



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

„Vergleich von zwei Kompetenztrainings bei
drogenabhängigen Rechtsbrechern“

Verfasserin

Eva Maria Stangl

Angestrebter akademischer Grad

Magister der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im Mai 2013

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: O. Univ. Prof. Dr. Ilse Kryspin-Exner

Danksagung

Mein Dank gilt O. Univ. Prof. Dr. Kryspin-Exner, die es mir ermöglichte die vorliegende Diplomarbeit zu verfassen. Herzlich danken möchte ich auch Dr. Birgit U. Stetina für die wertvolle Unterstützung und Auseinandersetzung mit der Thematik meiner Arbeit.

Vielen Dank an meine Freundinnen Conny und Andrea, die mich immer mit wertvollen Gesprächen auf andere Gedanken bringen konnten. Ein riesiges Dankeschön geht auch an meine liebe Studienkollegin und Freundin Alex, die mich in Tiefen davor bewahrt hat den Kopf in den Sand zu stecken und sich über Höhen mit mir gefreut hat. Alles wird gut! Danke ebenfalls an Romana, die mir mit guten Tipps den Start dieser Arbeit wesentlich erleichtert hat.

Ein Dank gilt ebenso meiner Mutter, die mich stets in jeglicher Hinsicht unterstützt hat, und meinem Vater, dem es zwar verwehrt blieb meine Studienzeit physisch mitzuerleben, aber trotzdem immer anwesend war. Jemand der die gesamte Zeit über an mich geglaubt hat und mir Kraft gegeben hat ist mein Lebensgefährte Matthias. Danke für deine Zuversicht gegenüber den Dingen, die ich in Angriff nehme.

Und last but not least möchte ich auch den Vierbeinern in meinem Leben, Lara und Specki, danken. Im Jahr 2012 musste ich mich schmerzlich von meinem lieben Felix verabschieden – ihm möchte ich diese Arbeit widmen und mich damit für acht viel zu kurze aber schöne Jahre bedanken.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
2	Soziale Kompetenzen	2
2.1	Definitionen und Dimensionen	4
2.2	Entstehung sozial kompetenten Verhaltens	7
2.3	Selbstkonzept	9
2.4	Erfassung von sozialen Kompetenzen	12
3	Drogenabhängige Rechtsbrecher	14
3.1	Erklärungsansätze für Substanzkonsum.....	15
3.2	Drogenkonsum und Delinquenz.....	18
3.3	Drogenbehandlung im forensischen Kontext.....	19
3.4	Gesetzliche Rahmenbedingungen	24
3.5	Zwang, Freiwilligkeit und Therapiemotivation	26
4	Förderung sozialer Kompetenz drogenabhängiger Rechtsbrecher	31
4.1	Soziale Kompetenzen versus Drogenkonsum und Delinquenz	32
4.2	Klassische soziale Kompetenztrainings	35
4.3	Tiergestützte Intervention	37
4.3.1	Entwicklung tiergestützter Arbeit	38
4.3.2	Multiprofessionelle Tiergestützte Intervention (MTI).....	40
5	Methodik der Untersuchung	43
5.1	Zielsetzung	43
5.2	Untersuchungsdesign	43
5.3	Stichprobe	45
5.4	Verfahren.....	45
5.4.1	Verhaltensbeobachtung.....	46
5.4.2	Review of Personal Effectiveness and Locus of Control (ROPELOC)....	46
5.4.3	Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN).....	47
5.4.4	Self Description Questionnaire III (SDQ III)	48
5.4.5	Skalenzusammenfassungen	49
5.5	Forschungsfragen und Hypothesen	51
5.5.1	Soziale Kompetenz	51
5.5.2	Verhaltensbeobachtung.....	54

6	Darstellung der Ergebnisse.....	55
6.1	Ergebnisse des ROPELOC	56
6.2	Ergebnisse des FSKN	61
6.3	Ergebnisse des SDQIII	65
6.4	Ergebnisse der Verhaltensbeobachtung.....	69
7	Interpretation und Diskussion	75
8	Kritik und Ausblick.....	84
9	Zusammenfassung.....	87
9.1	Abstract (Deutsch).....	93
9.2	Abstract (Englisch).....	94
10	Literaturverzeichnis.....	95
11	Tabellenverzeichnis.....	109
12	Abbildungsverzeichnis	110
13	Erklärung.....	111
14	CURRICULUM VITAE	112

1 Einleitung

Anti-Drogen-Kampagnen, Servicestellen, Vereine oder der jährliche Weltdrogentag am 26. Juni – das Ziel ist es Suchtprävention zu betreiben und Menschen hinsichtlich Drogenmissbrauch zu sensibilisieren. Im Fokus steht besonders die Zielgruppe der Jugendlichen. Politik und Justiz sind stets bestrebt den Konsum, Besitz und Handel von Drogen einzudämmen. Fakt ist jedoch, dass Schätzungen zufolge im Jahr 2010 weltweit 153 bis 300 Millionen Menschen im Alter von 15 bis 64 Jahren mindestens eine illegale Substanz innerhalb des vergangenen Jahres konsumiert hatten und rund 16 bis 39 Millionen Menschen weltweit unter einer Drogenproblematik litten (United Nations Office on Drugs and Crime, 2012). Die Tendenz ist weiterhin steigend, was die Evidenz für die Drogenthematik unterstreicht.

Delinquentes Verhalten ist eng mit Drogenkonsum verwoben (Kapitel 3.2). Es wird davon ausgegangen, dass zwei Drittel aller drogenabhängiger Menschen mindestens einen Haftaufenthalt zu verzeichnen haben (Schay, Görgen, & Bläsing, 2007). Justizanstalten werden demnach regelmäßig mit drogenabhängigen Rechtsbrechern konfrontiert, weshalb sich die Forschung rege mit Drogenbehandlungen im forensischen Setting befasst (Kapitel 3.3). Drogentherapien stellen in Gefängnissen einen kostenintensiven Faktor dar. Die Frage ist, wie effektiv eine Therapie sein kann, wenn Insassen nicht freiwillig über ihre Teilnahme entscheiden können und wie sich dies in weiterer Folge auf die Therapiemotivation der Betroffenen auswirkt (Kapitel 3.4).

Soziale Kompetenz oder auch „Soft Skills“ genannt, stellen ein weiteres wichtiges Element in Bezug auf Drogenkonsum dar. Studien zeigen, dass Straffällige häufig einen Mangel an sozialen Kompetenzen aufweisen (Corte & Zucker, 2008; Fournier, Geller, & Fortney, 2007; Kury, 1983; Nasir, Zamani Zainah, Khairudin, & Wan Shahrazad, 2011; Sørli, Hagen, & Ogden, 2008; Ter Laak et al., 2003). In Kapitel 4.1 werden Risikofaktoren dargestellt, die mit Drogenkonsum und Delinquenz in Zusammenhang gebracht werden. Aus diesen lässt sich die Wichtigkeit von sozialen Kompetenztrainings, bereits für Kleinkinder, ableiten (Kapitel 4.2). Als spezieller Ansatz soll dem Leser die tiergestützte Intervention (Kapitel 4.3) und hier besonders die Multiprofessionelle Tiergestützte Intervention (MTI), ein hundegestütztes Kompetenz- und

Kommunikationstraining (MTI) das in verschiedenen Justizanstalten durchgeführt wird, nähergebracht werden (Kapitel 4.3.2).

In vorliegender Arbeit wird die Wirkung einer tiergestützten Intervention (MTI) sowie einer nicht-tiergestützten Intervention (Standardtherapie) auf die sozialen Kompetenzen von drogenabhängigen Rechtsbrechern in einer österreichischen Justizanstalt vor und nach dem Training untersucht. Für die Datenerhebung wurde einerseits eine Verhaltensbeobachtung durchgeführt und zum anderen kamen ausgewählte Testverfahren zum Einsatz (Kapitel 5.4). Die Ergebnisdarstellung sowie Interpretation werden in Kapitel 6 und 7 dargestellt.

Zur Vereinfachung und besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit auf geschlechtsspezifische Differenzierungen verzichtet. Aus sprachlichen Gründen wird in jeder Form die männliche Variante benutzt, die die weibliche mit einschließt und keinerlei Wertung beinhaltet. Beziehen sich Studien explizit auf weibliche Teilnehmer, wird darauf gesondert hingewiesen.

2 Soziale Kompetenzen

Der Begriff der sozialen Kompetenz bzw. der social skills ist seit vielen Jahrzehnten fester Bestandteil psychologischer Forschung. Seit den 1990er Jahren werden soziale Kompetenzen insbesondere als Voraussetzung für beruflichen Erfolg gesehen und als sogenannte Schlüsselqualifikation gehandelt (Kanning, 2005). Kanning (2002a) schließt das wachsende Interesse für diese Thematik auf die Vernetzung der westlichen Gesellschaft, die fortschreitende Befreiung der Menschen von weltlichen und kirchlichen Autoritäten sowie die Hebung des Bildungsniveaus und die daraus resultierende Wichtigkeit für die Flexibilität in der Interaktion mit anderen Menschen im privaten sowie beruflichen Kontext. Prof. Dr. Uwe Peter Kanning aus Deutschland hat sich besonders intensiv mit der Thematik der sozialen Kompetenz beschäftigt. In den nachfolgenden Ausführungen wird vorwiegend auf seine Publikationen Bezug genommen.

Betrachtet man den allgemeinen Begriff der *Kompetenz*, so wird einerseits das Augenmerk auf die Verhaltenspotenziale des Individuums gelegt, andererseits auf ein konkretes Verhalten bzw. dessen Konsequenzen. Kompetenz kann also als Potenzial gesehen werden, Fähigkeiten und Fertigkeiten einzusetzen, um ein bestimmtes Verhalten zu zeigen. Zu beachten ist hier, dass in einer spezifischen Situation unterschiedliches Verhalten gezeigt werden kann. Im Gegensatz dazu bezieht sich der Begriff des *kompetenten Verhaltens* auf ein konkretes Verhalten in einer spezifischen Situation. Kompetenz stellt jedoch noch keine Garantie für kompetentes Verhalten dar. Besitzt ein Individuum bestimmte Kompetenzen, so ist es prinzipiell in der Lage entsprechend kompetentes Verhalten zu zeigen, zeigt es dieses jedoch nicht, wird die Kompetenz an sich nicht in Frage gestellt. Verdeutlicht wird dieser Sachverhalt anhand eines Beispiels von Kanning:

Ein Mensch, der über eine hohe soziale Kompetenz verfügt – also z. B. in der Lage wäre, einen Streit unter Kollegen in wenigen Minuten zur Zufriedenheit aller beizulegen – wird dieses Potenzial nicht in jeder beliebigen Situation auch voll zum Einsatz bringen können. Mitunter gelingt es ihm also nicht, einen Streit zu schlichten oder mehr noch, er trägt selbst vielleicht zur Eskalation der Situation bei. (Kanning, 2005, S. 4)

Da das menschliche Verhalten zumeist im sozialen Zusammenhang stattfindet, ist der Forschungsgegenstand des Sozialverhaltens beinahe so breit angelegt wie das menschliche Verhalten an sich. Forschung wurde ursprünglich in der Klinischen Psychologie, mit der Frage wie sozial ängstliches Verhalten entsteht und überwunden werden kann, und der Entwicklungspsychologie, mit dem Schwerpunkt der Aneignung sozial akzeptierten Verhaltens, betrieben. Mittlerweile haben sich weitere Disziplinen der Psychologie des Themas angenommen. Hier ist unter anderem die Arbeits- und Organisationspsychologie herauszuheben, denn aufgrund der zunehmenden Forderung zur Teamfähigkeit sind die sozialen Kompetenzen aus keinem Anforderungsprofil mehr wegzudenken.

Der folgende Abschnitt soll die Definitionsvielfalt des Begriffs der sozialen Kompetenz darstellen und diskutieren (Kapitel 2.1) sowie auf Aspekte sozial kompetenten und inkompetenten Verhaltens eingehen (Kapitel 2.2). Anschließend findet sich die Darstellung des Selbstkonzepts als Voraussetzung für soziale Kompetenz (Kapitel 2.3). Abgerundet wird die Thematik mit einem Einblick in die Möglichkeiten zur Erfassung des Konstrukts (Kapitel 2.4).

2.1 Definitionen und Dimensionen

In der Literatur finden sich eine Vielzahl unterschiedlicher Bezeichnungen und Definitionen von sozialer Kompetenz. Eine klare Abgrenzung zwischen z.B. sozialer Fertigkeit (social skill), Durchsetzungsvermögen (Assertivität), Selbstsicherheit, Selbstbehauptung, Kontaktfähigkeit, sozialer Kompetenz/Intelligenz oder emotionaler Intelligenz scheint nicht gegeben zu sein (Döpfner, Schlüter, & Rey, 1981; Hinsch & Pfingsten, 2002; Kanning, 2005). Der Grund dafür wird besonders in der Verankerung der Forschung in den verschiedenen Disziplinen der Psychologie gesehen, da unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt werden. Nachfolgend soll daher keine bloße Auflistung der existierenden Definitionen erfolgen, sondern vielmehr eine Annäherung an das Konstrukt der sozialen Kompetenz.

Die Definition von Edward Lee Thorndike aus 1920 zur sozialen Intelligenz stellt den Beginn der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit sozial kompetentem Verhalten dar. Soziale Intelligenz sei demnach „the ability to understand and manage men and women, boys, and girls – to act wisely in human relation“ (Thorndike, 1920; zitiert nach Kanning, 2003). Diese Definition wurde bereits früh in der Intelligenzforschung aufgegriffen, wobei das Hauptinteresse in den kognitiven Voraussetzungen für soziales Verhalten lag.

Für Kanning (2005) ist sozial kompetentes Verhalten das „Verhalten einer Person, das in einer spezifischen Situation dazu beiträgt, die eigenen Ziele zu verwirklichen, wobei gleichzeitig die soziale Akzeptanz des Verhaltens gewahrt wird“ (S. 4). Ob ein Verhalten nun als sozial kompetent angesehen wird oder nicht, hängt von drei unterschiedlichen Bezugspunkten ab. Ein Verhalten kann erst dann als kompetent bezeichnet werden, wenn die soziale Umgebung (sozialer Bezugspunkt) mit einbezogen wird. Daraus ergibt sich jedoch, dass ein und dasselbe Verhalten als kompetent oder inkompetent angesehen werden kann. Eine Packung Popcorn während einer Kinovorstellung zu essen kann als sozial kompetent angesehen werden, dieselbe Situation in der Oper würde vermutlich als inkompetent bewertet werden. Der evaluative Bezugspunkt, also die Wertung des Verhaltens, spielt ebenso eine wichtige Rolle und hängt vom jeweiligen Wertesystem ab. Soziale Kompetenz wird jedoch vorwiegend positiv bewertet d.h. wenn man sozial kompetent ist, verhält man sich gut und richtig. Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass

sich die Benennung sozial kompetenten Verhaltens immer auf einen bestimmten Zeitabschnitt (temporaler Bezugspunkt) bezieht. Eine Verhaltensweise, die kurzfristig als sozial inkompetent erscheint, kann sich langfristig als sozial kompetent herausstellen und vice versa. Zusammenfassend sei gesagt, dass sozial kompetentes Verhalten stets kontextabhängig zu betrachten ist. In unterschiedlichen Situationen scheint unterschiedliches Verhalten sozial kompetent oder inkompetent.

Hinsch und Pfingsten (2002) betonen, dass bestehende Auflistungen von sozial kompetenten Verhaltensweisen einerseits zwar einen Praxisbezug aufweisen, andererseits jedoch Autoren durch ihr theoretisches und praktisches Wissen zu verschiedenen Aufzählungen kommen. Dies birgt die Gefahr, dass bei sozialen Trainingsprogrammen unter den sozialen Kompetenzen zumeist unterschiedliche Auffassungen über das Konstrukt bestehen, was eine Einheitlichkeit der Indikationsstellung, Trainingsziele und -methoden in Frage stellt. Um die Vielfalt von sozial kompetenten Verhaltensweisen zu verdeutlichen, führen die Autoren Beispiele einer Aufzählung von Gambrell (1995) an: Nein sagen, Versuchungen zurückweisen, auf Kritik reagieren, Änderungen bei störendem Verhalten verlangen, Widerspruch äußern, Unterbrechungen im Gespräch unterbinden, sich entschuldigen, Schwächen eingestehen, unerwünschte Kontakte beenden, Komplimente akzeptieren, auf Kontaktangebote reagieren, Gespräche beginnen, aufrechterhalten und beenden, erwünschte Kontakt arrangieren, um Gefallen bitten, Komplimente machen und Gefühle offen zeigen (Gambrell, 1995; zitiert nach Hinsch & Pfingsten, 2002).

Soziale Kompetenz wird von Kanning (2003) als „Gesamtheit des Wissens, der Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Person, welche die Qualität eigenen Sozialverhaltens – im Sinne der Definition sozial kompetenten Verhaltens – fördert“ (S. 4) angesehen. Unter die Wissenskomponente fallen Informationen über elementare Spielregeln des zwischenmenschlichen Verhaltens, die stark kulturabhängig sind. Als Beispiel sei hier das Verhalten in öffentlichen Räumen, wie das Theater, erwähnt. Mit Fähigkeiten sind grundlegende und breit angelegte Kompetenzen gemeint, mit welchen oftmals genetische Determination in Verbindung gebracht wird. Ein Beispiel wäre hier die Extraversion. Auf konkretere und erlernte Kompetenzen beziehen sich letztlich die Fertigkeiten wie z.B. die motorische Durchführung eines Begrüßungsrituals.

Nach Kanning (2003) stellen die sozialen Kompetenzen eine Teilmenge der Gesamtheit aller Kompetenzen eines Menschen dar. Dies impliziert die Multidimensionalität des Begriffes, denn jede einzelne Wissenskomponente, Fähigkeit und Fertigkeit stellt eine eigenständige soziale Kompetenz dar. Daher soll in weiterer Folge der Plural „Soziale Kompetenzen“ verwendet werden. Es gibt drei Ansätze um soziale Kompetenzen zu beschreiben. Der erste, aus der klinischen Psychologie stammend, stellt die Durchsetzungsfähigkeit in den Vordergrund. Hier ist konkret die Fähigkeit gemeint, sich in sozialen Interaktionen für die eigenen Interessen einzusetzen. Der zweite Ansatz kommt aus der Entwicklungspsychologie und betont die erfolgreiche Anpassung eines Individuums an die Umwelt. Der dritte Ansatz versucht schließlich die vorhandenen Sichtweisen im Sinne eines Kompromisses zwischen Anpassung und Durchsetzung zusammenzuführen. Eine sozial kompetente Person ist demnach jemand, der die eigenen Interessen in sozialen Interaktionen durchsetzen kann, ohne dabei den Gegenüber verletzt (Hinsch & Pfingsten, 2002; Kanning, 2002a; U.P. Kanning, 2003; Riemann & Allgöwer, 1993).

Mit den Dimensionen sozialer Kompetenzen beschäftigen sich unzählige Publikationen, einen Konsens scheint es bislang jedoch noch nicht zu geben. Kanning (2002b) reduzierte die in der Forschungsliteratur genannten Dimensionen auf 15 Kompetenzen und teilte sie in drei wesentliche Teilbereiche. Der perzeptiv-kognitive Bereich einerseits umfasst die indirekte sowie direkte Selbstaufmerksamkeit, die Personenwahrnehmung, die Perspektivenübernahme, die internale sowie externale Kontrollüberzeugung, die Entscheidungsfreudigkeit und das Wissen. Der motivational-emotionale Bereich besteht aus der Prosozialität, der emotionalen Stabilität und dem Wertepluralismus. Der behaviorale Bereich schließlich bezieht sich auf die Extraversion, die Durchsetzungsfähigkeit, die Handlungsflexibilität, den Kommunikationsstil, das Konfliktverhalten und die Selbststeuerung.

Nach Zusammenstellung der 15 Kompetenzen wurde eine Faktorenanalyse durchgeführt. Diese ergab fünf Faktoren zweiter Ordnung, nämlich soziale Wahrnehmung (sich mit dem Verhalten anderer Menschen, dem eigenen Verhalten und den Reaktionen anderer auf das eigene Verhalten auseinandersetzen; Perspektivenübernahme), Verhaltenskontrolle (Emotionale Stabilität, hohe internale und geringe externale Kontrollüberzeugung), Durchsetzungsfähigkeit (Ziele erfolgreich verwirklichen,

Extraversion, keine Konfliktvermeidung), soziale Orientierung (sich für die Interessen anderer einsetzen, Toleranz gegenüber den Werten anderer Menschen) und Kommunikationsfähigkeit (anderen zuhören und gleichzeitig verbal Einfluss nehmen können) (Kanning, 2002a). Bei den oben aufgelisteten Kompetenzen handelt es sich in Anlehnung an Reschke (1995) um allgemeine soziale Kompetenzen, die jedes Individuum in unterschiedlichem Maße ausbildet. Hiervon zu unterscheiden sind die bereichsspezifischen sozialen Kompetenzen, die sich auf Wissensbestandteile, Fähigkeiten und Fertigkeiten für spezifische Situationen beziehen.

2.2 Entstehung sozial kompetenten Verhaltens

Wie bereits eingangs des Kapitels diskutiert, müssen vorhandene Kompetenzen nicht zwangsläufig in jeder Situation zu kompetentem Verhalten führen. Umgelegt auf die Stichprobe vorliegender Arbeit bedeutet dies, dass drogenabhängige Straftäter zwar über soziale Kompetenzen verfügen, diese aber in den gegebenen Settings nicht zeigen können. Weiters stellt sich die Frage, ob das sozial kompetente Verhalten allgemein nicht gezeigt wird oder nur nicht in bestimmten Situationen. Fest steht, nach Petermann und Petermann (2000), dass sozial kompetentes Verhalten voraussetzt, einerseits frei von Angst zu sein (Motivvoraussetzung) und andererseits über soziale Fertigkeiten zu verfügen (Handlungsvoraussetzung). Diese sind wiederum an bestimmte Bedingungen geknüpft. So ist für den motivationalen Bereich ein positives Selbstkonzept, Selbstvertrauen und Selbstsicherheit erforderlich. Unter Selbstkonzept versteht man das Wissen über die eigene Person und die diesbezüglich gesammelten Erfahrungen. Näheres zu diesem Konstrukt wird in Kapitel 2.3 erläutert. Selbstvertrauen ist das Gefühl der Sicherheit, über ein effektives Verhaltensrepertoire zu verfügen. Besitzt man dieses, benötigt man beim Ausführen einer bestimmten Handlung Selbstsicherheit. Für die Handlungsvoraussetzung sind Wahrnehmungs- und Rollenübernahmefähigkeiten, Interaktionsfähigkeiten sowie Selbstbehauptungsfähigkeiten erforderlich.

Wenn es nun darum geht vorhandene Potenziale in situatives Verhalten umzusetzen, postuliert Kanning (2005) zwei unterschiedliche Ansätze: Zum einen das Modell der elaborierten Steuerung des Sozialverhaltens und zum anderen das Modell der automatisierten Steuerung des Sozialverhaltens. Beim elaborierten Steuern wird davon ausgegangen, dass der Mensch sein Verhalten an intraindividuelle rationale Prozesse

anpasst. Diese Verhaltenssteuerung basiert auf einem fünfstufigen Regelkreis. Zu Beginn steht die Situationsanalyse (Ist-Zustand), bei der Informationen gesammelt werden, die für das Individuum und sein Verhalten wichtig sind. Im Anschluss wird das Ziel der Handlung definiert (Zieldefinition, Soll-Zustand). Bevor die Handlung jedoch ausgeführt wird, muss ein bestimmtes Verhalten, das erwartungsgemäß den Ist- in den Soll-Zustand überführen kann, ausgewählt werden (Handlungsauswahl). Die fünfte und letzte Phase des Regelkreises bildet schließlich die Evaluation. Der Ist- und Soll-Zustand wird miteinander verglichen und der Umsetzungserfolg wird bewertet. Fällt die Evaluation zufriedenstellend aus, endet die Handlungssteuerung an diesem Punkt. Ist dies nicht der Fall, wird der Prozess kreislaufförmig fortgeführt. Auch in diesem Kontext wird betont, dass selbst bei positiver Bearbeitung des Regelkreises nicht zwangsläufig ein sozial kompetentes Verhalten resultiert. Für die Ausführung der vierten Phase, also der Umsetzung des Verhaltens, sei noch angemerkt, dass das Individuum bestimmte Fähigkeiten (Handlungskompetenzen bzw. Skills) benötigt. Dies ist ein wichtiger Aspekt bezüglich vorliegender Arbeit mit (drogenabhängigen) Straftätern. Jeder verfügt über soziale Kompetenzen, zeigt sie jedoch unterschiedlich oft bzw. nur in bestimmten Situationen. Die Frage ist, ob der Mensch imstande ist, also die Fähigkeiten besitzt, das sozial kompetente Verhalten zeigen zu können. Soziale Kompetenztrainings können dabei helfen, derartige Skills zu erlernen.

Das zweite von Kanning (2005) postulierte Modell zur automatisierten Steuerung des Sozialverhaltens besteht im Gegensatz zur elaborierten Steuerung nur aus zwei Phasen der Verhaltenssteuerung. Sie kommt bei routinierten Handlungen zum Einsatz. Zuerst findet wieder eine Situationsanalyse statt, in der das Individuum soziale Hinweisreize in eine Beziehung zu seinen eigenen Zielen setzt. Das Ergebnis ist ein potenziell geeignetes Verhalten, das automatisch gesetzt wird. Meist handelt es sich dabei um Verhaltensweisen, die sich in ähnlichen Situationen bereits bewährt haben.

Man verhält sich also gut und richtig, wenn man sozial kompetent ist. Die Kehrseite der Medaille ist das sozial inkompetente Verhalten. „Dabei stellen Kompetenz und Inkompetenz genau genommen nur die Extrempole eines Kontinuums dar. Verhalten ist nicht einfach kompetent oder inkompetent, sondern mehr oder weniger kompetent bzw. inkompetent“ (Kanning, 2005, S. 34). Zur Entstehung sozialer Kompetenzprobleme, werden von Hinsch und Pfingsten (2002) zwei Aspekte unterschieden. Zum einen die

Entstehung inkompetenten Verhaltens in einer konkreten Situation und zum anderen die Entstehung im Verlauf der Lebensgeschichte eines Menschen. Während früher ein monokausaler Erklärungsansatz zur Entstehung inkompetenter Verhaltensweisen diskutiert wurde, wird heute von einem multikausalen Ansatz ausgegangen. Die Ursachen für sozial inkompetentes Verhalten scheinen vielseitig zu sein. Die Autoren sprechen eine Auswahl an möglichen Ursachen an, die hinsichtlich der Entstehung im Laufe der individuellen Lebensspanne zu sozialen Kompetenzproblemen führen können. Hierzu zählt die soziale Überforderung, die durch äußere Umstände (einschneidende Ereignisse, die zu sozialen Belastungen z.B. chronische Erkrankung führen) oder durch eine ungünstige Lebensplanung entstehen kann. Beim Vorhandensein von Verhaltensdefiziten sind eine fehlende Übung (mangelnde Routine für bestimmtes Sozialverhalten) oder fehlende Vorbilder in Erwägung zu ziehen. Zudem können Erfolge mit aggressivem bzw. unsicherem Verhalten zu inkompetenten Verhaltensgewohnheiten führen. Ebenso können soziale Ängste, ausgelöst durch ein Trauma sowie Beobachtungslernen, oder Selbstbestrafungsgewohnheiten (Missachtung von Selbstlob bzw. Förderung von Selbstbestrafung) als Ursachen für die Entstehung inkompetenten Verhaltens angenommen werden. Der letzte Punkt betrifft kognitive Dysfunktionen, die aus unzureichendem Wahrnehmungslernen (z.B. keine Empathiefähigkeit), unangemessen erworbenen Einstellungen und mangelndem Kompetenzvertrauen resultieren können.

2.3 Selbstkonzept

Als Begründer der Selbstkonzeptforschung gilt William James, der sich Ende des 19. Jahrhunderts mit der Frage befasste, warum Menschen mit ähnlichen Fähigkeiten ganz verschiedenartige Selbstbilder erwerben und deshalb unterschiedlich zufrieden mit sich sind. Der Autor unterscheidet zwischen dem Betrachter („Ich“) und dem Betrachtenden („Mich“). Das „Ich“ stellt die denkende und handelnde Person selbst dar, das „Mich“ das Objekt der Betrachtung der eigenen Person. Letzteres entspricht dem Selbstkonzept, also dem selbstbezogenen Denken, Empfinden und Wissen, welches aus Erfahrungen konstruiert wird. James beschreibt es als multidimensional und hierarchisch. Das spirituelle Selbst ist die oberste Hierarchieebene, das fähigkeitsbezogene Selbstkonzepte und schulfachspezifische Interessen beinhaltet. Es handelt sich hierbei also um das Wissen über eigene Eigenschaften, Fähigkeiten und Einstellungen. Das soziale Selbst impliziert wahrgenommene Fremdwahrnehmungen einer Person. Es besteht aus

Kognitionen über das Ansehen, das man bei verschiedenen Personen(-gruppen) genießt bzw. wie man von diesen wahrgenommen wird. Auf der untersten Hierarchieebene befindet sich schließlich das materielle Selbst, welches das Wissen über den eigenen Körper, wichtige andere Personen und vertraute Gegenstände darstellt (Möller & Trautwein, 2009). Die Annahme der Multidimensionalität des Selbstkonzepts ist bereits in dieser frühen Entwicklung herauszustreichen und ist im Zuge von Erhebungen des Konstrukts und deshalb auch für vorliegende Untersuchung evident.

Das Konzept von William James galt als Basis für weitere Selbstkonzeptmodelle. So definierten Shavelson et al. (1976) in ihrem Modell eine Arbeitsdefinition von Selbstkonzept (Shavelson, Hubner, & Stanton, 1976):

(...) self-concept is a person's perceptions of himself. These perceptions are formed through experience with his environment, (...), and are influenced especially by environmental reinforcements and significant others (Shavelson et al., 1976, S. 411).

Shavelson et al. (1976) gehen von sieben Annahmen aus. Demnach werden dem Selbstkonzept sieben Merkmale zugewiesen: organisiert, multifaktoriell, hierarchisch, stabil, differenziert, evaluativ und entwicklungsorientiert. Wesentlich sind die Annahmen einer multidimensionalen und hierarchischen Struktur. Im Sinne der Hierarchie steht ein globales Selbstkonzept auf der obersten Ebene, das sich unterhalb in ein akademisches und nicht-akademisches aufteilt. Das akademische Selbstkonzept einerseits spaltet sich in einzelne schulfächerbezogene Bereiche auf (z.B. Englisch und Mathematik). Andererseits behandelt das nicht-akademische Selbstkonzept soziale, emotionale und körperbezogene Facetten, die wiederum in spezifische Selbstkonzeptfacetten (z.B. Selbstkonzept in Sport als Aspekt des körperlichen Bereichs) aufgegliedert werden. Die Aspekte der Hierarchie und Multidimensionalität konnten anhand von Untersuchungen bestätigt werden (Byrne & Shavelson, 1986, 1996; Marsh, 1990a; Marsh, Parada, & Ayotte, 2004).

Herauszuheben ist, dass das Selbstkonzept ein hypothetisches Konstrukt ist und deshalb einer Überprüfung der Konstruktvalidität bedarf (Byrne & Shavelson, 1996; Marsh, 1990a; Shavelson et al., 1976). Studien zur Konstruktvalidierung sollten stets aus dem „within-network“ Ansatz und dem „between-network“ Ansatz stammen. „Within-network“ Studien untersuchen die interne Struktur von Selbstkonzept (z.B. Untersuchung der Dimensionalität des Konstrukts). „Between-network“ Studien versuchen einen

Zusammenhang zwischen dem Selbstkonzept und anderen Konstrukten herzustellen (Marsh, 1990a; Shavelson et al., 1976).

Auf Basis des Modells von Shavelson et al. (1976) entwickelten sich die Self Description Questionnaire (SDQ-) Verfahren zur Erfassung des Selbstkonzeptes in verschiedenen Altersgruppen. Zu nennen ist in diesem Zusammenhang Professor Herbert W. Marsh, der in den 1980er Jahren mit der Selbstkonzeptforschung begann und die SDQ-Verfahren entwickelte (Marsh, 1990a). Hierzu zählen der SDQ I für das mittlere Kindesalter (Marsh, 1990b), der SDQ II für das frühe und mittlere Kindesalter (Marsh, 1990c) und der SDQ III für das späte Jugend- und frühe Erwachsenenalter (Marsh, 1992).

In einer Studie von Byrne und Shavelson (1996), die an Kindern im frühen und mittleren Kindesalter und Jugendalter mittels der SDQ-Verfahren durchgeführt wurde, zeigte sich einerseits ein Geschlechtereffekt. Hinweise darauf gibt die Skala zu den Beziehungen zu Personen gleichen Geschlechts, die stärker mit dem sozialen Selbstkonzept korrelierte als die Skala zu den Beziehungen zu Personen unterschiedlichen Geschlechts. Andererseits werden altersbedingte Unterschiede in den Skalen festgestellt, die auf die unterschiedlichen Entwicklungsphasen der Kinder zurückzuführen sind. In der Studie wird zwischen Selbstkonzept bezüglich Schule, Klassenkameraden, Eltern und Selbstkonzept im Allgemeinen differenziert. Es zeigt sich, dass die Wahrnehmung der eigenen allgemeinen sozialen Kompetenz klar mit den sozialen Interaktionen mit den Klassenkameraden verbunden ist und altersunabhängig ist (Grade 3 $r = .95$, Grade 7 $r = .96$, Grade 11 $r = .97$). Eine noch stärkere Korrelation ist im Familienkontext zu verzeichnen. Das bedeutet, dass die Selbstwahrnehmung der sozialen Kompetenzen auf Basis der Beziehungen zu den Eltern geformt wird (Grade 3 $r = .99$, Grade 7 $r = .99$, Grade 11 $r = .89$). Aufgrund dieser Ergebnisse sei festgehalten, dass die globale Selbstwahrnehmung eines Individuums wesentlich durch die Beziehungen zu anderen beeinflusst wird. Elias und Haynes (2008) weisen auf die Wichtigkeit sozialer Kompetenzen für die schulische und berufliche Laufbahn hin. Somit kann davon ausgegangen werden, dass schulische bzw. akademische Fähigkeiten ebenfalls eine wichtige Rolle in der Selbstwahrnehmung einnehmen.

Kulturelle Unterschiede bezüglich individueller Überzeugungen und Werte wirken ebenfalls auf die Konsistenz des Selbstkonzepts eines Menschen ein (English & Chen, 2007). Diese sollten bei der Erhebung des Konstrukts auf jeden Fall berücksichtigt werden.

2.4 Erfassung von sozialen Kompetenzen

Vielfach erscheinen Studien, in welchen soziale Kompetenzen erhoben und Ergebnisse interpretiert sowie veröffentlicht werden. Problematisch bei der Erfassung des Konstrukts sind in erster Linie die Definitionsvielfalt und Unterschiedlichkeit der Vorstellungen darüber was soziale Kompetenz überhaupt ist (Bastians & Runde, 2002).

Es besteht kein Konsens darüber wie soziale Kompetenzen genau gemessen werden sollen. Die vorgestellten Methoden sind verschiedenartig und umfassen beispielsweise Selbst- und Fremdbeurteilungen, Verhaltensbeobachtungen, Rollenspiele, Interviews, Analysen von sozialen Netzwerken und Computersimulationen (Bastians & Runde, 2002; U. P. Kanning, 2003; Kanning, 2005; Schoon, 2009). Petermann und Petermann (2000) diskutieren eine Mehrebenenendiagnostik, welche die kognitive, emotionale, physiologische und behaviorale Ebene abdecken soll. Die Beschreibung besagter Ebenen kann zur Klärung von sozial kompetenten bzw. inkompetenten Verhalten beitragen.

Laut Bastians und Runde (2002) existieren analog zur Häufigkeit an unterschiedlichen Begriffsbestimmungen auch verschiedenartige Verfahren. Den Grundstein legten Moss und Kollegen im Jahre 1926, die speziell für die Erfassung sozialer Fähigkeiten den „George Washington Social Intelligence Test“ konzipierten. Dieses Verfahren enthält die Subtests „Urteilsvermögen in sozialen Situationen“, „Erkennen des emotionalen Zustandes eines Sprechers“, „Wahrnehmen menschlichen Verhaltens“, „Gedächtnis für Namen und Gesichter“, „Sinn für Humor“, „Identifizierung von emotionalem Ausdruck“ und „Soziales Wissen“ (Rost, 2001). Es schien, als wäre mit den genannten Dimensionen ein breites Spektrum der sozialen Kompetenzen abgedeckt worden, doch konnte faktorenanalytisch nachgewiesen werden, dass das Verfahren von Moss et al. (1926) großteils mit Aspekten der verbalen Intelligenz zusammenfielen (Probst, 1975; zitiert nach Bastians & Runde, 2002). Dies unterstreicht die noch heute bestehende Problematik

und Unsicherheit darüber, wie soziale Kompetenzen in ihrer Vielfältigkeit einheitlich definiert werden können.

Zur Frage welche Methode am besten zur Erfassung von sozialen Kompetenzen geeignet ist, sprechen sich Bastians und Runde (2002) für multimediale Verfahren aus. Sie betonen in diesem Zusammenhang besonders die hohe Ökonomie durch die Vorgabe an Computern. Da eine derartige Umsetzung aufgrund fehlender Ressourcen in der Justizanstalt nicht möglich war und Kanning (2005) jedenfalls eine Kombination mehrerer Instrumente empfiehlt, fiel in vorliegender Untersuchung die Entscheidung auf Selbstbeurteilungsverfahren (ROPELOC von Richards, Ellis & Neill, 2002; FSKN von Deusinger, 1986; SDQ III von Marsh, 1992) sowie auf eine systematische Verhaltensbeobachtung.

3 Drogenabhängige Rechtsbrecher

Es wird davon ausgegangen, dass zwei Drittel aller Drogenabhängigen im Verlauf ihrer Drogenkarriere mindestens einen Haftaufenthalt haben. Die Wahrscheinlichkeit einer Gefängnisstrafe steigt mit der Dauer der Abhängigkeit an. Die Lebenssituation Drogenabhängiger ist in Bezug auf biopsychosoziale Faktoren als schwierig zu bezeichnen, in Bezug auf den Strafvollzug als äußerst strapaziös. Es kommt bei den Strafgefangenen zu enormen Belastungen aufgrund von Ressourcenmangel oder -verlusten bzw. durch Fehlen oder Schwächung von protektiven Faktoren (Schay et al., 2007). Zudem werden Insassen innerhalb des Gefängnisses mit Mobbing konfrontiert und haben mit einem hohen innerpsychischen Druck umzugehen (Grennan & Woodhams, 2007; Gullone, Jones, & Cummins, 2000; Ireland, 2002). Dies führt zu einer erschwerten Wiederherstellung der psychischen und sozialen Strukturen der Betroffenen (Schay et al., 2007).

Der durch den Rat der Europäischen Union bewilligte EU-Drogenaktionsplan 2009-2012 (ABl. C 326/7) sieht einerseits den verstärkten Einsatz von Alternativen zur Inhaftierung von drogenabhängigen Rechtsbrechern vor und andererseits die Entwicklung und Umsetzung von Prävention, Behandlung, Schadensminderung und Rehabilitation für Inhaftierte, die den verfügbaren Leistungen außerhalb des Gefängnisses vergleichbar sind. Zudem soll besonderes auf die Betreuung nach der Entlassung geachtet werden.

Im Bericht zur Drogensituation 2012 des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheit wurde zur Prävalenz des problematischen Drogenkonsums unter Beteiligung von Opiaten eine Schätzung von 29.500 bis 34.000 Personen angegeben. In Österreich überwiegt vor allem der polytoxikomane Gebrauch, bei dem mehrere verschiedene Substanzen pro Tag entweder abwechselnd oder gleichzeitig eingenommen werden. Die Zahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (SMG) ist 2011 im Vergleich zum Vorjahr weiter angestiegen. Dies betrifft sowohl Vergehens- (§ 27 SMG – unerlaubter Umgang mit Suchtgift) als auch Verbrechenstatbestände (§ 28 SMG – Vorbereitung von Suchtgifthandel und § 28a SMG – Suchtgifthandel). Im Jahr 2011 zeigt sich, wie bereits im Vorjahr, ein Anstieg der Anzahl der Verurteilungen nach dem SMG, nachdem diese in den Jahren 2006 bis 2009 kontinuierlich gesunken sind. 74 Prozent der Betroffenen

erhielten eine Freiheitsstrafe, wobei der Anteil der bedingten Freiheitsstrafen an allen Freiheitsstrafen 41 Prozent betrug. Was die involvierten Substanzen angeht, nimmt Cannabis eine bedeutende Stellung innerhalb des Drogenspektrums ein (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2012). Laut Comer (2007) führte der Gebrauch von Marihuana, der beliebtesten Form von Cannabis, bis in die frühen 1970er Jahre kaum zu Missbrauch oder Abhängigkeit. Die Situation veränderte sich, denn heute ist das erhältliche Marihuana mindestens viermal stärker als damals und kann deshalb Intoxikationen verursachen.

Da 1968 der Begriff „Sucht“ von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durch „Abhängigkeit“ ersetzt wurde (Kruse, 2004), wird dieser Term für die nachfolgende Arbeit übernommen. Von der WHO wird Abhängigkeit beschrieben als „... psychisches und manchmal auch körperliches Zustandsbild als Folge der Einnahme einer psychotropen Substanz: Es ist charakterisiert durch Verhaltensstörungen und andere Störungen, die den Drang einschließen, die Substanz ständig oder periodisch zu sich zu nehmen, um deren psychischen Effekt zu erleben und manchmal, um das Mißbehagen beim Fehlen der Substanz zu vermeiden“ (Kruse, 2004, S. 209)

Im vorliegenden Kapitel wird zuerst auf Erklärungsansätze für Substanzkonsum aus der Sicht einzelner psychologischer Schulen eingegangen (Kapitel 3.1). Weiters wird der Zusammenhang zwischen Drogenkonsum und Delinquenz erläutert (Kapitel 3.2). Im Anschluss wird von der Drogenbehandlung im forensischen Setting auf nationaler und internationaler Ebene berichtet (Kapitel 3.3), wobei aus österreichischer Sicht die beiden gesetzlich verankerten Formen „Therapie statt Strafe“ (§ 39 SMG) sowie „Behandlung im Maßnahmenvollzug“ (§ 22 StGB) näher vorgestellt werden (Kapitel 3.4). In Bezug auf Drogenbehandlung sind die Aspekte der Freiwilligkeit, des Zwangs und der Therapiemotivation seitens der Klienten evident. Diese werden in Kapitel 3.5 diskutiert.

3.1 Erklärungsansätze für Substanzkonsum

Es gibt verschiedene Theorien und Erklärungsansätze für den Konsum von Drogen und den Weg in die Abhängigkeit, wobei diese nie strikt getrennt voneinander gesehen werden können. Vielmehr beeinflussen sie sich gegenseitig und greifen ineinander ein. Beck, Wright, Newman und Liese (1997) beschreiben diesbezüglich einige allgemeine

Ursachen. So ist das Verlangen nach Vergnügen bzw. dem Gefühl „high“ zu sein und dieses Erleben mit anderen zu teilen essentiell. Zudem wird meist davon ausgegangen, dass soziale Kompetenzen, Wortgewandtheit und Kreativität durch die Einnahme von Substanzen gesteigert werden. Zusammenfassend beziehen sich typische Abhängigkeitsgedanken „... auf Lustgewinn, Problemlösen, Entspannung und Flucht“ (Beck et al., 1997, S. 40).

Nach Beck und Kollegen (1997) kann der konventionelle Verlauf von Drogenkonsum im „Teufelskreismodell der Sucht“ zusammengefasst werden. Demnach entscheidet sich eine Person, die sich ängstlich oder traurig fühlt und auf der Suche nach Entspannung ist, dafür Drogen zu nehmen. Es folgen langfristige, negative Konsequenzen, die im sozialen, medizinischen, finanziellen oder justitiellen Bereich angesiedelt sind. Die Sorgen darüber führen zu noch größerer Angst und damit zum weiteren Konsum von Drogen, um damit die Angst zu neutralisieren. Auf diese Art entsteht der Teufelskreis der Abhängigkeit.

Aus der **kognitiv-verhaltenstherapeutischen Sicht** spielt *operante Konditionierung* eine gewichtige Rolle in Zusammenhang mit Substanzabhängigkeit. Die Entspannung und das Wohlbefinden dienen als Verstärker und erhöhen die Wahrscheinlichkeit eines neuerlichen Drogenkonsums (Comer, 2008). Ein bekanntes Modell stellt das *kognitive Modell der Sucht* von Beck und Kollegen (1997) dar. Es ist durch dysfunktionale Grundannahmen charakterisiert (z.B. „Wenn ich lustig und immer gut drauf bin, dann bekomme ich viel Anerkennung“), die als automatische Gedanken und kognitive Schemata den Drang nach Substanzen auslösen. Die Auslösesituation wirkt durch die Bedeutung mit der sie versehen wurde und führt zum Verlangen nach Substanzen. Es handelt sich dabei also um eine gelernte Reaktion auf bestimmte Situationen. Aufgrund eines eintretenden Generalisierungsprozesses reagieren Abhängige bald auf eine größere Bandbreite von Auslösesituationen. Es folgt eine Verallgemeinerung der dysfunktionalen Gedanken. Beck und Kollegen (1997) führen hier das Beispiel des Rauchens an. Wenn zu Beginn der Gedanke bestand „Ich muss eine rauchen, um dazu zu gehören“, dann könnte dieser später lauten „Ich brauche das Rauchen, um in meiner Clique akzeptiert zu sein“ und noch etwas später „Ich muss rauchen, um die Einsamkeit und den Stress zu vergessen“. Auch erlaubniserteilende Grundannahmen spielen in der Theorie von Beck eine Rolle. Eine solche Grundannahme könnte sein: „Wenn ich mich schlecht fühle, dann darf ich ruhig etwas nehmen.“ In der Behandlung liegt der Schwerpunkt auf der

Änderung abhängigkeitspezifischer Grundannahmen und der Erhöhung von Selbstkontrollstrategien.

Der **tiefenpsychologische Ansatz** unterscheidet nach Veltrup und Barta (2000) drei Erklärungsmodelle: das Triebmodell, das Ich- oder Strukturpsychologische Modell und das Objektpsychologische Modell. Beim *Triebmodell* wird davon ausgegangen, dass Substanzabhängigkeit der Versuch ist einen Triebkonflikt zu lösen. In Bezug auf die orale Phase, wird durch die Einnahme von Drogen Unlust verhindert und Lust maximiert. Nach dem *Ich- oder Strukturpsychologischen Modell* werden die Drogen (unbewusst) verwendet, um einen Defekt in der Persönlichkeitsstruktur zu kompensieren. Der Substanz wird demnach ein Selbstheilungscharakter zugeschrieben, da sie affektdämpfend und –regulierend wirkt. Der Selbstzerstörungscharakter der Abhängigkeit steht im Zentrum des *Objektpsychologischen Modells*. Die Person entwickelt Aggressionen gegen das Ich als Bestrafung aggressiver Impulse.

In der **systemischen Sichtweise** wird die Substanz als zentrales Prinzip für *Interaktionen* und *Aktivitäten der Familie* angesehen. Es stellt sich die Frage, inwiefern das Abhängigkeitsverhalten die Familieninteraktion beeinflusst. Zumeist hat die Abhängigkeit die Funktion den Zusammenhalt innerhalb der Familie zu stärken und Konflikte gegebenenfalls zu entschärfen. Die Familie wird versuchen, das abhängige Verhalten zu kontrollieren und die negativen Folgen so gering wie möglich zu halten. Gelingt dies nicht, wird die Person bzw. werden die Personen mit dem Substanzkonsum ausgegrenzt (Feuerlein, Küfner, & Soyka, 1998). Im Kontext des familiären Umfelds sind Verhaltensweisen von Familienmitgliedern, durch die Veränderungsprozesse des Betroffenen gehemmt oder sogar verhindert werden (Co-Abhängigkeit), ebenfalls zu berücksichtigen (Meyer & Bachmann, 2005).

Die **biologische Perspektive** geht von einer *genetischen Prädisposition* aus. Die familiäre Häufung von Substanzabhängigkeit ist gut untersucht. So zeigen Zwillings- und Adoptionsstudien, dass manche Menschen eine Prädisposition für Substanzmissbrauch und -abhängigkeit erben. Es wird hier auch von einer „sozialen Vererbung“, der Weitergabe von Verhaltensweisen durch Erlernen, gesprochen. Von großem Interesse aus biologischer Sicht ist zudem die Aktivierung des *Belohnungszentrums* im Gehirn durch Substanzen, denn die Person empfindet dadurch Freude. Der essentielle Neurotransmitter

in diesem Zusammenhang ist Dopamin, der durch Musik, Umarmungen, Lob oder Drogen aktiviert wird (Comer, 2008; Veltrup & Batra, 2000).

3.2 Drogenkonsum und Delinquenz

Im Jahr 2011 begingen 36.461 Personen in Österreich eine strafbare Handlung nach dem Strafgesetzbuch, davon 4.444 das Suchtgift- bzw. Suchtmittelgesetz betreffend. Insgesamt waren von den Verurteilungen zu rund 78 Prozent Erwachsene (21-jährig und älter), 14 Prozent junge Erwachsene (18 bis 20-jährig) und 8 Prozent Jugendliche (14 bis 17-jährig) betroffen (Statistik Austria, 2012).

Mulvey, Schubert und Chassin (2010) begleiteten 1.300 jugendliche Straftäter sieben Jahre lang nach ihrer Verurteilung. Die wesentlichen Ergebnisse bezogen sich auf die Verbindung zwischen Drogenkonsum und Delinquenz. Demnach ist es wahrscheinlicher, dass junge Gewohnheitsverbrecher, also Personen die immer wieder Straftaten begehen, Drogen konsumieren oder unter einer substanzinduzierten Störung leiden als andere jugendliche Straftäter. Substanzkonsum und Delinquenz in jungen Jahren scheinen, laut dem Forscherteam, ein Prädiktor für die Aufrechterhaltung von Gewohnheitsverbrechen in höherem Alter zu sein. Dispositionelle Faktoren (z.B. geringe Affektregulation, Stress oder Depression) können vermehrt zu externalisierendem Verhalten in Form von Drogenkonsum und Delinquenz führen.

Nach Bennett, Holloway und Farrington (2008) findet man in der Literatur unzählige Theorien, die den Zusammenhang zwischen Drogenkonsum und Delinquenz zu beschreiben versuchen. Zusammenfassend kann man diese Theorien in drei unterschiedliche Ansichten teilen. Eine Gruppe ist jene, die einen direkt kausalen Zusammenhang zwischen den beiden Variablen sieht d.h. Drogenkonsum verursacht Delinquenz oder umgekehrt. Hier wäre die Geldbeschaffungskriminalität als Beispiel zu nennen. Eine weitere Meinung besteht darin, dass es einen indirekten kausalen Zusammenhang gibt. Dies würde bedeuten, dass eine zusätzliche Variable sowohl den Drogenkonsum als auch die Delinquenz verursacht. Gemeint sind hier psychische, soziale und umgebungsbedingte Faktoren, in welche ein Individuum eingebettet ist. Dieser Meinung schließen sich Valdez, Kaplan und Curtis (2007) an, indem sie besonders Themen wie Ausbildung, Beruf und Familiengründung als richtungsweisend für die

Verbindung zwischen Drogenkonsum und Delinquenz nennen. Die dritte und letzte Gruppe sieht keinen kausalen Zusammenhang zwischen Substanzkonsum und delinquentem Verhalten (Bennett et al., 2008).

Eine Meta-Analyse von Bennett und Kollegen (2008) ergab eine drei- bis viermal höhere Wahrscheinlichkeit für Drogenkonsumenten eine kriminelle Handlung zu begehen als für Nicht-Drogenkonsumenten. Der Zusammenhang war allerdings je nach Art der Droge unterschiedlich. So war die Wahrscheinlichkeit bei Crackkonsum am höchsten, gefolgt von Heroin und Kokain. Die Autoren sprechen in diesem Zusammenhang eine bekannte Theorie an, die besagt, dass besonders der Konsum von teuren Drogen zu Geldbeschaffungskriminalität führt.

Eine Erhebung des Bureau auf Justice Statistics, die 2004 in amerikanischen Gefängnissen durchgeführt wurde, bekräftigt den Zusammenhang zwischen Drogenkonsum und Delinquenz. Demnach gaben 56 Prozent der Insassen an, dass sie im Monat vor der Straftat Substanzen konsumierten. Während des Delikts, so die Zahlen der Untersuchung, standen 32 Prozent der Täter unter Drogeneinfluss (Mumola & Karberg, 2006). Die Tatsache, dass 53 Prozent der amerikanischen Strafgefangenen die DSM-IV Kriterien für eine substanzinduzierte Störung erfüllen (Mumola & Karberg, 2006), zeigt die Evidenz für adäquate Drogenbehandlungen in Gefängnissen auf.

3.3 Drogenbehandlung im forensischen Kontext

Über die Entwöhnungsbehandlung und deren Erfolg im forensischen Setting wird in der Literatur vielfach diskutiert und es scheint als gäbe es lediglich zwei konträre Meinungen zu diesem Thema. Einerseits heißt es, dass der Strafvollzug nur in einem äußerst begrenzten Maße adäquate Behandlungsbedingungen für drogenabhängige Rechtsbrecher schaffen könne (Schay et al., 2007). Andererseits ist man der Ansicht, dass eine starke Therapiemotivation den Behandlungsprozess positiv beeinflussen kann und zwar unabhängig von der Freiwilligkeit (National Institute on Drug Abuse and National Institutes of Health, 2009). Zudem ist hier kritisch zu hinterfragen, ob eine Drogenbehandlung, mit Familie, Arbeitgeber oder anderen Personen und Behörden im Hintergrund, überhaupt jemals auf Freiwilligkeit basieren kann. Auf die Themen der Therapiemotivation, Freiwilligkeit und Zwang wird in Kapitel 3.4 näher eingegangen.

Bei der medizinischen Behandlung von Opiatabhängigen findet vor allem die medikamentöse *Detoxifikation* (Entzugsbehandlung) und die Substitution (Erhaltungstherapie) Anwendung. Bei ersterer steht die Entgiftung des Abhängigen im Vordergrund wobei die Abstinenz das deklarierte Ziel darstellt (Gegenhuber, Spirig, & Malfent, 2008). Der Entzug erreicht am dritten Tag seinen Höhepunkt, lässt dann sukzessive nach und verschwindet schließlich um den achten Tag. Währenddessen besteht entweder die Möglichkeit die Symptome durchzustehen oder sie durch neuerlichen Opiatkonsum zu beenden. Unumgänglich sind unterstützende Maßnahmen zur Rückfallprävention, denn nach einer Phase der Abstinenz gehen Menschen ein hohes Überdosierungsrisiko und damit die Gefahr einer erhöhten Akutmortalität ein (Comer, 2008; Strang, McCambridge, & Best, 2003).

Als Methode der Wahl gilt bei Vorliegen einer Opiatabhängigkeit die *Substitution* (Erhaltungstherapie). Diese ist eine längerfristige medikamentöse Behandlung bei der ärztlich verordnete Medikamente eingesetzt werden. In Österreich sind für die Substitutionsbehandlung Methadon, Buprenorphin und retardierte Morphine zugelassen, wobei letztgenanntes ausschließlich bei einer nachgewiesenen Unverträglichkeit mit den beiden erstgenannten Substanzen zum Einsatz kommt. Substitutionsmittel lösen im Gehirn eine ähnliche Wirkung wie Opiate aus und mildern die Entzugssymptome und das Substanzverlangen. Die Ziele einer Erhaltungstherapie sind besonders in gesundheitlicher und sozialer Hinsicht zu finden. So kann riskanter Drogenkonsum oder die bereits erwähnte Mortalität durch Überdosierung gesenkt werden sowie die Verbreitung von ansteckenden Krankheiten wie HIV und Hepatitis eingeschränkt werden. Zudem kann die mit der Substitution einhergehende Stabilität der betroffenen Patienten bei der neuerlichen Integration in den Wohnungs- und Arbeitsmarkt helfen und durch den Wegfall der Beschaffungskriminalität zur Entkriminalisierung der Betroffenen beitragen. Im Gefängnis wird die Substitution ebenfalls als Behandlungsform angewendet und verfolgt zusätzlich zu den bereits erwähnten Zielen gefängnispezifische Ziele, wie die Verbesserung der Sicherheit durch Verringerung des Drogenkonsums und des gewalttätigen Verhaltens (Gegenhuber et al., 2008).

Hinsichtlich der Effektivität einer Erhaltungstherapie existieren zahlreiche Forschungsbefunde. Amato und Kollegen (2005) analysierten insgesamt 52 Studien mit opiatabhängigen Klienten, wobei der Therapieerfolg unterschiedlicher Behandlungsformen verglichen wurde: Behandlung mit Buprenorphin, LAAM (Levo-Alpha Acetyl Methadol), Heroin und Methadon, sowie Entzugsbehandlung und keine Behandlung. Die Behandlung mit Methadon erwies sich durchwegs als effektivste Methode. Dies zeigte sich auch bei drogenabhängigen Rechtsbrechern in der Anzahl der Tage an welchen sie, nach der Entlassung, an einer Drogenbehandlung teilgenommen hatten. Klienten, die im Gefängnis ausschließlich Beratung erhielten, nahmen durchschnittlich 23 Tage und Klienten, die eine Beratung sowie Behandlung mit Methadon erhielten, nahmen durchschnittlich 166 Tage an einer Drogenbehandlung teil (Kinlock, Gordon, Schwartz, Fitzgerald, & O'Grady, 2009). Zudem zeigte sich, dass ältere Männer mit einer langen Haftstrafe ein besseres Behandlungsergebnis zeigten als jüngere Männer mit kürzeren Haftstrafen (Gordon, Kinlock, Couvillion, Schwartz, & O'Grady, 2012). Medikation ist jedenfalls ein wichtiges Element der Entwöhnungsbehandlung, speziell wenn sie mit psychologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen kombiniert wird (National Institute on Drug Abuse and National Institutes of Health, 2009).

Anders als in Australien, Neuseeland, Kanada, Puerto Rico, manchen zentralasiatischen Ländern und den meisten Ländern Europas (Stallwitz & Stöver, 2007) wird in Amerika die Erhaltungstherapie nur selten in den Gefängnissen eingesetzt. Dort besteht eine allgemeine Präferenz für die Entzugstherapie im Gegensatz zur Substitution oder zu psychologischen bzw. psychotherapeutischen Maßnahmen (Nunn et al., 2009). Eine nationale Studie von Nunn und Kollegen (2009) unter 52 amerikanischen Gefängnissen zeigte, dass viele der medizinischen Verantwortlichen mit den Vorteilen einer Substitution gar nicht vertraut sind.

Die Justizanstalt Favoriten (JAF) in Wien ist die zentrale Haftanstalt für Drogenbehandlung in Österreich mit einem vielschichtigen Behandlungskonzept. Wagner und Gegenhuber (2010) berichten, dass nach der Überstellung in die JAF die männlichen Insassen vorläufig auf der Zugangsabteilung bleiben, in der eine Anamnese durchgeführt und bei Bedarf auf die Substitutionsmittel umgestellt wird. In der Justizanstalt Favoriten wird fast ausschließlich mit Methadon substituiert, nur in Ausnahmefällen mit

Buprenorphin und retardierten Morphinen. Das psychologisch-psychotherapeutische Behandlungsangebot beinhaltet zum einen eine verpflichtende Gruppentherapie und zum anderen Entspannungstraining, Biofeedback, multiprofessionelle tiergestützte Interventionen, Sport- und Kreativgruppen und Kunstprojekte. Laut Buchholz, Lamott und Mörtl (2008) werden im Justizvollzug bevorzugt Gruppentherapien durchgeführt, da Klienten neue An- und Einsichten oftmals besser von Betroffenen als von Therapeuten annehmen können und daher eine Gruppentherapie besser als eine Einzeltherapie für sich nutzen können. Untergebracht sind die Insassen der Justizanstalt Favoriten in Wohngruppen, was die Auseinandersetzung mit prosozialen Normen und dem Ausbrechen aus dem süchtigen Lebensstil unterstützen soll. Nach einer mindestens sechsmonatigen Behandlung im geschlossenen Vollzug, einer nicht mehr lange andauernden Reststrafe und einer hohen Stabilität bezüglich des Konsumverhaltens kann sich der Insasse um einen Platz in einer Vollzugslockerungsabteilung bewerben. Bleibt dort die Stabilität erhalten, können die Insassen Arbeitsplätze auch außerhalb der Haftanstalt annehmen und ausgedehnte Ausgangsregelungen nutzen (Wagner & Gegenhuber, 2010).

Eine aus dem stationären Drogenentzug bekannte Behandlungsmethode, die *therapeutische Gemeinschaft* („Therapeutic Community“), ist eine weitere Maßnahme die in Gefängnissen eingesetzt wird (Welsh & McGrain, 2008; Zhang, Roberts, & McCollister, 2011). Das Programm hat eine begrenzte Dauer, die zwischen 6 und 12 Monaten liegt, und als Ziel die Resozialisierung der Betroffenen hat. Besonders der gemeinschaftliche Faktor, der die anderen Betroffenen, die Angestellten und den gesamten sozialen Kontext miteinschließt, wird als aktive Komponente genützt. Die Behandlung ist stark durchstrukturiert und fokussiert auf Aktivitäten, die den Betroffenen helfen sollen ihre schädlichen Gedanken sowie Verhaltensmuster und ihr Selbstkonzept wahrzunehmen und einen neuen konstruktiven Weg in der Interaktion mit anderen Menschen zu erarbeiten (National Institute on Drug Abuse and National Institutes of Health, 2009). Über die Effektivität der therapeutischen Gemeinschaften im forensischen Kontext finden sich in der Literatur widersprüchliche Ergebnisse. Zhang, Roberts und McCollister (2011) verglichen eine Gruppe von Gefängnisinsassen, die in einer therapeutischen Gemeinschaft lebten, mit einer Kontrollgruppe. Mehr als 60 Prozent beider Gruppen kamen innerhalb von zwei Jahren nach der Entlassung wieder ins Gefängnis. Es konnte demnach kein signifikanter Erfolg bezüglich der therapeutischen

Gesellschaften festgestellt werden. Auf der anderen Seite ergab eine Metaanalyse von Mitchell, Wilson und MacKenzie (2007), dass sich therapeutische Gemeinschaften nicht nur positiv auf die Rückfallquote und die Wiederverurteilung auswirken, sondern aufgrund der nachweislichen Effektivität in unterschiedlichen Stichproben, auch bei einem breiten Spektrum an StraftäterInnen eingesetzt werden kann.

Boot Camps haben innerhalb des amerikanischen Militärs eine lange Tradition, wobei der Grundgedanke das Einführen der Rekruten in die Militärkultur ist. In einer für Straftäter abgewandelten Form werden Boot Camps auch im forensischen Kontext im Sinne der Rehabilitation eingesetzt. Sie nehmen an streng geleiteten Aufgaben teil, lernen den militärischen Drill und tragen Uniformen. Der gesamte Tagesverlauf ist mittels festgelegten Aktivitäten stark strukturiert. Auf die körperliche Ertüchtigung wird in allen Boot Camps Wert gelegt, jedoch unterscheiden sie sich im Umfang der zusätzlich angebotenen therapeutischen Programme, wie Drogenbehandlung oder kognitivem Training. Befürworter sind der Meinung, dass der raue Umgang als Abschreckung für zukünftiges kriminelles Verhalten fungiert und die Aktivitäten den Straftätern Selbstdisziplin einflößt. Kritiker argumentieren, dass Boot Camps nicht als therapeutisches Programm konzipiert sind und den Rückfall ins kriminelle Verhalten eher fördert als verhindert (Wilson & MacKenzie, 2006). Untersuchungen zeigen jedoch, dass weder die eine noch die andere Seite in ihren Meinungen bestätigt werden können und was im Speziellen drogenabhängige Rechtsbrecher betrifft, ist eine Reduzierung der Rückfallquote aufgrund eines Boot Camps als unwahrscheinlich einzustufen (Wilson & MacKenzie, 2006; Mitchell et al., 2007). Ein weiterer ähnlicher Ansatz besteht in der Einberufung von Straftätern zum Militär im Sinne der Kriminalitätsbekämpfung. Es wird argumentiert, dass die Einberufung Defizite der internen und externen Kontrolle von Rechtsbrechern anspreche während im Justizsystem Kosten gespart werden und die Stigmatisierung der Inhaftierung vermieden wird (Miller, Shutt, & Bernstein, 2010).

In Deutschland wurde im Zuge des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) die Möglichkeit geschaffen, dass drogenabhängige Rechtsbrecher unter bestimmten Voraussetzungen in stationären Einrichtungen der Drogenhilfe eine Drogenbehandlung in Anspruch nehmen können und diese Zeit auf die (Haft-)Strafe angerechnet werden kann. Dieses Vorgehen setzt eine gewisse Kooperationsbereitschaft zwischen Justiz und Drogenhilfe voraus, die offensichtlich derzeit nur im geringen Maße gegeben ist. Durch finanzielle

Einschränkungen sowie Verkürzung der Therapiezeiten wurde die fachliche Bewegungsfreiheit (z.B. Informations- bzw. Aufnahmegespräche) der deutschen Drogenhilfe enorm eingeschränkt. In Summe ergeben sich daraus drei weitreichende Konsequenzen. Zum einen sinkt jener Anteil der Patienten, der aus seinem Alltag heraus eine Therapie beginnt, zum anderen steigt jener Anteil an drogenabhängigen Rechtsbrechern, der direkt aus einer Justizanstalt in eine Therapieeinrichtung vermittelt wird. Zudem ist durch die fehlenden finanziellen Mittel keine fachliche Diagnose- und Indikationsstellung vor der Aufnahme möglich. Somit ist es für die Einrichtungen der Drogenhilfe nicht möglich zu erheben, ob die Betroffenen im jeweiligen Behandlungssetting adäquat behandelt werden können (Schay et al., 2007).

Forschung zeigt, dass Drogenbehandlung für drogenabhängige Rechtsbrecher während und nach der Inhaftierung einen signifikanten Effekt auf den zukünftigen Drogenkonsum, das kriminelle Verhalten und den sozialen Bereich haben kann (National Institute on Drug Abuse and National Institutes of Health, 2009).

3.4 Gesetzliche Rahmenbedingungen

Was die Bestrafung von Drogendelikten angeht, unterscheidet das österreichische Suchtmittelgesetz einerseits zwischen „Therapie statt Strafe“ (§ 39 SMG) und andererseits der „Behandlung im Maßnahmenvollzug“ (§ 22 StGB).

In Österreich sind Alternativen zur Bestrafung gesetzlich vorgesehen, besonders der Aufschub des Strafvollzugs im Rahmen *Therapie statt Strafe* (§ 39 SMG) findet hier Anwendung. Laut dem Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheit (2012) steigen die Fälle des Aufschubs des Strafvollzugs kontinuierlich von Jahr zu Jahr an. Bereits im Jahr 1971 wurde durch das österreichische Suchtgiftgesetz (SGG) die Grundlage geschaffen drogenabhängige StraftäterInnen straflos zu lassen, sofern sie sich einer ärztlichen Behandlung oder einer Überwachung unterziehen. Seit dem neuen Suchtmittelgesetz (SMG) aus 1998 zählen nun klinisch-psychologische Behandlung, Psychotherapie und psychosoziale Betreuung als Alternative zur Haftverbüßung. Zusammengefasst wird dieses Angebot unter dem Begriff der gesundheitsbezogenen Maßnahmen (Gegenhuber, Werdenich, & Kryspin-Exner, 2009).

Nach Paragraph 39 Absatz 1 des Suchtmittelgesetzes kann dem drogenabhängigen Verurteilten der Aufschub einer verhängten Geldstrafe oder einer drei Jahre nicht überschreitenden Freiheitsstrafe für die Dauer von höchstens zwei Jahren gewährt werden. Voraussetzung dafür ist, dass der Verurteilte an Suchtmittel gewöhnt ist und sich bereit erklärt, sich den notwendigen gesundheitsbezogenen Maßnahmen zu unterziehen. Das Gericht kann den Verurteilten auffordern Bestätigungen über den Verlauf der Maßnahme vorzuweisen. Sollte der Betroffene die gesundheitsbezogene Maßnahme nicht wahrnehmen oder neuerlich wegen einer Straftat verurteilt werden, wird der Aufschub widerrufen und die Strafe vollzogen.

Zur *Behandlung im Maßnahmenvollzug* (§ 22 StGB) sei auf den Paragraph 22 Absatz 1 des Strafgesetzbuches verwiesen. Dieser besagt, dass vom Gericht in eine Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher einzuweisen ist, wer dem Missbrauch eines berauschenden Mittels oder Suchtmittels ergeben ist und wegen einer im Rausch oder sonst im Zusammenhang mit der Gewöhnung begangenen strafbaren Handlung oder wegen Begehung einer mit Strafe bedrohten Handlung im Zustand voller Berauschung verurteilt ist und zu befürchten ist, dass er im Zusammenhang mit seiner Gewöhnung eine mit Strafe bedrohte Handlung mit schweren oder nicht bloß leichten Folgen begehen werde. Absatz 2 besagt, dass von der Unterbringung in einer Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher abzusehen ist, wenn die Haftstrafe länger als 2 Jahre andauern würde oder die Behandlung aussichtslos erscheint. Laut Wagner und Gegenhuber (2010) wird zur Erstellung der Behandlungsprognose bzw. -motivation des Verurteilten ein Gutachter bzw. eine Gutachterin hinzugezogen. Ausschließlich bei einer positiven Einschätzung kann die Maßnahme nach § 22 vorgeschlagen werden, bei einer negativen Beurteilung wird der Strafgefangene bzw. die Strafgefangene im Normalvollzug untergebracht.

Die Unterbringung gemäß § 22 StGB wird in Österreich in sogenannten „Sonderabteilungen für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher“ in unterschiedlichen Justizanstalten (JA) vollzogen (JA Stein und JA Innsbruck, früher auch JA Eisenstadt und JA Feldkirch), primär jedoch in der Justizanstalt Favoriten. Durch die Strafrechtsreform im Jahre 1975 wurde der Grundstein für die Anhaltung Substanzabhängiger zum Zweck der Behandlung auch über die Strafdauer hinaus gelegt. Wenn die Rechtsbrecher eine

Haftstrafe von mehr als 2 Jahren zu verbüßen haben, bietet der Strafvollzug nach § 68a StVG die Möglichkeit einer Entwöhnungsbehandlung. Diese erfolgt freiwillig und auf Eigeninitiative, denn für einen Platz in einer Anstalt bzw. einer Sonderabteilung für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher ist eine schriftliche Bewerbung mit der Schilderung der Abhängigkeitsproblematik und Motivation ausschlaggebend (Wagner & Gegenhuber, 2010). Laut Paragraph 68a Absatz 1 des Strafvollzugsgesetzes (StVG) ist ein Strafgefangener bzw. eine Strafgefangene einer Entwöhnungsbehandlung zu unterziehen, „wenn dieser dem Missbrauch eines berauschenden Mittels oder Suchtmittels ergeben ist und die Behandlung im Hinblick auf die Dauer der Strafzeit zweckmäßig ist oder wenn die Strafzeit mehr als zwei Jahre beträgt und nur aus diesem Grund von einer Einweisung in eine Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher (§ 22 des Strafgesetzbuches) abgesehen worden ist.“

Wagner und Gegenhuber (2010) führten in Kooperation mit der österreichischen Vollzugsdirektion eine Evaluationsstudie zur Maßnahmenunterbringung nach § 22 StGB durch. In Österreich wurden im Beobachtungszeitraum von 2001 bis 2008 insgesamt 191 Personen in die Maßnahme nach § 22 StGB eingewiesen, das ergibt jährlich im Schnitt rund 24 Einweisungen. Zu erkennen sind regionale Unterschiede in den einzuweisenden Gerichten, denn während das Landesgericht Klagenfurt für circa ein Fünftel (n = 38) der Einweisungen verantwortlich war, gab es am Landesgericht Wien auffallend wenige (n = 8). Die Autorinnen vermuten hier eine unterschiedlich hohe Bereitschaft für die Beiziehung eines Gutachters bzw. einer Gutachterin, da dieser bzw. diese außer einer negativen Behandlungsprognose wenig gegen die Einweisung in die Maßnahme nach § 22 StGB vorbringen kann. Was die Entlassungen betrifft, konnte der Großteil der Untergebrachten vor oder zum Strafeende entlassen werden. Bei etwa einem Viertel der Fälle kam es zu einer Behandlung über das Strafeende hinaus.

3.5 Zwang, Freiwilligkeit und Therapiemotivation

Bei Drogenbehandlungen ist der subjektiv wahrgenommene Zwang zu Beginn einer Therapie ein Aspekt, der Expertenmeinungen offensichtlich in zwei Lager spaltet. Einerseits wird die Freiwilligkeit von Klienten als eine unabdingbare Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung angesehen, andererseits wird in Bezugnahme auf unterschiedliche Gründe von einer Notwendigkeit von Zwangsverordnungen gesprochen.

Für Bühringer, Herbst, Kaplan und Platt (1989) sollte man die Begriffe Zwang und Therapie getrennt voneinander betrachten. Eine Therapie setzt gegenseitiges Vertrauen voraus und stellt einen Prozess zwischenmenschlicher Zusammenarbeit dar, was unter dem Einfluss von Zwang für die Autoren unvorstellbar scheint. Fakt ist jedoch, dass bei der Forderung nach Freiwilligkeit „ein Großteil der Drogenabhängigen, fast alle Sexualstraftäter, die Patienten des Maßregelvollzugs und die Insassen von Justizanstalten, nicht zuletzt aber auch fast alle Kinder und Jugendliche von Psychotherapie ausgeschlossen“ werden (Rotthaus, 1998, S. 271). Ashenberg Straussner (2004) meint, dass substanzabhängigen Patienten der Weg in die Behandlung gewiesen werden muss, da sie aufgrund der drogenspezifischen Auswirkungen auf ihre Gehirnfunktionen keine Freiwilligkeit diesbezüglich zeigen. Es wird hier nicht von einem Unwillen ausgegangen, sondern von den Folgen beeinträchtigter Gehirnfunktionen durch die Substanzen.

Nach Brown, Bühringer, Kaplan und Platt (1987) könnte man Zwang in Zusammenhang mit der Behandlung von Drogenabhängigen als eine Reihe von Handlungen definieren, die von Dritten ausgeführt werden, um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass eine Person eine Behandlung beginnt, abschließt und anschließend abstinent bleibt. Die Autoren ordnen verschiedene Zwänge, die auf Drogenabhängige ausgeübt werden, nach den zwangsausübenden Personen bzw. Einrichtungen und postulieren vier Klassen: Justitielle, soziale, körperliche sowie emotionale und therapeutische Zwänge. Beim *justitiellen Zwang* geht es um die Möglichkeiten, auf Basis des Rechtssystems, einen Drogenabhängigen zu einer Behandlung zu bewegen. Dies kann durch polizeiliche Verfolgung, Strafandrohung oder durch die Art der Verurteilung erfolgen. Beim *sozialen Zwang* werden drei Kategorien vorgestellt, nämlich zum einen Bezugspersonen (z.B. Eltern, Partner, Freunde, Arbeitgeber, usw.), zum anderen soziale Systeme und Institutionen (z.B. Erziehungssystem, Gesundheitssystem, usw.) sowie allgemeine Formen des sozialen Zwangs (z.B. Akzeptanz/Nichtakzeptanz von Drogenkonsum in der Gesellschaft). Wenn von *körperlichen und emotionalen Zwängen* gesprochen wird, sind die Folgen von Erkrankungen aufgrund des Drogenkonsums und die Angst vor etwaigen Folgen gemeint. Unter den *therapeutischen Zwängen* werden Zwangsausübungen innerhalb von Behandlungseinrichtungen zusammengefasst. Dazu zählen Mitarbeiter, andere Klienten, die Behandlungsstrukturen oder -ideologien. Zu ähnlichen Kategorien kommen auch Marlowe, Kirby, Merlike, Festinger und McLellan (2001), die 415 Teilnehmer einer Drogenbehandlung interviewten und eine Clusteranalyse

berechneten. Die Klienten fühlten sich zu Beginn der Behandlung besonders durch sozialen, finanziellen, familiären und justitiellen Zwang sowie durch medizinische und psychiatrische Probleme unter Druck gesetzt. Prendergast, Farabee, Cartier und Henkin (2002) gehen sogar soweit, dass Klienten durch den Einfluss der externen Zwänge wesentlich länger in Behandlung verbleiben, als wenn sie diesen Druck nicht verspüren würden. Die Kategorisierungen von Brown und Kollegen (1987) sowie Marlowe und Kollegen (2001) lassen vermuten, dass jeder scheinbar freiwillige Beginn einer Drogenbehandlung trotzdem von der Anwesenheit externer Zwänge begleitet werden kann (Rotthaus, 1998). Dies zeigt sich beispielsweise in einer Untersuchung von Gegenhuber et al. (2009), in der Klienten mit einer gerichtlichen Auflage („Therapie statt Strafe“, § 39 SMG) bezüglich der Drogenanamnese, medizinischer sowie psychologischer Problematik, des kriminellen Verhaltens und des subjektiv wahrgenommenen Behandlungszwanges mit „Freiwilligen“ verglichen wurden. Hinsichtlich des Drogenkonsums und des kriminellen Verhaltens konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen verzeichnet werden. Was den wahrgenommenen externen Zwang (Familie, Freunde, Arbeitgeber, etc.) angeht, ist ebenfalls kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen festzustellen. Einzig, von der Justiz fühlen sich zwei Drittel der Klienten mit Therapieauflage und nur ein Viertel der „Freiwilligen“ unter Druck gesetzt. Es zeigte sich zudem, dass „freiwillige“ Klienten häufiger unter medizinischen und psychischen Problemen litten.

Gegenhuber und Kollegen (2009) sprechen im Kontext des Strafvollzugsaufschubs, der in Österreich im Rahmen der „Therapie statt Strafe“ (§ 39 SMG) möglich ist, von einer sogenannten Quasi-Zwangsmaßnahme. Trotz des Zwangs besteht dennoch eine Wahlfreiheit für die StraftäterInnen, denn statt die gesundheitsbezogenen Maßnahmen in Form von Behandlung, Psychotherapie und psychosozialer Betreuung wahrzunehmen, bleibt die Möglichkeit des Gefängnisaufenthalts.

Zahlreiche Forschungsberichte bestätigen die wesentliche Rolle der Motivation für eine erfolgreiche psychologische Behandlung. Bei der Motivation im Allgemeinen handelt es sich um motivationale Prozesse, die das Setzen von Zielen betreffen. Es geht also darum, welche Ziele von einer Person konkret angestrebt werden (z.B. Beenden des Drogenkonsums). Eine Form der Motivation ist die Volition, bei der es in weiterer Folge um die Umsetzung bereits gesetzter Zielintentionen geht (z.B. Inanspruchnahme einer

Drogenbehandlung). Zur Unterscheidung von Motivation und Volition hat Heinz Heckhausen im Jahre 1989 mit seinem Modell der Handlungsphasen, oder auch Rubikonmodell genannt, wesentlich beigetragen (Achtziger & Gollwitzer, 2010).

In der Forschung und Praxis zum Thema Abhängigkeitserkrankungen ist die Untersuchung von Veränderungsprozessen wesentlich. In diesem Zusammenhang hat besonders das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (TTM) von Prochaska und DiClemente aus 1983 zunehmend an Bedeutung gewonnen, da es sich mit der Motivation ein bestimmtes Problemverhalten zu verändern, auseinandersetzt (Beck et al., 1997; Bischof, Rumpf, Meyer, Hapke, & John, 2005). Dabei handelt es sich um ein sogenanntes Stadien- bzw. Stufenmodell, das ursprünglich zur Raucherentwöhnung entwickelt wurde. „Transtheoretisch“, da unterschiedliche Konstrukte aus verschiedenen Theorien integriert wurden. Die sechs Stadien bzw. Stufen der Verhaltensänderung sind die Kernstruktur des Modells. Wesentlich ist, dass sich die einzelnen Stadien bzw. Stufen qualitativ voneinander unterscheiden und einen aufbauenden Charakter aufweisen. Folgende Stadien bzw. Stufen werden unterschieden: Präkontemplation, Kontemplation, Vorbereitung, Handlung, Aufrechterhaltung und Termination. Die Verweildauer in den einzelnen Stadien bzw. Stufen ist äußerst unterschiedlich. Die Einteilung in die unterschiedlichen Phasen erfolgt auf Basis der motivationalen Ausgangslage des Individuums. In der *Präkontemplation* sind sich Personen zumeist über die Problematik ihres Verhaltens nicht bewusst und sehen keinen Grund, innerhalb der nächsten sechs Monate, dieses zu verändern. Wägt man bereits die Vor- und Nachteile einer Verhaltensänderung ab und möchte man diese innerhalb der nächsten sechs Monate, aber nicht innerhalb des nächsten Monats, ausführen, befindet man sich in der Phase der *Kontemplation*. In der *Vorbereitung* wird die Intention gebildet und die Personen haben ein bestimmtes Kriterium, um sich dem Zielverhalten anzunähern z.B. Reduzierung des Drogenkonsums. Während der ersten sechs Monate einer erfolgreichen Verhaltensänderung werden die Personen der *Handlungsphase* zugeordnet. Sie handeln ihrer Intention gemäß und bemühen sich um Aufrechterhaltung. Der Übergang in die Phase der *Aufrechterhaltung* erfolgt, wenn das Zielverhalten seit mehr als sechs Monaten beibehalten werden konnte. Das Stadium bzw. die Stufe der *Stabilisierung* ist durch die hundertprozentige Zuversicht, das Zielverhalten beizubehalten und die nullprozentige Versuchung für einen Rückfall charakterisiert. In Bezug auf die sozialen Kompetenzen eines Menschen, ist im TTM besonders die

Selbstwirksamkeitserwartung zu nennen. Es beschreibt die Annahme, das Zielverhalten auch unter widrigen Umständen zeigen zu können. Für eine erfolgreiche Verhaltensänderung gilt jedoch das Durchlaufen aller Phasen als unabdingbar (Beck et al., 1997; Bischof et al., 2005; Knoll, Scholz, & Rieckmann, 2005; Lippke & Renneberg, 2006).

Welsh und McGrain (2008) zeigten, dass die Motivation bei drogenabhängigen Rechtsbrechern das therapeutische Engagement zu jeder Zeit der Behandlung vorhersagt. Gideon (2010) befragte 39 Gefängnisinsassen wie sie die Rolle ihrer Motivation in Bezug auf die Drogenbehandlung wahrnehmen. Sie sahen sowohl die Motivation als auch die Behandlung an sich als entscheidendes Mittel für ihre Rehabilitation. Zusätzlich zur Motivation scheinen jedoch auch Behandlungsstrukturen wie die Kompetenz des Betreuerteams, die Beziehung zu den Betreuern, die Unterstützung der anderen Klienten sowie die Art und der Aufbau des Behandlungsprogramms das therapeutische Engagement maßgeblich zu beeinflussen (Brown et al., 1987; Bühringer et al., 1989; Welsh & McGrain, 2008). Zusammenfassend scheint die Herausforderung an Drogenbehandlungen zu sein, die Motivation von Klienten über die gesamte Zeit aufrecht zu erhalten, damit diese effektiver bei den Personen ankommen kann.

4 Förderung sozialer Kompetenz drogenabhängiger Rechtsbrecher

Der Einfluss sozialer Kompetenz auf das psychische Wohlbefinden ist unbestritten und der Weg in Richtung physischer sowie psychischer Gesundheit wird bereits in der frühen Kindheit geebnet (Denham, Wyatt, Bassett, Echeverria, & Knox, 2009; Garner, 2010). Nach Wiedebusch und Petermann (2011) ist eine alters- und entwicklungsentsprechende sozial-emotionale Kompetenz von Klein- und Vorschulkindern die Grundlage für sehr viele weitere Entwicklungsschritte. Die Autoren weisen zudem auf eine steigende Rate an Kindergartenkindern hin, die im sozial-emotionalen Bereich hohen Förderbedarf aufweisen. Es handelt sich hierbei also um eine aktuelle Thematik, weshalb die Ausbildung und Förderung der sozial-emotionalen Kompetenzen in Schulen jedenfalls unterstützt und verankert werden sollte (Elias & Haynes, 2008).

Studien bei Straffälligen zeigen häufig einen Mangel an sozialer Kompetenzen und Emotionsregulation auf (Fournier et al., 2007; Kury, 1983). Aufgrund dieser Defizite betont Kury (1983) die Zweckmäßigkeit von sozialen Kompetenztrainings für Straftäter, auch in Bezug auf deren Wiedereingliederung in die Gesellschaft.

In vorliegendem Kapitel wird zunächst auf die Verbindung zwischen sozialen Kompetenzen und Drogenkonsum sowie Delinquenz eingegangen (Kapitel 4.1). Im Anschluss werden soziale Kompetenztrainings im Allgemeinen, deren Wirksamkeit und Anwendung im Strafvollzug dargestellt (Kapitel 4.2). Im Kapitel 4.3 wird den Lesern die tiergestützte Intervention, als spezieller Ansatz, nähergebracht. Hier wird zunächst auf die Entwicklung der tiergestützten Arbeit (Kapitel 4.3.1) eingegangen. Im Anschluss wird das hundegetstützte Kompetenz- und Kommunikationstraining MTI (Kapitel 4.3.2) beschrieben, das aktuell in verschiedenen Justizanstalten durchgeführt wird und dessen Effektivität in vorliegender Arbeit evaluiert wird.

4.1 Soziale Kompetenzen versus Drogenkonsum und Delinquenz

Unzählige Studien beschäftigen sich mit Erklärungsansätzen für Drogenkonsum und Delinquenz, wobei unter anderem geringe soziale Kompetenzen und ein negatives Selbstkonzept als Risikofaktoren diskutiert und dargestellt werden.

Ter Laak et al. (2003) führten eine Studie bei delinquenten Mädchen durch und untersuchten unter anderem das Level an Spannung, das in gewissen sozialen Situationen verspürt wird. Die Autoren sehen dies als Komponente sozialer Kompetenzen an und bezeichnen sie als Intensität. Hinsichtlich der Intensität kann gesagt werden, dass Mädchen in bestimmten sozialen Situationen einen nicht angemessenen Grad an Anspannung zeigten, was auf ein Defizit von sozialen Kompetenzen hindeutet. Die Studie zeigte, dass soziale Kompetenzen als Prädiktor für delinquentes Verhalten angesehen werden kann. Sørli, Hagen und Ogden (2008) führten eine Longitudinalstudie an norwegischen Schülern durch und können sich aufgrund ihrer Ergebnisse der Aussage von Ter Laak et al. (2003) anschließen. Auch in einer aktuellen Untersuchung von Jugendstraftätern konnte ein Zusammenhang zwischen Selbstkonzept sowie Selbstwertgefühl und delinquenten Verhalten verzeichnet werden (Nasir et al., 2011).

Suhling und Greve (2010) sowie Lösel (1983) sprechen das Labeling an, also das Etikett, welches jeder straffällige Mensch von der Gesellschaft erhält. Durch die Zuschreibung als „Krimineller“ ergeben sich laut den Autoren zwei Arten von Problemen, das objektive und das subjektive Labeling. Ersteres beschreibt die Gefahr der sozialen Ausgrenzung. Wer als Krimineller tituliert wird, hat es schwerer auf dem Arbeitsmarkt erneut Fuß zu fassen oder wird im Alltag gemieden. Summa summarum werden durch die äußeren Umstände, die Möglichkeiten in die Gesellschaft zurückzukehren wesentlich erschwert. Beim subjektiven Labeling, das es im Kontext dieser Arbeit besonders herauszustreichen gilt, geht es um die Beeinflussung des eigenen Selbstkonzepts. Durch das Etikett des Kriminellen glaubt die Person selbst, dass sie nach wie vor kriminell ist und passt ihre Lebensführung dementsprechend an. Eine Veränderung des Identitätserlebens scheint unumgänglich. Beide Konzepte scheinen dazu zu führen, dass erneute Straftaten wahrscheinlicher werden.

Eine frühe Ansicht von Eysenck (1976; zitiert nach ter Laak et al., 2003), die jedoch im Widerspruch mit den oben genannten Ausführungen steht ist jene, dass manche Straftäter eher mehr als weniger sozial kompetent sind als es der Durchschnittsmensch ist. Eysenck ist der Meinung, dass ein Straftäter soziale, organisatorische und rechnerische Fähigkeiten benötigt um die Risiken einer kriminellen Handlung abschätzen zu können. Um bei dieser „erfolgreich“ zu sein, ist eine Kosten-Nutzen-Analyse durchzuführen. Diesbezüglich sind die Ergebnisse von Ter Laak und Kollegen (2003) interessant, denn eine höhere Frequenz an delinquenten Handlungen in Situationen, in welchen ein durchsetzungsfähiges Auftreten angemessen erschien, wurde von weniger sozialem Unbehagen begleitet. Zudem wurde die Annahme bestätigt, dass delinquentes Verhalten aus rationalen Entscheidungsprozessen resultiert.

Der Bezug zur Elternfamilie, der Kontakt zu delinquenten Gleichaltrigen und andere Verhaltensauffälligkeiten gelten ebenfalls als gut belegte Korrelationen mit zukünftiger Drogenabhängigkeit (National Institute on Drug Abuse, 2003) sowie Delinquenz (Suhling & Greve, 2010). So spricht das National Institute on Drug Abuse (2003) von einem erhöhten Risiko für Kinder, wenn ein Mangel an gegenseitiger Zuneigung und Fürsorglichkeit innerhalb der Familie besteht, eine ineffektive Elternschaft oder chaotische Verhältnisse im Elternhaus zu verzeichnen sind bzw. keine bedeutsame Beziehung zu einem Elternteil besteht. Desweiteren sind zu den innerfamiliären Risikofaktoren Eltern zu zählen, die selbst Drogen konsumieren, an einer psychischen Störung leiden oder kriminelles Verhalten zeigen. Es wird hier auch von erziehungsabhängiger Delinquenz gesprochen (Seitz, 1983). Was die Situation außerhalb der Familie betrifft, sind besonders unangebrachte Verhaltensweisen im Klassenraum (Aggression, Impulsivität), Schulversagen, mangelhaft ausgeprägte soziale Umgangsformen und Beziehungen zu Peers mit Problemverhalten als risikoreiche Aspekte herauszuheben (National Institute on Drug Abuse, 2003). In einer Studie von Newcomb, Maddahian, and Bentler (1986) zeigte sich bei einem Vergleich von zehn Risikofaktoren bei Jugendlichen, dass der Drogenkonsum innerhalb der Peergruppen am stärksten ausgeprägt war ($r = .41$), gefolgt von deviantem Verhalten ($r = .31$) und dem Miterleben des Drogenkonsums der Eltern ($r = .30$). Die restlichen berücksichtigten Risikofaktoren waren: schlechter Notendurchschnitt, wenig ausgeprägte Religiosität, früher Alkoholgebrauch, geringer Selbstwert, Psychopathologie, wenig zufriedenstellende Beziehung mit den Eltern und Sensationsbedürfnis (Newcomb et al., 1986).

Die Bedeutung der Peergruppe für den Drogenkonsum bei Jugendlichen wird auch von Welz (1989) hervorgehoben. Demnach würde nur eine geringe Zahl an jungen Menschen alleine mit Drogen experimentieren, während mehr als 90 Prozent aller Konsumenten den ersten Kontakt mit Drogen gemeinsam mit Freunden hatten. Corte and Zucker (2008) betonen die Wichtigkeit der Selbstschemata im Jugendalter, neben dem antisozialen Verhalten und dem elterlichen Alkoholismus bzw. Drogenkonsum, als weiteren Risikofaktor. Bei einer geschlechtsspezifischen Betrachtung von erwachsenen drogenabhängigen Frauen und Männern konnten Rutherford, Cacciola, Alterman und Cook (1997) zeigen, dass Frauen über eine signifikant geringere Ausprägung von sozialer Kompetenz verfügten als Männer.

Die Peergruppe spielt auch hinsichtlich delinquenten Verhaltens eine wesentliche Rolle. Dies zeigen Pratt und Kollegen (2010) in ihrer Metaanalyse, in welcher der hohe Zusammenhang zwischen Reaktion, Einstellung sowie Verhalten der Peergruppe mit delinquentem Verhalten und Kriminalität hervorzuheben ist. Der belegte Zusammenhang zwischen sozialem Umfeld und Delinquenz ist laut Kury (1983) der Grund weshalb kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze im forensischen Bereich eine wichtige Rolle spielen. Demnach wird delinquentes Verhalten während des Sozialisationsprozesses nach gewissen Lernprinzipien (Klassische Konditionierung, Operante Konditionierung, Modelllernen) erworben und beibehalten (Kury, 1983; Suhling & Greve, 2010). Albert Bandura, der das Modelllernen als Bezeichnung für einen kognitiven Lernprozess einführte, konnte mit einem Forschungsteam zeigen, dass Kinder, die in einem Film sahen, wie ein Junge eine Puppe misshandelte und dafür bestärkt wurde, danach häufiger aggressive Handlungen ausführten, als jene Kinder, die den Film mit einem anderen Ende gesehen haben (Bandura, Ross, & Ross, 1961). Dieses Ergebnis zeigt, dass die durch ein Verhalten resultierenden beobachteten positiven Konsequenzen (hier die Verstärkung) in engem Zusammenhang mit dem Nachahmen dieses Verhaltens stehen. Die Aufrechterhaltung von normabweichendem Verhalten hängt von der entsprechenden Verstärkung desselben ab (Kury, 1983). Wird es verstärkt, bleibt es erhalten.

4.2 Klassische soziale Kompetenztrainings

Aufgrund der in Kapitel 4.1. dargestellten Zusammenhänge zwischen sozialer Kompetenz und Drogenkonsum sowie Delinquenz und den dafür ausschlaggebenden Ereignissen im (frühen) Kindesalter, ist sich die Forschung durchwegs einig mit dem Training von sozialen Kompetenzen so früh wie möglich zu beginnen. Es kann sogar gezeigt werden, dass je jünger die Kinder sind, sie umso mehr von einem sozialen Kompetenztraining profitieren (Langeveld, Gundersen, & Svartdal, 2012). Nach Suhling und Greve (2010) gibt es bereits eine Vielzahl an Angeboten hinsichtlich des Trainings sozialer Kompetenzen bei Kindern und Jugendlichen, die universellpräventiv (z.B. Schüler einer Schulklasse betreffend) oder selektivpräventiv (Problem- oder Risikogruppen betreffend) ausgerichtet sind. Zu den eingesetzten Methoden gehören Sing- und Bewegungsspiele, Frage- und Rollenspiele, Handpuppen, Modeling sozial kompetenten Verhaltens (das Vormachen prosozialer Verhaltensweisen in Konflikt- oder Problemsituationen durch die Betreuungspersonen), Entspannungsübungen sowie die Verstärkung von sozial kompetenten Verhaltens im Zuge transparenter Belohnungssysteme.

Suhling und Greve (2010) führen weiter aus, dass die Trainings nicht nur mit den Kindern oder Jugendlichen selbst ausgeführt werden, sondern etwa auch mit Elterntrainings kombiniert werden. Die Einbeziehung der Eltern ist in dieser Hinsicht nicht außer Acht zu lassen (Terzian & Fraser, 2005; Wiedebusch & Petermann, 2011). Den meisten Trainings liegt nämlich die soziale Lerntheorie zugrunde. Hierbei wird davon ausgegangen, dass soziale und Problemlösekompetenzen erworben werden, indem man sich Verhalten von Vorbildern abschaut, in weiterer Folge übt, für sozial kompetentes Verhalten positiv bestärkt wird bzw. für ausbaufähiges Verhalten eine konstruktive Rückmeldung erhält. Dies lässt nach Yarbrough, Jones, Sullivan und Sellers (2011) ebenfalls auf das Verhalten umlegen, das StraftäterInnen untereinander zeigen – sie imitieren sich gegenseitig oder nehmen Ansichten des anderen an. Nach Terzian und Fraser (2005) verfolgt die Einbeziehung der Eltern folgende Ziele: Stärkung der Fähigkeiten von Kind und Eltern, Schaffen von Möglichkeiten für eine leichtere Kommunikation zwischen Eltern und Lehrer, Förderung der Bindung zwischen Kind und Eltern sowie Eltern und Lehrer, Einbeziehung der Lehrer in das Training um sie dabei zu unterstützen Gruppendynamiken zu verstehen und ein positives Lernklima in der Schulklasse zu ermöglichen. Etliche Studien streichen heraus, dass die Rolle von Elternverhalten und Peergruppen auch

hinsichtlich Drogenkonsum und Delinquenz eine wichtige Rolle spielen (National Institute on Drug Abuse, 2003; Newcomb et al., 1986; Pratt et al., 2010; Seitz, 1983; Suhling & Greve, 2010; Welz, 1989).

Was die Wirksamkeit von sozialen Kompetenztrainings angeht, führten Wilson und Lipsey (2003, 2007) eine Metaanalyse über internationale Trainings in Schulen durch. Sie fanden moderate, aber signifikante Effekte sowohl in Bezug zur Steigerung sozialer Kompetenzen als auch der Abnahme von aggressiven Verhaltens. Die effektivsten Ergebnisse zeigten universelle Trainings im Klassenraum und gezielte Programme für ausgewählte Schüler. Programme, die sowohl an kognitiven Prozessen als auch am Verhalten ansetzten, erwiesen sich als effektiver als jene, die beispielsweise lediglich Frontalunterricht umfassten.

Im Strafvollzug spielt der kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansatz, neben der gesprächspsychotherapeutischen Vorgehensweise, ebenfalls eine wichtige Rolle (Kury, 1983). Redondo, Martinez-Catena und Andrés-Pueyo (2012) führten eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Intervention in einer Stichprobe von JugendstraftäterInnen durch. Komponenten des Programmes waren Selbstkontrolle, kognitive Umstrukturierung, Problemlösefähigkeit, soziale Fähigkeiten, Empathie und Rückfallprävention. Im Gegensatz zur Kontrollgruppe zeigten jene Straftäter, die die Intervention erhielten, eine deutliche Verbesserung der sozialen Fähigkeiten und des Selbstwertgefühls sowie eine Verringerung der Aggressivität. Wie auch in der Studie von Redondo und Kollegen (2012) werden bei StraftäterInnen verhaltenstherapeutische Methoden zumeist nicht in Reinform eingesetzt. Ähnlich wie bei den unterschiedlichen Erklärungsansätzen zum Substanzkonsum (Kapitel 3.1) ist in vorliegendem Kontext ebenfalls darauf hinzuweisen, dass die einzelnen psychotherapeutischen Behandlungsansätze nicht völlig unabhängig voneinander zu betrachten sind. Sie werden vielmehr, je nach den Bedürfnissen des Klienten, miteinander kombiniert damit sie aufeinander wirken können (Kury, 1983). Dieser Ansatz scheint sich in der Arbeit mit Straftätern als überdurchschnittlich effektiv zu erweisen (Day, 2009; Ferszt, Salgado, DeFede, & Leveille, 2009; Redondo et al., 2012; Ross & Fontao, 2010).

4.3 Tiergestützte Intervention

In der psychologischen Intervention finden Tiere immer häufiger ihren Einsatz. Vom stationären Setting über den ambulanten Bereich bis hin zur Gesundheitsförderung kann die tiergestützte Intervention bei allen Altersgruppen angewendet werden (Stetina, Burger, Julius, & Turner, 2008).

In der Literatur finden sich zahlreiche Hinweise dafür, dass der Umgang mit Tieren eine positive Wirkung auf den Menschen hat. So konnten bereits Friedmann, Katcher, Lynch und Thomas (1980) in einer Longitudinalstudie zeigen, dass HundehalterInnen, die eine Herzattacke erlitten, größere Überlebenschancen hatten, als Patient ohne Hund. Zudem stellte sich heraus, dass HaustierbesitzerInnen körperlich aktiver sind, weniger Arztbesuche und geringere Medikamenteneinnahmen aufweisen, sich weniger einsam und in Summe gesünder fühlen (Headey & Grabka, 2004; Koivusilta & Ojanlatva, 2006; McConnell, Brown, Shoda, Stayton, & Martin, 2011; Sirard, Patnode, Hearst, & Laska, 2011). Außerdem erhöhen Tiere die Möglichkeit der sozialen Interaktion mit anderen Menschen, denn sie wirken als soziale Katalysatoren (McNicholas et al., 2005). Zusammenfassend weisen Beetz, Uvnäs-Moberg, Julius und Kotrschal (2012) auf die in vielen Studien belegten positiven Effekte von Mensch-Tier-Interaktionen hin. So führen sie zu einer Verbesserung der zwischenmenschlichen Interaktion, der eigenen Stimmung sowie des Verhaltens und der Aufmerksamkeitslenkung auf sozial relevante Reize. Weitere positive Effekte von Mensch-Tier-Interaktionen sind die Reduktion von selbstberichteter Angst sowie von stressbezogenen Parametern wie Kortisol, Herzrate und Blutdruck. Zudem fördern sie die psychische und physische Gesundheit, wobei der kardiovaskuläre Bereich herauszuheben ist.

Der Umgang mit Tieren hat desweiteren eine positive Wirkung auf die Entwicklung und Förderung sozialer Kompetenzen. McConnell et al. (2011) berichten über ein höheres Selbstwertgefühl bei HaustierbesitzerInnen als bei Nicht-HaustierbesitzerInnen. Zudem zeigte sich, dass die Anwesenheit eines Hundes im Klassenzimmer das Sozialverhalten der Kinder positiv beeinflusste (Kotrschal & Ortbauer, 2003). Auch Esteves und Stokes (2008) konnten bei Kindern einen Anstieg an positiv initiiertem Verhalten (sowohl verbal als auch non-verbal) gegenüber Lehrern und eine Abnahme an negativ initiierten Verhalten bei Anwesenheit eines Hundes beobachten. Eine Untersuchung mit

Bauernhoftieren konnte einen Anstieg der Selbstwirksamkeit und des Copings bei Erwachsenen mit psychischen Störungen zeigen (Berget, Ekeberg, & Braastad, 2008). Bei diesen Beispielen handelt es sich lediglich um einen kleinen Teil einer großen Palette an Studien. Mit steigendem Forschungsinteresse in diesem Bereich wurde auch die methodische Kritik vieler Untersuchungen lauter (Palley, O'Rourke, & Niemi, 2010). So werden besonders die oftmals nicht-repräsentativen Stichprobengrößen angesprochen (Koivusilta & Ojanlatva, 2006), weshalb Ergebnisse stets kritisch hinterfragt werden sollten.

4.3.1 Entwicklung tiergestützter Arbeit

Vielfach werden die Ursprünge der Forschung in der Mensch-Tier-Interaktion dem Kinderpsychotherapeuten Boris M. Levinson in den 1960er Jahren zugeschrieben (Fine, 2006). Er postulierte, dass die Beziehung zwischen einem Kind und einem Hund, heilsamer sein kann, als eine Beziehung zwischen zwei Menschen. Dies führte er auf eine Beobachtung zurück, die er in seiner eigenen Praxis im Jahre 1954 tätigte. Jingles, der Hund von Levinson, fungierte als Eisbrecher zwischen ihm und einem kleinen Buben mit problematischem Sozialverhalten und half damit eine therapeutische Basis zu schaffen (Levinson, 1962). Von Boris M. Levinson stammte schließlich die Bezeichnung der „pet-therapy“. Fine (2006) weist jedoch darauf hin, dass man sich noch viel früher mit der Mensch-Tier-Beziehung beschäftigte. So diskutierte James Bossard, in einem 1944 veröffentlichten Artikel, welche wichtige Rolle ein Haustier für das Familienleben und das mentale Wohlbefinden der Familienmitglieder spielt.

In den folgenden Jahren und Jahrzehnten hat die Entwicklung im Bereich der tiergestützten Arbeit ihren Lauf genommen. Die Art und Weise wie Tiere in eine Mensch-Tier-Interaktion einbezogen werden ist ebenso vielfältig wie die dafür existierenden Bezeichnungen und Definitionen. Beispielhaft seien hier die folgenden angeführt: Tiergestützte Pädagogik, Tiergestützte Therapie, Tiergestützte Aktivität, Tiergestützte Intervention, Tiergestützte Fördermaßnahmen, Tiergestützte Begleitung, Tierbesuchsdienst, uvm. Die Problematik der nicht vorhandenen Vereinheitlichung des bestehenden Angebots basiert direkt auf der Tatsache, dass keine Klarheit darüber besteht, welche Personen tiergestützte Arbeit durchführen dürfen. Fragen nach den notwendigen Qualifikationen der ausübenden Menschen und Tiere oder die angemessene Entlohnung

tiergestützter Einsätze sind nur beispielgebend für die Wichtigkeit einer Anpassung der Bedingungen in diesem Bereich.

Was die Definitionen hinsichtlich tiergestützter Arbeit betrifft sei an dieser Stelle Pet Partners (ehemals Delta Society) aus Amerika genannt. Sie unterscheiden im Wesentlichen Animal-Assisted Activities (AAA) und Animal-Assisted Therapy (AAT). AAA sind Aktivitäten, die einen pädagogischen, motivationalen, freizeitbezogenen und therapeutischen Gewinn zur Erhöhung der Lebensqualität unterstützen. Auszuüben sind Animal Assisted Activities von freiwilligen Professionisten oder Paraprofessionisten mit speziell trainierten Tieren. Kennzeichnend für AAA-Programme ist, dass die Dauer variieren kann, der Inhalt des Besuchs spontan ist, keine Dokumentationspflicht herrscht und keine speziellen Behandlungsziele für die Besuche geplant werden. Im Gegensatz dazu wird Animal Assisted Therapy (AAT) wesentlich spezifischer definiert, denn hier geht es um eine zielgerichtete Intervention, die im Einzel- oder Gruppensetting stattfindet. Das Tier hat spezielle Kriterien zu erfüllen und der Mensch hat eine Ausbildung des Gesundheits- und Sozialbereichs vorzuweisen und setzt AAT im Rahmen deren Berufsausübung ein. Hauptmerkmale der AAT sind die Festlegung genauer therapeutischer Ziele im Rahmen der Tätigkeit sowie die Dokumentation und Evaluation des Therapieprozesses (Fine, 2006; Pet Partners, 2012). Weiters hat sich inzwischen der Begriff Animal-Assisted Interventions (AAI) durchgesetzt, der einen Überbegriff für AAT und AAA darstellt (Kruger & Serpell, 2010). In diesem Zusammenhang ist nochmals darauf hinzuweisen, dass die dargestellten Begrifflichkeiten in der Literatur zwar eingesetzt werden, ihre Verwendung jedoch nicht standardisiert ist.

Auch im Strafvollzug treten tiergestützte Maßnahmen immer mehr in den Fokus des Interesses. In den USA werden tiergestützte Programme in Gefängnissen als *prison-based animal programs (PAPs)* zusammengefasst (Furst, 2006). Die angebotenen Konzepte reichen von Besuchsdiensten zu speziellen Trainingsprogrammen in welchen Gefangene mit Welpen unter Supervision eine Basisausbildung im Gefängnis durchführen, damit die Tiere im Anschluss in ein fortgeschrittenes Training für Servicehunde übergehen können. Die veröffentlichten Ergebnisse einer nationalen Umfrage in den amerikanischen Gefängnissen zeigen, dass das sogenannte „Community Service Program“ das gängige Modell in den USA ist. In diesem kümmern sich Gefangene um ein Tier und trainieren es, bis es an einen neuen Besitzer vermittelt werden kann (Deaton, 2005; Furst, 2006).

Fournier, Geller und Fortney (2007) evaluierten ein solches Programm und berichteten, dass die Versuchsgruppe, also jene Rechtsbrecher die an dem Programm teilnahmen, eine weitaus größere Verbesserung ihrer sozialen Kompetenzen aufwiesen als jene Rechtsbrecher, die auf der Warteliste für das Programm standen und die Kontrollgruppe darstellten. Besonders hervorzuheben sei hier die Veränderung betreffend der sozialen Sensitivität, die die Fähigkeit der Interpretation von verbaler Kommunikation umfasst.

Vor allem Hunde (rund 66 Prozent) gefolgt von Rindern und Pferden werden für tiergestützte Maßnahmen eingesetzt (Furst, 2006). Jaspersen (2010) berichtet von einem hundegestützten Pilotprogramm für weibliche Rechtsbrecher mit psychischen Erkrankungen im Utah State Prison (USA). Es handelt sich hierbei um eine Gruppenintervention zu deren Zielen die Entwicklung von Selbstbewusstsein, sozialen Kompetenzen und Strategien zur Stressbewältigung zählen. In den Einheiten werden unter Einbezug des Hundes Themen erarbeitet und diskutiert. Nach Abschluss berichten die Teilnehmerinnen eine Abnahme von Angst und depressiven Symptomen. Zudem konnte ein Rückgang der sozialen Isolation, eine Steigerung von prosozialem Verhalten und Selbstbewusstsein der Frauen festgestellt werden.

Was Österreich betrifft, wird die multiprofessionelle tiergestützte Intervention (MTI) seit Ende 2005 in verschiedenen Justizanstalten durchgeführt und ist ein Beispiel für ein standardisiertes hundegestütztes Kompetenztraining (Stetina, 2008). Auf dieses soll im Folgenden unter Punkt 4.3.2 näher eingegangen werden.

4.3.2 Multiprofessionelle Tiergestützte Intervention (MTI)

Bei der multiprofessionellen tiergestützten Intervention (MTI) handelt es sich um ein hundegestütztes Kompetenz- und Kommunikationstraining zur Steigerung sozialer, emotionaler und anderer Fähigkeiten und Fertigkeiten. Das Training beruht auf pädagogischen, psychologischen und psychotherapeutischen Erkenntnissen und soll gesundheitsfördernde Ressourcen, wie soziale und emotionale Kompetenzen, stärken (Stetina, 2008).

Das Konzept stützt sich laut Stetina, Handlos und Kryspin-Exner (2005) auf den folgenden sieben Eckpfeilern: Verbindung / Beziehung mit dem Hund (den Teilnehmer wird eine unbelastete Verbindung / Beziehung angeboten), unbedingte Freiwilligkeit, Ressourcenorientierung (die Qualitäten jedes Teilnehmers werden herausgearbeitet, um auf diesen Ressourcen aufzubauen und im Sinne des Empowerments auszubauen), Vermittlung von Werten (die zentralen Themen betreffen soziale Aspekte wie den wertschätzenden Umgang miteinander und auch individuelle Aspekte wie die Fähigkeit sich selbst mit Wertschätzung zu begegnen), respektvoller Umgang mit Mensch und Tier, Kommunikation (im Mittelpunkt steht der Dialog zwischen Mensch und Hund, der aus verbalem und besonders aus nonverbalem Verhalten besteht), Sozialisation (Der Hund gilt als Lehrmeister in der Sozialisation, denn er kommuniziert klar und konsequent).

Die multiprofessionelle tiergestützte Intervention (MTI) besteht aus einzelnen Modulen, die wiederum in mehrere Komponenten geteilt sind. Hier lässt sich zwischen theoretischen und praktischen Komponenten unterscheiden, wobei es bei ersterem beispielsweise um Wissen über Hund, Mensch, artgerechte Haltung oder Emotionen geht und bei zweiterem um praktische Übungen mit dem Hund in Form von Einzel-, Gruppen- und Teamübungen. Beim Aufbau der Intervention handelt es sich um einen kontinuierlichen Verlauf mit zunehmender Komplexität der Übungen und Aufgaben. Der Trainingsprozess ist insgesamt flexibel gestaltet, um den nötigen Interventionsspielraum zu gewährleisten (Stetina et al., 2005).

Die Wirkung der MTI konnte bereits vielfach aufgezeigt werden (Burger, 2007; Burger, Stetina, Turner, McElheney, & Handlos, 2011; Fricker, 2011; Klee, 2010; Schmelzenbart, 2010; Schwentenwein, 2010; Stetina, Handlos, Werdenich, Frottier, & Kryspin-Exner, 2008; Stetina et al., 2011; Turner et al., 2009; Wipplinger, 2010), zuletzt wurde erstmals ein Geschlechtervergleich hinsichtlich des Trainings emotionaler Kompetenzen durchgeführt (Wischall, 2013). In einer Untersuchungsreihe mit drogenabhängigen Rechtsbrechern konnten zahlreiche Kompetenzsteigerungen verzeichnet werden. Im Bereich der emotionalen Kompetenzen zeigten sich die größten Verbesserungen unter anderem in der Emotionsregulation und der Akzeptanz der eigenen Emotionen. Auch hinsichtlich der sozialen Kompetenzen konnten unter anderem Steigerungen bezüglich der allgemeinen Problembewältigung und der Kontakt- und Umgangsfähigkeit belegt werden (Stetina, Handlos, et al., 2008).

Gerade aufgrund der oben angeführten nachweislichen Kompetenzsteigerungen durch die hundegestützte Intervention MTI bei drogenabhängigen Rechtsbrechern scheint ein Vergleich der Effektivität mit einem nicht-hundegestützten Training naheliegend. Mit der Verbesserung von sozialen Kompetenzen im forensischen Bereich beschäftigte sich bereits Schmelzenbart (2010) und konnte eine Überlegenheit der MTI bei einem Großteil der interessierenden Bereiche feststellen. Die Untersuchung wird in vorliegender Arbeit neuerlich, mit einer größeren Stichprobe, wiederholt um Rückschlüsse auf die Konsistenz der Ergebnisse ziehen zu können.

5 Methodik der Untersuchung

Im Anschluss an die theoretische Reflexion soll nun auf die praktische Durchführung der Untersuchung eingegangen werden. Im Folgenden wird auf die Zielsetzung (Kapitel 5.1), das Untersuchungsdesign (5.2) und die Stichprobe (Kapitel 5.3) eingegangen. Neben einer Beschreibung der in der Untersuchung angewendeten Verfahren (Kapitel 5.4) werden die Forschungsfragen sowie Hypothesen vorgestellt (Kapitel 5.5).

5.1 Zielsetzung

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, die Wirkung einer tiergestützten Intervention (MTI) sowie einer nicht-tiergestützten Intervention (Standardtherapie) auf die sozialen Kompetenzen von drogenabhängigen Rechtsbrechern in einer österreichischen Justizanstalt erneut, mit einer größeren Stichprobe, zu überprüfen. Frühere Untersuchungen konnten bereits Effekte in den Bereichen der sozialen und emotionalen Kompetenzen aufzeigen (Burger, 2007; Burger et al., 2011; Fricker, 2011; Klee, 2010; Schmelzenbart, 2010; Schwentenwein, 2010; Stetina, Handlos, et al., 2008; Stetina et al., 2011; Turner et al., 2009; Wipplinger, 2010; Wischall, 2013). Zudem stellt die Untersuchung eine Qualitätssicherung der multiprofessionellen tiergestützten Intervention dar.

5.2 Untersuchungsdesign

Es sollen die Effekte auf die sozialen Kompetenzen drogenabhängiger Straftäter in zwei sozialen Trainings, einer tiergestützten Intervention (MTI) sowie einer nicht-tiergestützten Intervention (Standardtherapie), erhoben und miteinander verglichen werden. Hierfür wurde ein Zwei-Gruppen-Prätest-Posttest-Design ausgewählt. Es handelt sich um ein quasiexperimentelles Design, da die Stichprobe eine natürliche Gruppe ist und daher keine Randomisierung stattfinden kann.

Um die interessierenden Dimensionen der sozialen Kompetenzen und des Selbstkonzepts, sowie der emotionalen Kompetenzen, wurden allen Teilnehmern dieselben Untersuchungsinstrumente vorgegeben. Dabei handelte es sich um sieben

Selbstbeurteilungsverfahren in Form von Fragebögen und einem Computerverfahren. Aufgrund der Auseinandersetzung mit der Wirkung von sozialen Kompetenztrainings, wird in vorliegender Arbeit ausschließlich auf die Evaluierung der sozialen Kompetenzen eingegangen. Zusätzlich wurde bei jeder Trainingseinheit der multiprofessionellen tiergestützten Intervention (MTI) eine teilnehmende systematische Verhaltensbeobachtung von zwei erfahrenen Beobachtern durchgeführt.

Die bereits existierende Stichprobe der MTI wurde durch zwei Gruppen mit insgesamt 20 Teilnehmern, die jeweils von Oktober bis Dezember 2011 und von Jänner bis März 2012 stattfanden, erweitert. Insgesamt kam es in vorliegender Datenerhebung zu fünf Ausfällen aufgrund von Abbrüchen und Verschiebungen. Die Intervention umfasste insgesamt zehn Einheiten (T1 – T10), die einmal pro Woche stattfanden. Zu den Auswahlkriterien für die Teilnahme zählten die Anwesenheit in der betreffenden Justizanstalt und eine entsprechende Dauer der Inhaftierung. Die Ausschlusskriterien wurden mit dem Nichtbeherrschen der deutschen Sprache, dem Verweigern der Fragenbeantwortung, der gegebenen kognitiven Leistungsfähigkeit und einer anstehenden Verschiebung in eine andere Justizanstalt zusammengefasst. Die Teilnehmer für das MTI-Training wurden durch die psychologische Abteilung der Justizanstalt ausgewählt. Die tiergestützte Intervention wird jenen Strafgefangenen vorgeschlagen, die - nach Meinung des psychologischen Diensts - besonders davon profitieren könnten. Die Teilnahme selbst erfolgte freiwillig und verbindlich d.h. der Inhaftierten könnte die Teilnahme ablehnen und ein alternatives Angebot wahrnehmen. Die Einschluss- bzw. Ausschlusskriterien konnten in dieser Art der Auswahl besondere Beachtung finden, da der psychologische Dienst regelmäßig mit den Strafgefangenen arbeitet und entsprechend informiert ist. Auf den Aufbau sowie Inhalt der tiergestützten Intervention wurde bereits in Kapitel 4.3.2 eingegangen.

Die Standardtherapie umfasst die Gruppentherapie und ein Arbeitsintegrationstraining (AIT), das speziell auf soziale Kompetenzen ausgerichtet ist. Hierbei handelt es sich ebenfalls um ein zehnwöchiges Programm. Im AIT werden Themen bearbeitet, geübt und erlernt, die den Insassen ein konfliktfreies und selbstbewusstes Erleben des sozialen Alltages erleichtern sollen. Folgende Bereiche werden innerhalb eines Zyklus erarbeitet: Kommunikation, Bedürfnisse, Durchsetzen, „Nein“-Sagen, Körpersprache, Selbst- und Fremdwahrnehmung, Feedback, Gruppeninteraktion, Gruppendynamik,

Konfliktmanagement, emotionales Kompetenztraining, Arbeit und Bewerbung, Sucht und ihre Konsequenz, Gesundheit, Ernährung, Genussstraining, Motivation, Selbst- und Stressmanagement. Das AIT ist Bestandteil des therapeutischen Konzeptes in der Justizanstalt. Indem sich der Insasse für den dortigen Aufenthalt und die Therapie entschieden hat, ist die Teilnahme verpflichtend.

Die Prä- und Posttestungen (t1 und t2) fanden in den Räumlichkeiten der Justizanstalt statt und wurden von dort tätigen Klinischen Psychologen durchgeführt. Die Untersuchungsteilnehmer wurden darüber in Kenntnis gesetzt, dass die aus der Erhebung gewonnenen Informationen anonym und streng vertraulich behandelt werden. Vor dem Interventionsbeginn wurden die Teilnehmer in Kleingruppen von zwei bis vier Insassen getestet (Prätestung), im Anschluss fanden die Trainings statt und nach dem Ende der Intervention fand schließlich die Posttestung statt.

5.3 Stichprobe

Die Stichprobe umfasst männliche Insassen des geschlossenen Vollzugs einer Justizanstalt in Österreich. Untersucht werden sowohl aktuelle als auch vorhergehende Gruppen der multiprofessionellen tiergestützten Intervention (MTI) und der Standardtherapie. Daraus ergeben sich insgesamt 141 Personen im Alter von 19 bis 56 Jahren ($M = 30.89$), wobei die Gruppe MTI aus 75 Personen und die Gruppe der Standardtherapie aus 66 Personen besteht. Alle Teilnehmer der vorliegenden Gruppen erhielten eine Basisbehandlung in Form von Gruppentherapie, die zweimal wöchentlich stattfand.

5.4 Verfahren

Im Folgenden sollen sie Verfahren, die in vorliegender Arbeit angewendet wurden, beschrieben werden. Es wird auf die Verhaltensbeobachtung und die Verfahren zur Erhebung der sozialen Kompetenz sowie Selbstkonzepte der drogenabhängigen Straftäter eingegangen. Zu letzteren sollen Einblicke in die jeweiligen Skalen, Gütekriterien und Antwortformate gegeben werden. Am Ende dieses Abschnitts werden, von der Autorin vorgenommene, Skalenzusammenfassungen präsentiert, die zwecks Übersichtlichkeit für die Darstellung und Interpretation der Ergebnisse übernommen werden.

5.4.1 Verhaltensbeobachtung

Die Einheiten des Multiprofessionellen Tiergestützten Trainings (MTI) wurden mittels einer teilnehmenden und offenen systematischen Verhaltensbeobachtung begleitet. Nach Bortz und Döring (2006) kann von einer systematischen Beobachtung ausgegangen werden, wenn „[...] bestimmte zu beobachtende Ereignisse zum Gegenstand der Forschung gemacht und Regeln angegeben werden, die den Beobachtungsprozess so eindeutig festlegen, dass die Beobachtung zumindest theoretisch nachvollzogen werden kann“ (S. 263).

Um das Ausmaß der Subjektivität der Beobachtungen zu kontrollieren, wurde das Verhalten der Teilnehmer mittels eines standardisierten Beobachtungsbogens von zwei vorab geschulten unabhängigen Beobachtern eingeschätzt. Dieser erfasst soziale und emotionale Kompetenzen und besteht aus folgende Skalen: 1. Interaktion, 2. Beteiligung, 3. Kommunikation, 4. Emotionsausdruck, 5. Emotionsregulation, 6. Geben von Feedback, 7. Annehmen von Feedback und 8. Übungen mit dem Hund/Praktischer Teil. Zur Einschätzung des Verhaltens steht den Beobachter in Anlehnung an das Ratingverfahren von Stetina und Kollegen (2006) eine 7-stufige Skala von (7) „immer“ bis (1) „nie“ sowie (0) „nicht beobachtet“ zur Verfügung. Mit Ratingverfahren wird das höchste Maß an Datenreduktion erreicht und zudem eignen sie sich besonders für Beobachtungen, bei welchen komplexes Verhalten schwer in seine Teilkomponenten zu zerlegen ist (Amelang & Schmidt - Atzert, 2006). Bei Betrachtung der oben beschriebenen Skalen ist es naheliegend, dass Letzteres auf vorliegende Verhaltensbeobachtung zutrifft.

5.4.2 Review of Personal Effectiveness and Locus of Control (ROPELOC)

Der Review of Personal Effectiveness and Locus of Control (ROPELOC) von Richards, Ellis und Neill (2002) erfasst psychologische und verhaltensbezogene Schlüsselbereiche, die Lebens effektivität ausmachen Außerdem ist es für die Überprüfung von Effekten erfahrungsbasierter Interventionsprogramme geeignet. Das Instrument besteht aus 14 Skalen, die persönliche Fähigkeiten und Überzeugungen (Selbstvertrauen, Selbsteffizienz, Stressmanagement, Offenes Denken), soziale Fähigkeiten (soziale Effektivität, kooperatives Teamwork und Führungsfähigkeit), organisatorische Fähigkeiten (Zeitmanagement, Trachten nach Qualität, Bewältigen von Veränderungen) sowie aktive Einbindung erheben und eine Messung der gesamten Effektivität in allen

Aspekten des Lebens beinhaltet. Die Skalen lauten „Active Involvement (AI)“, „Cooperative Teamwork (CT)“, „Leadership Ability (LA)“, „Open Thinking (OT)“, „Quality Seeking (QS)“, „Self Confidence (SC)“, „Self Efficacy (SF)“, „Social Effectiveness (SE)“, „Stress Management (SM)“, „Time Efficiency (TE)“, „Coping with Change (CH)“, „Overall Effectiveness (OE)“, „Internal Locus of Control (IL)“ und „External Locus of Control (EL)“. Die beiden Skalen zu „Locus of Control“ erheben die Tendenz einer Person, Verantwortung für seine bzw. ihre Handlungen zu übernehmen oder ob vermehrt externe Steuerorgane die Handlungen determinieren.

In vorliegender Untersuchung wurde die unveröffentlichte deutsche Übersetzung von Stetina und Ledermann Maman (2005) vorgegeben. Der ROPELOC besteht aus 45 Items, die mittels einer achtsufigen Likert-Skala von „Falsch, nicht wie ich“ (1) bis „Richtig, wie ich“ (8) beantwortet werden können. Das Verfahren weist eine interne Konsistenz von .79 bis .93 und eine gut definierte Faktorenstruktur auf. Die Überprüfung der Gütekriterien der deutschen Übersetzung ist derzeit in Arbeit. Die Faktorenstruktur lässt jedoch vermuten, dass es sich um ähnliche Werte handelt (Stetina & Ledermann Maman, 2005).

5.4.3 Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN)

Die Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN) von Deusinger (1986) dienen der Bestimmung des jeweiligen Bildes oder der Selbstkonzepte, die ein Individuum in wichtigen Bereichen des Selbst von der eigenen Person entwickelt hat. Das Inventar besteht aus 10 eindimensionalen Skalen, die wie folgt lauten: 1. Selbstkonzept der allgemeinen Leistungsfähigkeit (FSAL), 2. Selbstkonzept der allgemeinen Problembewältigung (FSAP), 3. Selbstkonzept der allgemeinen Verhaltens- und Entscheidungssicherheit (FSVE), 4. Selbstkonzept des allgemeinen Selbstwerts (FSSW), 5. Selbstkonzept der eigenen Empfindlichkeit und Gestimmtheit (FSEG), 6. Selbstkonzept der eigenen Standfestigkeit gegenüber Gruppen und bedeutsamen anderen (FSST), 7. Selbstkonzept zur eigenen Kontakt- und Umgangsfähigkeit (FSKU), 8. Selbstkonzept zur Wertschätzung durch andere (FSWA), 9. Selbstkonzept zur Irritierbarkeit durch andere (FSIA) und 10. Selbstkonzept über Gefühle und Beziehungen zu anderen (FSGA).

Die Frankfurter Selbstkonzeptskalen bestehen aus 78 Items, die mittels einer sechsstufigen Likert-Skala von „trifft sehr zu“ (1) bis „trifft gar nicht zu“ (6) beantwortet werden können. Die interne Konsistenz der Skalen (Cronbach Alpha) liegt zwischen .45 und .94. Die Retest-Reliabilität nach vier bis fünf Monaten beträgt .82. Das Verfahren kann ab einem Alter von 13 Jahren vorgegeben werden.

5.4.4 Self Description Questionnaire III (SDQ III)

Auf Basis des Modells von Shavelson et al. (1976) (vgl. 2.3 Selbstkonzept) entwickelten sich die Self Description Questionnaire (SDQ-) Verfahren zur Erfassung des Selbstkonzeptes in verschiedenen Altersgruppen. Zu nennen ist in diesem Zusammenhang Professor Herbert W. Marsh, der in den 1980er Jahren mit der Selbstkonzeptforschung begann und die SDQ-Verfahren entwickelte (Marsh, 1990a). Hierzu zählen der SDQ I für das mittlere Kindesalter (Marsh, 1990b), der SDQ II für das frühe und mittlere Kindesalter (Marsh, 1990c) und der SDQ III für das späte Jugend- und frühe Erwachsenenalter (Marsh, 1992).

Der SDQ III besteht aus 136 Items, welche akademische Skalen (Verbal, Maths, Problem Solving, Academic) sowie nicht-akademische Skalen (Physical Ability, Physical Appearance, Same Sex Peer Relation, Opposite Sex Peer Relation, Parent Relation, Emotional Stability, Honesty/Trustworthiness, Spiritual Values/Religion) und eine globale Selbstwahrnehmung (General Esteem) erfassen (Marsh, 1992). Für vorliegende Untersuchung wurde der SDQ III von Stetina und Ledermann Maman (2005) ins Deutsche übersetzt. Die Items werden auf einer achtstufigen Likert-Skala beantwortet: „eindeutig falsch“ (1), „falsch“ (2), „meistens falsch“ (3), „mehr falsch als wahr“ (4), „mehr wahr als falsch“ (5), „meistens wahr“ (6), „wahr“ (7) und „eindeutig wahr“ (8). Die mittlere Reliabilität über alle Faktoren von .90 ist hoch, die Interkorrelation zwischen den einzelnen Faktoren zeigt sich mit einem Median von .20 jedoch als gering. Die Überprüfung der Gütekriterien der deutschen Übersetzung ist derzeit in Arbeit. Die Faktorenstruktur lässt jedoch vermuten, dass es sich um ähnliche Werte handelt (Stetina & Ledermann Maman, 2005).

5.4.5 Skalenzusammenfassungen

Im Sinne der Übersichtlichkeit und auf Basis von Literaturrecherchen zu den, in vorliegender Arbeit, angewendeten Verfahren Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN), Review of Personal Effectiveness and Locus of Control (ROPELOC) und Self Description Questionnaire III (SDQ III) wurden von der Autorin Skalen zu Überbegriffen zusammengefasst. Die Skalen der Verhaltensbeobachtung wurden ebenfalls integriert. Diese werden für die Interpretation der Ergebnisse übernommen. Die Überbegriffe sollen der Nachvollziehbarkeit dienen und basieren auf keiner faktorenanalytischen Betrachtung. Die Überbegriffe, die in Deutsch mit einer englischen Entsprechung formuliert wurden und den dazugehörigen Skalen werden in Tabelle 1 beschrieben.

Tabelle 1: Skalenzusammenfassungen des ROPELOC, FSKN, SDQIII sowie der Verhaltensbeobachtung

Überbegriff	Skalen
Beziehungen zu anderen (relationships with others)	Same Sex Peer Relation (SDQIII) Opposite Sex Peer Relation (SDQIII) Parent Relation (SDQIII) Selbstkonzept über Gefühle und Beziehungen zu anderen (FSKN) Selbstkonzept zur Irritierbarkeit durch andere (FSKN) Selbstkonzept zur Wertschätzung durch andere (FSKN) Selbstkonzept der eigenen Standfestigkeit gegenüber Gruppen und bedeutsamen anderen (FSKN) Selbstkonzept zu eigenen Kontakt- und Umgangsfähigkeit (FSKN) Cooperative Teamwork (ROPELOC) Social Effectiveness (ROPELOC) Leadership Ability (ROPELOC) Interaktion (MTI – Verhaltensbeobachtung) Beteiligung (MTI – Verhaltensbeobachtung) Kommunikation (MTI – Verhaltensbeobachtung) Geben von Feedback (MTI – Verhaltensbeobachtung) Annehmen von Feedback (MTI – Verhaltensbeobachtung) Übungen mit dem Hund (MTI – Verhaltensbeobachtung)

Problemlösefähigkeit (problem solving)	Problem Solving (SDQIII) Selbstkonzept zur allgemeinen Problembewältigung (FSKN) Self Efficacy (ROPELOC) Stress Management (ROPELOC)
Schulische/Akademische Fähigkeiten (academic abilities)	Verbal (SDQIII) Maths (SDQIII) Academic (SDQIII)
Körperliche Eigenschaften (physical appearance)	Physical Ability (SDQIII) Physical Appearance (SDQIII)
Werte (values)	Honesty/Trustworthiness (SDQIII) Spiritual Values/Religion (SDQIII) Emotional Stability (SDQIII) Selbstkonzept der eigenen Empfindlichkeit und Gestimmtheit (FSKN) Emotionsregulation (MTI – Verhaltensbeobachtung) Emotionsausdruck (MTI – Verhaltensbeobachtung)
Handlungskompetenzen (competency)	SK der allgemeinen Verhaltens- und Entscheidungssicherheit (FSKN) SK der allgemeinen Leistungsfähigkeit (FSKN) Active Involvement (ROPELOC) Open Thinking (ROPELOC) Quality Seeking (ROPELOC) Time Efficiency (ROPELOC) Coping with Chance (ROPELOC) Overall Effectiveness (ROPELOC) Internal Locus of Control (ROPELOC) External Locus of Control (ROPELOC)
Globale Selbstwahrnehmung (general esteem)	General Esteem (SDQIII) Selbstkonzept des allgemeinen Selbstwert (FSKN) Self Confidence (ROPELOC)

5.5 Forschungsfragen und Hypothesen

Im Folgenden wird auf die Forschungsfragen und Hypothesen der Untersuchung näher eingegangen. Es werden insgesamt vier Forschungsfragen behandelt, die auf den Veränderungen der sozialen Kompetenzen und der Selbstkonzepte der MTI – Teilnehmer, der Gruppe Standardtherapie und dem Vergleich der Gruppen MTI und Standardtherapie sowie der Verhaltensbeobachtung während des MTI-Trainings basieren.

Um die Darstellung der Hypothesen übersichtlich zu gestalten, wird pro Forschungsfrage eine Hypothese näher erklärt. Die restlichen Hypothesen können danach analog formuliert werden.

5.5.1 Soziale Kompetenz

Zur Beschriftung der Hypothesen zur sozialen Kompetenz ist zu sagen, dass sie sich zum einen nach den angewendeten Verfahren richtet (a = ROPELOC, b = FSKN, c = SDQ III) sowie deren Skalen und zum anderen nach der Nummer der Fragestellung.

Nachfolgend werden alle Verfahren mit den jeweiligen Skalen und die im weiteren Verlauf dieser Arbeit verwendeten Abkürzungen skizziert:

a) ROPELOC

1. „Active Involvement“ (AI), 2. „Cooperative Teamwork“ (CT), 3. „Leadership Ability“ (LA), 4. „Open Thinking“ (OP), 5. „Quality Seeking“ (QS), 6. „Self Confidence“ (SC), 7. „Self Efficacy“ (SF), 8. „Social Effectiveness“ (SE), 9. „Stress Management“ (SM), 10. „Time Efficiency“ (TE), 11. „Coping with change“ (CE), 12. „Overall Effectiveness“ (OE), 13. „Internal Locus of Control“ (IL) und 14. „External Locus of Control“ (EL).

b) FSKN

1. „Selbstkonzept der allgemeinen Leistungsfähigkeit Skala“ (FSAL),
2. „Selbstkonzept der allgemeinen Problembewältigung Skala“ (FSAP),
3. „Selbstkonzept der allgemeinen Verhaltens und Entscheidungssicherheit Skala“ (FSVE),
4. „Selbstkonzept des allgemeinen Selbstwertes Skala“ (FSSW),
5. „Selbstkonzept der eigenen Empfindlichkeit und Gestimmtheit Skala“ (FSEG),

6. „Selbstkonzept der eigenen Standfestigkeit gegenüber Gruppen und bedeutsamen anderen Skala“ (FSST), 7. „Selbstkonzept zur eigenen Kontakt und Umgangsfähigkeit Skala“ (FSKU), 8. „Selbstkonzept zur Wertschätzung durch andere Skala“ (FSWA), 9. „Selbstkonzept zur Irritierbarkeit durch andere Skala“ (FSIA) und 10. „Selbstkonzept über Gefühle und Beziehungen zu anderen Skala“ (FSGA).

c) SDQ III

1. „Maths“ (MA), 2. „Verbal“ (VE), 3. „Academic (AC), 4. Problem Solving (PS), 5. Physical Ability (PA), 6. Physical Appearance (AP), 7. Same Sex Peer relation (SSR), 8. Opposite Sex Peer Relation (OSR), 9. „Parent Relation (PR), 10. Spiritual Values/ Religion (SP), 11. Honesty/ Trustworthiness (HO), 12. Emotional Stability (EM) und 13. General Esteem (GE).

Forschungsfrage 1

Gibt es Unterschiede hinsichtlich der sozialen Kompetenzen der MTI-Teilnehmer zu den beiden Erhebungszeitpunkten?

$H_0^{a1.1}$: Es gibt keine Unterschiede in der Skala AI bei den MTI-Teilnehmern zu den beiden Erhebungszeitpunkten.

$H_0^{a1.1}$: $\mu_1 = \mu_2$

$H_1^{a1.1}$: Es gibt Unterschiede in der Skala AI bei den MTI-Teilnehmern zu den beiden Erhebungszeitpunkten.

$H_1^{a1.1}$: $\mu_1 \neq \mu_2$

Analog werden die Hypothesen für die restlichen Skalen des ROPELOC ($H_0^{a1.2}$ bis $H_0^{a1.14}$ und $H_1^{a1.2}$ bis $H_1^{a1.14}$), sowie zu den Verfahren FSKN ($H_0^{b1.1}$ bis $H_0^{b1.10}$ und $H_1^{b1.1}$ bis $H_1^{b1.10}$) und SDQIII ($H_0^{c1.1}$ bis $H_0^{c1.13}$ und $H_1^{c1.1}$ bis $H_1^{c1.13}$) formuliert.

Forschungsfrage 2

Gibt es Unterschiede hinsichtlich der sozialen Kompetenzen in der Gruppe der Standardtherapie zu den beiden Erhebungszeitpunkten?

$H_0^{a2.1}$: Es gibt keine Unterschiede in der Skala AI in der Gruppe der Standardtherapie zu den beiden Erhebungszeitpunkten.

$$H_0^{a2.1}: \mu_1 = \mu_2$$

$H_1^{a2.1}$: Es gibt Unterschiede in der Skala AI in der Gruppe der Standardtherapie zu den beiden Erhebungszeitpunkten.

$$H_1^{a2.1}: \mu_1 \neq \mu_2$$

Analog werden die Hypothesen für die restlichen Skalen des ROPELOC ($H_0^{a2.2}$ bis $H_0^{a2.14}$ und $H_1^{a2.2}$ bis $H_1^{a2.14}$), sowie zu den Verfahren FSKN ($H_0^{b2.1}$ bis $H_0^{b2.10}$ und $H_1^{b2.1}$ bis $H_1^{b2.10}$) und SDQIII ($H_0^{c2.1}$ bis $H_0^{c2.13}$ und $H_1^{c3.1}$ bis $H_1^{2.13}$) formuliert.

Forschungsfrage 3

Gibt es Unterschiede der Teilnehmer in den Gruppen MTI und Standardtherapie hinsichtlich der Veränderung ihrer Ausprägungen.

$H_0^{a3.1}$: Es gibt keine Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich der Veränderung ihrer Ausprägungen in der Skala AI.

$$H_0^{a3.1}: \mu_1 = \mu_2 = \mu_3$$

$H_1^{a3.1}$: Es gibt Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich der Veränderung ihrer Ausprägungen in der Skala AI.

$$H_1^{a3.1}: \mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3 \cup \mu_1 \neq \mu_2 = \mu_3 \cup \mu_1 = \mu_2 \neq \mu_3 \cup \mu_3 \neq \mu_1 = \mu_2 \cup \mu_3 = \mu_1 \neq \mu_2$$

Analog werden die Hypothesen für die restlichen Skalen des ROPELOC ($H_0^{a3.2}$ bis $H_0^{a3.14}$ und $H_1^{a3.2}$ bis $H_1^{a3.14}$), sowie zu den Verfahren FSKN ($H_0^{b3.1}$ bis $H_0^{b3.10}$ und $H_1^{b3.1}$ bis $H_1^{b3.10}$) und SDQIII ($H_0^{c3.1}$ bis $H_0^{c3.13}$ und $H_1^{c3.1}$ bis $H_1^{3.13}$) formuliert.

5.5.2 Verhaltensbeobachtung

Die letzte Forschungsfrage, die in vorliegender Arbeit interessiert, bezieht sich auf mögliche Veränderungen im beobachteten Verhalten der MTI-Teilnehmer im Verlauf der 10 stattgefundenen Einheiten (T1, T2, ... , T10).

Forschungsfrage 4

Gibt es Unterschiede im beobachteten Verhalten der MTI – Teilnehmer im Verlauf der Intervention (T1, T2, ... , T10)?

$H_0^{4.1}$: Es gibt keine Unterschiede in der Skala „Interaktion“ im Verlauf der Intervention.

$H_0^{4.1}$: $\mu_{T1} = \mu_{T2} = \mu_{T3} = \mu_{T4} = \mu_{T5} = \mu_{T6} = \mu_{T7} = \mu_{T8} = \mu_{T9} = \mu_{T10}$

$H_1^{4.1}$: Es gibt einen Unterschied in der Skala „Interaktion“ im Verlauf der Intervention.

$H_1^{4.1}$: $\mu_{T1} \neq \mu_{T2} \neq \mu_{T3} \neq \mu_{T4} \neq \mu_{T5} \neq \mu_{T6} \neq \mu_{T7} \neq \mu_{T8} \neq \mu_{T9} \neq \mu_{T10}$

Analog werden die Hypothesen für nachstehende Skalen formuliert: „Beteiligung“ ($H_0^{4.2}$ und $H_1^{4.2}$), „Kommunikation“ ($H_0^{4.3}$ und $H_1^{4.3}$), „Emotionsausdruck“ ($H_0^{4.4}$ und $H_1^{4.4}$), „Emotionsregulation“ ($H_0^{4.5}$ und $H_1^{4.5}$), „Geben von Feedback“ ($H_0^{4.6}$ und $H_1^{4.6}$), „Annehmen von Feedback“ ($H_0^{4.7}$ und $H_1^{4.7}$) und „Übungen mit dem Hund/Praktischer Teil“ ($H_0^{4.8}$ und $H_1^{4.8}$).

6 Darstellung der Ergebnisse

In nachfolgendem Kapitel wird auf die Auswertung und die Ergebnisse vorliegender Arbeit eingegangen. Die Daten wurden mittels SPSS 18.0 ausgewertet. Einzelne fehlende Werte wurden durch Interpolation, also dem Bilden von Skalen- bzw. Personenmittelwerten, ergänzt. Beim Fehlen mehrerer Items wurden die einzelnen Datensätze im Rahmen der jeweiligen Berechnungen ausgeschlossen. Das Signifikanzniveau wurde mit $p = 0.05$ festgelegt. Allerdings wurde für die vorliegende Untersuchung die Effektstärkenanalyse als Strategie der Wahl bestimmt. Für die Interpretation der Verhaltensbeobachtung wird das partielle Eta-Quadrat (η^2) angewendet. Dieses gibt zusätzlich die erklärte Varianz an, wobei ein η^2 ab 0.01 einen kleinen, ein η^2 ab 0.06 einen mittleren und ein η^2 ab 0.14 einen starken Effekt anzeigt (Cohen, 1988). Zwecks einer vorsichtigen Interpretation wird bei den restlichen Fragestellungen das komplexere Effektstärkenmaß Omega-Quadrat (ω^2) angewendet, welches tendenziell eher unter- als überschätzt (Field, 2013). Das Omega-Quadrat zeigt die erklärte Varianz an, wobei wie beim Eta-Quadrat ein ω^2 ab 0.01 auf einen kleinen, ein ω^2 ab 0.06 auf einen mittleren und ein ω^2 ab 0.14 auf einen starken Effekt hinweist (Kirk, 1996, 2001). Zur Überprüfung von Verbesserungen und Unterschieden zwischen verschiedenen Gruppen (Tiergestützte Intervention versus Standardtherapie) sowie zur Darstellung des tiergestützten Interventionsverlaufs wurde versucht, neben Mittelwertvergleichen, vorrangig das Allgemeine lineare Modell (ALM) mit Messwiederholung einzusetzen. In den meisten Fällen gab es signifikante Interaktionseffekte sowie signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen in vielen Skalen bereits zum Zeitpunkt 1. Obwohl dies keine wünschenswerte Ausgangslage für eine Interventionsstudie ist, bildet dies dennoch den klinischen Alltag ab. Aus diesem Grund wurde hauptsächlich auf den Nettolernerneffekt (Zeitpunkt 2 - Zeitpunkt 1) und dessen Analyse mittels Varianzanalyse (ANOVA) und Effektstärkenanalyse eingegangen. Falls die Voraussetzung der Homogenität der Varianzen nicht erfüllt sein sollte, werden die Ergebnisse der robusten Verfahren Welch und Brown-Forsythe angegeben. Es werden in weiterer Folge relevante Ergebnisse angeführt, wobei vordergründig die Effektstärken als Kriterium herangezogen werden, da diese mehr über die tatsächlichen Veränderungen des Erlebens und Verhaltens aussagen. Royse, Thyer und Padgett (2010) weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass Ergebnisse zwar statistisch jedoch nicht klinisch signifikant sein können.

Zur übersichtlicheren Darstellung der Ergebnisse werden Abbildungen angegeben. In diesen sei jeweils ein Skalenausschnitt dargestellt um die gezeigten Veränderungen zu verdeutlichen. Die Skalenwerte sind, entsprechend gültiger Richtlinien (APA, 2010), im Detail auf der y-Achse dargestellt.

6.1 Ergebnisse des ROPELOC

Mit dem Review of Personal Effectiveness and Locus of Control (ROPELOC) von Richards, Ellis und Neill (2002) werden Bereiche psychologischer und verhaltensbezogener Natur erhoben. Das Instrument untersucht persönliche Fähigkeiten und Überzeugungen, soziale sowie organisatorische Fähigkeiten, aktive Einbindung und misst die gesamte Effektivität in allen Aspekten des Lebens. Um Veränderungen zwischen dem ersten und zweiten Testzeitpunkt zu erheben, wurde mit allen Skalen des ROPELOC ein Allgemeines Lineares Modell (ALM) mit Messwiederholung durchgeführt. Dieses ergab signifikante Wechselwirkungen zwischen dem Zeitpunkt und der Gruppe (z.B. Active Involvement: $F(1, 93) = 11.36, p = .001$; Cooperative Teamwork: $F(1, 93) = 11.42, p = .001$) sowie signifikante Gruppenunterschiede bereits zum Zeitpunkt 1 (z.B. Leadership Ability: $F(1, 119) = 13.96, p < .001$; Social Effectiveness: $F(1, 119) = 6.77, p = .010$). Deshalb wurde zur Berechnung des Nettolerneffekts eine ANOVA sowie Effektstärkenanalyse herangezogen. In Tabelle 2 sind die entsprechenden Resultate ersichtlich. Die Voraussetzungen sind für alle Skalen, bis auf „Leadership Ability“ ($F(1, 93) = 21.86, p < .001$), „Open Thinking“ ($F(1, 93) = 10.99, p = .001$), „Quality Seeking“ ($F(1, 93) = 9.91, p = .002$), „Self Confidence“ ($F(1, 91) = 12.51, p = .001$), „Self Efficacy“ ($F(1, 93) = 10.61, p = .002$), „Coping with Change“ ($F(1, 91) = 8.09, p = .005$), „Overall Effectiveness“ ($F(1, 93) = 6.07, p = .016$), „Internal Locus of Control“ ($F(1, 93) = 7.63, p = .007$) und „External Locus of Control“ ($F(1, 93) = 4.58, p = .035$) erfüllt. Für die angeführten Skalen wurden die robusten Tests nach Welch und Brown-Forsythe berechnet. Diese zeigten für eine der oben angeführten Skalen ein signifikantes Ergebnis: „External Locus of Control“ ($F(1, 73.49) = .028, p = .867$); für die restlichen Skalen ein signifikantes Resultat: „Leadership Ability“ ($F(1, 64.36) = 14.08, p < .001$), „Open Thinking“ ($F(1, 70.44) = 13.32, p < .001$), „Quality Seeking“ ($F(1, 74.70) = 26.07, p < .001$), „Self Confidence“ ($F(1, 73.84) = 30.97, p < .001$), „Self Efficacy“ ($F(1, 71.16) = 8.25, p = .005$),

„Coping with Change“ ($F(1, 69.14) = 19.90, p < .001$), „Overall Effectiveness“ ($F(1, 70.94) = 10.98, p = .001$) und „Internal Locus of Control“ ($F(1, 79.10) = 11.61, p = .001$).

Tabelle 2: ROPELOC – Ergebnisse der ANOVA

Skala	<i>F</i>	<i>df1</i>	<i>df2</i>	<i>p</i>	ω^2
Active Involvement	11.36	1	94	= .001	.098**
Cooperative Teamwork	11.42	1	94	= .001	.099**
Leadership Ability	14.97	1	94	< .001	.128**
Open Thinking	14.01	1	94	< .001	.120**
Quality Seeking	27.20	1	94	< .001	.216***
Self Confidence	31.83	1	92	< .001	.250***
Self Efficacy	8.66	1	94	= .004	.075**
Social Effectiveness	59.00	1	94	< .001	.379***
Stress Management	2.01	1	94	= .159	.010*
Time Efficiency	13.05	1	94	< .001	.113**
Coping with Change	20.57	1	92	< .001	.174***
Overall Effectiveness	11.53	1	94	= .001	.100**
Internal Locus of Control	12.01	1	94	= .001	.100**
External Locus of Control	.03	1	94	= .029	.010*

Anmerkungen. *F* = F-Wert, *df1* und *df2* = Freiheitsgrade, *p* = Signifikanz, ω^2 = Effektstärke : $\omega^2 > .01$ kleiner Effekt*, $\omega^2 > .06$ mittlerer Effekt**, $\omega^2 > .14$ großer Effekt***.

Die Skala „Social Effectiveness“ ($F(1, 94) = 59.00, p < .001, \omega^2 = .379$) weist ein signifikantes Ergebnis und den größten Effekt dieses Verfahrens auf. Bei Betrachtung der zeitlichen Differenzen der Mittelwerte zeigt sich ein merklicher Unterschied im Nettolerneffekt der beiden Gruppen, wobei bei der Gruppe der MTI eine positive, in der Gruppe der Standardtherapie sogar eine negative Entwicklung zu verzeichnen ist (MTI: $M = 4.31, SD = 3.30$; Standardtherapie: $M = -.64, SD = 2.98$). Auch hinsichtlich der Skala „Self Confidence“ ($F(1, 92) = 31.83, p < .001, \omega^2 = .250$) unterscheiden sich die Gruppen signifikant, was zusätzlich durch die Mittelwertdifferenzen (MTI: $M = 3.62, SD = 3.97$; Standardtherapie: $M = -.25, SD = 2.53$) untermauert wird.

Weiters zeigt sich in der Skala „Quality Seeking“ ($F(1, 94) = 27.20, p < .001, \omega^2 = .216$) ein signifikantes Ergebnis und ein großer Effekt. Die Teilnehmer der Gruppe MTI ($M = 2.96, SD = 3.74$) weisen, im Gegensatz zur Gruppe der Standardtherapie ($M = -.40, SD = 2.46$), einen positiven Nettolernerfolg auf. In der Skala „Coping with Change“ ($F(1, 92) = 20.57, p < .001, \omega^2 = .174$) unterscheiden sich die beiden Gruppen ebenfalls, wobei hier die Gruppe MTI wieder den größeren Nettolernerfolg aufweist (MTI: $M = 3.24, SD = 4.38$; Standardtherapie: $M = -.08, SD = 2.51$).

Mittlere Effekte finden sich in insgesamt acht Skalen des ROPELOC. So weist die Skala „Active Involvement“ ($F(1, 94) = 11.36, p = .001, \omega^2 = .098$) ein signifikantes Ergebnis und einen mittleren Effekt auf. Die Gruppe der Standardtherapie zeigt einen geringeren Nettolernerfolg als die Gruppe der MTI (MTI: $M = 3.04, SD = 4.76$; Standardtherapie: $M = .24, SD = 3.29$). In der Skala „Cooperative Teamwork“ ($F(1, 94) = 11.36, p = .001, \omega^2 = .099$) unterscheiden sich die beiden Gruppen ebenfalls signifikant, wobei der Nettolernerfolg der Teilnehmer der tiergestützten Intervention (MTI: $M = 2.91, SD = 3.96$; Standardtherapie: $M = .20, SD = 3.85$) höher ausfiel. Mit Blick auf die Abbildung 1 ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Gruppe der Standardtherapie auf einem höheren Anfangsniveau in die Intervention startete.

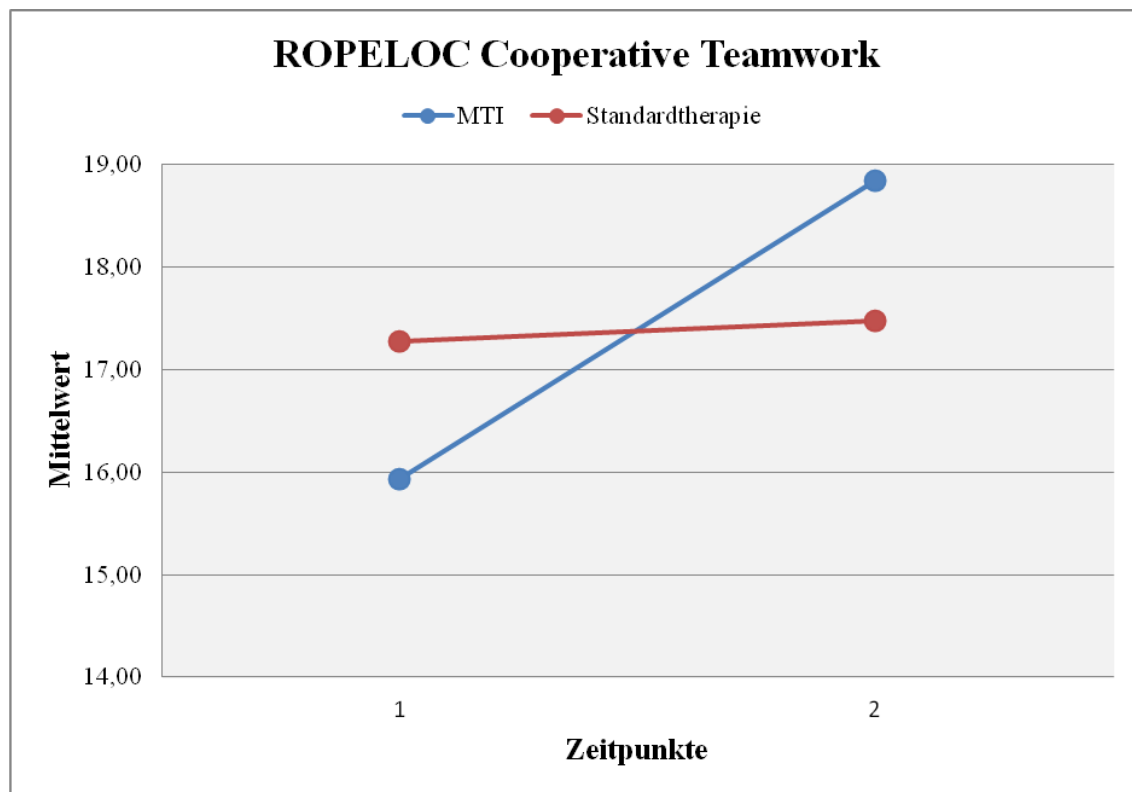


Abbildung 1: Veränderung der Skala "Cooperative Teamwork"

Hinsichtlich der Skala „Leadership Ability“ ($F(1, 94) = 11.36, p < .001, \omega^2 = .128$) ist ebenfalls ein signifikantes Ergebnis und ein mittlerer Effekt festzustellen. Bei Betrachtung der zeitlichen Differenzen der Mittelwerte fällt auf, dass die Teilnehmer der MTI ($M = 3.42, SD = 5.43$) eine stärkere Verbesserung hinsichtlich Führungseigenschaften zeigten, als die Teilnehmer der Standardtherapie ($M = .04, SD = 2.81$). Ein weiteres signifikantes Ergebnis und einen mittleren Effekt findet man in der Skala „Open Thinking“ ($F(1, 94) = 14.01, p < .001, \omega^2 = .120$). Während die Gruppe der MTI einen positiven Nettolernerfolg zeigt ($M = 2.73, SD = 4.75$), weisen die Teilnehmer der Standardtherapie eine negative Entwicklung auf ($M = -.24, SD = 2.85$). Auch in der Skala „Time Efficiency“ ($F(1, 94) = 13.05, p < .001, \omega^2 = .113$), in der es um das effiziente Planen von Zeit geht, unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant, mit folgenden Mittelwertdifferenzen (MTI: $M = 2.42, SD = 4.27$; Standardtherapie: $M = -.36, SD = 3.21$). Das letzte mittlere Effektmaß ist in der Skala „Self Efficacy“ ($F(1, 94) = 13.05, p = .004, \omega^2 = .075$) zu finden, in der sich die beiden Gruppen ebenfalls signifikant unterscheiden. Abbildung 2 zeigt eine Darstellung der Nettolernerfolge. Auf dieser ist zu sehen, dass die Gruppe der MTI zwar auf einem niedrigeren Ausgangslevel gestartet ist, aber dennoch einen höheren Nettolernerfolg

erzielte, als die Gruppe der Standardtherapie (MTI: $M = 2.40$, $SD = 4.29$; Standardtherapie: $M = .28$, $SD = 2.61$).

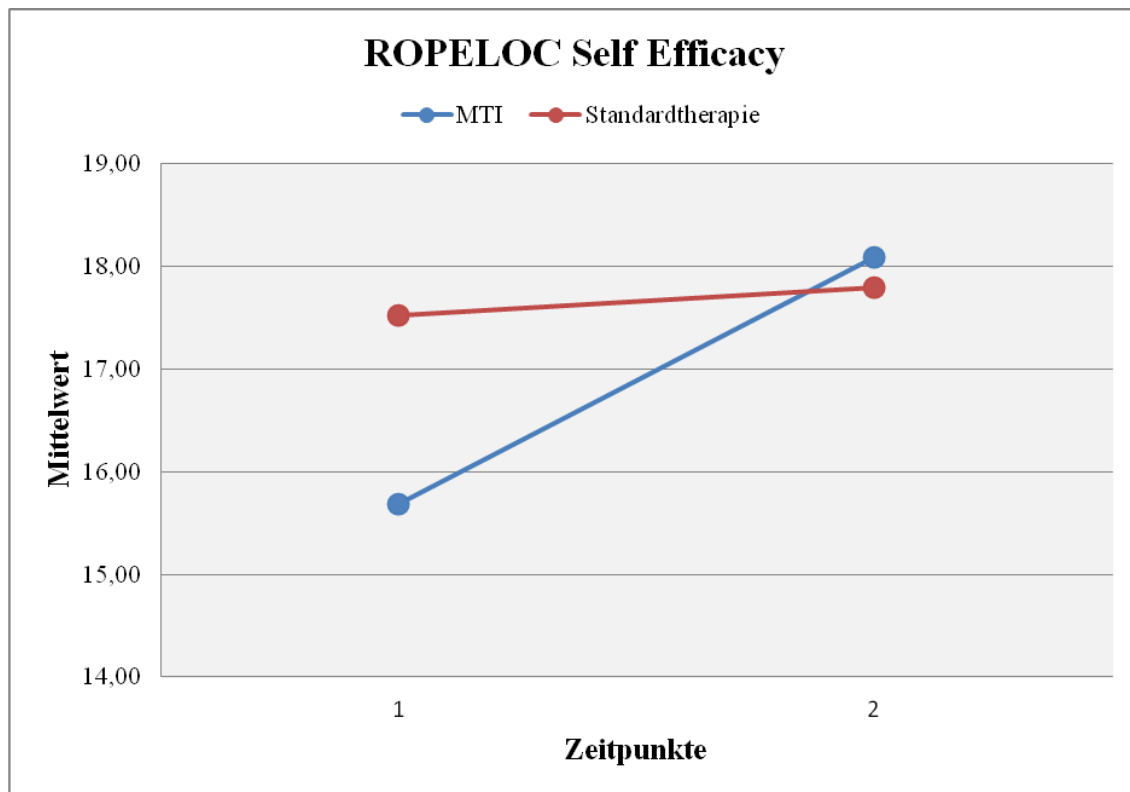


Abbildung 2: Veränderung der Skala "Self Efficacy"

In den beiden Skalen „Overall Effectiveness“ ($F(1, 94) = 11.53$, $p = .001$, $\omega^2 = .100$) und „Internal Locus of Control“ ($F(1, 94) = 12.01$, $p = .001$, $\omega^2 = .100$) zeigt sich numerisch etwa dasselbe signifikante Ergebnis mit einer mittleren Effektstärke. Dies bedeutet, dass sich die beiden Gruppen in beiden Skalen signifikant voneinander unterscheiden. Der Nettolernerfolg deutet darauf hin, dass die Teilnehmer der MTI mehr von der Intervention profitierten, als die Teilnehmer der Standardtherapie (Overall Effectiveness: MTI: $M = 3.42$, $SD = 4.67$; Standardtherapie: $M = .76$, $SD = 2.83$; Internal Locus of Control: MTI: $M = 3.38$, $SD = 4.97$; Standardtherapie: $M = .32$, $SD = 3.58$).

Sowohl in der Skala „Stress Management“ ($F(1, 94) = 2.01$, $p = .159$, $\omega^2 = .011$) als auch „External Locus of Control“ ($F(1, 94) = .03$, $p = .029$, $\omega^2 = .010$) unterscheiden sich die Gruppen der MTI und Standardtherapie nicht signifikant voneinander. Zudem wird lediglich eine kleine Effektstärke ausgewiesen. Die wenig voneinander abweichenden Nettolernerfolge bestätigen dieses Bild (Stress Management: MTI: $M = 12.13$, $SD = 4.41$;

Standardtherapie: $M = 10.96$, $SD = 3.64$; External Locus of Control: MTI: $M = .29$, $SD = 4.41$; Standardtherapie: $M = .16$, $SD = 2.82$), wobei sichtlich in Bezug auf die Selbstkontrolle in stressigen Situationen beide Gruppen von ihrer jeweiligen Intervention profitieren konnten.

6.2 Ergebnisse des FSKN

Die Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN) von Deusinger (1986) dienen der Erhebung der Selbstkonzepte, die ein Individuum in wichtigen Bereichen von der eigenen Person ausgebildet hat. Um Veränderungen zwischen dem ersten und zweiten Testzeitpunkt zu erheben, wurde mit allen Skalen des FSKN ein Allgemeines Lineares Modell (ALM) mit Messwiederholung durchgeführt. Dieses ergab signifikante Wechselwirkungen zwischen dem Zeitpunkt und der Gruppe (z.B. Selbstkonzept der allgemeinen Problembewältigung: $F(1, 111) = 12.24$, $p = .001$; Selbstkonzept zur Wertschätzung durch Andere: $F(1, 111) = 32.71$, $p < .001$) sowie signifikante Gruppenunterschiede bereits zum Zeitpunkt 1 (z.B. Selbstkonzept der eigenen Standfestigkeit gegenüber Gruppen und bedeutsamen Anderen: $F(1, 135) = 6.64$, $p = .011$; Selbstkonzept zur Irritierbarkeit durch Andere: $F(1, 135) = 8.25$, $p = .005$). Aus diesem Grund wurde zur Ermittlung des Nettolernerffekts eine ANOVA sowie Effektstärkenanalyse berechnet. In Tabelle 3 ist eine Zusammenstellung der entsprechenden Ergebnisse enthalten. Die Voraussetzungen sind für alle Skalen, bis auf „Selbstkonzept der allgemeinen Verhaltens- und Entscheidungssicherheit“ ($F(1,111) = 11.29$, $p = .001$) und „Selbstkonzept der eigenen Kontakt- und Umgangsfähigkeit“ ($F(1,111) = 7.408$, $p = .008$), erfüllt. Für die beiden angeführten Skalen wurden die robusten Tests nach Welch und Brown-Forsythe berechnet, die allerdings kein signifikantes Ergebnis zeigten: „Selbstkonzept der allgemeinen Verhaltens- und Entscheidungssicherheit“ ($F(1,101.91) = .120$, $p = .730$) und „Selbstkonzept der eigenen Kontakt- und Umgangsfähigkeit“ ($F(1,103.21) = 2.23$, $p = .138$).

Tabelle 3: FSKN – Ergebnisse der ANOVA

Skala	<i>F</i>	<i>df1</i>	<i>df2</i>	<i>p</i>	ω^2
SK der allgemeinen Leistungsfähigkeit	.82	1	112	= .367	.002
SK der allgemeinen Problembewältigung	12.24	1	112	= .001	.090**
SK der allgemeinen Verhaltens- und Entscheidungssicherheit	.11	1	112	= .745	.007
SK des allgemeinen Selbstwertes	10.05	1	112	= .002	.074**
SK der eigenen Empfindlichkeit und Gestimmtheit	.71	1	112	= .400	.003
SK der eigenen Standfestigkeit gegenüber Gruppen und bedeutsamen Anderen	7.46	1	112	= .007	.050*
SK der eigenen Kontakt- und Umgangsfähigkeit	2.00	1	112	= .161	.008
SK zur Wertschätzung durch Andere	32.71	1	112	< .001	.219***
SK zur Irritierbarkeit durch Andere	.08	1	112	= .773	.008
SK über Gefühle und Beziehungen zu Anderen	.72	1	112	= .399	.003

Anmerkungen. SK = Selbstkonzept, *F* = F-Wert, *df1* und *df2* = Freiheitsgrade, *p* = Signifikanz, ω^2 = Effektstärke : $\omega^2 > .01$ kleiner Effekt*, $\omega^2 > .06$ mittlerer Effekt**, $\omega^2 > .14$ großer Effekt***.

Die Skala „SK zur Wertschätzung durch Andere“ weist ein signifikantes Ergebnis und mit Abstand den größten Effekt auf ($F(1, 112) = 32.71$, $p < .001$, $\omega^2 = .219$). Bei Betrachtung der Mittelwerte zeigt sich ein deutlicher Unterschied im Nettolernerfolg der beiden Gruppen, wobei bei der Gruppe der MTI eine positive, in der Gruppe der Standardtherapie jedoch eine negative Entwicklung zu verzeichnen ist (MTI: $M = 3.78$, $SD = 5.34$; Standardtherapie: $M = -1.44$, $SD = 4.05$).

Die Auswertung ergab in der Skala „SK der allgemeinen Problembewältigung“ ($F(1, 112) = 12.24$, $p = .001$, $\omega^2 = .09$) ein signifikantes Ergebnis mit einem mittleren Effekt. Bei Betrachtung der zeitlichen Mittelwertdifferenzen zeigt sich zwar eine positive Entwicklung von MTI, jedoch neuerlich ein Abfall des Nettolernerfolgs in der Gruppe der Standardtherapie (MTI: $M = 2.86$, $SD = 7.29$; Standardtherapie: $M = -1.84$, $SD = 6.82$). Dieses Ergebnis gibt Hinweise darauf, dass die Teilnehmer der MTI erfolgreicher im Aufbau von Kompetenzen zur Problembewältigung waren.

Die Skala „SK des allgemeinen Selbstwerts“ ($F(1, 112) = 32.71, p = .002, \omega^2 = .07$) weist ein signifikantes Ergebnis mit einem mittleren Effekt auf. Wie in Abbildung 3 ersichtlich, ist der Nettolernerfolg in der Gruppe der MTI größer (MTI: $M = 4.83, SD = 6.91$; Standardtherapie: $M = .56, SD = 7.34$). Zwar starteten die Teilnehmer der Standardtherapie auf einem höheren Ausgangslevel, konnten sich jedoch im Laufe der Intervention nur minimal verbessern. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass die Teilnehmer während der multiprofessionellen tiergestützten Intervention mehr Möglichkeiten erhielten ihren Selbstwert zu steigern, als die Teilnehmer der Standardtherapie. Die praktischen Übungen mit dem Hund und die daraus resultierenden Erfolgserlebnisse könnten zu diesem schnellen Wachstum des Selbstwerts beigetragen haben.

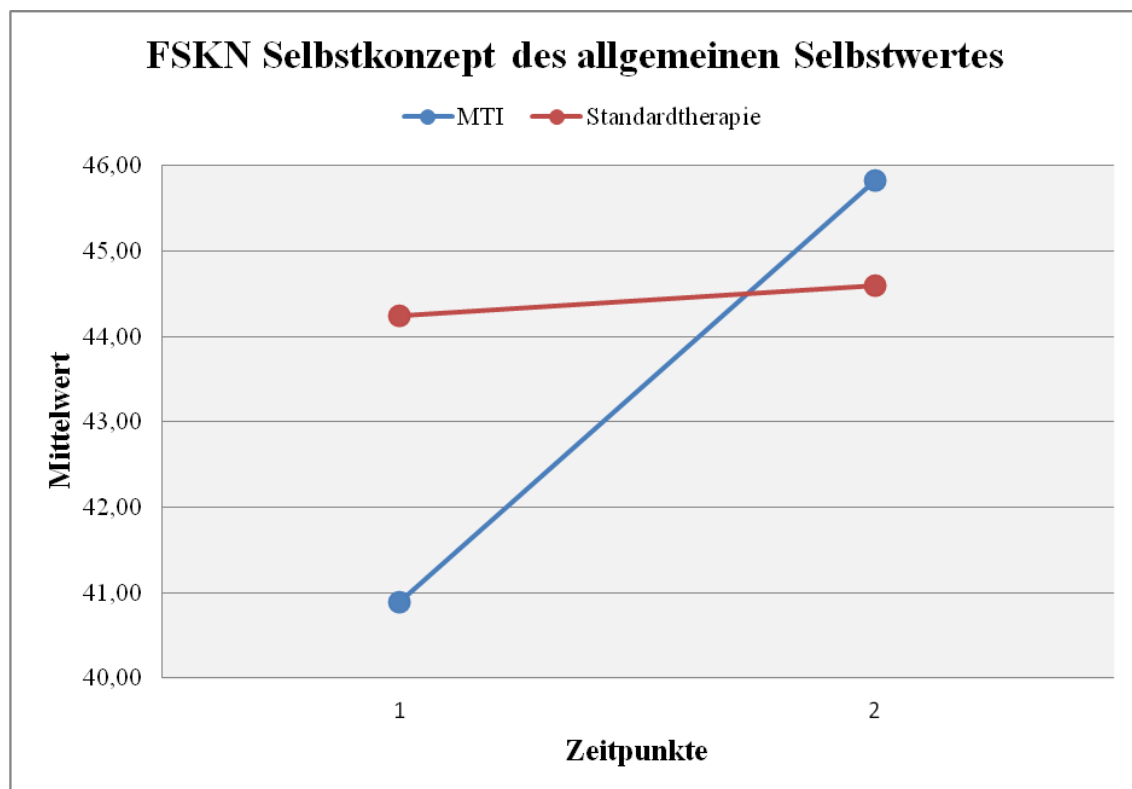


Abbildung 3: Veränderung der Skala "Selbstkonzept des allgemeinen Selbstwertes"

Die Skala „SK der eigenen Standfestigkeit gegenüber Gruppen und bedeutsamen Anderen“ ($F(1, 112) = 7.46, p = .007, \omega^2 = .05$) weist ein signifikantes Ergebnis mit einem kleinen Effekt auf. Hier geht es insbesondere um Selbstvertrauen im Umgang mit Gruppen. Abbildung 4 zeigt den deutlichen Unterschied im Nettolernerfolg der beiden Gruppen (MTI: $M = 4.90, SD = 9.04$; Standardtherapie: $M = .20, SD = 9.17$),

der bei den Teilnehmern der Standardtherapie zwar deutlich kleiner ist, jedoch wieder darauf zurückzuführen ist, dass sie bei einem höheren Level starteten. Dennoch ist die positive Wirkung der multiprofessionellen tiergestützten Intervention ersichtlich.

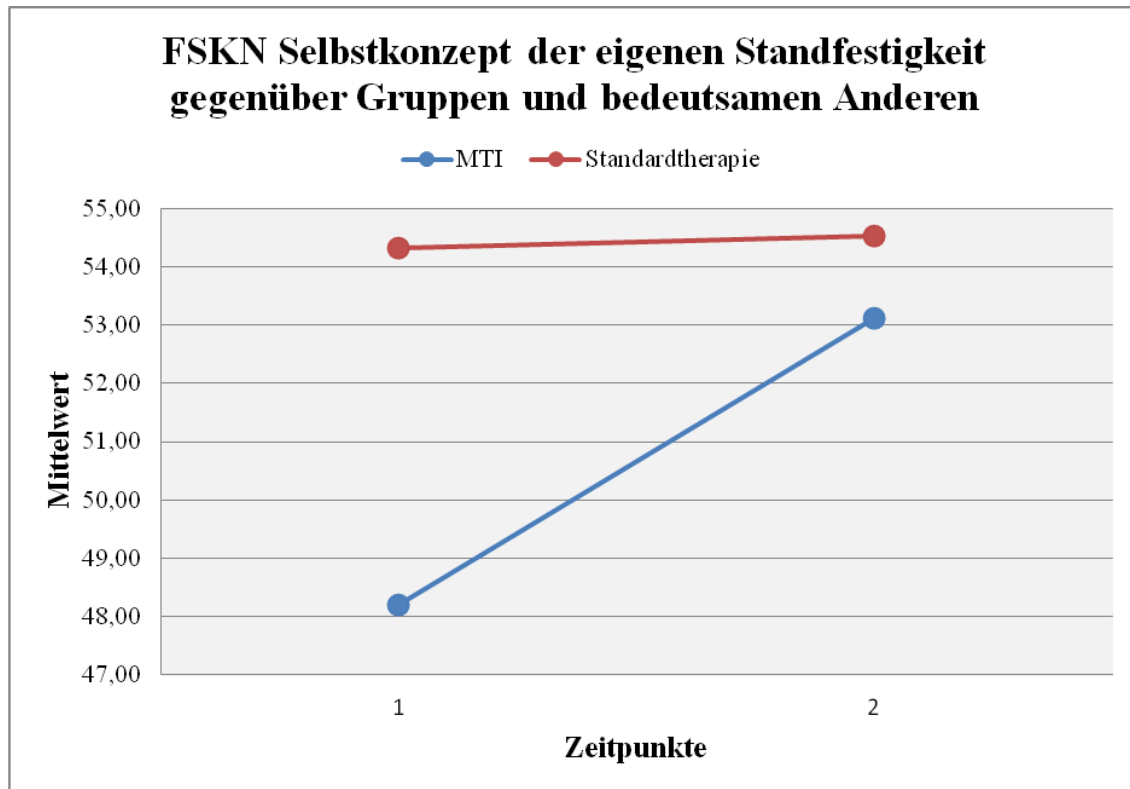


Abbildung 4: Veränderung der Skala "Selbstkonzept der eignen Standfestigkeit gegenüber Gruppen und bedeutsamen Anderen"

Kein signifikantes Ergebnis sowie keinen Effekt ergaben die Berechnungen bei den Skalen „SK der allgemeinen Leistungsfähigkeit“ ($F(1, 112) = .82, p = .364, \omega^2 = .002$), „SK der allgemeinen Verhaltens- und Entscheidungssicherheit“ ($F(1, 112) = .11, p = .745, \omega^2 = .007$), „SK der eigenen Empfindlichkeit und Gestimmtheit“ ($F(1, 112) = .71, p = .400, \omega^2 = .003$), „SK der eigenen Kontakt- und Umgangsfähigkeit“ ($F(1, 112) = 2.00, p = .161, \omega^2 = .008$), „SK zur Irritierbarkeit durch Andere“ ($F(1, 112) = .08, p = .773, \omega^2 = .008$) und „SK über Gefühle und Beziehungen zu Anderen“ ($F(1, 112) = .72, p = .399, \omega^2 = .003$). Dennoch konnten durchwegs positive Entwicklungen im Nettolernerfolg der Gruppen MTI und Standardtherapie festgestellt werden (SK der allgemeinen Leistungsfähigkeit: MTI: $M = 2.79, SD = 5.20$; Standardtherapie: $M = 1.76, SD = 6.14$; SK der allgemeinen Verhaltens- und Entscheidungssicherheit: MTI: $M = .65, SD = 6.74$; Standardtherapie: $M = 1.00$,

$SD = 3.87$; SK der eigenen Kontakt- und Umgangsfähigkeit: MTI: $M = 1.67$, $SD = 6.50$; Standardtherapie: $M = .20$, $SD = 3.83$; SK zur Irritierbarkeit durch Andere: MTI: $M = 1.14$, $SD = 4.32$; Standardtherapie: $M = 1.36$, $SD = 3.46$; SK über Gefühle und Beziehungen zu Anderen: MTI: $M = 1.81$, $SD = 5.53$; Standardtherapie: $M = 1.00$, $SD = 4.35$).

6.3 Ergebnisse des SDQIII

Der SDQ III von Marsh (1992), als weiteres Selbstkonzeptinstrument, erhebt das Bild des Individuums von sich selbst in akademischen (Verbal, Maths, Problem Solving, Academic) sowie nicht-akademischen Bereichen (Physical Ability, Physical Appearance, Same Sex Peer Relation, Opposite Sex Peer Relation, Parent Relation, Emotional Stability, Honesty/Trustworthiness, Spiritual Values/Religion) hat. Zusätzlich wird eine globale Selbstwahrnehmung (General Esteem) erfasst. Um Veränderungen zwischen dem ersten und zweiten Testzeitpunkt der Gruppen zu erheben, wurde mit allen Skalen des SDQIII ein Allgemeines Lineares Modell (ALM) mit Messwiederholung durchgeführt. Dieses ergab signifikante Wechselwirkungen zwischen dem Zeitpunkt und der Gruppe (z.B. Spiritual Values/Religion: $F(1, 110) = 31.37$, $p < .001$; General Esteem: $F(1, 110) = 38.03$, $p < .001$) sowie signifikante Gruppenunterschiede bereits zum Zeitpunkt 1 (z.B. Physical Appearance: $F(1, 123) = 9.66$, $p = .002$; Same Sex Peer Relation: $F(1, 123) = 8.11$, $p = .005$). Deshalb wurde zur Ermittlung des Nettolernerffekts eine Varianzanalyse (ANOVA) sowie eine Effektstärkenanalyse berechnet. Bezüglich der Ergebnisse sei auf die Tabelle 4 verwiesen. Die Voraussetzungen sind für alle Skalen, bis auf „Maths“ ($F(1, 110) = 4.52$, $p = .036$), „Academic“ ($F(1, 110) = 4.40$, $p = .038$), „Same Sex Peer Relation“ ($F(1, 110) = 7.57$, $p = .007$) sowie „General Esteem“ ($F(1, 110) = 4.72$, $p = .032$), erfüllt. Für die vier angeführten Skalen wurden die robusten Tests nach Welch und Brown-Forsythe berechnet. Diese zeigen für die Skala „Same Sex Peer Relation“ ($F(1, 97.08) = 2.01$, $p = .159$) ein signifikantes Ergebnis, für die Skalen „Maths“ ($F(1, 101.35) = 8.45$, $p = .004$), „Academic“ ($F(1, 110) = 5.77$, $p = .018$) und „General Esteem“ ($F(1, 108.18) = 40.90$, $p < .001$) allerdings kein signifikantes Ergebnis.

Tabelle 4: SDQIII - Ergebnisse der ANOVA

Skala	<i>F</i>	<i>df1</i>	<i>df2</i>	<i>p</i>	ω^2
Maths	7.55	1	93	= .007	.065**
Verbal	8.07	1	93	= .006	.070**
Academic	12.62	1	93	= .001	.110**
Problem Solving	49.53	1	93	< .001	.341***
Physical Ability	.735	1	93	= .393	.003
Physical Appearance	.724	1	93	= .397	.003
Same Sex Peer Relation	31.99	1	93	< .001	.248***
Opposite Sex Peer Relation	1.97	1	93	= .164	.009
Parent Relation	.964	1	93	= .329	.000
Spiritual Values/Religion	.894	1	93	= .347	.001
Honesty/Trustworthiness	22.82	1	93	< .001	.188***
Emotional Stability	13.68	1	93	< .001	.119**
General Esteem	36.48	1	93	< .001	.277***

Anmerkungen. *F* = F-Wert, *df1* und *df2* = Freiheitsgrade, *p* = Signifikanz, ω^2 = Effektstärke : $\omega^2 > .01$ kleiner Effekt*, $\omega^2 > .06$ mittlerer Effekt**, $\omega^2 > .14$ großer Effekt***.

Die Skala „General Esteem“ ($F(1, 93) = 36.48$, $p < .001$, $\omega^2 = .277$) weist ein signifikantes Ergebnis und einen großen Effekt auf. Das bedeutet, dass sich die beiden Gruppen MTI und Standardtherapie signifikant unterscheiden. Bei Betrachtung der zeitlichen Mittelwertdifferenzen zeigt sich, dass zwar beide Gruppen eine positive Entwicklung hinsichtlich ihrer globalen Selbstwahrnehmung zu verzeichnen haben, die jedoch in der Gruppe der MTI wesentlich stärker ausgeprägt ist (MTI: $M = 15.16$, $SD = 12.54$; Standardtherapie: $M = 2.04$, $SD = 8.33$). Besagter Nettolernerneffekt ist in Abbildung 5 ersichtlich. Zu beachten ist auch hier, wie bereits in der Ergebnisdarstellung der Verfahren ROPELOC und FSKN angesprochen, dass die Gruppe der Standardtherapie auf einem weitaus höheren Ausgangslevel in die Intervention startete, als die Gruppe der MTI. Trotzdem schätzen die Teilnehmer der tiergestützten Intervention ihre globale Selbstwahrnehmung zum Zeitpunkt 2 höher ein als die Teilnehmer der Standardtherapie.

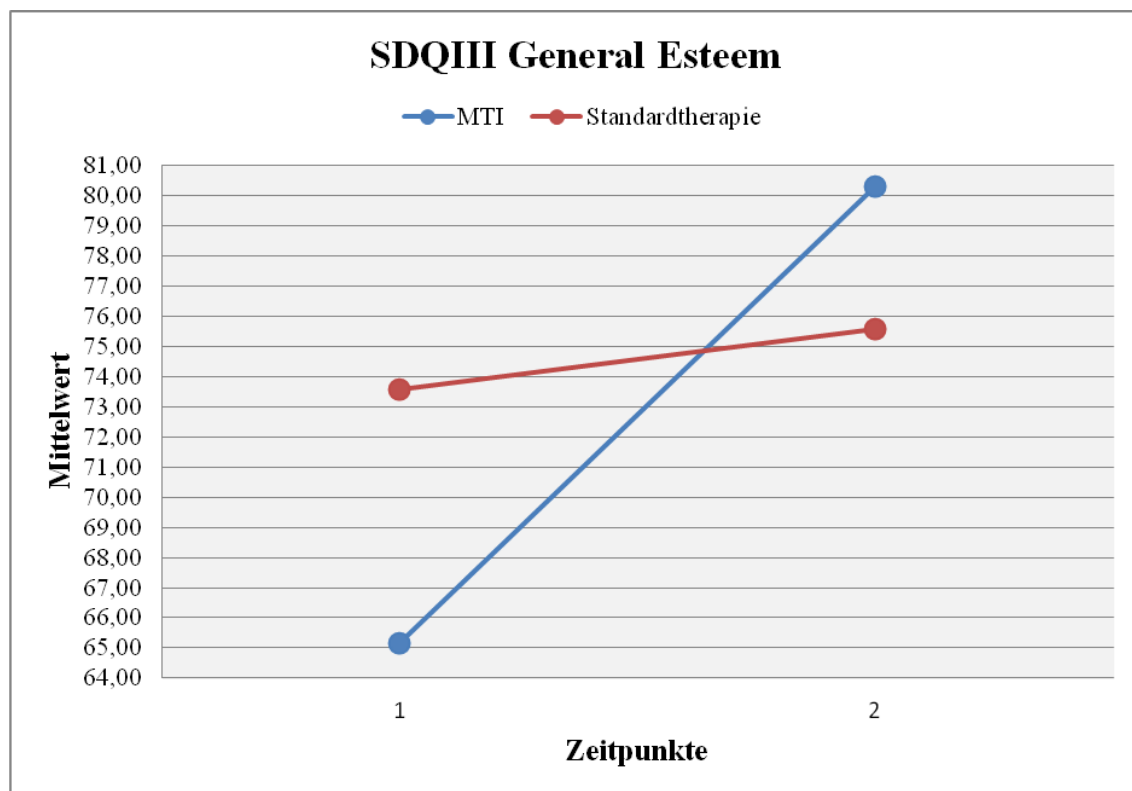


Abbildung 5: Veränderung der Skala "General Esteem"

Ein weiteres signifikantes Ergebnis mit einem großen Effekt zeigt sich in der Skala „Honesty/Trustworthiness“ ($F(1, 93) = 22.82, p < .001, \omega^2 = .188$), wobei auch hier die Gruppe der MTI eine deutlichere Veränderung aufweist (MTI: $M = 10.77, SD = 12.47$; Standardtherapie: $M = .20, SD = 8.88$). Auch in der Skala „Problem Solving“ ($F(1, 93) = 49.53, p = < .001, \omega^2 = .341$) unterscheiden sich die beiden Interventionsgruppen signifikant voneinander und weisen zudem einen großen Effekt auf. Dieser Unterschied wird durch die Betrachtung der Mittelwertdifferenzen untermauert. In Abbildung 6 ist ersichtlich, dass die Teilnehmer der tiergestützten Intervention eine sichtlich positive Entwicklung betreffend der Ausbildung von Problemlösekompetenzen aufweisen, während die Teilnehmer der Standardtherapie ihr Ausgangslevel nur wenig verbessern konnten (MTI: $M = 13.75, SD = 10.67$; Standardtherapie: $M = .12, SD = 8.06$).

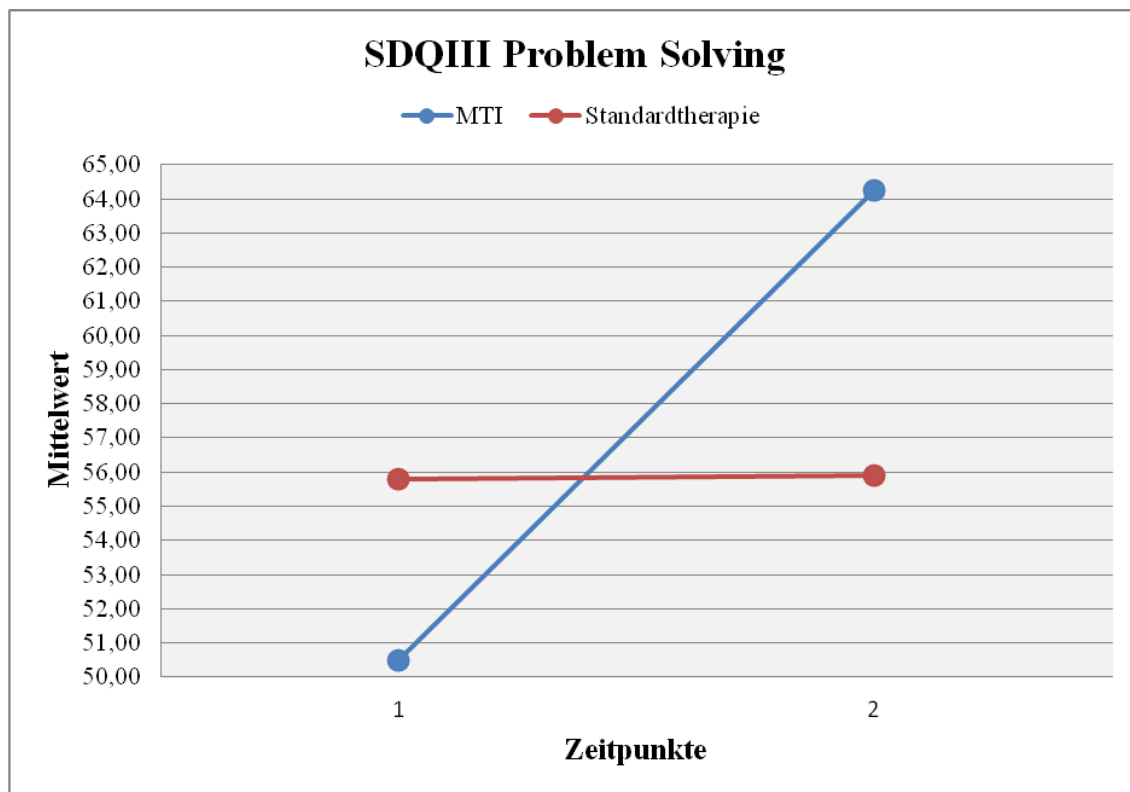


Abbildung 6: Veränderung der Skala "Problem Solving"

Die Skala „Same Sex Peer Relation“ ($F(1, 93) = 31.99, p < .001, \omega^2 = .248$) weist ebenfalls ein signifikantes Ergebnis und einen großen Effekt auf, wobei die Gruppe der MTI einen höheren Nettolerneffekt ($M = 9.16, SD = 8.42$) aufweist als jene der Standardtherapie ($M = 3.08, SD = 6.16$). Auch hinsichtlich des emotionalen Bereiches, hier bezüglich der Skala „Emotional Stability“ ($F(1, 93) = 13.68, p < .001, \omega^2 = .119$) unterscheiden sich die beiden Interventionsgruppen signifikant und weisen einen großen Effekt auf. Betrachtet man die Mittelwertdifferenzen, lässt sich in der Gruppe der tiergestützten Intervention eine positive Entwicklung ($M = 7.82, SD = 12.59$) feststellen, während sich in der Gruppe der Standardtherapie sogar eine leichte negative Veränderung ($M = -.08, SD = 7.83$) zeigt.

Im schulischen Bereich unterscheiden sich die Gruppen MTI und Standardtherapie hinsichtlich der mathematischen ($F(1, 93) = 7.55, p = .007, \omega^2 = .065$), verbalen ($F(1, 93) = 8.07, p = .006, \omega^2 = .070$) und akademischen Fähigkeiten ($F(1, 93) = 12.62, p = .001, \omega^2 = .110$) signifikant und weisen eine mittlere Effektstärke auf. Was den Nettolerneffekt anbelangt zeigt sich größtenteils eine positive Entwicklung, wobei die Gruppe der MTI, den Resultaten nach, tendenziell besser von der Intervention profitieren

konnte (Maths: MTI: $M = 3.79$, $SD = 12.46$; Standardtherapie: $M = -1.72$, $SD = 6.38$; Verbal: MTI: $M = 7.50$, $SD = 8.81$; Standardtherapie: $M = 3.08$, $SD = 6.19$; Academic: MTI: $M = 8.75$, $SD = 9.81$, Standardtherapie: $M = 2.12$, $SD = 8.29$).

Kein signifikantes Ergebnis sowie keinen Effekt ergaben die Berechnungen bei den Skalen „Physical Ability“ ($F(1, 93) = .735$, $p = .393$, $\omega^2 = .003$), „Physical Appearance“ ($F(1, 93) = .724$, $p = .397$, $\omega^2 = .003$), „Opposite Sex Peer Relation“ ($F(1, 93) = 1.97$, $p = .164$, $\omega^2 = .009$), „Parent Relation“ ($F(1, 93) = .964$, $p = .329$, $\omega^2 = .000$) und „Spiritual Values/Religion“ ($F(1, 93) = .894$, $p = .347$, $\omega^2 = .001$). Dennoch konnten größtenteils positive Entwicklungen im Nettolernerfolg der Gruppen MTI und Standardtherapie festgestellt werden (Physical Ability: MTI: $M = 3.36$, $SD = 8.29$; Standardtherapie: $M = 2.04$, $SD = 6.67$; Physical Appearance: MTI: $M = 1.09$, $SD = 10.65$; Standardtherapie: $M = -.44$, $SD = 6.53$; Opposite Sex Peer Relation: MTI: $M = 5.93$, $SD = 12.78$; Standardtherapie: $M = 3.08$, $SD = 6.16$; Parent Relation: MTI: $M = 2.14$, $SD = 11.71$; Standardtherapie: $M = .80$, $SD = 8.52$; Spiritual Values/Religion: MTI: $M = -1.09$, $SD = 15.01$; Standardtherapie: $M = 1.36$, $SD = 9.88$).

6.4 Ergebnisse der Verhaltensbeobachtung

Im Zuge der vierten Forschungsfrage interessieren die Veränderungen des beobachteten Verhaltens der Teilnehmer im Verlauf des hundegestützten Interventionsprogrammes (MTI). Drei unabhängige Beobachterinnen dokumentierten das Verhalten von 20 Teilnehmern im Sinne einer teilnehmenden und offenen systematischen Verhaltensbeobachtung. Folglich können Aussagen über Veränderungen der Skalen „Interaktion“, „Beteiligung“, „Kommunikation“, „Emotionsausdruck“, „Emotionsregulation“, „Geben von Feedback“, „Annehmen von Feedback“ und „Übungen mit dem Hund“ gemacht werden. Berechnet wurden die erhobenen Daten der zuletzt stattgefundenen MTI-Gruppen mit männlichen Teilnehmern. Es handelte sich hierbei um zwei Gruppen, die jeweils von Oktober bis Dezember 2011 und von Jänner bis März 2012 stattfanden. Um Verzerrungen zu vermeiden, wurde letztlich mit den Daten der mittleren acht Einheiten ein Allgemeines lineares Modell mit Messwiederholung berechnet. Zuvor wurde die Voraussetzungsüberprüfung durchgeführt. Die Homogenität der Varianzen wurde mittels Mauchly-Test auf Sphärizität erhoben. War dieser signifikant, also waren die Varianzen der Differenzen nicht homogen, wurde Greenhouse-

Geisser als Korrekturverfahren herangezogen. Bei der Prüfung der Normalverteilung der Daten musste festgestellt werden, dass diese nicht gegeben ist. Da die Normalverteilung eine symmetrische, unimodale Verteilung ist, bei welcher der Modalwert, Median und Mittelwert ident sind (Monette, Sullivan, & DeJong, 2011), wurden entsprechende Werte geprüft. Dieser Fall trifft auf die vorliegenden Daten zu (z.B. Interaktion Testzeitpunkt 3: $x_{mod} = 3.69$, $x_{med} = 3.71$, $M = 3.71$; Feedback annehmen Testzeitpunkt 1: $x_{mod} = 1.23$, $x_{med} = 1.23$, $M = 1.23$). Zudem ist in diesem Zusammenhang auf das zentrale Grenzwerttheorem hinzuweisen, welches besagt, dass je größer eine Stichprobe ist umso eher nähert sich die Verteilung der Mittelwerte an eine Normalverteilung an (Bortz & Schuster, 2010). Auf Basis der Einheitlichkeit der Modalwerte, Mediane und Mittelwerte sowie des zentralen Grenzwerttheorems, wurde für die weiteren Berechnungen die Normalverteilung als gegeben angesehen. Um die Darstellung etwaiger Veränderungen übersichtlicher zu gestalten, wurden die acht Einheiten in drei unterschiedliche Testzeitpunkte zusammengefasst. Demnach wird Einheit 1 und 2 zum „Testzeitpunkt 1“ zusammengezogen, der den Beginn der Intervention wiedergibt. Die Mitte des hundegestützten Kompetenztrainings stellt der „Testzeitpunkt 2“ dar, der aus der Einheit 3, 4 und 5 besteht. Die letzte Phase der Intervention, die Einheiten 6, 7 und 8, werden durch den „Testzeitpunkt 3“ abgedeckt. Eine Zusammenstellung der Ergebnisse des Allgemeinen linearen Modells sind in Tabelle 5 enthalten.

Tabelle 5: Systematische Verhaltensbeobachtung – Ergebnisse des Allgemeinen Linearen Modells (ALM)

Skala	<i>F</i>	<i>df1</i>	<i>df2</i>	<i>p</i>	η^2
Interaktion	22.76	2	38	< .001	.545***
Beteiligung	20.00	1.47	38	< .001	.513***
Kommunikation	18.01	2	38	< .001	.487***
Emotionsausdruck	54.96	2	38	< .001	.743***
Emotionsregulation	50.30	1.33	25.25	< .001	.726***
Geben von Feedback	81.21	1.56	29.57	< .001	.810***
Annehmen von Feedback	157.06	2	38	< .001	.892***
Übungen mit dem Hund	75.94	2	38	< .001	.800***

Anmerkungen. *F* = F-Wert, *df1* und *df2* = Freiheitsgrade, *p* = Signifikanz, η^2 = Effektstärke : $\eta^2 > .01$ kleiner Effekt*, $\eta^2 > .06$ mittlerer Effekt**, $\eta^2 > .14$ großer Effekt***.

Es lassen sich in jeder Beobachtungsskala starke Effekte feststellen. Das bedeutet, dass sich das beobachtete Verhalten über die drei Testzeitpunkte signifikant verändert hat. Um diese Veränderungen im Detail nachvollziehen zu können, wird in Tabelle 6 die deskriptive Statistik der einzelnen Testzeitpunkte dargestellt.

Tabelle 6: Systematische Verhaltensbeobachtung – Deskriptive Statistik

Skala	<i>M₁</i>	<i>SD₁</i>	<i>M₂</i>	<i>SD₂</i>	<i>M₃</i>	<i>SD₃</i>
Interaktion	2.96	.54	3.49	.48	3.69	.53
Beteiligung	3.21	.66	3.64	.40	4.06	.54
Kommunikation	4.62	.71	4.88	.56	5.24	.54
Emotionsausdruck	1.73	.28	2.23	.35	2.19	.33
Emotionsregulation	2.78	.63	3.54	.54	3.98	.54
Geben von Feedback	1.81	.57	3.15	.37	3.59	.59
Annehmen von Feedback	1.23	.47	2.57	.66	3.53	.62
Übungen mit dem Hund	2.54	.78	3.82	.44	4.46	.41

Anmerkungen. *M₁* = Mittelwert Zeitpunkt 1 (MTI Einheiten 1 und 2), *SD₁* = Standardabweichung Zeitpunkt 1 (Einheiten 1 und 2), *M₂* = Mittelwert Zeitpunkt 2 (MTI Einheiten 3, 4 und 5), *SD₂* = Standardabweichung Zeitpunkt 2 (MTI Einheiten 3, 4 und 5), *M₃* = Mittelwert Zeitpunkt 3 (MTI Einheiten 6, 7 und 8), *SD₃* = Standardabweichung Zeitpunkt 3 (MTI Einheiten 6, 7 und 8).

In der Beobachtungsskala „Interaktion“, die respektvolles Verhalten und Wechselbeziehungen zwischen den beim Training anwesenden Menschen und Tieren (Teilnehmer, Trainer, Hund) erfasst, zeigt sich ein signifikantes Ergebnis ($F(2, 38) = 22.76, p < .001, \eta^2 = .545$), wie auch in Tabelle 5 beschrieben. Die positive Veränderung zeigt sich, wie in Tabelle 6 ersichtlich, durch die Steigerung der Interaktion von Beginn des Trainings ($M_1 = 2.96, SD_1 = .54$), über zur Mitte der Intervention ($M_2 = 3.49, SD_2 = .48$), bis zum Ende hin ($M_3 = 3.69, SD_3 = .53$). In der Dimension „Beteiligung“ kann ebenfalls ein signifikantes Ergebnis ($F(1.47, 38) = 20.00, p < .001, \eta^2 = .513$) beobachtet werden. Wie in Abbildung 7 sichtbar wird, zeigen die Teilnehmer hinsichtlich ihrer aktiven Beteiligung an den Einheiten einen signifikanten Anstieg zwischen Testzeitpunkt 1 ($M_1 = 3.21, SD_1 = .66$) und Testzeitpunkt 3 ($M_3 = 4.06, SD_3 = .54$). Das bedeutet, dass sich die Teilnehmer im Laufe der Intervention bezüglich ihrer Konzentration und Aufmerksamkeit verbessern konnten und sich vermehrt zu den Themen verbal äußerten.

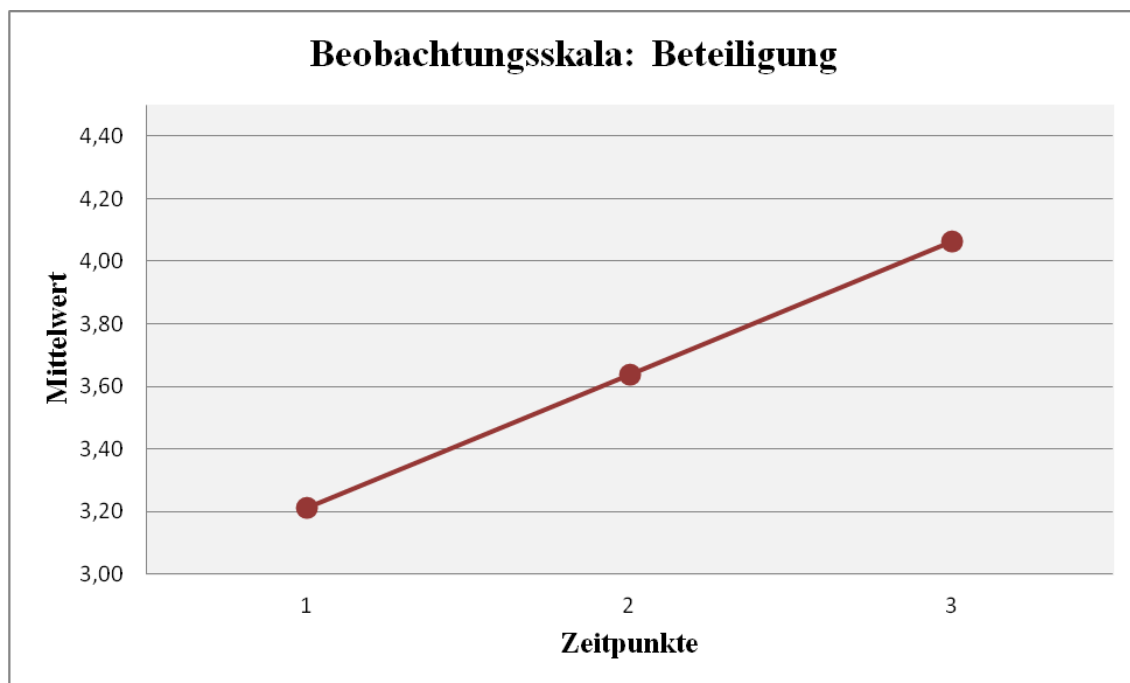


Abbildung 7: Verlauf der Beobachtungsskala "Beteiligung"

In der Skala „Kommunikation“ ($F(2, 38) = 18.01, p < .001, \eta^2 = .487$), in der die Sprache der Teilnehmer sowie Blickkontakt und Selbstsicherheit beobachtet wird, kann ebenso ein signifikantes Ergebnis berechnet werden. Abbildung 8 zeigt eine stetige positive Steigerung über die Zeit ($M_1 = 4.62, SD_1 = .71, M_2 = 4.88, SD_2 = .56, M_3 = 5.24, SD_3 = .54$), die sich im letzten Drittel der Intervention nochmals merklich erhöht.

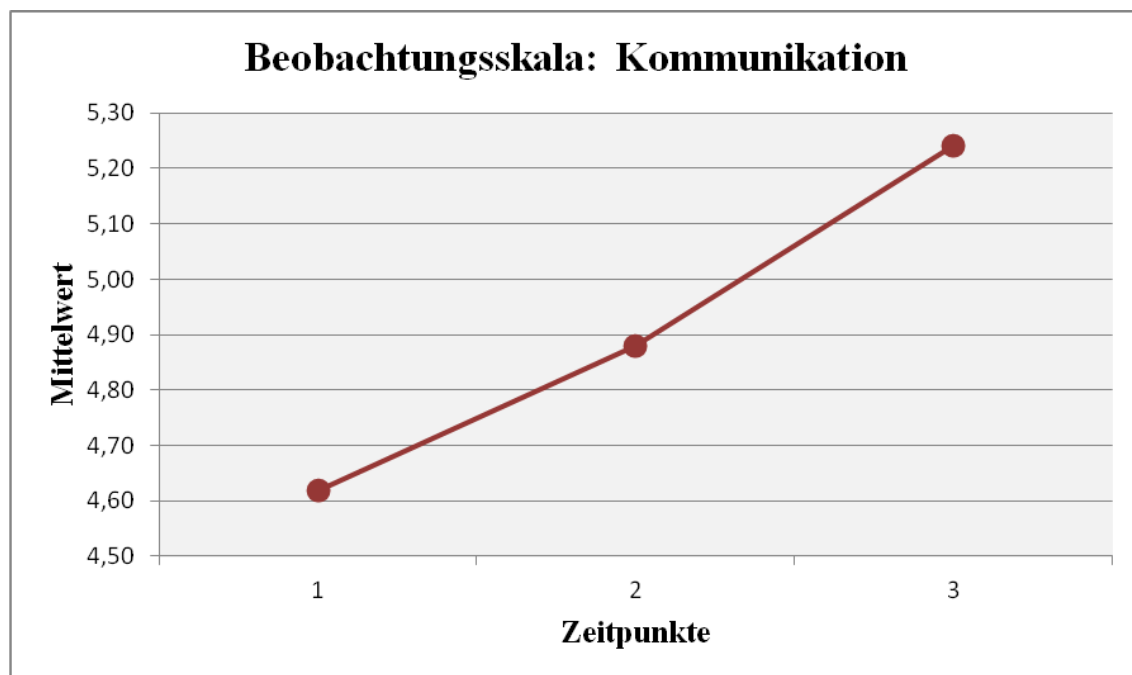


Abbildung 8: Verlauf Beobachtungsskala "Kommunikation"

Die beiden Skalen „Emotionsausdruck“ ($F(2, 38) = 54.96, p < .001, \eta^2 = .743$) und „Emotionsregulation“ ($F(1.33, 25.25) = 50.30, p < .001, \eta^2 = .726$) führen gleichermaßen zu einem signifikanten Ergebnis. Die Veränderungen des Emotionsausdrucks ($M_1 = 1.73, SD_1 = .28, M_2 = 2.23, SD_2 = .35, M_3 = 2.19, SD_3 = .33$) und der Emotionsregulation ($M_1 = 2.78, SD_1 = .63, M_2 = 3.54, SD_2 = .54, M_3 = 3.98, SD_3 = .54$) deuten darauf hin, dass die Teilnehmer im Zuge der Intervention Kompetenzen erlangen, die ihnen dabei helfen ihre Emotionen adäquat zu zeigen und zu regulieren. Dasselbe Bild zeichnet sich in den Dimensionen „Geben von Feedback“ ($F(1.56, 29.57) = 81.21, p < .001, \eta^2 = .810$) und „Annehmen von Feedback“ ($F(2, 38) = 157.06, p < .001, \eta^2 = .892$) ab. Bei ersterer Skala wird die Motivation beim Geben von Komplimenten bzw. Kritik an sich selbst und andere beobachtet. Es zeigt sich eine positive Veränderung durch die Steigerung von Beginn des Trainings ($M_1 = 1.81, SD_1 = .57$), über zur Mitte der Intervention ($M_2 = 3.15, SD_2 = .37$), bis zum Ende hin ($M_3 = 3.59, SD_3 = .59$).

Im Bereich des „Annehmen von Feedback“ geht es um die Fähigkeit Komplimente und Kritik zu akzeptieren und angemessen darauf zu reagieren. Wie in Abbildung 9 zu sehen, kann ein signifikanter Anstieg zwischen Testzeitpunkt 1 ($M_1 = 1.23$, $SD_1 = .47$) und Testzeitpunkt 3 ($M_3 = 3.53$, $SD_3 = .62$) verzeichnet werden. Auch in der Skala „Übungen mit dem Hund“ ($F(2, 38) = 75.94$, $p < .001$, $\eta^2 = .800$) kann ein signifikantes Ergebnis errechnet werden und zwar mit einer positiven Steigerung vom Start ($M_1 = 2.54$, $SD_1 = .78$), über die Mitte ($M_2 = 3.82$, $SD_2 = .44$), bis zur Endphase ($M_3 = 4.46$, $SD_3 = .41$) der Intervention.

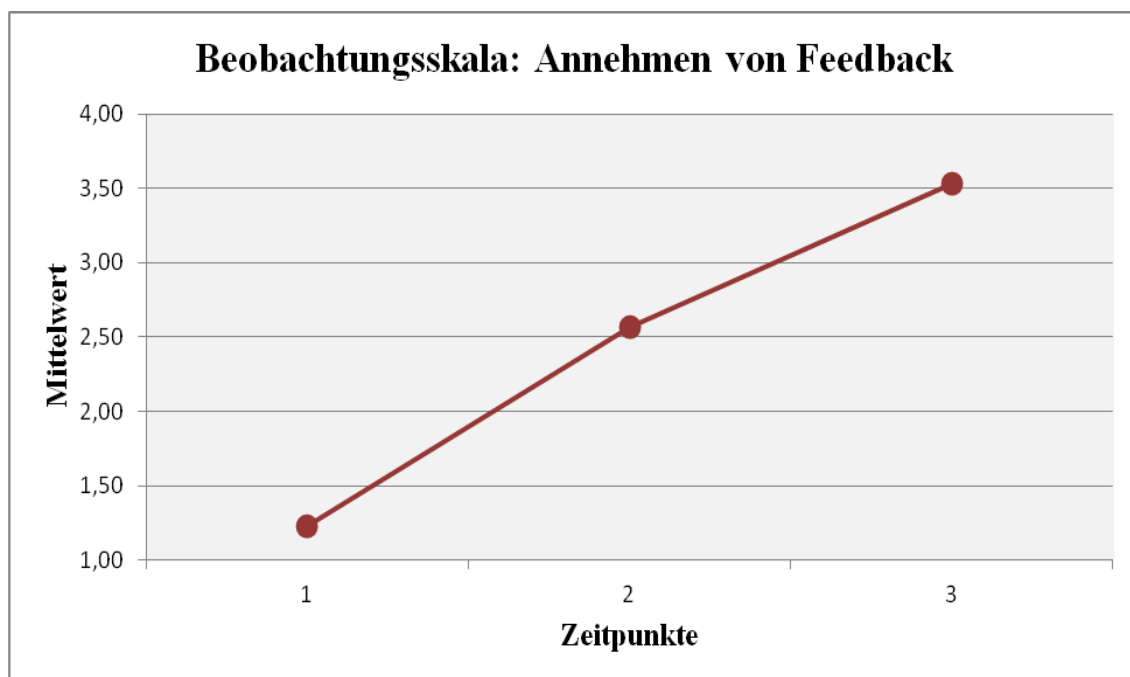


Abbildung 9: Verlauf Beobachtungsskala "Annehmen von Feedback"

7 Interpretation und Diskussion

Die Ergebnisse, die in Kapitel 6 beschrieben wurden, sollen nachfolgend interpretiert und diskutiert werden. Das übergeordnete Ziel vorliegender Arbeit war es die Wirkung einer tiergestützten Intervention, der multiprofessionellen tiergestützten Intervention (MTI) und einer nicht-tiergestützten Intervention, der Standardtherapie, auf die sozialen Kompetenzen drogenabhängiger Rechtsbrecher in einer österreichischen Justizanstalt zu untersuchen. Zur Beantwortung der entsprechenden Fragestellungen wurden drei Selbstbeurteilungsverfahren angewendet. Hierbei handelt es sich um den Review of Personal Effectiveness and Locus of Control (ROPELOC) von Richards et al. (2002), der psychologische und verhaltensbezogene Schlüsselbereiche erfasst, die Lebens effektivität ausmachen. Desweiteren wurden die Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN) von Deusinger (1986) vorgegeben, welche die Bilder bzw. Selbstkonzepte, die ein Individuum in wichtigen Bereichen des Selbst von der eigenen Person entwickelt hat, erfassen. Beim dritten Verfahren handelt es sich um den Self Description Questionnaire III (SDQIII) von Marsh (1992), der ebenfalls die Selbstkonzepte in unterschiedlichen Bereichen erhebt. Zudem war der Interventionsverlauf der tiergestützten Interventionsgruppe (MTI) von Interesse, also inwiefern sich das Verhalten der Teilnehmer im Laufe der Einheiten veränderte. Hierfür wurde eine systematische Verhaltensbeobachtung durchgeführt.

Hinsichtlich der interessierenden Fragestellungen und vorgegebenen Verfahren sowie durchgeführten Verhaltensbeobachtung wurden die entsprechenden Skalen zu sieben Überbegriffen zusammengefasst (

Tabelle 1, S. 49). Diese sollen die Interpretation der Ergebnisse übersichtlicher gestalten. Die Veränderungen der Insassen hinsichtlich ihrer sozialen Kompetenzen wurden auf Basis der sieben zusammengefassten Bereiche (Beziehungen zu anderen, Problemlösefähigkeit, schulischen/akademischen Leistungen, körperlichen Eigenschaften, Werte, Handlungskompetenzen und globalen Selbstwahrnehmung) untersucht. Auf diese soll im Folgenden näher eingegangen werden.

Bezüglich der *Beziehungen zu anderen* zeigt der überwiegende Teil der vorliegenden Ergebnisse, dass sich besonders die Teilnehmer der tiergestützten Intervention in diesem Bereich stark verbessern konnten. Hinsichtlich der Kommunikation in sozialen

Situationen (ROPELOC: „Social Effectiveness“, $\omega^2 = .379$) und des „Selbstkonzepts zur Wertschätzung durch andere“ (FSKN: $\omega^2 = .219$) unterschieden sich die Gruppen signifikant voneinander. Ein Blick auf den Nettolernerfolg beider Gruppen zeigt eine starke Verbesserung der Teilnehmer der multiprofessionellen tiergestützten Intervention. Dasselbe gilt für die Kooperation in Teamsituationen (ROPELOC: „Cooperative Teamwork“, $\omega^2 = .099$) und die Fähigkeiten zur Gruppenführung (ROPELOC: „Leadership Ability“, $\omega^2 = .128$), die sich in beiden Interventionen verbesserten, wobei die Betrachtung der Mittelwertdifferenzen Hinweise darauf geben, dass die Teilnehmer der MTI mehr von ihrer Intervention profitieren konnten als die Teilnehmer der Standardtherapie. Im Konzept der tiergestützten Intervention hat die Arbeit im Team einen hohen Stellenwert. So gibt es Übungen, in welchen Gruppen zu je zwei Teilnehmern gebildet werden und diese gemeinsam eine Aufgabe erhalten. Unterstützt wird die positive Entwicklung hinsichtlich der sozialen Kompetenzen in Teamsituationen von der Skala des SDQIII „Same Sex Peer Relation“ ($\omega^2 = .248$), in welcher die wahrgenommene Beliebtheit bei Personen des anderen Geschlechts sowie der Umgang mit diesen gemessen wird. Im Allgemeinen gelten der Bezug zur Elternfamilie und der Einfluss der Peergruppen als gut belegte Prädiktoren (National Institute on Drug Abuse, 2003; Newcomb et al., 1986; Pratt et al., 2010; Seitz, 1983; Suhling & Greve, 2010; Welz, 1989) für Substanzkonsum und Delinquenz.

Problematisch ist die Tatsache, dass Risikofaktoren additiv wirken. Das heißt, je mehr Risikofaktoren ein Individuum ausgesetzt ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit für Drogenkonsum und Delinquenz (National Institute on Drug Abuse, 2003). Zu den innerfamiliären Faktoren zählen hier insbesondere der Mangel an gegenseitiger Zuneigung und Fürsorglichkeit sowie Eltern die selbst Drogen einnehmen bzw. kriminelles Verhalten zeigen oder unter psychischen Störungen leiden (National Institute on Drug Abuse, 2003). Ein weiterer wesentlicher Risikofaktor ist der Einfluss von sowie die Identifikation mit drogenkonsumierenden und delinquenten Peergruppen (National Institute on Drug Abuse, 2003). So haben 90 Prozent aller Drogenkonsumenten, nach Welz (1989), den ersten Kontakt mit Substanzen gemeinsam mit Freunden. Auch Insassen der vorliegenden Stichprobe gaben hinsichtlich ihrer Drogen- und Gewalterfahrungen an, dass sie „die falschen Freunde hatten“ und oftmals „keine andere Wahl hatten, da sie sonst aus der Gruppe geflogen wären“. Das Modelllernen, eine von Albert Bandura eingeführte Bezeichnung für einen kognitiven Lernprozess,

ist im Kontext der Familie und Peers wesentlich (Hinsch & Pfingsten, 2002; Suhling & Greve, 2010; Yarbrough et al., 2011). Bandura und Kollegen (1961) konnten bereits in einer frühen Studien zeigen, dass Konsequenzen, die aus einem bestimmten Verhalten resultierten und beobachtet wurden in Zusammenhang mit dessen Nachahmung standen – dies hatte sowohl positive als auch negative Konsequenzen betroffen. Daher kann in vorliegender Stichprobe angenommen werden, dass auch Strafgefangene einander beobachten und gegebenenfalls Verhalten imitieren. Die Beobachtung und Nachahmung von Verhalten, aus dem sich während der Einheiten der multiprofessionellen tiergestützten Intervention positive Konsequenzen ergaben, könnte ein Erklärungsansatz für die starke Verbesserung in den Skalen zur Kooperation in Teamsituationen und Kommunikation in sozialen Situationen sein. Die Verbesserung in der Gruppe MTI kann in Verbindung mit Ergebnissen gebracht werden, die zeigen konnten, dass Tiere als soziale Katalysatoren die zwischenmenschliche Interaktion wesentlich verbesserten (Beetz et al., 2012; Levinson, 1962; McNicholas et al., 2005; Toohey & Rock, 2011). Toohey und Rock (2011) zeigen in ihrem Review unter anderem auf, dass Hunde oftmals eine positive Rolle im Aufbau und der Stärkung nachbarschaftlicher Freundschaften spielen. Während der multiprofessionellen tiergestützten Intervention (MTI), die durch eine Verhaltensbeobachtung begleitet wurde, zeigten sich wesentliche Verbesserungen in den Bereichen Interaktion und Kommunikation. So traten sie im Laufe der Intervention vermehrt mit anderen Gruppenmitgliedern, den Trainerinnen sowie dem Hund in Kontakt und zeigten respektvolles Verhalten ($\eta^2 = .545$). Zudem konnte eine gesteigerte Beteiligung an dem Interventionsgeschehen ($\eta^2 = .513$) und eine verbesserte Kommunikation hinsichtlich Sprache, Blickkontakt und Selbstsicherheit ($\eta^2 = .487$) verzeichnet werden. Auch hinsichtlich der Beobachtungsskalen Geben ($\eta^2 = .810$) und Annehmen von Feedback ($\eta^2 = .892$), also dem Umgang mit Kritik und Komplimenten, ist ebenso ein hoher Effekt durch die tiergestützte Intervention zu verzeichnen. Besonders auffallend ist die Steigerung der Fähigkeiten zwischen dem Beginn (Geben von Feedback $M_1 = 1.81$, $SD_1 = .57$, Annehmen von Feedback $M_1 = 1.23$, $SD_1 = .47$) und der Mitte der Intervention (Geben von Feedback $M_2 = 3.15$, $SD_2 = .37$, Annehmen von Feedback $M_2 = 2.57$, $SD_2 = .66$), was für die Akzeptanz des Programms seitens der Teilnehmer und einem Zuwachs an Selbstsicherheit spricht. Das Kernelement der Intervention sind die praktischen Übungen mit dem Hund. Die Autorin vermutet, dass dieser praktische Teil, besonders mit dem Gedanken an das Tier als sozialer Katalysator, einen bedeutenden Einfluss auf die Verbesserungen der Bereiche Interaktion, Kommunikation sowie Geben

und Annehmen von Feedback hatte. Im Laufe der Einheiten wird regelmäßig festgehalten und verdeutlicht, dass eine klare und eindeutige Kommunikation mit dem Hund essentiell ist, um mit ihm interagieren zu können. Dazu zählen unter anderem Mimik, Körperhaltung, Stimmlage, selbstbewusstes Auftreten sowie Geduld und Selbstbeherrschung. Bei den praktischen Übungen mit dem Hund zeigte sich eine große Verbesserung der Teilnehmer ($\eta^2 = .800$). Das Training dieser Fertigkeiten in der Mensch-Hund-Interaktion könnte die Insassen dabei unterstützen diese auch in Mensch-Mensch-Interaktionen zu zeigen und anzuwenden.

Im Bereich der *Problemlösefähigkeit* geht es darum Probleme effektiv zu erfassen und Lösungen dafür zu entwickeln, auszuwählen und auszuführen. In der Literatur finden sich Hinweise darauf, dass besonders bei Kindern im Jugendalter Schwierigkeiten in der Problemlösefähigkeit mit Substanzkonsum (Herrick & Elliott, 2001; Jaffee & D'Zurilla, 2008) und Delinquenz (Freedman, Rosenthal, Donahoe, Schlundt, & McFall, 1978; Gaffney, Thorpe, Young, Collett, & Occhipinti, 1998; Jaffee & D'Zurilla, 2003) unmittelbar im Zusammenhang stehen. Typische Abhängigkeitsgedanken beziehen sich, nach Beck und Kollegen (1997), zumeist auf die Thematik des Problemlösens. Mittels gezieltem Training können diese Fähigkeiten wesentlich verbessert werden, so Herrick und Elliott (2001). In vorliegender Untersuchung unterschieden sich die Interventionsgruppen hinsichtlich ihrer Problemlösefähigkeit in der Skala „Problem Solving“ ($\omega^2 = .341$) signifikant voneinander und zeigten einen großen Effekt. Der Nettolerneffekt weist auf eine größere Veränderung in der Gruppe der tiergestützten Intervention hin. Mittlere Effekte wurden in den Skalen des ROPELOC und FSKN festgestellt, welche zum einen die Fähigkeit messen mit Dingen umzugehen und Lösungen für schwierige Situationen zu finden („Self Efficacy“, $\omega^2 = .075$) und zum anderen die Einstellung der Insassen zur eigenen Problembewältigung erfassen („Selbstkonzept zur allgemeinen Problembewältigung“, $\omega^2 = .090$). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die MTI-Teilnehmer ihre Fähigkeit mit Problemen umzugehen und Lösungen für schwierige Situationen zu finden durch die Intervention bedeutsam verbessern konnten. Dies könnte ebenfalls auf die Gruppenaufgaben in der multiprofessionellen tiergestützten Intervention zurückzuführen sein. Wie bereits erwähnt, ist die Bearbeitung von Aufgaben in Teams ein wesentlicher Aspekt des Trainings. In einem konkreten Beispiel, das gezielt auf die Thematik der Problemlösefähigkeit der Insassen ausgerichtet ist, sollen gebildete Gruppen alternative

Überlegungen hinsichtlich der Bewältigung einer praktischen Übung mit dem Hund anstellen. Davor besprochene Lerntheorien können hier praktisch umgesetzt werden.

Hinsichtlich der Skalen des SDQIII zu den *schulischen bzw. akademischen Leistungen*, zeigten sich signifikante Ergebnisse und mittlere Effekte in den Selbsteinschätzungen der Teilnehmer hinsichtlich ihrer Fähigkeiten in Mathematik ($\omega^2 = .065$), Deutsch und Lesen ($\omega^2 = .070$) sowie generellen schulischen bzw. akademischen Leistungen ($\omega^2 = .110$). Im Schulkontext zeigte sich bereits, dass die Wahrnehmung der eigenen Kompetenzen direkt mit den sozialen Interaktionen mit Klassenkameraden verbunden ist (Byrne & Shavelson, 1996). Dies könnte einen Einfluss auf vorliegende Ergebnisse genommen haben, da der Zusammenhalt sowie das soziale Miteinander von Gruppe zu Gruppe unterschiedlich ist. Zudem zeigte sich im schulischen bzw. akademischen Bereich, dass die Teilnehmer der tiergestützten Intervention einen durchwegs höheren Nettolernerfolg als jene der Standardtherapie aufwiesen. Dies könnte mit der Anwesenheit des Hundes und dessen positive Wirkung auf die Teilnehmer zusammenhängen (Fricker, 2011; Kotrschal & Ortbauer, 2003), was zu einer wesentlichen Verbesserung der Konzentration führen könnte. Diese Ergebnisse sind deshalb besonders interessant, da es in der multiprofessionellen tiergestützten Intervention vornehmlich um non-verbale Interaktion geht. Trotzdem kann von einem gewissen verbalen Basislevel gesprochen werden. So wird beispielsweise in der ersten Einheit überlegt mit welchen Worten man einen Hund loben kann. Durch das anschließende Finden von Synonymen erhalten die Insassen die zusätzliche Möglichkeit sich im verbalen Bereich zu verbessern.

Im Bereich der *körperlichen Eigenschaften* können keine maßgeblichen Effekte berichtet werden. Demnach gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden sozialen Kompetenztrainings hinsichtlich der Skalen „Physical Appearance“ ($\omega^2 = .003$) und „Physical Ability“ ($\omega^2 = .003$) des SDQIII, die zum einen die Selbsteinschätzungen hinsichtlich der eigenen Attraktivität und zum anderen das Interesse für Sport, Spiele und physische Aktivitäten messen. Mit Blick auf die Konzepte der beiden Interventionen könnte hier ein fehlender Schwerpunkt auf den Thematiken Körper und Bewegung als möglicher Grund für das Ausbleiben nennenswerter Ergebnisse genannt werden.

Wenn man die persönlichen und sozialen Werte der vorliegenden Stichprobe betrachtet, zeigten sich bei den Teilnehmern der tiergestützten Interventionsgruppe stärkere Veränderungen hinsichtlich der Skala zur Ehrlichkeit und Vertrauenswürdigkeit („Honesty/Trustworthiness“, $\omega^2 = .188$) des SDQIII als bei den Teilnehmern der Standardtherapie. In der Skala „Emotional Stability“ ($\omega^2 = .119$) zeigte sich dasselbe Bild. Demnach schätzten sich die Teilnehmer der MTI nach dem Training als wesentlich ruhiger, entspannter und emotional stabiler ein. Zudem seien sie im Vergleich weniger beunruhigt. Forschungsergebnisse von Beetz und Kollegen (2012) in Bezug auf eine verbesserte Stimmung und der Reduktion von selbstberichteter Angst sowie stressbezogener Parameter (Kortisol, Herzrate, Blutdruck) durch den Kontakt zu Tieren unterstützen das Ergebnis vorliegender Skala. Ebenfalls die emotionalen Aspekte der Insassen betreffend, zeigen die Ergebnisse der Verhaltensbeobachtung während der multiprofessionellen tiergestützten Intervention (MTI) hohe Effekte in der Emotionsregulation ($\eta^2 = .726$) und dem Emotionsausdruck ($\eta^2 = .743$). Dies gibt Hinweise darauf, dass die Teilnehmer Kompetenzen entwickelt haben, die ihnen dabei helfen Emotionen adäquat zu zeigen und zu regulieren.

Zum Bereich der *Handlungskompetenzen* werden in vorliegender Arbeit unter anderem Verhaltensweisen und Strategien gezählt, die es einem Individuum ermöglichen mit Kraft und Energie bestimmte Ziele zu erreichen, konstruktiv mit Veränderungen umzugehen sowie vorhandene Zeit effizient zu planen und zu nützen (Deusinger, 1986; Richards et al., 2002). Durch eine Reihe von Faktoren sind im Gefängnissetting die Handlungskompetenzen der Insassen beträchtlich eingeschränkt. Die Straftäter werden neben dem Freiheitsentzug zusätzlich mit Mobbing (Grennan & Woodhams, 2007) und hohem psychischem Druck (Gullone et al., 2000; Ireland, 2002) konfrontiert. Studien zeigen, dass 45 bis 60 Prozent der untersuchten Strafgefangenen, entweder als Opfer oder als Täter, von Mobbing betroffen sind (Grennan & Woodhams, 2007; Ireland, 2002). Schikaniert werden besonders Sexualstraftäter und Insassen die andere Häftlinge verraten (Ireland, 2002). Zudem weisen Strafgefangene im Vergleich zur Normalbevölkerung eine deutlich geringere Lebensqualität sowie Selbstachtung und einen höheren Grad an Angst und Depression auf (Gullone et al., 2000). Dies kann durch Mobbing verstärkt werden, denn je mehr schikanierendes Verhalten erlebt wird, um so größer ist der empfundene psychische Stress der Häftlinge (Grennan & Woodhams, 2007). Aufgrund genannter Belastungen ist das Interesse an den

Bewältigungsstrategien, auch Copingstrategien, von Strafgefangenen evident. Hier werden besonders vermeidende Bewältigungsstrategien angewendet, die sich in Form von Leugnung oder Rückzug zeigen (Grennan & Woodhams, 2007; Gullone et al., 2000). Hinsichtlich einer Wiedereingliederung in die Gesellschaft sollte der Fokus von Interventionsprogrammen jedenfalls auf der Ausbildung von Handlungskompetenzen liegen. Die Ergebnisse vorliegender Untersuchung zeigen, dass hinsichtlich dieses Bereichs die multiprofessionellen tiergestützten Intervention (MTI) einen wichtigen Beitrag leisten kann. Die Gruppen der MTI und der Standardtherapie unterschieden sich signifikant hinsichtlich des Bestrebens Dinge umzusetzen („Active Involvement“, $\omega^2 = .098$), der Offenheit gegenüber neuen Ideen und Gedanken („Open Thinking“, $\omega^2 = .120$) und der Anstrengung ein bestmögliches Ergebnis zu erreichen („Quality Seeking“, $\omega^2 = .216$). Hier geht es in der tiergestützten Intervention besonders darum, dass jeder Insasse durch Verantwortungsübernahme gegenüber dem Hund die Möglichkeit bekommt herauszufinden, wo sein persönliches Maximum liegt. Fürchtet sich der Hund beispielsweise vor einem Teilnehmer, wird einerseits hinterfragt, warum sich das Tier fürchtet und andererseits überlegt, was der Strafgefangene ändern kann, um die Situation positiv zu verändern. Auch betreffend der effizienten Planung und Nutzung von Zeit („Time Efficiency“, $\omega^2 = .113$) konnte ein signifikanter Gruppenunterschied festgestellt werden. Durch die beschränkte Zeit der Interventionen, geht es für die Teilnehmer darum, in möglichst kurzer Zeit das Maximum für sich selbst herauszuholen. Die Interventionsgruppen unterschieden sich weiters bezüglich der Fähigkeit mit Veränderungen umzugehen („Coping with Change“, $\omega^2 = .174$), der Effektivität einer Person in allen Aspekten des Lebens („Overall Effectiveness“, $\omega^2 = .100$) und der Übernahme von Verantwortung für Ereignisse („Internal Locus of Control“, $\omega^2 = .100$) signifikant. Beide Gruppen zeigten positive Entwicklungen in den angeführten Skalen, wobei der Nettolernerneffekt in der tiergestützten Gruppe durchwegs etwas höher war.

Ein positives Selbstkonzept, *Selbstvertrauen* und *Selbstsicherheit* gelten als Voraussetzung für sozial kompetentes Verhalten (Petermann & Petermann, 2000). Demnach ist das Bild der eigenen Person sowie der gesammelten Erfahrungen (Selbstkonzept) und das Gefühl der Sicherheit über ein effektives Verhaltensrepertoire zu verfügen (Selbstvertrauen, *Selbstsicherheit*) wichtig für die Entwicklung und Ausführung sozial kompetenten Verhaltens (Petermann & Petermann, 2000).

Der Gegenpol stellt das sozial inkompetente Verhalten dar. Der diesbezüglich vorherrschende multikausale Erklärungsansatz geht von unterschiedlichen Ursachen aus, die miteinander in Wechselwirkung stehen (Hinsch & Pfingsten, 2002). Diese können die bereits unter dem Punkt „Beziehungen zu anderen“ diskutierten Faktoren hinsichtlich Elternfamilie, Peergruppen und Beobachtungslernen betreffen. Weiters kann soziale Überforderung durch äußere Umstände wie z.B. einer Erkrankung, mangelnde Routine für bestimmtes Sozialverhalten, soziale Ängste durch Traumata und Selbstbestrafungsgewohnheiten Ursachen für die Entstehung inkompetenten Verhaltens angenommen werden (Hinsch & Pfingsten, 2002). Delinquenz zählt zu den sozial inkompetenten Verhaltensweisen und scheint üblicherweise von geringem *Selbstbewusstsein* gekennzeichnet zu sein (Oser, 2006). Interventionen, die diese Tatsache berücksichtigen und die Verbesserung des Selbstbewusstseins mit einbeziehen zeigen sowohl tiergestützt (Jasperson, 2010) als auch nicht-tiergestützt Erfolg (Ferszt et al., 2009). Dies spiegelt sich auch in vorliegender Untersuchung wieder. In den Skalen „General Esteem“ ($\omega^2 = .277$) des SDQIII, also der globalen Selbstwahrnehmung, sowie „Selbstkonzept des allgemeinen Selbstwertes“ des FSKN ($\omega^2 = .074$) konnte ein signifikantes Ergebnis und ein großer bzw. mittlerer Effekt verzeichnet werden. Die Teilnehmer geben demnach an, dass sie zufriedener mit sich sind und die Entwicklung des Respekts sowie der Gefühle sich selbst gegenüber einen positiven Verlauf genommen hat, wobei der Nettolerneffekt in der Gruppe der multiprofessionellen tiergestützten Intervention höher war. Dies wird durch den großen Effekt in der Skala „Self Confidence“ ($\omega^2 = .250$) des ROPELOC unterstützt, in der es um den Glauben in die eigenen Fähigkeiten geht erfolgreich zu sein. Die Verbesserungen in der Gruppe MTI können mit Ergebnissen in Zusammenhang gebracht werden, die zeigen konnten, dass sich der Kontakt zu Tieren positiv auf das Selbstwertgefühl, die Selbstwirksamkeit und die Stressbewältigung auswirken (Berget et al., 2008; McConnell et al., 2011).

Im Allgemeinen ist auf eine Problematik hinsichtlich der Operationalisierung von sozialen Kompetenzen hinzuweisen. So besteht nach Kanning (2002a) generell die Frage was überhaupt als sozial kompetentes bzw. inkompetentes Verhalten angesehen wird. Zudem werden Kompetenzen nicht zwangsläufig in jeder Situation gezeigt und falls doch, nicht unbedingt zu kompetenten Verhalten führen (Kanning, 2003). In vorliegender Stichprobe könnte dies also bedeuten, dass Straftäter zwar über soziale

Kompetenzen verfügen, sie jedoch im Gefängnissetting nicht zeigen können. Dies sollte bei Betrachtung der vorliegenden Ergebnisse stets beachtet werden. Desweiteren sollte aufgrund der zahlreichen Definitionen für den Begriff der sozialen Kompetenzen, die in der Forschungsliteratur postuliert werden (Döpfner et al., 1981; Hinsch & Pfingsten, 2002; Kanning, 2005), die Einheitlichkeit der Indikationsstellung sowie der Trainingsziele und -methoden bei sozialen Kompetenztrainings stets kritisch hinterfragt werden (Hinsch & Pfingsten, 2002). Dies könnte mitunter ein Erklärungsansatz für den unterschiedlichen Entwicklungsverlauf der sozialen Kompetenzen in vorliegender Arbeit darstellen, da die Konzeption der Programme der multiprofessionellen tiergestützten Intervention (MTI) einerseits und der Standardtherapie andererseits von unabhängigen Stellen durchgeführt wurde. Nichtsdestotrotz zeigen Metaanalysen von sozialen Kompetenztrainings signifikante Effekte hinsichtlich der Steigerung sozialer Kompetenzen sowie der Abnahme von Aggression (Wilson & Lipsey, 2003, 2007), was mit den Ergebnissen vorliegender Untersuchung weitestgehend bestätigt werden kann. Als effektiv erwiesen sich vor allem Programme, die an kognitiven Prozessen und am Verhalten ansetzten (Wilson & Lipsey, 2003, 2007), was besonders in der Gruppe MTI umgesetzt wurde. Als weiterer Erklärungsansatz für die inkongruente Entwicklung der sozialen Kompetenzen in den beiden Gruppen, kann die tiergestützte Komponente genannt werden. Einen Hinweis darauf geben bereits Ergebnisse von Kotrschal und Ortbauer (2003) sowie Esteves und Stokes (2008), die zeigen konnten, dass bereits die bloße Anwesenheit eines Hundes im Klassenzimmer das Sozialverhalten von Kindern positiv beeinflusste.

Bezugnehmend auf die vierte Forschungsfrage, die sich auf die beobachtbaren Veränderungen der Insassen im Laufe der multiprofessionellen tiergestützten Intervention bezieht, kann gesagt werden, dass in jeder Beobachtungsdimension durchwegs signifikante Ergebnisse und starke Effekte zu verzeichnen sind. Dies gibt Hinweise darauf, dass die multiprofessionelle tiergestützte Intervention (MTI) in vielfältigen Bereichen eine positive Wirkung auf die Teilnehmer hatte. Damit können Ergebnisse früherer MTI-Forschungen bestätigt werden (Burger, 2007; Burger et al., 2011; Fricker, 2011; Klee, 2010; Schmelzenbart, 2010; Schwentenwein, 2010; Stetina, Handlos, et al., 2008; Stetina et al., 2011; Turner et al., 2009; Wipplinger, 2010; Wischall, 2013).

8 Kritik und Ausblick

Bezüglich der vorliegenden Untersuchung müssen einige Limitierungen hinsichtlich der Generalisierbarkeit der Ergebnisse angesprochen werden. Aufgrund der Vielzahl an Definitionen die für den Term der sozialen Kompetenzen in der Literatur zu finden sind (Döpfner et al., 1981; Hinsch & Pfingsten, 2002; Kanning, 2005), ist eine Operationalisierung äußerst problematisch. Daher ist die zugrunde liegende Thematik vorliegender Arbeit an sich bereits kritisch zu sehen. Dennoch besteht Einigkeit darüber, dass die Betrachtung der sozialen Kompetenzen in unterschiedlichen Stichproben von enormer Wichtigkeit ist. Dies im Besonderen deshalb, da zum Einen menschliches Verhalten zumeist im sozialen Zusammenhang stattfindet und daher die vielfältigen Formen von sozial kompetenten sowie inkompetenten Verhalten interessieren und zum Anderen soziale Kompetenzen seit den 1990er Jahren als Voraussetzung für beruflichen und privaten Erfolg gelten und daher als Schlüsselqualifikation gehandelt werden (Kanning, 2005). Die Autorin schloss sich in vorliegender Arbeit Kanning (2002a) an, der soziale Wahrnehmung, Verhaltenskontrolle, Durchsetzungsfähigkeit, soziale Orientierung sowie Kommunikationsfähigkeit zu sozialen Kompetenzen zusammenfasst.

Desweiteren muss auf die angewendeten Untersuchungsinstrumente hingewiesen werden. Sowohl die Verfahren ROPELOC (Richards et al., 2002), FSKN (Deusinger, 1986) als auch SDQIII (Marsh, 1992) sind Selbsteinschätzungsfragebögen. Damit gehen Problematiken wie Verfälschbarkeit und mangelnde Objektivität einher (Kubinger, 2009). Auch wenn dieser Kritikpunkt angeführt werden muss, stellt sich die Frage, inwiefern dessen Wichtigkeit in vorliegender Untersuchung von Bedeutung ist. Die deutlichen Verbesserungen in einer Vielzahl von Skalen sagen im konkreten Fall aus, dass sich die Insassen im Nachhinein wesentlich besser einschätzten als vor der Intervention. Diese Tatsache alleine könnte bereits als Erfolg gewertet werden.

Zur Stichprobe ist zu sagen, dass eine Randomisierung der Insassen, also eine zufällige Zuordnung zu den Gruppen, nicht möglich war. Die Zuteilung zur multiprofessionellen tiergestützten Intervention wird vom psychologischen Dienst der Justizanstalt durchgeführt. Die Teilnahme selbst erfolgt freiwillig und verbindlich. Der Aspekt der Freiwilligkeit stellt ein wesentliches Unterscheidungskriterium zur Gruppe der

Standardtherapie dar, denn das Arbeitsintegrationstraining (AIT) ist für jeden Inhaftierten verpflichtend. Aufgrund dessen ist auf die unterschiedliche Ausgangslage der beiden Gruppen bei der Betrachtung der Ergebnisse hinzuweisen. Desweiteren führten Ausfälle und Verschickungen von Insassen zu Datenverlusten. Zusätzlich ist zu beachten, dass ein beträchtlicher Teil der Strafgefangenen an einer Substitutionstherapie teilnahmen und daher ärztlich verordnete Medikamente einnahmen. Die Wirkung der Medikamente könnte einen Einfluss auf die Resultate genommen haben. Es wurden ausschließlich männliche Häftlinge in die vorliegende Untersuchung einbezogen, deshalb sind die vorliegenden Ergebnisse nicht repräsentativ für weibliche drogenabhängige Strafgefangene. Ein erster Geschlechtervergleich, vorerst mit einer kleinen Stichprobe, wurde von Wischall (2013) durchgeführt.

Die während der multiprofessionellen tiergestützten Intervention (MTI) durchgeführte systematische Verhaltensbeobachtung unterliegt ebenfalls gewisser Einschränkungen, auf die Bezug genommen werden sollte. Trotz sorgfältiger Einschulung seitens der organisatorischen Leitung der MTI liegt das grundsätzliche Problem darin, dass kein Verhalten vollständig erfassbar ist. Beobachter selektieren unwillkürlich bestimmte Verhaltensweisen und übersehen dadurch etwas Entscheidendes (Kubinger, 2009). Zudem ist davon auszugehen, dass jeder anwesende Beobachter das Verhalten der Teilnehmer beeinflusst. Generell besteht auch bei MTI die Problematik der Generalisierbarkeit, denn die Trainer, Hunde und Verhaltensbeobachter sind nicht in jeder Gruppe dieselben. Die verschiedenen Konstellationen könnten sich unterschiedlich auf die Teilnehmer auswirken. Zudem ist anzumerken, dass bei einer der beiden MTI-Gruppen neben einem erfahrenen Hund auch ein junger Hund anwesend war, der sich in Ausbildung befand. So könnte ausschließlich die Anwesenheit des Junghundes eine positive Wirkung auf die Inhaftierten gehabt haben. Bezüglich der Trainer ist zu sagen, dass ausnahmslos weibliche Trainer im Zuge der MTI tätig sind. Vergleichswerte mit männlichen Trainern wären von Interesse. Aufgrund dieser Faktoren ist es schwierig fest zu machen, wie viel Anteil der Wirksamkeit an die gegebenen Rahmenbedingungen und das Kompetenztraining gehen. Ähnlich wie bei der Kritik bezüglich der angewendeten Verfahren, stellt sich auch hier die Frage, ob die beobachtbaren positiven Verhaltensänderungen der Teilnehmer, unabhängig von den Rahmenbedingungen, bereits als Erfolg gewertet werden kann.

Hinsichtlich zukünftiger Forschung sei auf tiergestützte Interventionen mit Bauernhoftieren sowie Trainingsprogrammen mit Hunden innerhalb des Gefängnisses hingewiesen. Beide Ansätze werden in Amerika erfolgreich umgesetzt. So gab es ein über mehrere Jahre andauerndes „Wild Mustang Program“, bei dem Pferde von Insassen trainiert wurden (Deaton, 2005). Auch wenn dieses Programm als Beispiel angeführt wird, muss dennoch auf seine ethische Problematik eingegangen werden, denn es handelte sich dabei um Pferde, die aus einem Landstrich in Amerika entfernt werden mussten, da der Grund für bauliche Zwecke verwendet werden sollte. Wild lebende Pferde wurden demnach trainiert um entsprechend weiterverkauft zu werden. Desweiteren ist das „Community Service Program“ herauszuheben, in dem Tierheimhunde innerhalb des Gefängnisses von Strafgefangenen trainiert werden, damit diese nach Abschluss des Programms an neue Besitzer vermittelt werden können. Ein Pilotprogramm in Österreich wäre auf längere Sicht betrachtet denkbar, auch wenn hierfür eine strenge Ausarbeitung von Auflagen notwendig wäre. Diese müssten jedenfalls die adäquate Auswahl der Insassen und die Durchführung einer mehrmonatigen Schulung hinsichtlich des Umgangs mit Hunden und Methoden des Tiertrainings umfassen.

9 Zusammenfassung

Soziale Kompetenzen, besser bekannt als social skills, sind seit rund zwei Jahrzehnten in aller Munde und gelten als Schlüsselqualifikation für beruflichen und privaten Erfolg (Kanning, 2005). Die Multidimensionalität des Begriffes macht eine Definition schier unmöglich, was dennoch dazu führt, dass es unzählige davon gibt. Kanning (2003) betont, dass soziale Kompetenzen eine Teilmenge der Gesamtheit aller Kompetenzen eines Individuums sind. Diese können nun auf ganz unterschiedliche Weise ausgeprägt sein. Untersuchungen zeigen einen Zusammenhang zwischen geringen sozialen Kompetenzen und Drogenkonsum sowie Delinquenz (Corte & Zucker, 2008; Fournier et al., 2007; Kury, 1983; Nasir et al., 2011; Sørli et al., 2008; Ter Laak et al., 2003). Auch der Bezug zur Elternfamilie, der Kontakt zu delinquenten Peergruppen und andere Verhaltensauffälligkeiten gelten als gut belegte Prädiktoren (National Institute on Drug Abuse, 2003; Newcomb et al., 1986; Pratt et al., 2010; Seitz, 1983; Suhling & Greve, 2010; Welz, 1989), die letztlich mit den sozialen Kompetenzen eng verwoben sind. Die Zeit des Kindes- und Jugendalters spielt diesbezüglich eine entscheidende Rolle, weshalb sich die Forschung einig ist, mit sozialen Kompetenztrainings so früh wie möglich zu beginnen. Junge Kinder scheinen besonders von den Trainings zu profitieren (Langeveld et al., 2012), weshalb es mittlerweile ein großes Angebot in Kindergärten und Schulen gibt (Suhling & Greve, 2010).

Weltweit scheinen bis zu 39 Millionen Menschen an einer Drogenproblematik zu leiden – Tendenz steigend (United Nations Office on Drugs and Crime, 2012). Es gibt vielfältige Erklärungsansätze für Substanzkonsum, wobei Beck et al. (1997) Lustgewinn, Problemlösen, Entspannung sowie Flucht als allgemeine Faktoren nennen. Bennett und Kollegen (2008) sprechen davon, dass bei Drogenkonsumenten eine drei- bis viermal höhere Wahrscheinlichkeit für eine strafbare Handlung besteht als für Nicht-Drogenkonsumenten. Nach Schay und Kollegen (2007) weisen zwei Drittel aller Drogenabhängigen im Laufe ihrer Drogenkarriere einen Haftaufenthalt vor. Mit der Dauer der Abhängigkeit steigt die Wahrscheinlichkeit einer Gefängnisstrafe an. Da Justizanstalten zunehmend mit drogenabhängigen Rechtsbrechern konfrontiert werden, ist die Drogenbehandlung im forensischen Kontext evident. Ebenso wichtig ist hier die Therapiemotivation im Zusammenhang mit Zwang und Freiwilligkeit zu nennen,

die besonders aus monetärer Sicht von Interesse ist. Die Meinungen, die in der Literatur zu finden sich, tendieren im Wesentlichen in zwei Richtungen. Einerseits gilt die Freiwilligkeit des Klienten als eine unumgängliche Voraussetzung für eine effektive Behandlung, andererseits wird die Unumgänglichkeit von Zwangsverordnungen betont (Ashenberg Straussner, 2004; Bühringer et al., 1989; Rotthaus, 1998). Doch auch bei einer scheinbaren Freiwilligkeit können externe Zwänge sozialer oder emotionaler Natur vorhanden sein (Gegenhuber et al., 2009; Marlowe et al., 2001; Rotthaus, 1998).

Dem kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansatz wird im Strafvollzug eine wichtige Rolle beigemessen, da er sich als überdurchschnittlich effektiv erweist (Day, 2009; Redondo et al., 2012; Ross & Fontao, 2010). Kury (1983) weist darauf hin, dass dieser Ansatz meist nicht in seiner Reinform, sondern als Behandlungsbaustein, eingesetzt wird. So könnte ein weiterer Teil der Behandlung ein soziales Kompetenztraining sein. Aufgrund der Defizite im emotionalen und sozialen Bereich, die Straffällige häufig zeigen, betont Kury (1983) dessen Wichtigkeit im forensischen Setting. In diesem Zusammenhang sei auf die multiprofessionelle tiergestützte Intervention (MTI) hingewiesen, die seit 2005 in verschiedenen Justizanstalten durchgeführt wird und integraler Bestandteil vorliegender Arbeit ist. Dabei handelt es sich um ein hundegestütztes Kompetenz- und Kommunikationstraining zur Steigerung sozialer, emotionaler und anderer Fähigkeiten (Stetina, 2008). Die positive Wirkung der MTI konnte bereits bei Kindern sowie geistig abnormen und drogenabhängigen Rechtsbrechern bestätigt werden (Burger, 2007; Burger et al., 2011; Fricker, 2011; Klee, 2010; Schmelzenbart, 2010; Schwentenwein, 2010; Stetina, Handlos, et al., 2008; Stetina et al., 2011; Turner et al., 2009; Wipplinger, 2010). Zuletzt wurde erstmals ein Geschlechtervergleich bezüglich der Veränderung emotionaler Kompetenzen durchgeführt (Wischall, 2013).

Vorliegende Untersuchung beschäftigt sich mit der Wirkung einer tiergestützten Intervention (MTI) sowie einer nicht-tiergestützten Intervention (Standardtherapie) auf die sozialen Kompetenzen von drogenabhängigen Rechtsbrechern einer österreichischen Justizanstalt. Zur Prüfung der Hypothesen wurde ein Zwei-Gruppen-Prätest-Posttest-Design ausgewählt. Die Stichprobe bestand demnach aus zwei Gruppen, nämlich jene der MTI, welche die tiergestützte Intervention zusätzlich zur Basisbehandlung in Form einer Gruppentherapie erhielten und jene der Standardtherapie. Die Standardtherapie umfasste

die Gruppentherapie und ein Arbeitsintegrationstraining (AIT), das speziell auf soziale Kompetenzen ausgerichtet ist. Zur Erfassung von Veränderungen der sozialen Kompetenzen und Selbstkonzepte der Häftlinge wurden jeweils vor und nach der Intervention Testverfahren als Fragebögen vorgegeben. Angewendet wurde der Review of Personal Effectiveness and Locus of Control (ROPELOC) von Richards, Ellis und Neill (2002), die Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN) von Deusinger (1986) und der Self Description Questionnaire (SDQIII) von Marsh (1992). Zusätzlich wurde zur Qualitätssicherung der Einheiten der multiprofessionellen tiergestützten Intervention (MTI) eine systematische, teilnehmende Verhaltensbeobachtung von zwei geschulten Beobachtern mittels eines standardisierten Beobachtungsbogens durchgeführt.

Die statistische Analyse der erhobenen Daten wurde mit der Statistiksoftware SPSS 18.0 durchgeführt. Das Signifikanzniveau wurde mit $p = .05$ festgelegt. Zur Interpretation der Ergebnisse wurden die Effektstärkenmaße Eta-Quadrat (η^2) sowie das komplexere Omega-Quadrat (ω^2) herangezogen. Für die Interpretation wurde das entsprechende Effektstärkenmaß herangezogen, da es in Bezug auf Veränderungen des Erlebens und Verhaltens aussagekräftiger ist, als die statistische Signifikanz. Zur Prüfung von Verbesserungen und Unterschieden zwischen den beiden interessierenden Gruppen MTI und Standardtherapie sowie zur Darstellung des tiergestützten Interventionsverlaufs wurde versucht, neben Mittelwertvergleichen, das Allgemeine lineare Modell (ALM) mit Messwiederholung einzusetzen. Großteils gab es signifikante Interaktionseffekte sowie signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen bereits zum ersten Zeitpunkt. Obwohl dies keine wünschenswerte Ausgangslage für eine Interventionsstudie ist, stellt dies trotzdem den klinischen Alltag dar. Aus diesem Grund wurde in weiterer Folge hauptsächlich auf den Nettolerneffekt (Zeitpunkt 2 - Zeitpunkt 1) und dessen Analyse mittels Varianzanalyse (ANOVA) sowie Effektstärkenanalyse eingegangen.

Hinsichtlich der vorgegebenen Verfahren wurden Skalen zu sieben Überbegriffen zusammengefasst (

Tabelle 1), die die Interpretation der Ergebnisse übersichtlicher gestalten sollte. Die Veränderungen der Insassen hinsichtlich ihrer sozialen Kompetenzen wurden demnach auf Basis der Beziehungen zu anderen, Problemlösefähigkeit, schulischen/akademischen Leistungen, körperlichen Eigenschaften, Werte, Handlungskompetenzen und globalen Selbstwahrnehmung untersucht.

Beziehungen zu anderen Menschen sind wesentlich, da das menschliche Verhalten vorwiegend im sozialen Zusammenhang stattfindet (Kanning, 2003). Im forensischen Setting gelten der Bezug zur Elternfamilie und der Einfluss der Peergruppe als gut belegte Prädiktoren für Substanzkonsum sowie Delinquenz (National Institute on Drug Abuse, 2003; Newcomb et al., 1986; Pratt et al., 2010; Seitz, 1983; Suhling & Greve, 2010; Welz, 1989). Es ist also davon auszugehen, dass Straftäter durch negative familiäre Faktoren sowie die Identifikation mit Peergruppen wesentlich beeinflusst wurden (National Institute on Drug Abuse, 2003). Hinsichtlich einer Wiedereingliederung von Rechtsbrechern in die Gesellschaft, sollten der Umgang in Gruppen sowie sozialen Situationen jedenfalls Teil eines Kompetenztrainings darstellen. In vorliegender Untersuchung unterschieden sich die Gruppe der tiergestützten Intervention und jener der Standardtherapie besonders hinsichtlich der Kommunikation in sozialen Settings ($\omega^2 = .379$), der Kooperation in Teamsituationen ($\omega^2 = .099$), der Fähigkeit zur Gruppenführung ($\omega^2 = .128$), des Selbstkonzepts von Anderen wertgeschätzt zu werden ($\omega^2 = .219$) und der wahrgenommenen Beliebtheit bei Personen desselben Geschlechts ($\omega^2 = .248$). Bei Betrachtung des Nettolernerffekts lässt sich feststellen, dass sich beide Interventionen verbessern konnten, die Gruppe der MTI jedoch durchwegs eine höhere Mittelwertdifferenz aufwies. Dies wird von den Ergebnissen der Verhaltensbeobachtung bestätigt, in der die MTI-Teilnehmer im Verlauf der Intervention in allen Bereichen signifikante Ergebnisse und große Effekte zeigten. Die Insassen interagierten zunehmend mit den Gruppenmitgliedern, Trainern und Hunden ($\eta^2 = .545$) und beteiligten sich aktiver am Interventionsgeschehen ($\eta^2 = .513$). Auch hinsichtlich ihrer Kommunikationsfähigkeit – Sprache, Blickkontakt und Selbstsicherheit betreffend – konnte eine Steigerung festgestellt werden ($\eta^2 = .487$). Die größten Verbesserungen beziehen sich auf die Bereiche des Gebens und Annehmens von Feedback. Im Verlauf der Intervention fiel es den Teilnehmern demnach deutlich leichter Komplimente und Kritik von anderen anzunehmen ($\eta^2 = .892$) sowie gegenüber anderen auszusprechen ($\eta^2 = .810$). Diese auffällig starken Veränderungen könnten darauf zurückzuführen sein, dass zum einen bei der Auswahl der Teilnehmer vom psychologischen Dienst der Justizanstalt darauf geachtet wird, wer besonderes von diesem Programm profitieren könnte und zum anderen die Teilnahme an der tiergestützten Intervention auf Freiwilligkeit basiert, anders als bei der Standardtherapie.

Auch in Bezug auf die *Problemlösefähigkeit* konnten signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen der MTI und der Standardtherapie festgestellt werden. Gemeint sind hier die Problemlösefähigkeiten der Straftäter ($\omega^2 = .341$), die Fähigkeiten mit Situationen umzugehen und Lösungen für schwierige Situationen zu finden ($\omega^2 = .075$) und die Einstellungen der Insassen zur eigenen Problembewältigung ($\omega^2 = .090$). Die Teilnehmer beider Gruppen zeigen Verbesserungen hinsichtlich ihrer Fähigkeiten Probleme effektiv zu erfassen und Lösungen zu entwickeln. Dennoch ist festzuhalten, dass die Gruppe der tiergestützten Intervention einen höheren Nettolernerfolg aufweisen konnte.

Auch hinsichtlich der *schulischen bzw. akademischen Leistungen* weisen die beiden Interventionen signifikante Unterschiede auf (Mathematik: $\omega^2 = .065$, Verbale Fähigkeiten: $\omega^2 = .070$, Allgemeine schulische Leistungen: $\omega^2 = .110$). Bezüglich der *körperlichen Eigenschaften* konnten keine richtungsweisenden Effekte in den beiden Gruppen festgestellt werden, was möglicherweise auf einen fehlenden Schwerpunkt dieser Thematik in den jeweiligen Interventionen zurückzuführen ist.

Im Bereich der persönlichen und sozialen *Werte*, sticht besonders der starke Unterschied zwischen den beiden sozialen Kompetenztrainings hinsichtlich des Aspekts der Ehrlichkeit und Vertrauenswürdigkeit ($\omega^2 = .188$) hervor. Im emotionalen Bereich konnten ebenfalls wesentliche Verbesserungen verzeichnet werden, sowohl in der Skala „Emotional Stability“ ($\omega^2 = .119$) des SDQII als auch im beobachteten Emotionsausdrucks ($\eta^2 = .743$) und der Emotionsregulation ($\eta^2 = .726$).

Straftäter werden in Gefängnissen häufig mit Mobbing und hohem psychischem Druck konfrontiert (Grennan & Woodhams, 2007; Gullone et al., 2000; Ireland, 2002), was eine Ausbildung von *Handlungskompetenzen* außerordentlich schwierig gestaltet. Daher sind Kompetenztrainings für den Erwerb von Strategien für das Erreichen bestimmter Ziele sowie die Planung vorhandener Zeit und den Umgang mit Veränderungen wesentliche Aspekte im forensischen Setting. Die beiden untersuchten Interventionen berücksichtigen diese Punkte in ihren Konzepten. Die Gruppe der MTI und jene der Standardtherapie unterschieden sich stark hinsichtlich der Anstrengungsbereitschaft ein bestmögliches Ergebnis zu erreichen ($\omega^2 = .216$) und der Fähigkeit mit Veränderungen umzugehen ($\omega^2 = .174$), wobei die Gruppe der tiergestützten Intervention einen etwas höheren Nettolernerfolg aufwies.

Veränderungen hinsichtlich der globalen *Selbstwahrnehmung* ($\omega^2 = .277$), des Glaubens in die eigenen Fähigkeiten ($\omega^2 = .250$) sowie des Bildes, das ein Individuum von sich selbst hinsichtlich des allgemeinen Selbstwertes hat ($\omega^2 = .074$) konnten im Zuge der sozialen Kompetenztrainings festgestellt werden. Die Mittelwertdifferenzen geben Hinweis darauf, dass besonders die MTI einen Effekt auf die Steigerung des Selbstwertes hatte. Bezugnehmend auf die Literatur, in der ein positives Selbstkonzept, Selbstvertrauen sowie Selbstsicherheit als Voraussetzung für sozial kompetentes Verhalten gelten (Petermann & Petermann, 2000), sind eben genannte Ergebnisse besonders herauszuheben.

Bezugnehmend auf die Fragestellungen kann gesagt werden, dass sich die Gruppe der multiprofessionellen tiergestützten Intervention (MTI) in wesentlichen Bereichen von der Gruppe der Standardtherapie unterscheidet. Während die Teilnehmer der tiergestützten Intervention in fast allen operationalisierten Konstrukten der Verfahren ROPELOC, FSKN und SDQIII eine positive Entwicklung aufwiesen, muss von einer teilweisen negativen Veränderung in der Gruppe der Standardtherapie berichtet werden. Dies betrifft beispielsweise die Kommunikation in sozialen Situationen oder auch das Selbstkonzept der Teilnehmer hinsichtlich ihres Selbstkonzepts zur Wertschätzung von Anderen. Die durchwegs signifikanten Ergebnisse und großen Effekte der Verhaltensbeobachtung im Zuge der tiergestützten Intervention untermauern die Resultate und weisen auf ein hohes Potential der multiprofessionellen tiergestützten Intervention (MTI) in der Förderung von sozialen Kompetenzen bei drogenabhängigen Rechtsbrechern hin.

9.1 Abstract (Deutsch)

Soziale Kompetenzen werden als Teilmenge der Gesamtheit aller Kompetenzen eines Individuums angesehen und gelten als Schlüsselqualifikation für beruflichen und privaten Erfolg. Bisherige Untersuchungen zeigen Zusammenhänge von geringen sozialen Kompetenzen, Drogenkonsum sowie Delinquenz. Ziel der vorliegenden Studie ist es die Wirkung einer tiergestützten Intervention (MTI) sowie einer nicht-tiergestützten Intervention (Standardtherapie) auf die sozialen Kompetenzen von 141 drogenabhängigen Rechtsbrechern zu untersuchen. Im Zuge der Prä- und Posttestungen kamen die standardisierten Fragebögen ROPELOC, FSKN und SDQIII sowie eine systematische Verhaltensbeobachtung zum Einsatz. Bei einem Vergleich des Nettolernerffekts beider Gruppen, zeigt sich, dass die tiergestützte Intervention in ihrer Effektivität mit anderen Interventionen vergleichbar ist und eine wesentliche Verbesserung in vielen Bereichen erzielen kann. Besonders herauszuheben sind die Effekte auf die Selbstwahrnehmung ($\omega^2 = .248$) sowie das Selbstvertrauen ($\omega^2 = .250$) und die Kompetenzen hinsichtlich des sozialen Miteinanders in unterschiedlichen Situationen ($\omega^2 = .379$). Besonders hinsichtlich der Wiedereingliederung von Straftätern in die Gesellschaft, unterstreichen die Ergebnisse vorliegender Untersuchung die Wichtigkeit kontinuierlicher sozialer Kompetenztrainings im Strafvollzug.

9.2 Abstract (Englisch)

Social competences are considered to be a subset of all individuals' competences. They are perceived as key qualification for occupational and private success. Previous studies show a causal relationship between low social competences, drug consumption as well as delinquency. The goal of the current study is to assess the impact of an animal-assisted intervention (MTI) and a conventional therapy focusing on social skills analysing data of 141 drug-addicted prisoners. In the course of the pre-post test design the standardized questionnaires ROPELOC, FSKN and SDQIII as well as a systematic behavior observation were applied. Examining the net learning effects of the investigated groups it is shown that animal-assisted intervention is comparable to other conventional therapies, but can achieve some considerable enhancements in many fields. In particular the effects on general esteem ($\omega^2 = 248$), on self confidence ($\omega^2 = 250$) and on the competences in social interaction in different situations ($\omega^2 = 379$) have to be emphasized. As reintegration of criminals into the community is one of the main targets in offender treatment the results of this paper point out the importance of ongoing training of social competences within the execution of the sentence.

10 Literaturverzeichnis

- Achtziger, A., & Gollwitzer, P. M. (2010). Motivation und Volition im Handlungsverlauf. In J. Heckhausen & H. Heckhausen (Hrsg.), *Motivation und Handeln* (S. 309-336). Heidelberg: Springer.
- Amato, L., Davoli, M., Perucci, C. A., Ferri, M., Faggiano, F., & Mattick, R. P. (2005). An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(4), 321-329.
- Amelang, M., & Schmidt - Atzert, L. (2006). Diagnostische Verfahren. In M. Amelang & L. Schmidt - Atzert (Hrsg.), *Psychologische Diagnostik und Intervention*. Heidelberg: Springer.
- APA (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th Edition). Washington: American Psychological Association.
- Ashenberg Straussner, S. L. (2004). Assessment and treatment of clients with alcohol and other drug abuse problems: An overview. In S. L. Ashenberg Straussner (Hrsg.), *Clinical work with substance-abusing clients* (S. 3-36). New York: The Guilford Press.
- Bandura, A., Ross, D., & Ross, S. A. (1961). Transmission of aggression through imitation of aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63(3), 575-582.
- Bastians, F., & Runde, B. (2002). Instrumente zur Messung sozialer Kompetenzen. *Zeitschrift für Psychologie*, 210(4), 186-196.
- Beck, A. M., Wright, F. D., Neumann, C. F., & Liese, B. C. (1997). *Kognitive Therapie der Sucht*. Weinheim: PVU.
- Beetz, A., Uvnäs-Moberg, K., Julius, H., & Kotrschal, K. (2012). Psychosocial and psychophysiological effects of human-animal interactions: the possible role of oxytocin. *Frontiers in Psychology*, 3, 1-15.

- Bennett, T., Holloway, K., & Farrington, D. (2008). The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior, 13*, 107-118.
- Berget, B., Ekeberg, Ø., & Braastad, B. O. (2008). Animal-assisted therapy with farm animals for persons with psychiatric disorders: effects on self-efficacy, coping ability and quality of life, a randomized controlled trial. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 4*(9), 1-7.
- Bischof, G. R., Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U., & John, U. (2005). Änderungsmotivation. In R. K. Thomasius & U. J. Küstner (Hrsg.), *Familie und Sucht. Grundlagen, Therapiepraxis, Prävention*. Stuttgart: Schattauer.
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). Stichprobe und Grundgesamtheit. In J. Bortz & C. Schuster (Hrsg.), *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Brown, B. S., Bühringer, G., Kaplan, C. D., & Platt, J. J. (1987). German/American report on the effective use of pressure in the treatment of drug addiction. *Psychology of Addictive Behaviors, 1*, 38-54.
- Buchholz, M., Lamott, F., & Mörtl, K. (2008). *Tat-Sachen: Narrative von Sexualstraftätern*. Gießen: Psychosozial.
- Bühringer, G., Herbst, K., Kaplan, C. D., & Platt, J. J. (1989). Die Ausübung von justitiellem Zwang bei der Behandlung von Drogenabhängigen. In W. Feuerlein, G. Bühringer & R. Wille (Hrsg.), *Therapieverläufe bei Drogenabhängigen. Kann es eine Lehrmeinung geben?* (S. 43-74). Heidelberg: Springer.
- Burger, E. (2007). *Soziale Kompetenz: Veränderungen im Rahmen eines tiergestützten Trainings (MTI)*. Diplomarbeit, Universität Wien.
- Burger, E., Stetina, B. U., Turner, K., McElheney, J. C., & Handlos, U. (2011). Dog-assisted therapy in prison: emotional competences and emotional status of drug-addicted criminal offenders. *Journal of Veterinary Behavior: Clinical Applications and Research, 6*(1), 79-80.
- Byrne, B. M., & Shavelson, R. J. (1986). On the structure of adolescent self-concept. *Journal of Educational Psychology, 78*(6), 474-481.

- Byrne, B. M., & Shavelson, R. J. (1996). On the structure of social self-concept for pre-, early, and late adolescents: A test of Shavelson, Hubner, and Stanton (1976) Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(3), 599-613.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Comer, R. J. (2008). Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen. In G. Sartory (Hrsg.), *Klinische Psychologie* (S. 317-350). Heidelberg: Springer.
- Corte, C., & Zucker, R. A. (2008). Self-concept disturbances: Cognitive vulnerability for early drinking and early drunkenness in adolescents at high risk for alcohol problems. *Addictive Behaviours*, 33(10), 1282-1290.
- Day, A. (2009). Offender emotion and self-regulation: implications for offender rehabilitation programming. *Psychology, Crime & Law*, 15, 119-130.
- Deaton, C. (2005). Humanizing prisons with animals: A closer look at "cell dogs" and horse programs in correctional institutions. *Journal of Correctional Education*, 56(1), 46-62.
- Denham, S. A., Wyatt, T. M., Bassett, H. H., Echeverria, D., & Knox, S. S. (2009). Assessing social-emotional development in children from a longitudinal perspective. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(Supplement I), 37-52.
- Deusinger, I. M. (1986). *Frankfurter Selbstkonzeptskalen*. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Schlüter, S., & Rey, E.-R. (1981). Evaluation eines sozialen Kompetenztrainings für selbstunsichere Kinder im Alter von neun bis zwölf Jahren: ein Therapievergleich. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 9, 233-252.
- Elias, M. J., & Haynes, N. M. (2008). Social competence, social support, and academic achievement in minority, low-income, urban elementary school children. *School Psychology Quarterly*, 23(4), 474-495.
- English, T., & Chen, A. (2007). Culture and self-concept stability: Consistency across and within contexts among Asian Americans and European Americans. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(3), 478-490.

- Esteves, S. W., & Stokes, T. (2008). Social effects of a dog's presence on children with disabilities. *Anthrozoös*, 21(1), 5-15.
- Ferszt, G. G., Salgado, D., DeFedele, S., & Leveillee, M. (2009). Houses of healing. A group intervention for grieving women in prison. *The Prison Journal*, 89(1), 46-64.
- Feuerlein, W., Küfner, H., & Soyka, M. (1998). *Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung - Folgen - Therapie*. Stuttgart: Thieme.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics*. London: SAGE.
- Fine, A. H. (Hrsg.). (2006). *Handbook on Animal-Assisted Therapy, Second Edition: Theoretical Foundations and Guidelines for Practice*. San Diego: Academic Press.
- Fournier, A. K., Geller, E. S., & Fortney, E. V. (2007). Human-animal interaction in a prison setting: Impact on criminal behavior, treatment progress, and social skills. *Behavior and Social Issues*, 16, 89-105.
- Freedman, B. J., Rosenthal, L., Donahoe, C. P., Schlundt, D. G., & McFall, R. M. (1978). A social-behavioral analysis of skill deficits in delinquent and nondelinquent adolescent boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(6), 1448-1462.
- Fricker, M. (2011). *Soziale Kompetenzen: Effekte durch die Anwesenheit eines Schulhundes*. Diplomarbeit, Universität Wien.
- Friedmann, E., Katcher, A. H., Lynch, J. J., & Thomas, S. A. (1980). Animal companions and one-year survival of patients after discharge from a coronary care unit. *Public Health Reports*, 95(4), 307-312.
- Furst, G. (2006). Prison-based animal programs. A national survey. *The Prison Journal*, 86(4), 407-430.
- 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.
- Garner, P. W. (2010). Emotional competence and its influences on teaching and learning. *Educational Psychology Review*, 22, 297-321.

- Gegenhuber, B., Spirig, H., & Malfent, D. (2008). Substitutionsbehandlung im österreichischen Strafvollzug. Zugriff am 17.09.2012. Verfügbar unter http://www.shh.at/files/2008_Substitution_im_oesterreichischen_Strafvollzug.pdf.
- Gegenhuber, B., Werdenich, W., & Kryspin-Exner, I. (2009). Freiwilligkeit oder Zwang. Über die Patientenstruktur und Motivationslage bei Therapie statt Strafe für drogenabhängige Straftäter. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 3, 67-75.
- Gideon, L. (2010). Drug offenders' perceptions of motivation. The role of motivation in rehabilitation and reintegration. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54(4), 597-610.
- Gordon, M. S., Kinlock, T. W., Couvillion, K. A., Schwartz, R. P., & O'Grady, K. (2012). A randomized clinical trial of Methadone maintenance for prisoners: Prediction of treatment entry and completion in prison. *Journal of Offender Rehabilitation*, 51, 222-238.
- Grennan, S., & Woodhams, J. (2007). The impact of bullying and coping strategies on the psychological distress of young offenders. *Psychology, Crime & Law*, 13(5), 487-504.
- Gullone, E., Jones, T., & Cummins, R. (2000). Coping styles and prison experience as a predictor of psychological well-being in male prisoners. *Psychiatry, Psychology and Law*, 7(2), 170-181.
- Headey, B., & Grabka, M. M. (2004). *Discussion paper: The relationship between pet ownership and health outcomes: German longitudinal evidence*. Berlin: German Institute for Economic Research.
- Herrick, S. M., & Elliott, T. R. (2001). Social problem-solving abilities and personality disorder characteristics among dual-diagnosed persons in substance abuse treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 57(1), 75-92.
- Hinsch, R., & Pfingsten, U. (2002). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele*. Weinheim: PVU.
- Ireland, J. L. (2002). Do juveniles bully more than young offenders? *Journal of Adolescence*, 25(2), 155-168.

- Jaffee, W. B., & D'Zurilla, T. J. (2003). Adolescent problem solving, parent problem solving, and externalizing behavior in adolescents. *Behavior Therapy*, 34, 295-311.
- Jaffee, W. B., & D'Zurilla, T. J. (2008). Personality, problem solving, and adolescent substance use. *Behavior Therapy*, 40, 93-101.
- Jaspersen, R. A. (2010). Animal-Assisted Therapy with female inmates with mental illness: A case example from a pilot program. *Journal of Offender Rehabilitation*, 49, 417-433.
- Kanning, U. P. (2002a). Soziale Kompetenz - Definition, Strukturen und Prozesse. *Zeitschrift für Psychologie*, 210(4), 154-163.
- Kanning, U. P. (2002b). Soziale Kompetenzen von Polizeibeamten. *Polizei & Wissenschaft*, 3, 18-30.
- Kanning, U. P. (2003). Diagnostik sozialer Kompetenzen. In F. Petermann & H. Holling (Hrsg.), *Kompendien psychologischer Diagnostik (Band 4)*. Göttingen: Hogrefe.
- Kanning, U. P. (2005). *Soziale Kompetenzen. Praxis der Personalpsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Kinlock, T. W., Gordon, M. S., Schwartz, R. P., Fitzgerald, T. T., & O'Grady, K. (2009). A randomized clinical trial of methadone maintenance for prisoners: results at twelve-months post-release. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37, 277-285.
- Kirk, R. E. (1996). Practical significance: a concept whose time has come. *Educational Psychological Measurement*, 56, 746-759.
- Kirk, R. E. (2001). Promoting good statistical practices: some suggestions. *Educational and Psychological Measurement*, 61(213), 213-218.
- Klee, R. (2010). *Tiergestütztes Kompetenztraining (MTI) im stationären Drogenentzug*. Diplomarbeit, Universität Wien.
- Knoll, N., Scholz, U., & Rieckmann, N. (2005). Gesundheitsverhalten. In N. Knoll, U. Scholz & N. Rieckmann (Hrsg.), *Einführung in die Gesundheitspsychologie* (S. 27-88). München: Reinhardt.
- Koivusilta, L. K., & Ojanlatva, A. (2006). To have or not to have a pet for better health? *PLoS ONE*, 1, 1-9.

- Kotrschal, K., & Ortbauer, B. (2003). Behavioral effects of the presence of a dog in a classroom. *Anthrozoös*, 16(2), 147-159.
- Kruger, K. A., & Serpell, J. A. (2010). Animal-Assisted Interventions in mental health: Definitions and theoretical foundations. In A. H. Fine (Ed.), *Handbook on animal-assisted therapy: Theoretical foundations and guidelines for practice* (S. 33-48). San Diego: Academic Press.
- Kruse, G. (2004). Abhängigkeitserkrankungen. In W. Machleidt, M. Bauer, F. Lamprecht, R. H. K. & C. Rohde-Dachser (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (S. 138-174). Stuttgart: Thieme.
- Kubinger, K. D. (2009). *Psychologische Diagnostik. Theorie und Praxis psychologischen Diagnostizierens*. Göttingen: Hogrefe.
- Kury, H. (1983). Verhaltenstherapie bei Deliquenten - unter besonderer Berücksichtigung des Trainings sozialer Fähigkeiten. In F. Lösel (Hrsg.), *Kriminalpsychologie: Grundlagen und Anwendungsbereiche* (S. 259-272). Weinheim: Beltz.
- Langeveld, J. H., Gundersen, K. K., & Svartdal, F. (2012). Social competence as a mediating factor in reduction of behavioral problems. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 56(4), 381-399.
- Levinson, B. M. (1962). The dog as a "co-therapist". *Mental Hygiene*, 46, 59-65.
- Lippke, S., & Renneberg, B. (2006). Theorien und Modelle des Gesundheitsverhalten. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 35-60). Heidelberg: Springer.
- Lösel, F. (1983). Empirische Persönlichkeitsforschung und Delinquenzerklärung. In F. Lösel (Hrsg.), *Kriminalpsychologie. Grundlagen und Anwendungsbeispiele* (S. 29-40). Weinheim: Beltz.
- Marlowe, D. B., Kirby, K. C., Merikle, E. P., Festinger, D. S., & McLellan, A. T. (2001). Multidimensional assessment of perceived treatment-entry pressures among substance abusers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(2), 97-108.
- Marsh, H. W. (1990a). A multidimensional, hierarchical model of self-concept: Theoretical and empirical justification. *Educational Psychology Review*, 2(2), 77-172.

- Marsh, H. W. (1990b). *Self Description Questionnaire-I (SDQ I). Manual*. Australia: University of Western Sydney.
- Marsh, H. W. (1990c). *Self Description Questionnaire-II (SDQ II). Manual*. Australia: University of Western Sydney.
- Marsh, H. W. (1992). *The Self Description Questionnaire-III (SDQ III). Manual*. Australia: University of Western Sydney.
- Marsh, H. W., Parada, R. H., & Ayotte, V. (2004). A multidimensional perspective of relations between self-concept (Self Description Questionnaire II) and adolescent mental health (youth self-report). *Psychological Assessment*, 16(1), 27-41.
- McConnell, A. R., Brown, C. M., Shoda, T. M., Stayton, L. E., & Martin, C. E. (2011). Friends with benefits: On the positive consequences of pet ownership. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(6), 1239-1252.
- McNicholas, J., Gilbey, A., Rennie, A., Ahmedzai, S., Dono, J., & Ormerod, E. (2005). Pet ownership and human health: a brief review of evidence and issues. *British Medical Journal*, 331, 1252-1254.
- Meyer, G., & Bachmann, M. (2005). Der pathologische Glücksspieler und seine Familie. In G. Meyer & M. Bachmann (Hrsg.), *Spielsucht. Ursachen und Therapie* (S. 243-264). Heidelberg: Springer.
- Miller, J. M., Shutt, J. E., & Bernstein, B. (2010). Offender military enlistment as an emotionally intelligent justice system intervention. *Journal of Criminal Justice*, 38, 376-382.
- Möller, J., & Trautwein, U. (2009). Selbstkonzept. In E. Wild & J. Möller (Hrsg.), *Pädagogische Psychologie*. Heidelberg: Springer.
- Monette, D. R., Sullivan, T. J., & DeJong, C. R. (2011). Data Analysis II: Descriptive and inferential statistics. In D. R. Monette, T. J. Sullivan & C. R. DeJong (Hrsg.), *Applied social research. A tool for the human services*. (S. 403-430). Brooks/Cole: Cengage Learning.
- Mulvey, E. P., Schubert, C. A., & Chassin, L. (2010). *Substance use and delinquent behavior among serious adolescent offenders*. Juvenile Justice Bulletin. Zugriff am 18.04.2013. Verfügbar unter <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojjdp/232790.pdf>

- Mumola, C., & Karberg, J. (2006). *Special report: Drug use and dependence, State and Federal Prisoners, 2004*. Washington: U.S. Department of Justice. Zugriff am 19.4.2013. Verfügbar unter <http://bjs.gov/content/pub/pdf/dudsfp04.pdf>.
- Nasir, R., Zamani Zainah, A., Khairudin, R., & Wan Shahrazad, W. S. (2011). Family functioning, self-esteem, self-concept and cognitive distortion among juvenile delinquents. *The Social Sciences*, 6(2), 155-163.
- National Institute on Drug Abuse. (2003). *Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide for parents, educators, and community leaders*. Zugriff am 16.12.2012. Verfügbar unter <http://www.drugabuse.gov/publications/preventing-drug-abuse-among-children-adolescents>.
- National Institute on Drug Abuse and National Institutes of Health. (2009). *Principles of Drug Addiction Treatment. A research-based guide*. Zugriff am 13.08.2012. Verfügbar unter www.drugabuse.gov/podat/podatindex.html.
- 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.
- Nunn, A., Zaller, N., Dickman, S., Trimbur, C., Nijhawan, A., & Rich, J. D. (2009). Methadone and Buprenorphine prescribing and referral practices in US prison systems: Results from a nationwide survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 105(1-2), 83-88.
- Oser, C. B. (2006). The criminal offending - self-esteem nexus. Which version of the self-esteem theory is supported? *The Prison Journal*, 86(3), 344-363.
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. (2012). *Bericht zur Drogensituation 2012*. Zugriff am 13.01.2013. Verfügbar unter http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Drogen_Sucht/Drogen/Berichte_zur_Drogensituation.
- Palley, L. S., O'Rourke, P. P., & Niemi, S. M. (2010). Mainstreaming Animal-Assisted Therapy. *ILAR Journal*, 51(3), 199-207.
- Petermann, U., & Petermann, F. (2000). *Training mit sozial unsicheren Kindern. Einzeltraining, Kindergruppen, Elternberatung*. Weinheim: Beltz.

- Pratt, T. C., Cullen, F. T., Sellers, C. S., Winfree, L. T., Madensen, T. D., Daigle, L. E., . . . Gau, J. M. (2010). The empirical status of social learning theory: A meta-analysis. *Justice Quarterly*, 27(6), 765-802.
- Prendergast, M. L., Farabee, D., Cartier, D., & Henkin, S. (2002). Involuntary treatment within a prison setting. Impact on psychosocial change during treatment. *Criminal Justice and Behavior*, 29(5), 5-26.
- Redondo, S., Martinez-Catena, A., & Andrés-Pueyo, A. (2012). Therapeutic effects of a cognitive-behavioural treatment with juvenile offenders. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 4(2), 159-178.
- 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.
- Ross, T., & Fontao, M. I. (2010). Combatting juvenile delinquency: The use of violence prevention and treatment programmes for young offenders. *International Journal of Child and Adolescent Health*, 3, 353-365.
- Rost, W. (2001). Kompetenz. In W. Rost (Hrsg.), *Emotionen. Elixiere des Lebens*. Heidelberg: Springer.
- Rotthaus, W. (1998). Freiwilligkeit und Zwang und was dazwischen liegt. Ein Plädoyer für variable Psychotherapiekonzepte. In E. Wagner & W. Werdenich (Hrsg.), *Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle*. Wien: Facultas.
- Royse, D., Thyer, B. A., & Padgett, D. K. (2010). Data Analysis. In D. Royse, B. A. Thyer & D. K. Padgett (Hrsg.), *Program Evaluation. An Introduction* (S. 341-372). Wadsworth: Cengage Learning.

- Rutherford, M. J., Cacciola, J. S., Alterman, A. I., & Cook, T. G. (1997). Social competence in opiate-addicted individuals: Gender differences, relationship to psychiatric diagnoses, and treatment response. *Addictive Behaviours*, 22(3), 419-425.
- Schay, P., Görgen, W., & Bläsing, N. (2007). Integrative Arbeit an der Schnittstelle von Drogenhilfe und Justiz. In H. Petzold, P. Schay & W. Ebert (Hrsg.), *Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schmelzenbart, S. (2010). *Soziale Kompetenzen: Multiprofessionelle Tiergestützte Interventionen (MTI) bei drogenabhängigen Rechtsbrechern*. Diplomarbeit, Universität Wien.
- Schoon, I. (2009). *Working Paper No. 58: Measuring social competencies*. Berlin: German Council for Social and Economic Data (RatSWD). Zugriff am 14.10.2012. Verfügbar unter http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1447882.
- Schwentenwein, S. (2010). *Emotionale Kompetenz: Multiprofessionelle Tiergestützte Interventionen (MTI) bei drogenabhängigen Rechtsbrechern*. Diplomarbeit, Universität Wien.
- Seitz, W. (1983). Familiäre Erziehung und Delinquenz. In F. Lösel (Hrsg.), *Kriminalpsychologie. Grundlagen und Anwendungsbereiche*. Basel: Beltz.
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J., & Stanton, J. C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407-441.
- Sirard, J. R., Patnode, C. D., Hearst, M. O., & Laska, M. N. (2011). Dog ownership and adolescent physical activity. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(3), 334-337.
- Sørli, M.-A., Hagen, K. A., & Ogden, T. (2008). Social competence and antisocial behavior: Continuity and distinctiveness across early adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 18(1), 121-144.
- Stallwitz, A., & Stöver, H. (2007). The impact of substitution treatment in prisons. A literature review. *International Journal of Drug Policy*, 18, 464-474.

- Statistik Austria. (2012). Kriminalstatistik – Verurteilungen nach Geschlecht, Alter zum Tatzeitpunkt und Delikten 2011. Zugriff am 16.02.2013. Verfügbar unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/kriminalitaet/verurteilungen_gerichtliche_kriminalstatistik/index.html.
- Stetina, B. U. (2008). Multiprofessionelle tiergestützte Intervention. Einsatz von Tieren stärkt soziale und emotionale Kompetenzen. *Mensch & Tier*, 4, 2.
- Stetina, B. U., Burger, E., Julius, H., & Turner, K. (2008). *Tiergestützte psychologische Intervention*. Workshop beim 2. interdisziplinären Kongress "Mensch und Tier", Berlin, Deutschland. Zugriff am 17.09.2012. Verfügbar unter http://www.mensch-tier-kongress.de/downloads/skript_mut_2008.pdf.
- Stetina, B. U., Handlos, U., & Kryspin-Exner, I. (2005). Multiprofessionelle tiergestützte Intervention (MTI): Vorstellung eines tiergestützten Trainings zur Förderung der Gesundheit. *mitSprache*, 37(1), 15–29.
- Stetina, B. U., Handlos, U., Werdenich, W., Frottier, P., & Kryspin-Exner, I. (2008). *Hundegestütztes Kompetenz- und Kommunikationstraining (MTI) bei Straftätern*. Vortrag beim 4. Internationalen TAT-Symposium, Wien, Österreich, Oktober 3. – 4.2008.
- Stetina, B. U., & Lederman Maman, T. (2005). Mensch und Tier. Überblick über die Basis tiergestützter Arbeit und Intervention. *Fachzeitschrift für Sprachheilpädagogik*, 1, 5-14.
- Stetina, B. U., Turner, K., Burger, E., Glenk, L. M., McElheney, J. C., Handlos, U., & Kothgassner, O. D. (2011). Learning emotion recognition from canine? Two for the road. *Journal of Veterinary Behavior: Clinical Applications and Research*, 6, 108-114.
- Strang, J., McCambridge, J., & Best, D. (2003). Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification. *British Medical Journal*, 326, 959-960.
- Suhling, S., & Greve, W. (2010). *Kriminalpsychologie*. Weinheim: Beltz.
- Ter Laak, J., de Goede, M., Aleva, L., Brugman, G., van Leuven, M., & Hussmann, J. (2003). Incarcerated adolescent girls: Personality, social competence, and delinquency. *Adolescence*, 38(150), 251-265.

- Terzian, M. A., & Fraser, M. A. (2005). Preventing aggressive behavior and drug use in elementary school: Six family-oriented programs. *Aggression and Violent Behavior, 10*, 407-435.
- Toohey, A. M., & Rock, M. J. (2011). Unleashing their potential: a critical realist scoping review of the influence of dogs on physical activity for dog-owners and non-owners. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 8*(46), 1-9.
- Turner, K., Stetina, B. U., Burger, E., Ledermann Maman, T., Handlos, U., & Kryspin-Exner, I. (2009). Enhancing emotion regulation and recognition among first graders through animal-assisted group training. *Journal of Veterinary Behavior: Clinical Applications and Research, 4*(2), 93-94.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2012). *World drug report 2012*. New York: United Nations. Zugriff am 06.03.2013. Verfügbar unter http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_web_small.pdf.
- Valdez, A., Kaplan, C. D., & Curtis, R. L. (2007). Aggressive crime, alcohol and drug use, and concentrated poverty in 24 U.S. urban areas. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 33*(4), 595-603.
- Veltrup, C., & Batra, A. (2000). Suchterkrankungen. In A. Batra, R. Wassmann & G. Buchkremer (Hrsg.), *Verhaltenstherapie. Grundlagen - Methoden - Anwendungsgebiete* (S. 254-270). Stuttgart: Thieme.
- Wagner, E., & Gegenhuber, B. (2010). Die Maßnahme nach § 22 StGB. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, 11*(2), 44-51.
- Welsh, W. N., & McGrain, P. N. (2008). Predictors of therapeutic engagement in prison-based drug treatment. *Drug and Alcohol Dependence, 96*, 271-280.
- Welz, R. (1989). Zur Epidemiologie der Drogenabhängigkeit: Veränderungen in den letzten 10-15 Jahren. In W. Feuerlein, G. Bühringer & R. Wille (Hrsg.), *Therapieverläufe bei Drogenabhängigen. Kann es eine Lehrmeinung geben?* Heidelberg: Springer.
- Wiedebusch, S., & Petermann, F. (2011). Förderung sozial-emotionaler Kompetenz in der frühen Kindheit. *Kindheit und Entwicklung, 20*(4), 209-218.

- Wilson, D. B., & MacKenzie, D. L. (2006). Boot camps. In B. C. Welsh & D. F. Farrington (Hrsg.), *Preventing crime: What works for children, offenders, victims, and places* (S. 73-86). New York: Springer.
- Wilson, S. J., & Lipsey, M. W. (2003). The effects of school-based intervention programs on aggressive and disruptive behavior: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 136-149.
- Wilson, S. J., & Lipsey, M. W. (2007). School-based interventions for aggressive and disruptive behavior. Update of a meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 33(2), 130-143.
- Wipplinger, M. (2010). *Tiergestützte Intervention im Drogenentzug - Videoanalyse*. Diplomarbeit, Universität Wien.
- Wischall, A. C. M. (2013). *Geschlechtsspezifische Unterschiede im Training emotionaler Kompetenzen bei drogenabhängigen Rechtsbrechern*. Diplomarbeit, Universität Wien.
- Yarbrough, A., Jones, S., Sullivan, C., & Sellers, C. C., J. (2011). Social learning and self-control: Assessing the moderating potential of criminal propensity. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 56(2), 191-202.
- Zhang, S. X., Roberts, R. E., & McCollister, K. E. (2011). Therapeutic community in a California prison: Treatment outcomes after 5 years. *Crime & Delinquency*, 57(1), 82-101.

11 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Skalenzusammenfassungen des ROPELOC, FSKN, SDQIII sowie der Verhaltensbeobachtung.....	49
Tabelle 2: ROPELOC – Ergebnisse der ANOVA.....	57
Tabelle 3: FSKN – Ergebnisse der ANOVA.....	62
Tabelle 4: SDQIII - Ergebnisse der ANOVA.....	66
Tabelle 5: Systematische Verhaltensbeobachtung – Ergebnisse des Allgemeinen Linearen Modells (ALM).....	71
Tabelle 6: Systematische Verhaltensbeobachtung – Deskriptive Statistik	71

12 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Veränderung der Skala "Cooperative Teamwork"	59
Abbildung 2: Veränderung der Skala "Self Efficacy"	60
Abbildung 3: Veränderung der Skala "Selbstkonzept des allgemeinen Selbstwertes"	63
Abbildung 4: Veränderung der Skala "Selbstkonzept der eignen Standfestigkeit gegenüber Gruppen und bedeutsamen Anderen"	64
Abbildung 5: Veränderung der Skala "General Esteem"	67
Abbildung 6: Veränderung der Skala "Problem Solving"	68
Abbildung 7: Verlauf der Beobachtungsskala "Beteiligung"	72
Abbildung 8: Verlauf Beobachtungsskala "Kommunikation"	73
Abbildung 9: Verlauf Beobachtungsskala "Annehmen von Feedback"	74

13 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 wurde. Alle Ausführungen dieser Diplomarbeit, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Eva Maria Stangl

Wien, 2013

14 CURRICULUM VITAE

Eva Maria Stangl

eva.stangl@chello.at

Geb. am 17. Juli 1985



Schul- und Berufsausbildung

- | | |
|-------------|--|
| 2007 – 2013 | Diplomstudium der Psychologie
Universität Wien |
| 2010 – 2012 | TiertrainerInnen-Ausbildung
Verein Tiere als Therapie (TAT), Wien |
| 2007 – 2009 | Universitätslehrgang für tiergestützte Therapie und tiergestützte
Fördermaßnahmen
Veterinärmedizinische Universität Wien |
| 2004 – 2007 | Studium der Veterinärmedizin, Abschluss des 1. Abschnitts
Veterinärmedizinische Universität Wien |
| 2004 | Matura
Bundeshandelsakademie, 1130 Wien |

Arbeitserfahrung und Praktika

- | | |
|-------------|---|
| 2011 - 2013 | Studienassistentin an der Fakultät für Psychologie, Institut für
Angewandte Psychologie: Gesundheit, Entwicklung, Förderung
(Arbeitsbereich: Klinische Psychologie)
Universität Wien |
| 2011 | 6-Wochen-Praktikum im Rahmen des Psychologiestudiums
Lehr- und Forschungspraxis (LeFoP), Universität Wien |
| 2008 | Praktikum im Landeskompetenzzentrum Mensch-Tier-Beziehung
St. Ulrich am Waasen, Steiermark |
| 2007 – 2011 | Anstellung beim Verein Tiere als Therapie (TAT),
Wissenschaftszentrum
Veterinärmedizinische Universität Wien |