

# Leidensdruck und Behandlungsmotivation bei Gewaltstraftätern

*Lena C. Carl, Maike M. Breuer & Johann Endres*

## Zusammenfassung

Leidensdruck und Behandlungsmotivation gelten gemeinhin als wichtige Voraussetzungen für eine erfolgreiche Kriminaltherapie. Dennoch mangelt es an einer exakten Definition ebenso wie an messgenauen und validen Messinstrumenten. Aus diesem Grund sollen zwei Fragebogenverfahren vorgestellt und hinsichtlich ihrer Eignung zur Messung von Behandlungsmotivation und Leidensdruck bei Straftätern untersucht werden.  $N = 49$  männlichen inhaftierten Gewaltstraftätern wurden sowohl der etablierte „Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation“ (FMP) als auch der zielgruppenspezifische „Fragebogen zu subjektiven Behandlungsvoraussetzungen“ (SBV-R) vorgelegt. Die Ergebnisse legen nahe, dass beide Fragebogenverfahren geeignet sind, Behandlungsmotivation und Leidensdruck bei inhaftierten Straftätern hinreichend genau zu erfassen. Der SBV-R erzielte dabei etwas bessere Werte als der FMP. Zudem zeigte sich, dass Leidensdruck im SBV-R negativ mit Prisonisierungseffekten korrelierte und einen Prädiktor für Behandlungsmotivation darstellte, was für die Validität des SBV-R spricht. Vor- und Nachteile der Anwendung beider Fragebogenverfahren sowie Implikationen für die Praxis werden diskutiert.

Schlüsselwörter: Leidensdruck, Behandlungsmotivation, Strafvollzug, Therapieindikation, Testgütekriterien

## Psychological distress and therapy motivation in violent offender

### Abstract

Psychological distress and therapy motivation are known as important requirements for successful offender rehabilitation. Research shows, however, a lack of clear definitions and reliable and valid instruments for measuring these variables. Therefore, in this study two questionnaires were compared in terms of their ability to measure sentenced offenders' therapy motivation and psychological distress. The widely implemented „Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation“ [Questionnaire for measuring psychotherapy motivation] (FMP) and the target group-specific „Fragebogen zu subjektiven Behandlungsvoraussetzungen“ [Questi-

onnaire of subjective therapy preconditions, SBV-R] were presented to  $N = 49$  male violent offenders. Results show that both questionnaires are reliable instruments for measuring offenders' therapy motivation and psychological distress. Furthermore, psychological distress as measured by the SBV-R was negatively correlated with prisonization and predicted therapy motivation, indicating the validity of this scale. Advantages and disadvantages of both questionnaires and their implications for offender assessment are discussed.

Key words: psychological distress, therapy motivation, prison, indication for therapy, psychometric properties

## 1 Theorie

### Behandlungsmotivation von Straftägern

Einen Straftäter therapeutisch zu behandeln erscheint nicht möglich ohne dessen aktives Mitwirken. Dessen Engagement in der Behandlung lässt sich als Ausdruck seiner Behandlungsmotivation verstehen. Diese wiederum ist relevant für die Planung und Gestaltung therapeutischer Maßnahmen im Straf- oder Maßregelvollzug wie auch in ambulanten Settings. Neben *Behandlungsbedürftigkeit* und *Behandlungsfähigkeit* wird auch die *Behandlungsmotivation* herangezogen, um über die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit einer Behandlungsmaßnahme zu entscheiden (Bosold, 2008). So soll nach den Empfehlungen des Arbeitskreises Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug e.V. (2012) die Verlegung in eine sozialtherapeutische Anstalt insbesondere dann erfolgen, wenn der Gefangene bereit ist, aktiv an therapeutischen Maßnahmen teilzunehmen und sein eigenes Verhalten zu verändern. Es überrascht also nicht, dass mangelnde Behandlungsmotivation häufig als Grund für die Nichtteilnahme an einer therapeutischen Maßnahme im Strafvollzug angegeben wird (Breuer, Gerber & Endres, 2012; Dahle, 1995; Endres, 2014).

Eine Mitwirkungspflicht der Gefangenen besteht allerdings nicht, vielmehr liegt es in der Verantwortung der Anstalt, sie zu motivieren, also ihre Bereitschaft zur Mitwirkung „zu wecken und zu fördern“ (§ 4 StVollzG). Dennoch liegt nahe, dass fehlende Mitwirkungsbereitschaft negative Konsequenzen haben kann, schon deshalb, weil die Verweigerung von Behandlungsangeboten Zweifel an der Erreichung des Vollzugsziels (Resozialisierung) wecken kann. Eine Meta-Analyse von Olver, Stockdale und Wormith (2011) zeigte, dass die initiale Behandlungsmotivation von Straftägern positiv mit dem späteren Behandlungserfolg assoziiert ist. In anderen Untersuchungen nahmen motivierte Gefangene eher an Nachsorgemaßnahmen teil (Hiller, Knight, Leukefeld & Simpson, 2002; Messina, Burdon, Hagopian & Prendergast, 2006) und wurden als weniger rückfallgefährdet eingestuft als weniger motivierte Gefangene (Bosold, 2008; Suhling, Köhler & Bernardi, 2009). Ferner wird die Behandlungsmotivation auch in verschiedenen Prognoseinstrumenten zur Beurteilung des Rückfallrisikos herangezogen (z.B. als „fehlende Compliance“ im HCR-20, als „negative Einstellung gegenüber Therapie“ im SVR-20 oder als protektiver Faktor im SAPROF; für einen

Überblick siehe Rettenberger & Franqué, 2013). Die Einschätzung des Rückfallrisikos wiederum kann im Zusammenhang mit Lockerungsentscheidungen relevant sein.

Zusammenfassend ist zu vermuten, dass als „unmotiviert“ eingestufte Gefangene seltener Zugang zu Behandlungsmaßnahmen im Strafvollzug erhalten, Nachsorgemaßnahmen skeptischer gegenüberstehen, im Vergleich zu motivierten Gefangenen als stärker rückfallgefährdet gelten und seltener von Vollzugslockerungen profitieren.

### **Modell der Therapiemotivation von Dahle (1995)**

Die Therapiemotivation von Gefangenen heranzuziehen, um vollzugliche Entscheidungen zu begründen, ist insofern problematisch, als sich bislang keine einheitliche und praxisnahe Definition des Begriffs für den vollzuglichen Kontext durchgesetzt hat. Zwar besteht Einigung darüber, dass die Therapiemotivation von Straftätern ein komplexes Konstrukt mit verschiedenen internalen und externalen Einflussgrößen darstellt (Dahle, 1995; Drieschner, Lammers & Staark, 2004), doch verbindliche Standards in Bezug auf die relevanten Faktoren fehlen bislang.

Ein zielgruppenspezifisches Strukturmodell der Therapiemotivation bietet Dahle (1995). Er beschreibt diese als ein Zusammenspiel aus internen Anreizen („Therapieerfolgsmotiv“, d.h. der Wunsch, durch Therapie eine Erleichterung persönlicher Probleme zu erreichen) und externen Anreizen („Hafterleichterungsmotiv“, d.h. der Wunsch nach Lockerungen oder frühzeitiger Entlassung aus der Haft). Ferner verweist Dahle (1995) auf die generelle Einstellung der Gefangenen zu Psychotherapie, die Verfügbarkeit therapeutischer Maßnahmen, haftbezogene Einschränkungen und individuelle Handlungskompetenzen (z.B. Coping-Strategien) als relevante Faktoren der Therapiemotivation. So kann nach dem Modell von Dahle (1995) ein Straftäter dann als therapiemotiviert gelten, wenn er psychische Probleme an sich wahrnimmt, denen er durch eine Therapie entgegenwirken möchte, wenn er durch die Therapiebeteiligung auf Haftlockerungen hoffen kann, Psychotherapie als geeignetes Instrument zur Erreichung seiner Ziele einschätzt und wenn er dem Strafvollzug wenig Misstrauen entgegenbringt.

### **Leidensdruck als Komponente der Therapiemotivation**

Trotz der heterogenen Auffassung des Begriffs „Therapiemotivation“ betrachten verschiedene Modelle Leidensdruck als eine zentrale Komponente (Drieschner et al., 2004; Steller, 1974; Ward, Day, Howells & Birgden, 2004). Auch im Modell von Dahle (1995) spielt Leidensdruck eine entscheidende Rolle. Ein Gefangener zeigt ein hohes Therapieerfolgsmotiv, wenn er Leidensdruck empfindet, d.h. persönliche Probleme an sich wahrnimmt („Problembelastung“, z.B. soziale Schwierigkeiten, Schuldgefühle) und diese auf die eigene Person und das eigene Verhalten zurückführt („internale Problemverarbeitung“, z.B. mangelnde Impulskontrolle, aggressives Ver-

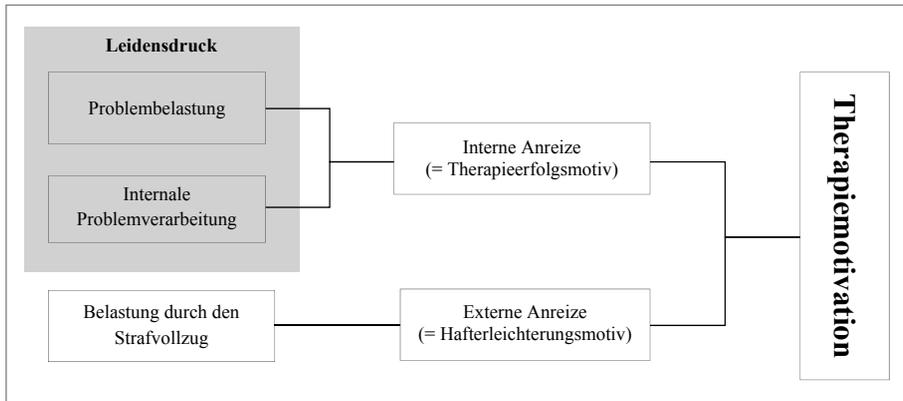


Abbildung 1: Modell zur Therapiemotivation von Dahle (1995) in Anlehnung an Döhla und Feulner (2012)

halten). Dahle (1994) definiert „Leidensdruck“ als „Kennzeichnung eines emotional aversiven Zustandes [...], bei dem der Betroffene die Konflikte als in ihm liegend erkennt“ (S. 228). Eine grafische Veranschaulichung dieser Zusammenhänge findet sich in Abbildung 1.

Die empirischen Befunde zum Zusammenhang zwischen Leidensdruck und Therapiemotivation bei Straftätern sind heterogen. Während einige Studien einen positiven Zusammenhang finden (Dahle, 1994; Drieschner & Boomsma, 2008; Hommers & Steller, 1977; Joe, Simpson & Broome, 1998; Köhler, Hinrichs & Baving, 2008), konnten andere Studien keinen Zusammenhang zwischen Leidensdruck und Therapiemotivation aufdecken (Döhla & Feulner, 2012; Hiller et al., 2002). Andere Autoren gehen davon aus, dass ein hoher Leidensdruck mitunter Ausdruck einer schweren Psychopathologie sein und damit ein Therapiehindernis darstellen könne (Battjes, Gordon, O’Grady, Kinlock & Carswell, 2003; Mulder, Jochems & Kortrijk, 2014). Trotz der heterogenen Befundlage wird Leidensdruck als für die Behandlung im Strafvollzug bedeutsam erachtet. Zum einen gilt Leidensdruck als Indikator für eine Veränderungsabsicht und tragfähige Behandlungsmotivation, zum anderen kann er zu aktiven Bemühungen um eine Behandlung beitragen, z.B. in Form einer Bewerbung für die Sozialtherapie (Dahle, 1995; Steller, 1974; Suhling et al., 2012). Es wird vermutet, dass der Leidensdruck von Inhaftierten zu Beginn der Haft im Zuge eines „Inhaftierungsschocks“ (Greve, 2003, S. 238) mitunter am höchsten ausgeprägt ist und sich im Laufe der Haft abschwächt (Ortmann, 1993; Pecher, Heller & Endres, 2011; Pecher & Postpischil, 2000). Neben Gewöhnungs- und Vergessensprozessen könnten unerwünschte „Prisonisierungseffekte“ (z.B. Neutralisierungstendenzen, Feindseligkeit gegenüber Anstaltspersonal, negative Einstellung zur Justiz) den Leidensdruck reduzieren. Pecher und Postpischil (2000) nehmen an, dass die Bereitschaft eines Gefangenen, sich konstruktiv mit seinem Delikt auseinanderzusetzen, zu

Beginn der Haft stärker ausgeprägt ist als zu einem späteren Zeitpunkt. Sie vermuten, dass negative Gefühle und Gedanken zunehmend mehr auf die widrigen Umstände der Haft attribuiert werden und weniger auf das eigene deliktische Verhalten. Damit würde die Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme und der damit verbundene Leidensdruck von Resignationstendenzen verdrängt (Hommers & Steller, 1977). Harbordt (1972) nimmt ferner an, dass Schuld- und Leidensgefühle im Zuge einer Annäherung an die Insassensubkultur zunehmend unterdrückt werden, um gegenüber anderen Gefangenen keine Schwäche zu zeigen. Konkrete empirische Befunde zum Zusammenhang zwischen Leidensdruck, Haftdauer und Prisonisierung im Strafvollzug sind allerdings spärlich und heterogen.

Dies lässt sich vermutlich auf die uneinheitliche Definition von Leidensdruck und dessen unterschiedliche Erfassung zurückführen. Während einige Studien die Definition von Dahle (1995) und Steller (1974) oder eine ähnliche Operationalisierung verwendeten (Drieschner & Boomsma, 2008; Hommers & Steller, 1977; Köhler et al., 2008), definierten andere Autoren Leidensdruck über das Ausmaß der Problembelastung, ohne dabei die Art der Problemverarbeitung mit einzubeziehen (Battjes et al., 2003; Döhla & Feulner, 2012; Hiller et al., 2002). In diesen Fällen blieb also unbeachtet, ob die Gefangenen an ihrem eigenen Verhalten litten, z.B. an ihrer Straffälligkeit, Aggressivität oder ihrem Drogenkonsum, oder aber an den Restriktionen innerhalb des Vollzugs. Eine echte Änderungsabsicht scheint sich bei Straftätern vor allem bei einer internalen Attribution von Problembelastung einzustellen (Hommers & Steller, 1977; Suhling et al., 2012), so dass die Unterscheidung zwischen einem auf eigene Probleme bezogenen Leidensdruck und dem Leiden an äußeren Umständen auch praktisch relevant erscheint.

Alles in allem mangelt es an zielgruppenspezifischen Verfahren, die beide Komponenten des Leidensdrucks berücksichtigen und sowohl die Problembelastung als auch die Form der Problemverarbeitung erfassen. Ein entsprechendes Instrument könnte einen hilfreichen Beitrag zur Indikationsentscheidung für eine sozialtherapeutische Behandlung oder zur Behandlungsplanung leisten.

### **Erfassung von Leidensdruck und Therapiemotivation bei Straftätern**

Derzeit existieren nur wenige deutschsprachige Verfahren, die Therapiemotivation und Leidensdruck bei Straftätern als Zusammenspiel von Problembelastung und internaler Problemverarbeitung erfassen. Döhla und Feulner (2012) kritisieren bestehende Fragebögen zur Behandlungsmotivation, weil sie „nur ungenügend die Lebensumwelt der Inhaftierten repräsentieren“ (S. 10), zu wenig empirisch erprobt oder aufgrund ihres Umfangs unpraktikabel seien. Um festzustellen, welche Instrumente sich zur Erfassung von Leidensdruck bei Straftätern eignen, wurden in der vorliegenden Studie zwei Selbstbeurteilungsfragebögen miteinander verglichen.

Das erste Verfahren, der etablierte „Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation“ (FMP) von Schneider, Basler und Beisenherz (1989), wurde in erster Linie

für die Anwendung bei Patienten psychosomatischer Kliniken entwickelt. Obwohl der Begriff „Leidensdruck“ bei den Skalenbezeichnungen nicht verwendet wird, beziehen sich die Autoren in ihren theoretischen Ausführungen immer wieder auf diesen Begriff. Sie argumentieren, dass ein hohes Ausmaß an Krankheitserleben einen guten Indikator für das Vorliegen von Leidensdruck darstellt und damit die affektive Komponente der Behandlungsmotivation repräsentiert (Schneider et al., 1989). Zudem operationalisieren sie die Art der Problemverarbeitung über die Skala „Laienätiologie“, die sich auf die individuelle Erklärung eines Probanden für seine persönlichen Probleme bezieht. Anhand der Ergebnisse einer Studie von Schneider und Klauer (2001) lässt sich schlussfolgern, dass ein hohes Ausmaß an „Krankheitserleben“ im FMP eine hohe Problembelastung indiziert (affektive Komponente des Leidensdrucks), während eine hohe Ausprägung von „Laienätiologie“ für eine konstruktive Auseinandersetzung mit den eigenen Problemen spricht (kognitive Komponente des Leidensdrucks). Gemäß den Überlegungen von Dahle (1995) wäre der Leidensdruck hoch, wenn beide Skalen einen hohen Wert erreichen. Der FMP wurde wiederholt wissenschaftlich untersucht (Schneider & Klauer, 2001; Wietersheim, Schneider, Kriebel, Freyberger & Tetzlaff, 2000), bisher jedoch überwiegend an psychosomatischen Patienten erprobt. In einer Pilotstudie von Döhla und Feulner (2012) wurde der FMP auch Straftägern zur Evaluation einer motivierenden Behandlung im Rahmen der Sozialtherapie vorgelegt. Zwar zeigten sich einige erwartungskonforme Zusammenhänge, z.B. verbesserten sich die Teilnehmer signifikant auf der Skala „Behandlungserwartungen“ im FMP. Doch aufgrund der geringen Stichprobenzahl ( $n = 12$ ) können keine allgemeingültigen Aussagen über die Anwendbarkeit des FMP im vollzuglichen Kontext getroffen werden. Daher soll der FMP in der vorliegenden Studie an einer größeren Stichprobe von inhaftierten Gewaltstraftägern angewendet und hinsichtlich seiner Gütekriterien untersucht werden.

Beim zweiten Verfahren handelt es sich um den „Fragebogen zu subjektiven Behandlungsvoraussetzungen“ (SBV-R; Endres & Oranu, 2010), welcher vom Kriminologischen Dienst des bayerischen Justizvollzugs für die Anwendung bei Gefangenen entwickelt wurde. Der SBV-R erfasst eine große Bandbreite motivationaler, kognitiver, affektiver und sozialer Behandlungsvoraussetzungen, wobei auch die Therapiemotivation und der Leidensdruck der Gefangenen abgebildet werden. Der SBV-R wurde bisher nur in einzelnen unveröffentlichten Studien angewendet (Carl, 2014a, 2014b). Im Gegensatz zum FMP handelt es sich um ein zielgruppenspezifisches Verfahren, das speziell für die Anwendung bei Gefangenen konzipiert wurde und den besonderen Bedingungen der Therapie im Justizvollzug Rechnung tragen soll (z.B. juristische Zwänge, mangelnde Krankheitseinsicht, keine medizinisch-psychiatrische Diagnose etc.).

### **Ziele der Studie**

Die nachfolgende Studie soll Aufschluss darüber geben, inwieweit die beiden vorgestellten Fragebogenverfahren, der SBV-R und der FMP, geeignet erscheinen, Lei-

densdruck und Therapiemotivation bei Gefangenen zu messen. Ferner wird angenommen, dass Leidensdruck bei Straftätern positiv mit deren Therapiemotivation assoziiert ist und im Haftverlauf abnimmt, d.h. es wird eine negative Korrelation zwischen Leidensdruck und Haftdauer postuliert. Zudem wird ein negativer Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Leidensdruck und Prisonisierungseffekten erwartet.

## 2 Methode

### Stichprobe

Als Zielgruppe besonders bedeutsam sind Gewaltstraftäter, die gemäß § 9 Abs. 2 in eine sozialtherapeutische Einrichtung verlegt werden sollen, wenn deren Behandlungsmethoden indiziert sind. Aus diesem Grund bearbeiteten insgesamt  $N = 49$  männliche inhaftierte Gewaltstraftäter aus den bayerischen Justizvollzugsanstalten München-Stadelheim ( $n = 21$ ), Regensburg ( $n = 1$ ), Landsberg am Lech ( $n = 5$ ), Kaisheim ( $n = 8$ ), Straubing ( $n = 9$ ) und Bayreuth ( $n = 5$ ) die Fragebögen. Die Gefangenen befanden sich wegen eines schweren nicht-sexuellen Gewaltdelikts zu 44,9 % in Untersuchungshaft und zu 55,1 % im Strafvollzug.

Sie hatten wegen versuchter oder vollendeter Tötungsdelikte (53,7 %), Raub- oder Erpressungsdelikten (27,8 %), Brandstiftung (3,7 %) oder Körperverletzungsdelikten (11,2 %) entweder voraussichtlich eine Haftstrafe von mindestens fünf Jahren zu erwarten oder waren bereits verurteilt.

Das Strafmaß belief sich bei etwa der Hälfte der Gefangenen (55,1 %) auf 5 bis 10 Jahre, vier Gefangene (8,2 %) gaben ein Strafmaß von maximal 15 Jahren an und rund ein Drittel (32,7 %) verbüßte oder erwartete im Verurteilungsfall eine lebenslange Haftstrafe.

Die Gefangenen waren zwischen 18 und 68 Jahren alt ( $M = 36,6$ ,  $SD = 14,0$ ) und bereits zwischen 3 und 235 Monaten in Haft, wobei die Hälfte jeweils kürzer bzw. länger als 22 Monate inhaftiert war. Für 73,5 % der Gefangenen handelte es sich um die erste Inhaftierung.

Während der bestehenden Inhaftierung hatten 67,3 % der Gefangenen bereits an therapeutische Maßnahmen (d.h. mindestens vier Sitzungen) im Vollzug teilgenommen. Es wurden keine Gefangenen befragt, die zum Untersuchungszeitpunkt in sozialtherapeutischer Behandlung waren. Etwa die Hälfte der Gefangenen mit Therapieerfahrung (42,4 %) hatten eine Maßnahme bis zu sechs Monate besucht, während jeweils 27,3 % bis zu einem Jahr bzw. länger als ein Jahr teilgenommen hatten. Eine Übersicht über die von den Gefangenen genannten Maßnahmen findet sich in Abbildung 2. Es wurden sowohl allgemeine einzel- und gruppentherapeutische Maßnahmen genannt als auch seelsorgerische Gesprächsgruppen oder suchtspezifische bzw. deliktspezifische Programme.

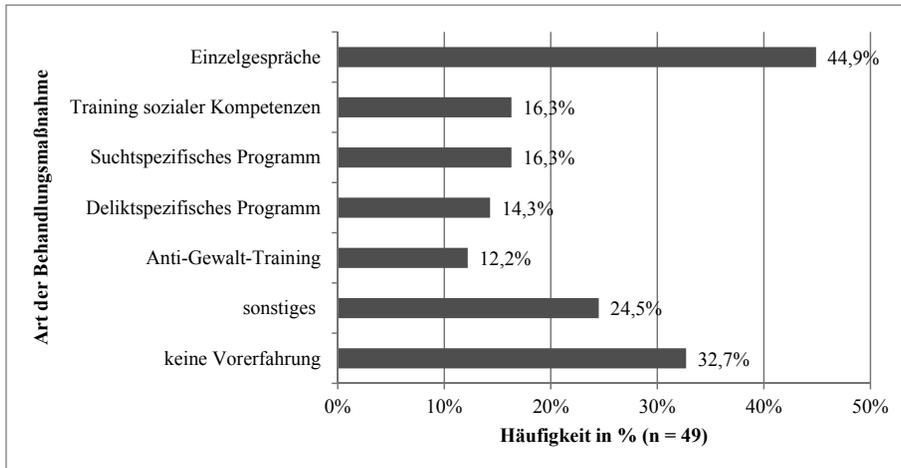


Abbildung 2: Prozentuale Häufigkeit der von den Gefangenen in Anspruch genommenen therapeutischen Maßnahmen während der aktuellen Inhaftierung  
(Anm.: Mehrfachnennungen waren möglich, darum addieren sich die Prozentangaben nicht zu hundert. N = 49)

Informationen über diagnostizierte psychische Störungen lagen für die Stichprobe nicht vor. Es ist davon auszugehen, dass (entsprechend der Erkenntnisse über Inhaftierte) insbesondere dissoziale bzw. antisoziale Persönlichkeitsstörungen oder -akzentuierungen vorlagen sowie Probleme mit Alkohol- und Drogenmissbrauch.

## Datenerhebung

Die Gefangenen nahmen freiwillig an der Datenerhebung von Juni bis August 2014 teil und wurden von den Fachdienstmitarbeitern der Justizvollzugsanstalten gezielt nach vorgegebenen Kriterien ausgewählt (männlich, mindestens 18 Jahre alt, schweres nicht-sexuelles Gewaltdelikt, ausreichende Deutschkenntnisse, derzeit nicht in sozialtherapeutischer Behandlung). Die Fragebögen wurden anschließend anonym an den Kriminologischen Dienst des bayerischen Justizvollzugs geschickt und dort ausgewertet.

## Erhebungsinstrumente

Zur Erfassung von *Therapiemotivation und Leidensdruck* wurden der „Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation“ (FMP; Schneider et al., 1989) und der „Fragebogen zu subjektiven Behandlungsvoraussetzungen“ (SBV-R; Endres & Oranu, 2010) eingesetzt. Zudem wurden die Gefangenen befragt, wie gut sie sich eine

sozialtherapeutische Behandlung während der Haft vorstellen könnten (5-stufige Skala von „Ja, auf jeden Fall“ bis „Nein, auf keinen Fall“). Eine Übersicht über die Fragebögen und die von ihnen erfassten Konstrukte findet sich in Tabelle 1.

Der FMP besteht aus 47 Items und erfasst über einen Gesamtwert die Therapiemotivation, wobei ein hoher Wert für eine ausgeprägte Motivation spricht. Die Problembelastung der Gefangenen bildet die Skala „Krankheitserleben“ mit 11 Items ab. Ein hoher Skalenwert spricht folglich für eine hohe Belastung durch persönliche Beschwerden. Die Art der Problemverarbeitung wurde über die Skala „Laienätiologie“ erfasst, die 8 Items beinhaltet. Eine hohe Ausprägung auf der Skala „Laienätiologie“ spricht dafür, dass persönliche Probleme auf psychosoziale, veränderliche Aspekte der Person und der Umwelt attribuiert werden, z.B. auf familiären Stress. Bei einer niedrigen Ausprägung werden diese vor allem auf medizinische, nicht-beeinflussbare Merkmale attribuiert, z.B. auf eine körperliche Krankheit.

Der FMP gilt als zuverlässiges und valides Messinstrument, das bereits in verschiedenen Studien zur Erfassung von Psychotherapiemotivation eingesetzt wurde (Döhla & Feulner, 2012; Schneider et al., 1989; Schneider & Klauer, 2001; Wietersheim et al., 2000). Ferner finden sich im Manual geschlechtsspezifische Normen, welche die Durchschnittswerte einer Stichprobe psychosomatischer Patienten abbilden. Um den FMP auch an inhaftierten Straftätern anwenden zu können, wurden einige Formulierungen verändert. So wurde der eher medizinisch geprägte Begriff „Beschwerden“ durch die allgemeinere Bezeichnung „persönliche Probleme“ ersetzt. Diese wurden definiert als alle Schwierigkeiten, die das Wohlbefinden der Person beeinträchtigen oder das Zusammenleben mit anderen innerhalb und außerhalb der Haft erschweren können, z.B. Depressionen, Aggressivität, Drogen- bzw. Alkoholmissbrauch oder Schuldgefühle. Zudem wurden einige Berufsbezeichnungen so angepasst, dass sie den im Strafvollzug verwendeten besser entsprechen (z. B. „Fachdienst“ statt „Arzt/Ärzte“). Einige Items wurden so gedoppelt, dass sie sich in einer Formulierung auf die Umwelt in der Haft und in einer anderen auf Aspekte außerhalb der Haft beziehen (z.B. „Meine Umwelt hier in Haft verhält sich gegenüber meinen Problemen

Tabelle 1: Übersicht über die Fragebögen und erfassten Konstrukte

		Therapie- motivation	Leidensdruck	
			Problem- belastung	Problem- verarbeitung
Fragebögen	FMP	FMP Gesamtwert	Skalensumme Krankheitserleben	Skalensumme Laienätiologie
	SBV-R	Bereichssumme Therapiemotivation	Skalensumme Leidensdruck	

Anm. FMP = Fragebogen zur Psychotherapiemotivation, SBV-R = Fragebogen zu subjektiven Behandlungsvoraussetzungen.

verständnisvoll“ und „Meine Umwelt draußen verhält sich gegenüber meinen Problemen verständnisvoll“). Für den FMP-Gesamtscore wurde aus beiden Items ein Durchschnittswert gebildet.

Der „Fragebogen zu subjektiven Behandlungsvoraussetzungen“ (SBV-R, Endres & Oranu, 2010) beinhaltet 14 Skalen mit insgesamt 102 Items. Er gliedert sich in die drei Bereiche „Haftumgebung“, „Therapiemotivation“ und „Psychische Stabilität“. Ein hoher Gesamtwert spricht dabei für eine günstige Ausprägung der sozialen, kognitiven und affektiven Behandlungsbereitschaft. Für die nachfolgende Studie wird der Bereich „Therapiemotivation“ betrachtet, der die Skalen „Leidensdruck“, „Lebenszufriedenheit“, „therapiebezogener Änderungswunsch“, „Veränderungsmotivation“, „Ergebniserwartung“ und „soziale Unterstützung“ umfasst. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Skala „Leidensdruck“. Diese wird definiert als Wahrnehmung persönlicher Probleme, deren Ursache in der eigenen Person gesehen wird.

Tabelle 2 stellt die einzelnen Skalen, die in den beiden Fragebogenverfahren Aspekte des Leidensdrucks erfassen sollen, gegenüber. Die Skalen „Krankheitserleben“ und „Laienätiologie“ im FMP bilden jeweils Problembelastung bzw. Problemverarbeitung ab. Die Skala „Leidensdruck“ im SBV-R differenziert hingegen nicht zwischen diesen beiden Komponenten, sondern erfasst „Leidensdruck“ als Ganzes. In den drei Spalten werden die Skalen zur besseren Übersicht noch einmal definiert und mit Beispielimitem aus den beiden Fragebögen illustriert.

*Prisonisierungseffekte* wurden mithilfe des „Fragebogens zu Prisonisierung“ (FP) von Ortmann (1987) ermittelt. Aus Gründen der Testökonomie wurden nur die Skalen „Einstellung zum Gesetz“, „Einstellung zum Delikt“, „Begrenzung der Autonomie“, „Angst vor Mithäftlingen“ und „Intensität feindlicher Distanz zu Stab und Anstalt“ verwendet. Der FP erlaubt eine Berechnung von Skalenwerten, wobei hohe Werte für starke Prisonisierungseffekte sprechen. Auch ein Gesamtwert kann berechnet werden. Eine Studie von Ortmann (1987) spricht für die Messgenauigkeit und Validität des Fragebogens, einzelne Skalen des Fragebogens wurden auch in anderen Studien eingesetzt (Bosold & Lauterbach, 2010; Greve, 2003; Hosser & Greve, 1999). Einige Formulierungen im FP wurden für die vorliegende Studie aktualisiert und durch zeitgemäße Begriffe ersetzt, z.B. „Mitarbeiter der JVA“ statt „Stab“ oder „Euro“ statt „D-Mark“.

*Demographische Angaben* (z.B. Alter), Angaben zur *aktuellen Inhaftierung* (z.B. Art und Dauer der Inhaftierung, Strafmaß, Anlassdelikt) und *therapiebezogene Angaben* (z.B. therapeutische Vorerfahrungen) wurden zu Kontrollzwecken ebenfalls erfasst.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> In der ursprünglichen Studie im Rahmen einer Masterarbeit Carl (2014a) wurden zusätzlich folgende Angaben erfasst: Therapeutische Vorerfahrung im Vollzug (Teilnahme an mindestens vier Sitzungen), Art und Dauer der Behandlung, frühere Inhaftierung (ja/nein), Gesamtstrafmaß und vermuteter Strafrest (kategorial), gewährte Lockerungen (ja/nein), Arbeit im Vollzug (ja/nein). Gefangene, die einer sozialtherapeutischen Behandlung ambivalent oder ablehnend gegenüberstanden, wurden nach den Gründen befragt. Diese konnten in „mangelnde Therapiemotivation“ und „mangelnde Veränderungsmotivation“ sowie „allgemeine Gründe“ differenziert werden.

Tabelle 2: Übersicht über die Skalen des FMP und SBV-R, die Aspekte des Leidensdrucks erfassen

<b>durch die Skala erfass- tes Konstrukt</b>	<b>Krankheitserleben (FMP)</b>	<b>Laienätiologie (FMP)</b>	<b>Leidensdruck (SBV-R)</b>
<b>Definition</b>	Problembelastung	Problemverarbeitung	Leidensdruck
<b>Hohe Ausprägung</b>	Ausmaß, in dem ein Gefangener unter seinen persönlichen Problemen leidet	Annahmen des Gefangenen über die Faktoren, die seine persönlichen Probleme bedingen	Wahrnehmung von persönlichen Problemen in Verbindung mit einer internalen Ursachenattribution
<b>Niedrige Ausprägung</b>	Starke Belastung durch persönliche Probleme	Probleme werden primär auf veränderliche Aspekte der Umwelt attribuiert	Starke Wahrnehmung von persönlichen Problemen, deren Ursache in der eigenen Person gesehen wird
<b>Beispielitems für die jeweilige Skala</b>	Hoher sekundärer Krankheitsgewinn, d.h. eher Vorteile durch persönliche Probleme <sup>1</sup>	Probleme werden primär auf somatische Ursachen zurückgeführt (z.B. auf körperliche Erkrankung)	Keine Wahrnehmung von persönlichen Problemen, deren Ursache in der eigenen Person gesehen wird
	„Meine Umwelt draußen verhält sich gegenüber meinen Problemen eher verständnisvoll.“ ( <i>negativ gepolt</i> )	„Der ganze familiäre und berufliche Stress hat erheblich an der Herausbildung meiner Beschwerden mitgewirkt.“	„Manchmal kann ich mich selber nicht leiden.“
	„Trotz meiner Beschwerden bin ich ganz zufrieden.“ ( <i>negativ gepolt</i> )	„Letztlich haben meine Beschwerden doch eine körperliche Ursache.“ ( <i>negativ gepolt</i> )	„Manchmal hasse ich mich und mein Verhalten.“
	„Meine Beschwerden behindern mich im Alltag stark.“	„Seelische Probleme können auch ernsthafte körperliche Beschwerden auslösen.“	„Ich bin nicht schuld an meiner jetzigen Situation.“ ( <i>negativ gepolt</i> )

Ann.: FMP = Fragebogen zu Psychotherapiemotivation, SBV-R = Fragebogen zu subjektiven Behandlungsvoraussetzungen

<sup>1</sup> Zum Beispiel durch Aufmerksamkeit, Befreiung von der Arbeit etc.

### 3 Ergebnisse

#### Reliabilität

Die Reliabilität der Fragebögen wurde anhand von *Cronbach's Alpha* abgeschätzt. Der Koeffizient berechnet sich durch die durchschnittliche Korrelation der Items und stellt ein Maß für die interne Konsistenz dar, d.h. es wird geprüft, ob die Items Ähnliches messen. Üblicherweise wird bei Fragebogenverfahren ein Alpha-Wert von mindestens .80 gefordert (Bortz & Döring, 2006).

Der SBV-R wies in der vorliegenden Studie eine interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) von  $\alpha = .90$  auf, was einem exzellenten Wert entspricht. Dies spricht dafür, dass der gesamte Fragebogen ein zusammenhängendes latentes Konstrukt erfasst. Auch der Bereich „Therapiemotivation“ erreichte einen exzellenten Wert von  $\alpha = .94$ . Die Skala „Leidensdruck“ des SBV-R wies einen akzeptablen Wert von  $\alpha = .75$  auf.

Der FMP wies eine gute interne Konsistenz von  $\alpha = .87$  auf und lag damit nur geringfügig unter dem im Manual angegebenen Wert von  $\alpha = .91$  (Schneider et al., 1989). Die Skala „Krankheitserleben“ erreichte einen annähernd akzeptablen Wert von  $\alpha = .67$  und lag damit etwas höher als in einer Studie von Schneider und Klauer (2001). Die interne Konsistenz der Skala „Laienätiologie“ war in der vorliegenden Studie mit  $\alpha = .39$  unzureichend, obwohl sie in der Studie von Schneider und Klauer (2001) einen Wert von  $\alpha = .54$  erreichte.

Beide Instrumente scheinen also Therapiemotivation bei inhaftierten Gewaltstraftägern reliabel zu erfassen; dafür spricht die hohe interne Konsistenz der Gesamtfragebögen und des Bereichs „Therapiemotivation“ im SBV-R. Für Leidensdruck hingegen zeigt sich ein eindeutiger Vorteil des SBV-R, da die Skalen „Krankheitserleben“ und „Laienätiologie“ im FMP eine sehr niedrige interne Konsistenz aufwiesen und die einzelnen Items die zu erfassenden Konstrukte nicht einheitlich abbilden.

#### Kontrollvariablen

Vor Beginn der Analysen wurde ferner geprüft, ob die erfassten Kontrollvariablen Zusammenhänge mit Leidensdruck oder Prisonisierung aufwiesen.

Weder für Alter noch für das Ausmaß bisheriger Behandlungsmaßnahmen konnten signifikante Zusammenhänge mit „Leidensdruck“, „Krankheitserleben“ oder „Laienätiologie“ gefunden werden. Der Leidensdruck scheint also unabhängig von Alter und Behandlungsvorerfahrungen. Das Strafmaß korrelierte signifikant negativ mit „Krankheitserleben“ im FMP ( $r = -.34, p < .05$ ), d.h. Gefangene mit höherem Strafmaß erlebten sich als weniger belastet. Gefangene in der Untersuchungshaft unterschieden sich ferner in „Krankheitserleben“ (FMP) signifikant von Gefangenen des Strafvollzugs ( $F(1,47) = 9,3, p < .01$ ) dahingehend, dass Untersuchungsgefangene über mehr Problembelastung berichteten als Strafgefangene. Dieser Zusammenhang

erscheint plausibel, da erwartet wurde, dass sich Untersuchungsgefangene aufgrund ihrer kürzeren bisherigen Haftzeiten als belasteter einschätzten.

Der Gesamtwert „Prisonisierung“ zeigte keine signifikanten Zusammenhänge mit dem Alter, dem Ausmaß bisheriger Behandlungsmaßnahmen, der Vollzugsart oder dem Strafmaß.

Da sich Leidensdruck und Prisonisierung als weitgehend unabhängig von den Kontrollvariablen erwiesen und somit konfundierende Effekte nicht zu erwarten waren, wurden diese nicht in die nachfolgenden Analysen eingeschlossen.

### Ausmaß an Leidensdruck

Das arithmetische Mittel des Leidensdrucks in der vorliegenden Stichprobe wurde mit anderen Studien verglichen. Mittelwerte und Standardabweichungen finden sich in Tabelle 3.

Die von den Gefangenen im FMP erzielten Mittelwerte in „Krankheitserleben“ und „Laienätiologie“ wiesen in der Normstichprobe von Schneider et al. (1989) jeweils 42 % der männlichen psychosomatischen Patienten auf, während genau die Hälfte (50%) der Patienten den gleichen Gesamtmittelwert im FMP erreicht hatte wie die Gefangenen der vorliegenden Studie. Die Gefangenen unterschieden sich also im Mittel nicht von männlichen Patienten einer psychosomatischen Klinik hinsichtlich ihrer Problembelastung, ihrer Problemverarbeitung und ihrer Psychotherapiemotivation.

Das arithmetische Mittel der Skala „Leidensdruck“ und des Gesamtwerts „Therapiemotivation“ (SBV-R) lag etwas niedriger als in einer freiwilligen Behandlungsgruppe schwerer Gewaltstraftäter zu Haftbeginn (Carl, 2014b).

Tabelle 3: Vergleich der Mittelwerte (M) und zugehöriger Standardabweichung (SD) von Leidensdruck und Therapiemotivation in verschiedenen Populationen

Kurztabelle der Studie	Leidensdruck			Therapiemotivation	
	LÄ	KE	LD	FMP	ThMot
Schneider et al, 1989 (n = 464)	28,4 (5,8)	33,5 (7,0)	-	162,4 (23,5)	-
Carl, 2014b (n = 18)	-	-	30,0 (4,1)	-	216,7 (21,9)
<b>Vorliegende Studie</b>	<b>26,6 (4,3)</b>	<b>32,1 (6,5)</b>	<b>27,6 (6,2)</b>	<b>159,3 (21,2)</b>	<b>203,6 (32,2)</b>

Anm.: LÄ = Laienätiologie (FMP), KE = Krankheitserleben (FMP), LD = Leidensdruck (SBV-R), FMP = FMP-Gesamtwert, ThMot = Gesamtwert Therapiemotivation im SBV-R.

### Interkorrelationen der Skalen

Ferner wurde geprüft, inwieweit die vorgegebenen Fragebögen dieselben Konstrukte (Leidensdruck und Therapiemotivation) messen, was für deren konvergente Validität spricht. Zu diesem Zweck wurden die Korrelationen für die verschiedenen Maße von Therapiemotivation und Leidensdruck berechnet. Die Produkt-Moment-Korrelationen der einzelnen Maße für Leidensdruck und Therapiemotivation sind in Tabelle 4 dargestellt.

Bei der Prüfung der ermittelten Zusammenhänge auf statistische Signifikanz wurde die Bonferroni-Korrektur angewendet. Im Zuge dessen wurde die Signifikanzgrenze von 0.05 auf  $p = 0.0042$  bzw. von 0.01 auf  $p = 0.0008$  gesenkt.

Leidensdruck im SBV-R korrelierte positiv mit psychosozialer Problemattribuion („Laienätiologie“, FMP), hingegen nicht signifikant mit dem Ausmaß an Problembelastung („Krankheitserleben“, FMP). Ferner ergab sich eine positive Korrelation von Leidensdruck mit beiden Fragebogenmaßen der Therapiemotivation. Die schwach-positive Korrelation mit dem ordinal erfassten Interesse an einer sozialtherapeutischen Behandlung wurde unter Anwendung der Bonferroni-Korrektur nicht signifikant. Erwartungskonform war Leidensdruck demnach positiv mit zwei von drei Maßen der Therapiemotivation von Straftägern assoziiert.

Die Skala „Krankheitserleben“ des FMP korrelierte signifikant positiv mit dessen Gesamtwert, während sich zu den anderen Maßen der Therapiemotivation oder des Leidensdrucks keine signifikanten Korrelationen zeigten. Enge Zusammenhänge zwischen Problembelastung und Therapiemotivation von Straftägern konnten demnach nur für den FMP gefunden werden.

Die Skala „Laienätiologie“ im FMP korrelierte positiv mit dessen Gesamtwert und mit Leidensdruck im SBV-R. Die positive Korrelation mit der Therapiemotivation im SBV-R verfehlte statistische Signifikanz. Eine Attribution psychischer Belastung auf

Tabelle 4: Korrelationen ( $r$ ) zwischen Maßen des Leidensdrucks und der Therapiemotivation

	Leidensdruck			Therapiemotivation		
	LD <sub>SBV-R</sub>	KE <sub>FMP</sub>	LÄ <sub>FMP</sub>	ThMot	FMP	SoTha
LD <sub>SBV-R</sub>	1	.25	.46*	.80**	.61**	.36
KE <sub>FMP</sub>	.25	1	.32	.15	.55**	.00
LÄ <sub>FMP</sub>	.46*	.32	1	.40	.68**	.15

Anm.: LD = Skala „Leidensdruck“ (SBV-R), KE = Skala „Krankheitserleben“ (FMP), LÄ = Skala „Laienätiologie“ (FMP), ThMot = Bereich „Therapiemotivation“ (SBV-R), FMP = Gesamtwert FMP, SoTha = Interesse an einer sozialtherapeutischen Behandlung. \*  $p < 0.004$ , \*\*  $p < 0.0008$

$n = 49$ .

veränderliche Umweltaspekte war demnach positiv mit der Therapiemotivation von Straftätern assoziiert.

### **Aufklärung der Therapiemotivation**

Über die einzelnen Korrelationen hinaus wurde in einem multiplen Regressionsmodell geprüft, welchen unabhängigen Beitrag die Variablen „Krankheitserleben“ und „Laienätiologie“ (FMP) sowie „Leidensdruck“ (SBV-R) zur Vorhersage der Therapiemotivation leisten können. Weil angenommen wurde, dass hoher Leidensdruck und hohe Therapiemotivation mit einer geringen Ausprägung von Prisonisierungseffekten einhergehen, wurde darüber hinaus auch der Gesamtwert des Prisonisierungsfragebogens als Prädiktor berücksichtigt. Es wurden zwei multiple Regressionen mit den Prädiktoren „Krankheitserleben“, „Laienätiologie“, „Leidensdruck“ und „Prisonisierung“ berechnet. Diese wurden mittels der Einschlussmethode simultan ins Modell eingefügt. Im ersten Modell wurde Therapiemotivation durch den Gesamtwert des FMP, im zweiten Modell durch den Gesamtwert „Therapiemotivation“ im SBV-R operationalisiert.

Beide Modelle leisteten eine ähnlich hohe Varianzaufklärung von 66,3 % (Modell 1) und 63,8 % (Modell 2), wobei Leidensdruck in beiden Fällen Therapiemotivation voraussagen konnte, unabhängig davon, ob diese mittels FMP oder SBV-R erfasst wurde. Problembelastung und Problemverarbeitung stellten nur dann signifikante Prädiktoren für die Therapiemotivation dar, wenn diese mittels des FMP erfasst wurde. Prisonisierung stellte keinen signifikanten Prädiktor für Therapiemotivation dar.

### **Leidensdruck und Prisonisierungseffekte**

Als weiteren Hinweis auf die Validität der Fragebögen wurde angenommen, dass ein negativer Zusammenhang zwischen den drei Maßen von Leidensdruck einerseits und Prisonisierungseffekten andererseits besteht. Auf die Bonferroni-Korrektur wurde dabei verzichtet, da die Zusammenhänge getrennt für die drei Variablen untersucht werden sollten.

Der Gesamtwert „Prisonisierung“ korrelierte signifikant negativ mit der Skala „Leidensdruck“ ( $r = -.31, p < .05$ ). Mit den Skalen des FMP ergaben sich keine signifikanten Korrelationen.

Hinsichtlich der Therapiemotivation korrelierte der Gesamtwert „Prisonisierung“ signifikant negativ mit dem Gesamtwert „Therapiemotivation“ im SBV-R ( $r = -.38, p < .01$ ), nicht aber mit dem des FMP.

Prisonisierungseffekte wiesen folglich einen negativen Zusammenhang mit Leidensdruck und Therapiemotivation auf, allerdings nur dann, wenn der SBV-R verwendet wurde, der für Strafgefangene entwickelt wurde.

## Leidensdruck und Haftdauer

Des Weiteren wurde vermutet, dass Leidensdruck in einem negativen Zusammenhang mit der bisher verstrichenen Haftdauer steht.

Eine signifikant negative Korrelation mit der bisherigen Haftdauer in Monaten fand sich lediglich für die Skala „Krankheitserleben“ ( $r = -.42, p < .01$ ). Steigende Haftdauer ging folglich mit einer geringeren Problembelastung einher. Für andere Maße des Leidensdrucks fanden sich keine signifikanten Zusammenhänge mit der Haftdauer.

Im Anschluss wurde geprüft, ob sich Gefangene mit langer und kurzer bisheriger Haftdauer hinsichtlich der drei Variablen „Leidensdruck“, „Krankheitserleben“ und „Laienätiologie“ unterschieden. Die Gefangenen wurden zu diesem Zweck anhand ihrer bisherigen Haftdauer per Mediansplit in zwei gleich große Gruppen eingeteilt. Die eine Gruppe war bisher höchstens 22 Monate inhaftiert („kurze Haftdauer“), die zweite mindestens 22 Monate („lange Haftdauer“). Es wurden einfaktorielle ANOVAs mit den abhängigen Variablen „Leidensdruck“, „Krankheitserleben“ und „Laienätiologie“ sowie der unabhängigen Variablen „Haftdauer“ durchgeführt. Ein signifikanter Gruppenunterschied fand sich lediglich für die Variable „Krankheitserleben“ ( $F(1,46) = 9,88, p < .01$ ). Gefangene mit kurzer bisheriger Haftdauer wiesen höhere Werte in „Krankheitserleben“, d.h. eine ausgeprägtere Problembelastung, auf als Gefangene mit langer Haftdauer.

## 4 Diskussion

### Anwendbarkeit des SBV-R und FMP im Vollzug

Grundsätzlich erscheinen sowohl der SBV-R als auch der FMP dazu geeignet, Leidensdruck und Therapiemotivation im Strafvollzug zu erfassen. Es zeigten sich jedoch Vorteile des SBV-R bei der Erfassung von Leidensdruck und Therapiemotivation bei inhaftierten Gewaltstraftägern gegenüber dem FMP. In den relevanten Variablen erwies sich der SBV-R als messgenauer und wies zudem engere Bezüge zu haftbezogenen Variablen auf (z.B. Prisonisierungseffekte, Interesse an einer sozialtherapeutischen Behandlung) als der FMP, auch wenn diese Zusammenhänge nicht immer signifikant waren. Die hohe Korrelation der Maße für Therapiemotivation untereinander stützt die These, dass beide Fragebögen (FMP und SBV-R) ähnliche, wenn auch nicht identische Konstrukte erfassen (konvergente Validität). Die gefundenen positiven Zusammenhänge zwischen Leidensdruck und Therapiemotivation sind ferner konsistent mit früheren Untersuchungen zu diesem Thema (Battjes et al., 2003; Dahle, 1994; Köhler et al., 2008).

Der Vorteil des SBV-R gegenüber dem FMP ist wenig überraschend, da der FMP in einem anderen Kontext entwickelt wurde, nämlich zur Erhebung der Motivation für eine Psychotherapie bei psychischen oder psychosomatischen Störungen. Für die

Übertragbarkeit auf den Bereich der Straftäterbehandlung spricht jedoch, dass die Skalenmittelwerte der untersuchten Gefangenen beinahe identisch sind mit denen der Normstichprobe (Schneider et al., 1989) und dass auch die Interkorrelationen der Skalen weitgehend denen bei Psychotherapiepatienten entsprachen. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse ist möglicherweise daher gegeben, dass auch Strafgefangene, vor allem in der Untersuchungshaft, häufig an psychischen und psychosomatischen Beschwerden leiden. Drenkhahn und Dudeck (2007) stellen in einer Übersicht dar, dass bei männlichen Gefangenen europaweit hohe Prävalenzraten für affektive Störungen und Angststörungen gefunden wurden. Gegen eine Übertragbarkeit spricht hingegen, dass psychische oder psychosomatische Störungen wie Depression, Angststörungen oder Psychosen im Kontext der Straftäterbehandlung keine Zusammenhänge mit Rückfälligkeit aufweisen und daher nicht im Zentrum der Behandlung stehen (Bonta, Blais & Wilson, 2014). Ziel der Kriminaltherapie ist eine Reduktion von Risikofaktoren, die kriminelles Verhalten begünstigen, während Psychotherapie der Linderung psychischer Symptome gilt (Endres & Schwanengel, 2015).

Die Skalen des FMP und des SBV-R erwiesen sich überwiegend als ausreichend internal konsistent. Eine Ausnahme betrifft allerdings die Skala Laienätiologie. Möglicherweise ist dieses Konstrukt, welches sich auf die subjektive Erklärung eines Psychotherapiepatienten für seine Störung bezieht, nicht ohne weiteres auf den Kontext der Kriminaltherapie, also der Behandlung von Risikofaktoren für zukünftige Straftaten, übertragbar. Straftäter leiden nicht zwangsläufig an psychischen Störungen, und wenn doch, handelt es sich häufig um Störungen (dissoziale Persönlichkeitsstörung, auch Paraphilien), die zwar große Anpassungsschwierigkeiten und Leid bei anderen Personen verursachen können, aber nicht per se mit psychischen Belastungen einhergehen müssen. Auch Konstrukte wie „Krankheitserleben“ und „Leidensdruck“ haben deshalb bei inhaftierten Straftätern tendenziell eine andere Bedeutung als bei Personen, die sich aufgrund psychischer Störungen oder Belastungen freiwillig in eine Behandlung begeben. Körperliche Faktoren (z.B. körperliche Symptome einer Substanzabhängigkeit, neurologische oder himorganische Erkrankungen) werden bei inhaftierten Gewaltstraftätern in der Regel nicht als primäre Risikofaktoren für Delinquenz betrachtet, d.h. eine rein somatische Laienätiologie („Ich habe ein Straftat begangen, weil ich körperlich krank bin“) dürfte in dieser Gruppe selten auftreten. Eine psychosoziale Laienätiologie hingegen, d.h. die Neigung, die Ursache eigener Symptome in der veränderlichen Umwelt zu suchen, mag zwar bei Psychotherapiepatienten eine günstige Voraussetzung für die Behandlung darstellen, kann aber bei Straftätern auch ein Hinweis auf Externalisierungstendenzen sein. Beispielsweise kann die Erkenntnis, dass arbeitsbezogener Stress die Ursache für Belastungen darstellt, bei depressiven Patienten künftige Interventionen erleichtern, bei Straftätern könnte dasselbe Attributionsmuster hingegen als Versuch interpretiert werden, die Verantwortung auf äußere Umstände abzuschieben. Maruna und Mann (2006) merken ferner an, dass nicht die aktuelle Ursachenzuschreibung (z.B. „Ich habe die Tat nur begangen, weil ich zu viel getrunken habe“) entscheidend für Behandlungsmotivation und -erfolg seien, sondern vielmehr die zukunftsgerichtete Veränderungsab-

sicht („Aber es liegt an mir, künftig alkoholabstinent zu leben“). Weitere Forschung könnte zeigen, inwieweit diese Form der Veränderungsattribution wichtiger für Therapiemotivation und Behandlungserfolg ist als die aktuelle Problem attribution.

### **Zusammenhänge zwischen therapierelevanten Konstrukten**

Zudem wies die reine Problembelastung im Gegensatz zum Leidensdruck keine signifikanten Zusammenhänge mit Therapiemotivation auf. Dies ist insofern plausibel, als Belastungserleben bei inhaftierten Straftägern nicht nur aus der konstruktiven Auseinandersetzung mit dem Delikt resultieren kann, sondern auch aus den Einschränkungen der Haft selbst (Day, Casey, Ward, Howells & Vess, 2010). Dahle (1995) vermutet zwar, dass eine höhere Problembelastung dazu beitragen könne, dass Gefangene trotz äußerer Widerstände therapiebereiter sind, doch verschiedene Studien kommen zu dem Schluss, dass Unzufriedenheit mit der Haftsituation und eine daraus resultierende extrinsische Motivation keinen Zusammenhang mit Veränderungsbereitschaft aufweist (Hommers & Steller, 1977; Suhling & Cottonaro, 2005; Suhling et al., 2009). Die ungewöhnlich hohe Ausprägung von Problembelastung zu Haftbeginn wurde in der relevanten Literatur wiederholt beschrieben (Bukstel & Kilman, 1980; Greve, 2003; Zamble, 1992) und verweist darauf, dass die ersten Monate der Inhaftierung eine besonders belastende Phase für Gefangene darstellen. Die Abnahme über den Haftverlauf spricht hingegen dafür, dass den Gefangenen im Laufe der ersten zwei Haftjahre eine Anpassung oder Gewöhnung an die widrigen Umstände der Haft gelingt (Zamble, 1992).

Prisonisierungseffekte korrelierten negativ mit Therapiemotivation und Leidensdruck, wenn dieser über den SBV-R erfasst wurde. Dies spricht für die Annahme von Ortmann (1993), dass insbesondere bei langen Haftstrafen der Erfolg von Resozialisierungsmaßnahmen erschwert ist, da Anwendungsvoraussetzungen therapeutischer Maßnahmen (z.B. Therapiemotivation) nicht mehr gegeben sind. Ebenso stützen die Ergebnisse die Vermutung von Pecher und Postpischil (2000), dass zunehmende Prisonisierungseffekte mit geringerem Leidensdruck assoziiert sind. Der gefundene Zusammenhang ist allerdings lediglich korrelativ und erlaubt keine kausalen Schlussfolgerungen. So könnten Gefangene mit höherem Leidensdruck einerseits weniger anfällig für Prisonisierungseffekte sein, andererseits könnten letztere auch dazu beitragen, dass Leidensdruck in Folge einer zunehmenden Schuldexternalisierung abnimmt (Harbordt, 1972; Pecher & Postpischil, 2000). Außerdem könnte eine dritte Größe Veränderungen in beiden Variablen bedingen.

### **Grenzen der Aussagekraft der vorliegenden Befunde**

Die Studie unterliegt einigen Einschränkungen. Zunächst handelt es sich um eine recht spezifische Stichprobe von Gewaltstraftägern mit hohem Strafmaß, deren

Ergebnisse zwar beispielsweise für Aussagen zur Indikation für eine sozialtherapeutische Behandlung relevant sind, aber nicht ohne weiteres auf andere Straftätergruppen generalisiert werden können. Zudem ergab sich hinsichtlich der verstrichenen Haftdauer eine starke Konzentration auf kurze Haftzeiten von weniger als zwei Jahren. Eine gleichmäßigere Verteilung über längere Zeiträume wäre hilfreich gewesen, um Zusammenhänge zwischen Leidensdruck bzw. Prisonisierung und Haftzeit deutlicher zum Vorschein treten zu lassen. Aufgrund der Schwierigkeiten bei der Datenerhebung im Strafvollzug und der geringen Beteiligung der Gefangenen ließ sich dies leider nicht realisieren.

Des Weiteren könnten Selektionseffekte die Ergebnisse beeinflusst haben. Die Teilnahme der Gefangenen erfolgte auf freiwilliger Basis und die Fachdienstmitarbeiter vor Ort rekrutierten ihnen über Gespräche oder die Teilnahme an vollzuglichen Maßnahmen bekannte Gefangene. Es ist also anzunehmen, dass die Teilnehmer vor allem motivierte Gefangene waren, die der Therapie im Strafvollzug prinzipiell positiv gegenüberstanden. Der hohe Anteil an Gefangenen, der großes Interesse an einer sozialtherapeutischen Behandlung äußerten, spricht für diese These. Zudem können Aspekte der sozialen Erwünschtheit nicht ausgeschlossen werden, d.h. die Gefangenen könnten sich durch ihre Antworten in ein besseres Licht rücken wollen, um mögliche Nachteile zu vermeiden. Andererseits gab es Bemühungen, dem entgegenzuwirken; so waren die Autoren der Studie nicht unmittelbar an der Datenerhebung vor Ort beteiligt und den Teilnehmern wurde Anonymität garantiert. Obwohl zweifellos von Interesse, konnten einige interessante Variablen in der Studie nicht erfasst werden. So bleibt beispielsweise unklar, inwieweit die teilnehmenden Gefangenen an psychischen oder psychiatrischen Störungen litten oder welchen psychosozialen Belastungsfaktoren sie zum Zeitpunkt der Erhebung ausgesetzt waren.

### **Schlussfolgerungen für die vollzugliche Praxis**

Für die Prüfung, ob die Verlegung in eine sozialtherapeutische Einrichtung angezeigt ist (§ 9 StVollzG bzw. Art. 11 BayStVollzG), kommt es primär darauf an, ob ein Gefangener behandlungsbedürftig (also ob Dispositionen vorliegen, die eine zukünftige Gefährlichkeit begründen) und behandlungsfähig ist (also über die sprachlichen und intellektuellen Voraussetzungen verfügt). Die Behandlungsmotivation wird üblicherweise nicht als Aspekt der Behandlungsfähigkeit gesehen und stellt auch keine rechtliche Voraussetzung für die Verlegung in eine Therapieabteilung dar. Fehlende oder unzureichende Motivation ist aber tatsächlich die wichtigste Ursache dafür, dass eine Behandlung nicht zustande kommt oder abgebrochen wird (Endres, 2014). Dies gilt vor allem auch deshalb, weil viele standardisierte Behandlungsprogramme eine „Deliktbearbeitung“ als zentrales Element vorsehen, für das Schuldanerkennung erforderlich ist. Das Abstreiten der Tatvorwürfe gilt vielfach als Behandlungshindernis; es gibt aber auch Ansätze, die auch für leugnende Täter geeignet sind (vgl. Endres & Breuer, 2014).

Der Strafvollzug verlässt sich vielfach auf den Leidensdruck, den die Inhaftierung mit sich bringt, um die Gefangenen zur Teilnahme an einer als angezeigt bestimmten Therapie zu bewegen. Diese Art von Leidensdruck kann noch gesteigert werden, wenn beispielsweise im Vollzugsplan formuliert wird, dass Vollzugslockerungen erst im Laufe einer Therapie gewährt werden können. Jedoch lässt sich durch diesen Druck nur eine extrinsische Motivation hervorrufen, die zwar häufig zu einer Anpassung an Vorgaben führt, nicht jedoch bereits zu einer Bereitschaft zur Veränderung (Reker, 2012; vgl. Gerber & Endres, 2014, S.35 ff.). Deshalb erscheint es wenig zielführend, allein auf diesen äußeren Druck zu setzen.

Veränderungsbereitschaft als intrinsische Motivation setzt voraus, dass die Person nicht nur einen bisherigen Zustand als unangenehm empfindet („Leidensdruck“), sondern auch, dass sie für sich positive Ziele möglichst konkret definieren und ausmalen kann (Aspekte eines straffreien Lebens). Zumindest eine Ambivalenz ist als Ausgangsbasis für Veränderungsprozesse erforderlich. Üblicherweise sind Gefangene mit ihrem kriminellen Leben insofern unzufrieden, als es sie immer wieder in Schwierigkeiten gebracht hat; andererseits tendieren sie dazu, diese Schwierigkeiten als Folge von äußeren Umständen oder „Pech“ vor sich zu beschönigen und in ihrem bisherigen Verhaltensstil zu beharren. Veränderungsbereitschaft ist jedoch kein dauerhaftes und unveränderliches Merkmal einer Person. Vielmehr kann das Bewusstmachen der Ambivalenz und das Herausarbeiten von positiven Zielen dazu führen, die Änderungsmotivation zu stärken; dazu bietet die Methode der motivierenden Gesprächsführung besondere Gesprächstechniken und standardisierte Interventionen an (vgl. Breuer, Gerber, Buchen-Adam & Endres, 2014).

Der Befund, dass der Leidensdruck mit zunehmender Inhaftierungsdauer abnimmt, konnte in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden. Jedoch fand Carl (2014a) an derselben Stichprobe einen Hinweis auf eine Abnahme von Leidensdruck mit zunehmender Haftdauer abhängig von der Behandlungsvorerfahrung. Die Gefangenen, die bereits länger als 22 Monate inhaftiert waren, und keine frühere Therapieerfahrung besaßen, wiesen einen deutlich niedrigeren Leidensdruck auf als jene, die weniger als 22 Monate inhaftiert waren. Für Gefangene mit Therapieerfahrungen fand sich dieser Zusammenhang allerdings nicht. Eine längsschnittliche Untersuchung mit verschiedenen Messzeitpunkten wäre notwendig, um die genauen Veränderungen von Leidensdruck in Abhängigkeit von der Haftdauer zu eruieren. Ein hoher Leidensdruck zu Haftbeginn könnte ein Argument für das frühzeitige Angebot von strukturierten Behandlungsmaßnahmen darstellen. Das Konzept der integrativen Sozialtherapie mit integrierten Vollzugslockerungen wird aber häufig so interpretiert, dass bei Inhaftierten mit langen Freiheitsstrafen die Behandlung eher in einem späteren Stadium der Haft erfolgen sollte, damit sie nahtlos in die Entlassungsvorbereitung und die Nachsorge übergehen kann. Behandlungsangebote, die diese Zielgruppe schon in einem früheren Stadium ansprechen, sind bisher selten. Dafür spräche jedoch zusätzlich zu dem häufig erhöhten Leidensdruck, dass zu Beginn subkulturelle Einflüsse noch weniger Zeit hatten, sich geltend zu machen, und dass die Erinnerung an das Tatgeschehen noch frischer und umfangreicher ist, als sie nach einigen Jahren sein wird.

Zusammenfassend eröffnet die zuverlässige und valide Erfassung von Behandlungsmotivation eine Vielzahl weiterführender Forschungsfragen, die auch für die vollzugliche Praxis relevant erscheinen. Eine Replikation der vorgestellten Ergebnisse an einer größeren Stichprobe von Inhaftierten mit einer höheren Varianz hinsichtlich Haftdauer und Motivation wäre wünschenswert, um weitere Hinweise auf die Anwendbarkeit des SBV-R im Vollzug zu erhalten. Diese Studien könnten zeigen, inwieweit der SBV-R auch bei anderen Gruppen von Inhaftierten (Jugendstraftäter, Sexualstraftäter, Gefangene mit Drogendelikt, Klienten der Sozialtherapie) reliable und valide Ergebnisse zur Behandlungsmotivation liefert und inwieweit er sich auch in der Praxis bei vollzuglichen Entscheidungen als hilfreich erweist.

## Literatur

- Arbeitskreis Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug e.V. (2012). Sozialtherapeutische Anstalten und Abteilungen im Justizvollzug. Mindestanforderungen an Organisation und Ausstattung sowie Indikation zur Verlegung. In B. Wischka, W. Pecher & H. van den Boogart (Hrsg.), *Behandlung von Straftätern. Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung* (S. 20-26). Freiburg im Breisgau: Centaurus.
- Battjes, R. J., Gordon, M. S., O'Grady, K. E., Kinlock, T. W. & Carswell, M. A. (2003). Factors that predict adolescent motivation for substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24, 221-232. doi: 10.1016/S0740-5472(03)00022-9
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Bonta, J., Blais, J. & Wilson, H. A. (2014). A theoretically informed meta-analysis of the risk for general and violent recidivism for mentally disordered offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 19, 278-287. doi: 10.1016/j.avb.2014.04.014
- Bosold, C. (2008). Therapieindikation bei der Straftäterbehandlung. In M. Steller & R. Volbert (Hrsg.), *Handbuch der Rechtspsychologie* (S. 144-151). Göttingen: Hogrefe.
- Bosold, C. & Lauterbach, O. (2010). Leben ohne Gewalt organisieren. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 4, 269-277. doi: 10.1007/s11757-010-0073-4
- Breuer, M., Gerber, K., Buchen-Adam, N. & Endres, J. (Hrsg.) (2014). *Kurzintervention zur Motivationsförderung. Ein Manual für die Arbeit mit straffällig gewordenen Klientinnen und Klienten*. Lengerich: Pabst.
- Breuer, M., Gerber, K. & Endres, J. (2012). Kurzintervention zur Motivationsförderung im Strafvollzug. *Bewährungshilfe*, 59, 359-369.
- Bukstel, L. H. & Kilman, P. R. (1980). Psychological effects of imprisonment on confined individuals. *Psychological Bulletin*, 88, 469-493. doi: 10.1037/0033-2909.88.2.469
- Carl, L. (2014a). Zusammenhang zwischen Leidensdruck und Haftdauer bei Gewaltstraftätern. Implikationen für die Sozialtherapie. Unveröffentlichte Masterarbeit, Friedrich-Alexander-Universität. Erlangen.

- Carl, L. (2014b). Zwischenbericht zum Projekt „Therapie mit Langstrafigen zu Haftbeginn“. Unveröffentlichtes Arbeitspapier. Kriminologischer Dienst des Bayerischen Justizvollzugs. Erlangen.
- Dahle, K.-P. (1994). Therapiemotivation inhaftierter Straftäter. In M. Steller, K.-P. Dahle & M. Basqué (Hrsg.), *Straftäterbehandlung. Argumente für eine Revitalisierung in Forschung und Praxis* (Bd. 2, S. 227-246). Pfaffenweiler: Centaurus.
- Dahle, K.-P. (1995). *Therapiemotivation hinter Gittern. Zielgruppenorientierte Entwicklung und Erprobung eines Motivationskonstrukts für die therapeutische Arbeit im Strafvollzug*. Regensburg: Roderer.
- Day, A., Casey, S., Ward, T., Howells, K. & Vess, J. (2010). What are readiness factors? In A. Day, S. Casey, T. Ward, K. Howells & J. Vess (Eds.), *Transitions to better lives. Offender readiness and rehabilitation* (pp. 27-46). Cullompton, Devon: Willan.
- Döhla, C. M. & Feulner, F. (2012). Motivationsbehandlung in der rückfallpräventiven Behandlung von Sexualstraftätern. Vorstellung eines Gruppenmoduls in der Sozialtherapeutischen Abteilung der JVA St. Georgen-Bayreuth zur Steigerung der Behandlungsmotivation. In B. Wischka, W. Pecher & H. van den Boogart (Hrsg.), *Behandlung von Straftätern. Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung* (S. 294-311). Freiburg im Breisgau: Centaurus.
- Drenkhahn, K. & Dudeck, M. (2007). Lebensbedingungen im europäischen Langstrafenvollzug. *Neue Kriminalpolitik*, 4, 134-138.
- Drieschner, K. H. & Boomsma, A. (2008). The Treatment Motivation Scale of Forensic Outpatient Treatment (TMS-F). Construction and evaluation. *Assessment*, 15, 224-241. doi: 10.1177/1073191107311650
- Drieschner, K. H., Lammers, S. M. & Staark, van der C. P. F. (2004). Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clinical Psychology Review*, 23, 1115-1137. doi: 10.1016/j.cpr.2003.09.003
- Endres, J. (2014). Determinanten der Behandlungsteilnahme und des Behandlungsabbruchs. *Forum Strafvollzug*, 63, 237-243.
- Endres, J. & Breuer, M. M. (2014). Leugnen bei inhaftierten Sexualstraftätern. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 8, 263-278. doi: 10.1007/s11757-014-0271-6
- Endres, J. & Oranu, N. (2010). Fragebogen zu subjektiven Behandlungsvoraussetzungen (SBV-R). Unveröffentlicht.
- Endres, J. & Schwanengel, F. (2015). *Straftäterbehandlung*. Bewährungshilfe, 62, 293-319.
- Gerber, K. & Endres, J. (2014). Grundlagen der motivierenden Gesprächsführung. In M. M. Breuer, K. Gerber, N. Buchen-Adam & J. Endres (Hrsg.), *Kurzintervention zur Motivationsförderung* (S. 29-86). Lengerich: Pabst.
- Greve, W. (2003). Jugend im Gefängnis. In U. Lehmkuhl (Hrsg.), *Aggressives Verhalten bei Kindern und Jugendlichen* (S. 230-243). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Harbordt, S. (1972). *Die Subkultur des Gefängnisses. Eine soziologische Studie zur Resozialisierung*. Stuttgart: Enke.

- Hiller, M. L., Knight, K., Leukefeld, C. & Simpson, D. D. (2002). Motivation as a predictor of therapeutic engagement in mandated residential substance abuse treatment. *Criminal Justice and Behavior*, 29, 56-75. doi: 10.1177/0093854802029001004
- Hommers, W. & Steller, M. (1977). Zur Behandlungsmotivation von Delinquenten: Empirische Befunde zu Leidensdruck und anderen motivationalen Variablen als sozialtherapeutische Eignungskriterien. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 60, 279-285. Verfügbar unter <http://opus.bibliothek.uni-wuerzburg.de/frontdoor/index/index/docId/4075>
- Hosser, D. & Greve, W. (1999). *Gefängnis und die Folgen. Identitätsentwicklung und kriminelles Handeln während und nach Verbüßung einer Jugendstrafe; das Erhebungsinstrument der standardisierten Befragung*. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.
- Joe, G., Simpson, D. D. & Broome, K. M. (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. *Addiction*, 93, 1170-1190. doi: 10.1046/j.1360-0443.1998.93811776.x
- Köhler, D., Hinrichs, G. & Baving, L. (2008). Therapiemotivation, Psychische Belastung und Persönlichkeit bei Inhaftierten des Jugendvollzuges. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 37, 24-32. doi: 10.1026/1616-3443.37.1.24
- Maruna, S. & Mann, R. E. (2006). A fundamental attribution error? Rethinking cognitive distortions. *Legal and Criminological Psychology*, 11, 155-177. doi: 10.1348/135532506X114608
- Messina, N., Burdon, W., Hagopian, G. & Prendergast, M. (2006). Predictors of prison-based treatment outcomes: A comparison of men and women participants. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 32, 7-28. doi: 10.1080/00952990500328463
- Mulder, C. L., Jochems, E. & Kortrijk, H. E. (2014). The motivation paradox: Higher psychosocial problem levels in severely mentally ill patients are associated with less motivation for treatment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 541-548. doi: 10.1007/s00127-013-0779-7
- Olver, M. E., Stockdale, K. C. & Wormith, J. S. (2011). A meta-analysis of predictors of offender treatment attrition and its relationship to recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 6-21. doi: 10.1037/a0022200
- Ortmann, R. (1993). Haft als negativer Sozialisationsprozeß. In G. Kaiser & H. Kury (Hrsg.), *Kriminologische Forschung in den 90er Jahren* (Kriminologische Forschungsberichte aus dem Max-Planck-Institut für Ausländisches und Internationales Strafrecht, Bd. 66,1, S. 259-308). Freiburg i. Br: Max-Planck-Institut für Ausländisches und Internationales Strafrecht.
- Pecher, W., Heller, N. & Endres, J. (2011). Projekt „Therapie mit langstrafigen Gefangenen zu Beginn der Haft in der JVA München-Stadelheim“. Unveröffentlichtes Arbeitspapier.
- Pecher, W. & Postpischil, S. (2000). Tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie in der Untersuchungshaft. *Recht und Psychiatrie*, 18, 177-182.
- Reker, M. (2012). Fremdmotivation suchtkranker Klienten: Behandlung suchtkranker Straftäter unter Druck und Zwang aus der Perspektive des Community Reinforcement Approaches. *Bewährungshilfe*, 53, 380-392.
- Rettenberger, M. & Franqué, F. von (Hrsg.) (2013). *Handbuch kriminalprognostischer Verfahren*. Göttingen: Hogrefe.

- Schneider, W., Basler, H.-D. & Beisenherz, B. (1989). *Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation*. Weinheim: Beltz Test.
- Schneider, W. & Klauer, T. (2001). Symptom level, treatment motivation and the effects on inpatient psychotherapy. *psychotherapy research*, 11, 153-167. doi: 10.1080/713663888
- Steller, M. (1974). „Leidensdruck“ als Indikation für Sozialtherapie? Unveröffentlichte Dissertation, Christian-Albrechts-Universität. Kiel
- Suhling, S. & Cottonaro, S. (2005). Motivation ist alles? Formen und Bedingungen von Veränderungs- und Behandlungsbereitschaft bei Inhaftierten. *Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe*, 16, 385-396.
- Suhling, S., Köhler, A. & Bernardi, C. (2009). Soziales Klima, Behandlungsmotivation und Behandlungserfolg in Sozialtherapeutischen Einrichtungen des Justizvollzugs und im Maßregelvollzug. In N. Saimeh (Hrsg.), *Motivation und Widerstand - Herausforderungen im Maßregelvollzug* (S. 211-228). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Suhling, S., Pucks, M. & Bielenberg, G. (2012). Ansätze zum Umgang mit Gefangenen mit geringer Veränderungs- und Behandlungsmotivation. In B. Wischka, W. Pecher & H. van den Boogart (Hrsg.), *Behandlung von Straftätern. Sozialtherapie, Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung* (S. 233-296). Freiburg im Breisgau: Centaurus.
- Ward, T., Day, A., Howells, K. & Birgden, A. (2004). The multifactor offender readiness model. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 645-673. doi: 10.1016/j.avb.2003.08.001
- Wietersheim, J. von, Schneider, W., Kriebel, R., Freyberger, H. & Tetzlaff, M. (2000). Entwicklung und erste Evaluierungen der Achse Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29, 109-116. doi:10.1026//0084-5345.29.2.109
- Zamble, E. (1992). Behavior and adaptation in long-term prison inmates: Descriptive longitudinal results. *Criminal Justice and Behavior*, 19, 409-425. doi: 10.1016/j.ijlp.2009.06.008

## Anhang:

### Itemliste des SBV-R (5-stufige Likert-Skala von *stimme gar nicht zu bis stimme völlig zu*). Invertierte Items sind mit (r) gekennzeichnet

#### Teil A: Haftumgebung

##### Skala Zusammenhalt unter Gefangenen

- Die Gefangenen kümmern sich umeinander.
- Auch der schwächste Gefangene findet Rückhalt bei seinen Mitgefangenen.
- Die meisten Gefangenen interessieren sich für die Probleme ihrer Mitgefangenen.
- Wenn ein Gefangener ein wichtiges Anliegen hat, wird er von den Mitgefangenen unterstützt.
- Unter den Gefangenen gibt es einen guten Zusammenhalt.

*Skala Sicherheit*

- Es gibt hier bedrohliche Situationen. (r)
- Es gibt sehr aggressive Gefangene auf dieser Abteilung. (r)
- Manche Gefangene haben Angst vor anderen Gefangenen. (r)
- Es gibt Situationen, in denen Mitarbeiter vor bestimmten Gefangenen Angst haben. (r)
- Einige Gefangene sind so reizbar, dass man besonders vorsichtig mit ihnen umgeht. (r)

*Skala Unterstützung durch Bedienstete*

- Als Gefangener kann man auf dieser Abteilung über alle Probleme mit Mitarbeitern sprechen. Den Mitarbeitern ist es persönlich wichtig, wie es mit den Gefangenen weitergeht.
- Die Mitarbeiter nehmen sich sehr viel Zeit für die Gefangenen.
- Oft scheint es den Mitarbeitern egal zu sein, ob Gefangene im Vollzug scheitern oder weiterkommen. (r)
- Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kennen die Gefangenen und ihre Lebensgeschichte sehr gut.

**Teil B: Therapiemotivation***Skala Leidensdruck*

- Auch ohne Hilfe von anderen habe ich mein Leben gut im Griff. (r)
- Mein Verhalten ist schlimmer als das von anderen.
- Um mich verändern zu können, muss ich eine Therapie machen.
- Trotz allem habe ich ein gutes Leben. (r)
- Manchmal hasse ich mich und mein Verhalten.
- Manchmal kann ich mich selber nicht leiden.
- Ich bin nicht schuld an meiner jetzigen Situation. (r)
- Ich denke oft über meine Probleme nach und muss dringend etwas ändern.
- Ich verdiene es nicht, eingesperrt zu sein.

*Lebenszufriedenheit*

- Niemand versteht mich. (r)
- Den Sozialpädagogen/ Psychologen der Anstalt sind meine persönlichen Probleme egal. (r)
- Ich kann mich niemandem im Gefängnis anvertrauen. (r)
- Ich komme im Gefängnis einfach nicht klar. (r)
- Ich kann mich über nichts mehr richtig freuen. (r)
- Ich habe immer nur Pech. (r)

*Änderungswunsch durch Therapie*

- Ich würde mich an einer Therapie aktiv beteiligen und versuchen mein Bestes zu geben.
- Eine Therapie ist mir viel zu zeitaufwändig. (r)
- Eine Therapie kann mein Leben nicht verbessern. (r)
- Für mich wäre bzw. ist es demütigend, an einer Therapie teilzunehmen. (r)
- Ich fühle mich absolut wohl mit mir und meinem Verhalten. (r)
- Ich freue mich über Hilfsangebote, da ich viel in meinem Leben ändern muss. (r)
- Etwas anderes als eine psychologische Therapie, z.B. eine Umschulung oder ein Führerscheinkurs, wäre für mich wahrscheinlich besser. (r)
- Ich bin wahrscheinlich zu ungeduldig für eine Therapie. (r)
- Ich schaffe es auch ohne Therapie, mein Leben zum Besseren zu wenden. (r)
- Eine Therapie kommt für mich nicht in Frage, so was bringt nichts. (r)
- Ich ziehe eine Therapie durch, egal was diese mir abverlangt.
- Ich fühle mich durch die Justiz gezwungen, eine Therapie zu machen. (r)
- Ich muss lernen, mit unangenehmen Situationen besser umzugehen.
- Ich bin noch nicht bereit für eine Therapie. (r)
- Ich wäre bzw. bin bereit, in einer Therapie über Gefühle und Ängste zu sprechen.
- Durch eine Therapie hoffe ich, mir über meine Gedanken und Probleme klar werden zu können.
- Eine anstrengende Therapie halte ich vielleicht auf Dauer nicht aus. (r)
- Wenn ich mal keine Lust auf eine Therapiesitzung hätte, müsste man das akzeptieren. (r)
- Die Aussicht auf Vollzugslockerungen ist für mich der wichtigste Grund dafür, eine Therapie zu machen. (r)

*Veränderungsmotivation*

- Dass ich beschlossen habe, mein Verhalten zu ändern, ist noch nicht genug. Ich muss noch viel mehr unternehmen.
- Nach der Haftstrafe werde ich mir einen anderen Freundeskreis suchen, der keine Konflikte mit dem Gesetz hat.
- Auch in meiner Freizeit würde ich mich mit Inhalten der Therapie auseinandersetzen.
- Wenn meine Haftzeit vorbei ist, habe ich meinen Preis gezahlt. Mehr Veränderungen sind nicht nötig. (r)
- Ich muss mich verändern, um dauerhaft glücklich zu sein.
- Ich bin mir sicher, Erlerntes auch nach einer Therapie anwenden zu können.

*Erfolgserwartung*

- Um glücklich zu werden, muss ich mein Verhalten umgehend ändern.
- Eine Therapie wäre vielleicht eine weitere Enttäuschung. (r)
- Der Erfahrungsaustausch in einer Gruppentherapie kann mir helfen.
- Ohne Therapie werde ich es nicht schaffen, mich zu ändern.
- Wenn ich nach ein paar Wochen keinen Erfolg merke, würde ich eine Therapie abbrechen. (r)
- Durch eine Therapie kann sich mein Leben schlagartig verbessern.
- Bei meinen Problemen kann eine Therapie hilfreich sein.

*Soziale Unterstützung*

- Freunde und Verwandte unterstützen mich, wenn ich Probleme habe.
- In meinem Umfeld würde es keiner verstehen, wenn ich eine Therapie mache. (r)
- Die Menschen in meiner Umgebung werden es nicht verstehen, wenn ich eine Therapie mache. (r)
- Die Menschen in meinem Leben erwarten, dass ich meine Situation zum Positiven verändere.
- Menschen die mir wichtig sind erwarten von mir, dass ich eine Therapie mache.
- Ich versuche mich zu bessern, um mit meiner Familie/ Verwandten ein gutes Verhältnis aufbauen zu können.
- Die Menschen in meiner Umgebung fördern meine schlechtesten Angewohnheiten. (r)

- Es gibt Menschen in meiner Umgebung, die mich und meine Bemühungen respektieren.
- Ich habe Freunde, die nicht mit dem Gesetz in Konflikt gekommen sind.

### **Teil C: Psychische Stabilität**

#### *Selbstwert*

- Ich habe Gründe, stolz auf mich zu sein.
- Ich komme mir vor wie ein Versager. (r)
- Ich wünschte, ich könnte mich selbst mehr respektieren. (r)
- Ich fühle mich, als sei ich nichts wert. (r)
- Im Großen und Ganzen bin ich zufrieden mit mir selbst.
- Andere interessieren sich nicht für mich. (r)

#### *Emotionale Stabilität (Depression)*

- Ich fühle mich häufig traurig oder niedergeschlagen. (r)
- Ich fühle mich oft extrem müde und ausgelaugt. (r)
- Ich mache mir oft Sorgen und grübele vor mich hin. (r)
- Ich habe keine Hoffnung für die Zukunft. (r)
- Ich bin einsam. (r)

#### *Emotionale Stabilität (Angst)*

- Ich schlafe schlecht. (r)
- Ich habe Probleme, mich auf Dinge zu konzentrieren. (r)
- Ich habe Angst vor bestimmten Dingen, wie Spinnen, kleinen Räumen oder großen Menschenansammlungen. (r)
- Manchmal fühle ich mich ängstlich und nervös. (r)
- Ich habe Probleme, längere Zeit stillzusitzen. (r)
- Ich fühle mich oft angespannt und überdreht. (r)
- Ich bin oft verspannt, und meine Muskeln sind angespannt. (r)

#### *Entscheidungsfindung*

- Ich wäge ab, welche Konsequenzen mein Handeln für andere haben kann.
- Ich mache Pläne für die Zukunft.

- Ich mache mir Gedanken über die möglichen Ergebnisse meiner Handlungen.
- Ich stelle mir oft verschiedene Lösungen für mein Problem vor, bevor ich reagiere.
- Ich habe Probleme, Entscheidungen zu treffen. (r)
- Ich treffe gute Entscheidungen.
- Ich treffe manchmal Entscheidungen, ohne mir über die Konsequenzen Gedanken zu machen. (r)
- Ich analysiere Probleme, indem ich über die einzelnen Entscheidungsmöglichkeiten nachdenke.

### *Zukunftserwartung*

- Ich verspüre oft den Wunsch, mich zu betrinken. (r)
- Wenn ich könnte, würde ich in der nächsten Zeit Alkohol oder Drogen zu mir nehmen. (r)
- Nach der Entlassung würde ich wahrscheinlich wieder straffällig werden. (r)
- Wahrscheinlich werde ich es schaffen, nicht wieder straffällig zu werden.
- Ich habe genaue Pläne für die Zeit nach meiner Haft und weiß genau, wie ich sie verwirklichen werde.

## Modernes Antiquariat



### 50-90% Preisvorteil

für Bücher aus: Belletristik, Mathematik, Medizin, Musik, Philosophie, Politik, Psychologie, Recht, Religion, Soziologie, Wirtschaft und Zeitgeschichte.

Bücher zum Teil Raritäten in bibliophiler Ausstattung.

Versandkostenfrei bei Bestellwert über 20,- Euro, bei geringerem Bestellwert Versandkostenpauschale von 2,- Euro.

[www.modernes-antiquariat.net](http://www.modernes-antiquariat.net)