93.
- Wills, T. A. (1994). Self-esteem and perceived control in adolescent substance use: Comparative tests in concurrent and prospective analyses. *Psychology of Addictive Behavior*, 8, 223-234.

- Wills, T. A., DuHamel, K. & Vaccaro, D. (1995). Activity and mood temperament as predictors of adolescent substance use: test of a self-regulation mediational model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(5), 901-916.
- Wills, T. A., Walker, C., Mendoza, D. & Ainette, M. G. (2006). Behavioral and Emotional Self-Control: Relations to Substance Use in Samples of Middle and High School Students. *Psychology of Addictive Behavior*, 20(3), 265-278.
- Wilson, C. & Turner, D. (1998). *Companion Animals in Human Health*. California: SAGE Publications.
- Wipplinger, M. (2010). *Tiergestützte Intervention im Drogenentzug - Videoanalyse*. Diplomarbeit, Universität Wien, Wien.
- Wood, J. V., S., H., Manwell, L. A. & Whittington, E. J. (2009). This mood is familiar and I don't deserve to feel better anyway: Mechanisms underlying self-esteem differences in motivation to repair sad moods. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96(2), 363-380.

ANHANG

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Übersicht tiergestützter Arbeit nach Richtlinien der Delta Society	25
Tabelle 2: Module der MTI.....	33
Tabelle 3: Übersicht der Fragestellungen und Hypothesen.....	55
Tabelle 4: ROPELOC: Ergebnisse der T-Tests.....	59
Tabelle 5: ROPELOC: Ergebnisse der einfachen ANOVA.....	60
Tabelle 6: ROPELOC: Ergebnisse des Allgemeinen Linearen Modells.....	62
Tabelle 7: SDQ III: Ergebnisse der T-Tests	63
Tabelle 8: SDQ III: Ergebnisse der einfachen ANOVA	64
Tabelle 9: SDQ III: Ergebnisse des Allgemeinen Linearen Modells	66
Tabelle 10: Reliabilität	68
Tabelle 11: Deskriptive Statistik der Skala „Interaktion Hund“	68
Tabelle 12: Deskriptive Statistik der Skala „Feedback“	69
Tabelle 13: Deskriptive Statistik der Skala „Beteiligung“	70
Tabelle 14: Deskriptive Statistik der Skala „Interaktion Wohlergehen um andere“	71
Tabelle 15: Deskriptive Statistik der Skala „Sprache“	73

Tabelle 16: Deskriptive Statistik der Skala „Emotionsausdruck“	74
Tabelle 17: Interraterreliabilitäten.....	75
Tabelle 18: ROPELOC: Ergebnisse des Post Hoc Tests nach Bonferroni (ANOVA).....	100
Tabelle 20: SDQ III: Ergebnisse des Post Hoc Tests nach Bonferroni (ANOVA).....	101

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Entwicklung der Gruppen über die Zeit in der Skala „Overall Effectiveness“	62
Abbildung 2: Entwicklung der Gruppen über die Zeit in der Selbstkonzept-Skala „Problem Solving“	66
Abbildung 3: Entwicklung über die Zeit der Skala „Interaktion Hund“	69
Abbildung 4: Entwicklung über die Zeit der Skala „Feedback“	70
Abbildung 5: Entwicklung über die Zeit der Skala: „Beteiligung“	71
Abbildung 6: Entwicklung über die Zeit der Skala „Interaktion: Wohlergehen um andere“	72
Abbildung 7: Entwicklung über die Zeit der Skala: „Sprache“	73
Abbildung 8: Entwicklung über die Zeit der Skala „Emotionsausdruck negativer Gefühle“	74

TABELLEN ZUM ALLGEMEINEN LINEAREN MODELL

Tabelle 18: ROPELOC: Ergebnisse des Post Hoc Tests nach Bonferroni (ANOVA)

Forschungshypothese XX				
Skalen	Gruppen	Mittl. Diff.	Standardfehler	Sign.
Active Involvement	MTI HAD – MTI GEF	.15577	.37130	1.000
	MTI HAD – NON MTI	.72392	.39664	.216
	MTI GEF – NON MTI	.56815	.32848	.263
Cooperative Teamwork	MTI HAD – MTI GEF	-1.04357	.39532	.030**
	MTI HAD – NON MTI	.14902	.42230	1.000
	MTI GEF – NON MTI	1.19259	.34973	.003**
Leadership Ability	MTI HAD – MTI GEF	.00708	.43443	1.000
	MTI HAD – NON MTI	.94745	.46408	.134
	MTI GEF – NON MTI	.94037	.38433	.050*
Open Thinking	MTI HAD – MTI GEF	.09804	.34507	1.000
	MTI HAD – NON MTI	.51137	.36862	.508
	MTI GEF – NON MTI	.41333	.30527	.539
Quality Seeking	MTI HAD – MTI GEF	-.54793	.26516	.127
	MTI HAD – NON MTI	.27059	.28325	1.000
	MTI GEF – NON MTI	.81852	.23458	.002**
Self Confidence	MTI HAD – MTI GEF	-2.4183	.31917	1.000
	MTI HAD – NON MTI	.73039	.34382	.111
	MTI GEF – NON MTI	.97222	.28581	.003**
Self Efficacy	MTI HAD – MTI GEF	.29412	.36472	1.000
	MTI HAD – NON MTI	.86745	.38961	.087
	MTI GEF – NON MTI	.57333	.32266	.239
Social Effectiveness	MTI HAD – MTI GEF	-.66503	.33152	.145
	MTI HAD – NON MTI	.74275	.35414	.118
	MTI GEF – NON MTI	1.40778	.29328	.000***
Stress Management	MTI HAD – MTI GEF	.22495	.40402	1.000
	MTI HAD – NON MTI	1.10902	.43159	.036*
	MTI GEF – NON MTI	.88407	.35743	.047*
Time Efficiency	MTI HAD – MTI GEF	.61057	.38550	.352
	MTI HAD – NON MTI	1.27686	.41180	.008**
	MTI GEF – NON MTI	.66630	.34104	.163
Coping with Change	MTI HAD – MTI GEF	-.18137	.33829	1.000
	MTI HAD – NON MTI	.92974	.36441	.038*
	MTI GEF – NON MTI	1.11111	.30294	.001***
Overall Effectiveness	MTI HAD – MTI GEF	.0089	.35595	1.000
	MTI HAD – NON MTI	.94275	.38024	.046*
	MTI GEF – NON MTI	.93185	.31490	.012**
Internal Locus Of Control	MTI HAD – MTI GEF	-.92484	.33205	.020*
	MTI HAD – NON MTI	-.42039	.35471	.719
	MTI GEF – NON MTI	.50444	.29375	.270
External Locus Of Control	MTI HAD – MTI GEF	-.31100	.34341	1.000
	MTI HAD – NON MTI	-.15137	.36684	1.000
	MTI GEF – NON MTI	.15963	.30381	1.000

*p< .05; **p< .01; ***p< .001

Tabelle 19: SDQ III: Ergebnisse des Post Hoc Tests nach Bonferroni (ANOVA)

Forschungshypothese XX				
Skalen	Gruppen	Mittl. Diff.	Standardfehler	Sign.
Maths	MTI HAD – MTI GEF	-4.490	2.453	.214
	MTI HAD – NON MTI	2.544	2.608	.998
	MTI GEF – NON MTI	7.034	2.173	.005**
Verbal	MTI HAD – MTI GEF	-4.610	2.091	.092
	MTI HAD – NON MTI	-1.713	2.223	1.00
	MTI GEF – NON MTI	2.897	1.852	.366
Academic	MTI HAD – MTI GEF	-8.635	2.415	.002**
	MTI HAD – NON MTI	-1.876	2.568	1.00
	MTI GEF – NON MTI	6.760	2.139	.007
Problem solving	MTI HAD – MTI GEF	-8.635	2.415	.002*
	MTI HAD – NON MTI	-1.875	2.568	1.00
	MTI GEF – NON MTI	6.760	2.139	.007**
Physical ability	MTI HAD – MTI GEF	-3.141	1.928	.322
	MTI HAD – NON MTI	-2.301	2.049	.796
	MTI GEF – NON MTI	.840	1.707	1.00
Physical appearance	MTI HAD – MTI GEF	1.296	2.304	1.00
	MTI HAD – NON MTI	1.807	2.450	1.00
	MTI GEF – NON MTI	3.103	2.040	.398
Same sex peer relations	MTI HAD – MTI GEF	-3.144	1.928	.322
	MTI HAD – NON MTI	-2.301	2.049	.796
	MTI GEF – NON MTI	.840	1.707	1.00
Opposite sex peer realtions	MTI HAD – MTI GEF	.099	2.838	1.00
	MTI HAD – NON MTI	1.391	3.018	1.00
	MTI GEF – NON MTI	-1.291	2.514	1.00
Parent relations	MTI HAD – MTI GEF	-1.282	2.765	1.00
	MTI HAD – NON MTI	.998	2.940	1.00
	MTI GEF – NON MTI	2.280	2.449	1.00
Spiritual values	MTI HAD – MTI GEF	-6.289	3.196	.168
	MTI HAD – NON MTI	-5.478	3.398	.334
	MTI GEF – NON MTI	.811	2.831	1.00
Honesty/ trustworthness	MTI HAD – MTI GEF	-1.840	2.621	1.00
	MTI HAD – NON MTI	6.228	2.788	.085
	MTI GEF – NON MTI	8.069	2.321	.003**
Emotional stabilty	MTI HAD – MTI GEF	1.605	2.589	1.00
	MTI HAD – NON MTI	12.336	2.753	.000***
	MTI GEF – NON MTI	10.731	2.293	.000***
General esteem	MTI HAD – MTI GEF	-1.652	3.131	1.00
	MTI HAD – NON MTI	11.136	3.330	.004**
	MTI GEF – NON MTI	12.789	2.774	.000***

*p< .05; **p< .01; ***p< .001

ERKLÄRUNG

Ich bestätige, dass ich die vorliegende Diplomarbeit alleine und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen angefertigt habe und dass diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen hat. Alle Ausführungen dieser Diplomarbeit, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Romana Klee

Wien, Oktober 2010

LEBENS LAUF

Romana Klee

romana.klee@gmx.at

Geb. am 5. November 1983 in Mödling



AUSBILDUNG

seit 2010	Psychotherapeutisches Propädeutikum ÖAGG, Wien
2004-2010	Diplomstudium Psychologie Universität Wien
2008-2009	International Dog Trainer Unter der Leitung von Sheila Harper (UK)
Seit 2008	MTI-Trainerin (in Ausbildung) Universität Wien
2006-2008	Akademisch geprüfte Fachkraft für tiergestützte Therapie und tiergestützte Fördermaßnahmen Veterinärmedizinischen Universität Wien
2003-2004	2 Semester Pädagogikstudium Universität Wien, Ö
2003	Reife- und Diplomprüfung HLTW, Bergheidengasse 5-19, 1130 Wien

BERUFSERFAHRUNG

Seit 2009	Hundetrainerin und Verhaltensberaterin Hunde-Forum (Initiative für eine gewaltfreie und respektvolle Hundehaltung), Gießhübl
2008-2009	Projektstudium Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie Universität Wien
2007-2008	6-Wochenpraktikum im Rahmen des Psychologiestudiums Lehr- und Forschungspraxis der Arbeitsgruppe Klinische & Gesundheitspsychologie des Instituts für Psychologie der Universität Wien
2007	Praktikum Sterntalerhof (Kinderhospiz mit Pferdetherapie), Burgenland
2005-2006	Lehrkraft für Deutsch und Englisch Lernquadrat, Wien
2004	Betreuerin und Lehrkraft im Lernclub Rennbahnweg Lernclub Rennbahnweg, Wien

PRÄSENTATIONEN UND PUBLIKATIONEN

- Klee, R., Wipplinger, M. & Kothgassner, O. D. (in Vorbereitung). Statistische Auswertungsmethoden für klinische Studien. In B. U. Stetina, O. D. Kothgassner & I. Kryspin-Exner (Hrsg.), *Basiswissen wissenschaftlicher Forschung in der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*. Wien: Facultas.
- Klee, R., Stetina, B.U., Widmann, V., Burger, E., Turner, K., Lederman Maman, T., Handlos, U. & Kryspin-Exner, I. (2008). Systematic observation of emotion regulation and emotion expression in a first grade animal-assisted group training. Poster presentation at the Canine Science Forum 2008 (CSF 2008), Budapest, Hungary, July 5–9, 2008.
- Klee, R., Stetina, B.U., Turner, K., Burger, E., Raffetseder, S. & Handlos, U. (2009). Effectiveness of an Animal Assisted Intervention (MTI) in the Training of Socio-emotional Competences for Aggressive Boys. Oral presentation at the 11th European Congress of Psychology (ECP2009). Oslo, Norway, July 7–10, 2009.
- Stetina, B.U., McElheney, J. Handlos, U., Gegenhuber, B., Klee, R., Moser-Riebniger, A. & Werdenich, W. (2010). Substance Abuse Treatment in Prison vs. Rehabilitation Center: Effects of a Dog-Assisted Group Training (MTI) on Emotion Regulation and Emotional Self-Control in different institutions. Oral presentation at the IAHAIO 2010: 12th IAHAIO Conference: People & Animals for Life. Stockholm, Sweden, July 1st-4th, 2010.