

**Schriftenreihe Bachelor- und Masterthesen der
Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit**

Fabienne Wirz

Sucht und Arbeit

**Eine empirische Studie zu personenbezogenen Merkmalen bei Alkoholabhängigen mit
Arbeitsintegration**

Bachelorthesis der Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit. Dezember 2013

Sozialwissenschaftlicher Fachverlag «Edition Soziothek». Die «Edition Soziothek» ist ein Non-Profit-Unternehmen des Vereins Bildungsstätte für Soziale Arbeit Bern. Der Verein ist verantwortlich für alle verlegerischen Aktivitäten.

**Schriftenreihe Bachelor- und Masterthesen der
Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit**

In dieser Schriftenreihe werden Bachelor- und Masterthesen von Studierenden der Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit publiziert, die mit dem Prädikat „sehr gut“ oder „hervorragend“ beurteilt und vom Ressort Diplomarbeit der Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit zur Publikation empfohlen wurden.

Fabienne Wirz: Sucht und Arbeit. Eine empirische Studie zu personenbezogenen Merkmalen bei Alkoholabhängigen mit Arbeitsintegration

© 2014 «Edition Soziothek» Bern
ISBN 978-3-03796-496-5

Verlag Edition Soziothek
c/o Verein Bildungsstätte für Soziale Arbeit Bern
Hallerstrasse 10
3012 Bern
www.soziothek.ch

Jede Art der Vervielfältigung ohne Genehmigung des Verlags ist unzulässig.

Fabienne Wirz

Sucht und Arbeit:

Eine empirische Studie zu personenbezogenen
Merkmalen bei Alkoholabhängigen mit
Arbeitsintegration

Die Bachelor-Thesis wurde für die Publikation formal überarbeitet, aber
im Inhalt nicht geändert.

Bachelor-Thesis zum Erwerb
des Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule
Fachbereich Soziale Arbeit

ABSTRACT

Erwerbsarbeit gilt als wichtiger Faktor beim Wiedereinstieg in ein suchtmittelfreies Leben. Daher stellen Arbeitsintegrationsprogramme im Rahmen der Abstinenzaufrechterhaltung eine bedeutende Massnahme dar, um Alkoholabhängige bei der (Wieder-)eingliederung in das Erwerbsleben zu unterstützen. Erwerbsarbeit steht nicht nur im Zusammenhang mit einer positiven Prognose für die Rückfallquote, sondern auch mit positiven Ausprägungen auf verschiedenen personenbezogenen Dimensionen. So zeigen Studien, dass Erwerbsarbeit mit einer hohen internalen Kontrollüberzeugung, einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung und einem hohen Selbstwert einhergeht (Price, Choi & Vinokur, 2002; Puls, Inhester, Reinecke & Jost, 1999; Henkel & Zemlin, 2008). Praktisch unerforscht ist bislang der Zusammenhang zwischen Arbeitsintegrationsprogrammen und personenbezogenen Merkmalen bei Alkoholabhängigen. Aus diesem Grund wird in der vorliegenden Arbeit der Frage nachgegangen, welche Ausprägungen stationäre Suchtpatientinnen und Suchtpatienten, die freiwillig an einem Arbeitsintegrationsprogramm teilnehmen, in Bezug auf verschiedene personenbezogene Merkmale aufweisen.

Die Gesamtstichprobe der empirischen Untersuchung setzt sich aus 27 Suchtpatientinnen und Suchtpatienten mit Diagnose „chronische Alkoholabhängigkeit“ nach ICD-10 zusammen. Mittels eines standardisierten Fragebogens mit etablierten Skalen wurden bei Suchtpatientinnen und Suchtpatienten mit Arbeitsintegration, die personenbezogenen Merkmale Selbstwirksamkeitserwartung, Kontrollüberzeugung, Selbstwert, Motivation und Lebenszufriedenheit erfasst. Diese Untersuchungsgruppe wurde hinsichtlich der genannten Merkmale mit einer Gruppe von Suchtpatientinnen und Suchtpatienten verglichen, die im Rahmen ihrer stationären Therapie an keinem Arbeitsintegrationsprogramm teilnahmen.

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass Suchtpatientinnen und Suchtpatienten mit Arbeitsintegration eine signifikant höhere Selbstwirksamkeitserwartung und Lebenszufriedenheit und einen höheren Selbstwert aufweisen als die Suchtpatientinnen und Suchtpatienten ohne Arbeitsintegration. Darüber hinaus zeigen Suchtpatientinnen und Suchtpatienten mit Arbeitsintegration – im Vergleich zu Suchtpatientinnen und Suchtpatienten ohne Arbeitsintegration – eine signifikant höhere interne Kontrollüberzeugung auf. Es zeigt sich auch, dass die Gruppe mit Arbeitsintegration häufiger intrinsisch motivierte Gründe für die Teilnahme an der Arbeitsintegration angeben, hingegen wählt die Gruppe ohne Arbeitsintegration eher extrinsisch motivierte Gründe für eine mögliche Teilnahme aus.

Offen bleibt, in welchem Zusammenhang die Arbeitsintegration und die personenbezogenen Merkmale stehen. Um die Kausalität zwischen diesen beiden Faktoren zu klären, sind vor allem längsschnittliche Untersuchungen erforderlich. Es wird jedoch angenommen, dass die untersuchten und relativ stabilen Merkmale wie Motivation, Selbstwirksamkeitserwartung, Kontrollüberzeugung, Selbstwert und Lebenszufriedenheit bereits im Voraus ausschlaggebend für eine Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme an dem Arbeitsintegrationsprogramm waren.

Sucht und Arbeit:

Eine empirische Studie zu personenbezogenen
Merkmalen bei Alkoholabhängigen mit
Arbeitsintegration

Bachelor-Thesis zum Erwerb
des Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule
Fachbereich Soziale Arbeit

Vorgelegt von

Fabienne Wirz

Bern, Dezember 2013

Gutachter: Prof. Dr. Manuel Bachmann

INHALTSVERZEICHNIS

ABBILDUNGSVERZEICHNIS	V
1 EINLEITUNG	1
1.1 EINFÜHRUNG IN DAS THEMA	1
1.2 ÜBERBLICK	2
2 THEORIE	4
2.1 SUCHT, ALKOHOLOWISUS UND ABHÄNGIGKEIT	4
2.1.1 DEFINITION SUCHT, ALKOHOLOWISUS UND ABHÄNGIGKEIT	4
2.1.2 ENTSTEHUNG VON SUCHT	8
2.1.3 FOLGEN EINER ALKOHOLOWISUS	10
2.1.4 ABSTINENZAUFRECHTERHALTENDE ASPEKTE	11
2.2 ARBEITSINTEGRATION	13
2.3 AKTUELLER FORSCHUNGSSTAND	14
2.3.1 ERWERBSLOSIGKEIT UND GESUNDHEIT	15
2.3.2 ALLGEMEINE SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG	16
2.3.3 KONTROLLÜBERZEUGUNG	17
2.3.4 SELBSTWERT	19
2.3.5 MOTIVATION	20
2.3.6 LEBENSZUFRIEDENHEIT	22
2.3.7 ZUSAMMENHANG ZWISCHEN ERWERBSLOSIGKEIT UND ALKOHOLSUCHT	22
3 ZIELSETZUNG UND FRAGESTELLUNG	24
3.1 ZIELSETZUNG DER ARBEIT	24
3.2 HERLEITUNG DER FRAGESTELLUNG UND DER HYPOTHESEN	24
3.2.1 FRAGESTELLUNG	24
3.2.2 HYPOTHESEN	25
4 METHODE	27
4.1 STICHPROBE	27
4.2 DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG	29
4.3 ERHEBUNGSINSTRUMENT	29
4.3.1 SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG	29
4.3.2 KONTROLLÜBERZEUGUNG	30
4.3.4 SELBSTWERT	30
4.3.5 MOTIVATION	30

4.3.6	LEBENSZUFRIEDENHEIT	31
4.3.7	SOZIODEMOGRAFISCHE ANGABEN	31
5	AUSWERTUNG UND DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE	32
5.1	HYPOTHESE 1: ALLGEMEINE SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG	32
5.2	HYPOTHESE 2: KONTROLLÜBERZEUGUNG	33
5.2.1	INTERNALE KONTROLLÜBERZEUGUNG	33
5.2.2	EXTERNALE KONTROLLÜBERZEUGUNG	34
5.3	HYPOTHESE 3: SELBSTWERT	35
5.4	HYPOTHESE 4: MOTIVATION	36
5.5	HYPOTHESE 5: LEBENSZUFRIEDENHEIT	37
6	ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION DER ERGEBNISSE	39
6.1	ZUSAMMENFASSUNG DER WICHTIGSTEN ERGEBNISSE	39
6.2	DISKUSSION DER ERGEBNISSE	40
6.2.1	ALLGEMEINE SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG	40
6.2.2	KONTROLLÜBERZEUGUNG	41
6.2.3	SELBSTWERT	42
6.2.4	INTRINSISCHE UND EXTRINSISCHE MOTIVATION	43
6.2.5	LEBENSZUFRIEDENHEIT	43
7	SCHLUSSFOLGERUNGEN FÜR DIE SOZIALE ARBEIT UND AUSBLICK	45
7.1	GRENZEN UND EINSCHRÄNKUNGEN DER UNTERSUCHUNG	45
7.2	PRAKTISCHE IMPLIKATIONEN FÜR DIE SOZIALE ARBEIT	46
7.3	AUSBLICK	48
	LITERATURVERZEICHNIS	50
	ANHANG I: FRAGEBOGEN	56
	FRAGEBOGEN MIT ARBEITSINTEGRATION	56
	FRAGEBOGEN OHNE ARBEITSINTEGRATION	60
	ANHANG II: STATISTISCHE AUSWERTUNGEN	64
	ALLGEMEINE SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG	64
	KONTROLLÜBERZEUGUNG	64
	SELBSTWERT	65
	LEBENSZUFRIEDENHEIT	65
	SKALENDOKUMENTATION	68
	ERKLÄRUNG EINZELARBEIT	69

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit, Soyka & Kufner (2008).....	8
Abbildung 2: Familienstand	28
Abbildung 3: Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (Mittelwert)	32
Abbildung 4: internale Kontrollüberzeugung (Mittelwert).....	33
Abbildung 5: externale Kontrollüberzeugung (Mittelwert).....	34
Abbildung 6: Selbstwert (Mittelwert).....	35
Abbildung 7: intrinsische und extrinsische Motivation	36
Abbildung 8: Lebenszufriedenheit (Mittelwert)	37

1 EINLEITUNG

Das folgende Kapitel befasst sich mit der Einführung in das Thema, indem die Problemstellung dargelegt und daraus ableitend die Forschungsfrage vorgestellt wird. Zum Abschluss folgt die Beschreibung des Aufbaus dieser Arbeit.

1.1 EINFÜHRUNG IN DAS THEMA

Arbeit nimmt in unserer Gesellschaft einen hohen Stellenwert ein. Arbeitsintegrationsprogramme stellen eine wichtige Stütze bei der Eingliederung der Alkoholabhängigen in den Arbeitsmarkt dar, denn die Erwerbsarbeit gilt als wichtiger Faktor beim Wiedereinstieg in ein suchtmittelfreies Leben.

Die Forschungslage zeigt, dass Arbeitslosigkeit und Alkoholkonsum oft eng zusammenhängen und sich gegenseitig beeinflussen. Diese Wechselwirkung zwischen beeinträchtigtem Erwerbsleben und der Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung ist durch zahlreiche Studien belegt (z.B. Henkel, Zemlin & Dornbusch, 2003, 2004, 2006, 2008; Holleder, 2008). Gleichzeitig weisen die von einer Abhängigkeitserkrankung betroffenen Personen gegenüber der Gesamtbevölkerung, deutlich schlechtere Chancen auf dem Arbeitsmarkt auf. Diese Tatsache ist umso dramatischer, weil Studien nahelegen, dass Erwerbsarbeit als einer der wichtigsten Schutzfaktoren beim Wiedereinstieg in ein suchtmittelfreies Leben gilt (Egner & Grünbeck, 2003). Erwerbsarbeit geht aber nicht nur einher mit einer positiven Prognose auf die Abstinenz aufrechterhaltung, sondern wirkt sich allgemein positiv auf verschiedene personenbezogene Aspekte wie Selbstwirksamkeitserwartung, Kontrollüberzeugung, Selbstwert, Motivation und Lebensqualität aus (z.B. Zingg & Soyka 2009; Neumann & Schmidt, 2013).

So zeigte beispielsweise eine Studie von Zingg und Soyka (2009), dass eine hohe Selbstwirksamkeit als eigenständiger und starker Prädiktor für die Aufrechterhaltung einer längerfristigen Abstinenz angesehen werden kann. Unter Selbstwirksamkeit versteht man die Überzeugung, dass man eine gewünschte Handlung erfolgreich ausführen kann (Bandura, 1977). Schafft man demzufolge Massnahmen zur Steigerung der Selbstwirksamkeit, kann dies bei arbeitslosen Personen suchtpreventiv wirken (Puls, Inhester, Reinecke & Wienold, 1999). Moser und Paul (2001) stellten in ihrer Studie fest, dass Arbeitslose im Vergleich zu Erwerbstätigen mehr externale Kontrollüberzeugungen, eine geringere Lebenszufriedenheit, ein schlechteres emotionales Wohlbefinden sowie ein geringeres Selbstwertgefühl aufweisen als

Erwerbstätige. Auch mangelnde Motivation ist ein Aspekt, der bei Erwerbslosen häufig auftritt. Es ist somit wichtig, dass Eigenmotivation gefördert wird, denn dies kann dazu führen, dass der Mensch sich durch eigene, gute Ergebnisse motivieren kann und er weiterkommen und sich verbessern will.

Die Ausführungen legen nahe, dass sich Erwerbsarbeit bei Suchtpatienten nicht nur positiv auf die Rückfallquote auswirkt, sondern auch mit positiven Werten, in Bezug auf verschiedene personenbezogene Merkmale wie die Selbstwirksamkeit und das subjektive Befinden, einhergeht. Tagesstrukturierende Massnahmen stellen eine wichtige Unterstützung für Suchtpatientinnen und Suchtpatienten auf ihrem Weg in ein abstinentes Leben dar. Obwohl tagesstrukturierende Massnahmen, wie Arbeitsintegration, weit verbreitet sind, bleiben Recherchen nach Publikationen zum Beispiel zu deren Wirksamkeit weitgehend erfolglos¹. Folglich soll in der vorliegenden Arbeit untersucht werden, welche Ausprägungen Alkoholabhängige, die im Rahmen ihrer stationären Therapie an einem freiwilligen Arbeitsintegrationsprogramm teilnehmen, hinsichtlich verschiedener personenbezogener Merkmale wie Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugung, Selbstwert, Lebenszufriedenheit und Motivation aufweisen. Darüber hinaus wird diese Untersuchungsgruppe mit einer Gruppe von Alkoholabhängigen, die während ihrer stationären Suchttherapie an keinem Programm zur Arbeitsintegration teilnehmen verglichen, um Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen diesen Gruppen herauszuarbeiten und aufzuzeigen.

1.2 ÜBERBLICK

Im Folgenden soll ein Überblick über die in dieser Arbeit abgehandelten Themengebiete gegeben werden. Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt auf der Untersuchung, welche Ausprägungen stationäre Suchtpatientinnen und Suchtpatienten, die freiwillig an einem Arbeitsintegrationsprogramm teilnehmen, in Bezug auf verschiedene personenbezogene Merkmale aufweisen.

Der **theoretische Teil** beinhaltet das Kapitel 2 in dem zuerst eine allgemeine Einführung in die Thematik der Sucht und Abhängigkeit gegeben wird. Zunächst werden Definitionen der wichtigsten Begriffe wie Alkoholsucht und Abhängigkeit vorgestellt. Im Anschluss daran werden für den Bereich "Sucht" relevante Themen vorgestellt, wie zum Beispiel Entstehung und Folgen einer Sucht und es werden auf abstinenzaufrechterhaltende Aspekte eingegangen. Danach wird der Begriff

¹ Die Recherchen beschränken sich auf deutschsprachige Publikationen.

"Arbeitsintegration" geklärt und am Beispiel der Klinik Südhang in Kirchlindach näher vorgestellt. Abschliessend folgt die Darstellung aktueller empirischer Befunde: Neben Forschungen zu Erwerbslosigkeit und Gesundheit, wird auch auf empirische Befunde zu personenbezogenen Merkmalen wie Selbstwirksamkeitserwartung, Kontrollüberzeugung, Selbstwert, Motivation und Lebenszufriedenheit eingegangen. Der **empirische Teil** dieser Arbeit umfasst die Kapitel 3 bis 7. Zunächst werden im dritten Kapitel die Fragestellung und die Hypothesen hergeleitet und vorgestellt. In Kapitel 4 wird die Methode mit der Stichprobe, der Durchführung der Untersuchung und den Erhebungsinstrumenten dargestellt. Das 5. Kapitel stellt die Ergebnisse der empirischen Studie vor. Im Kapitel 6 werden die Ergebnisse zusammengefasst und diskutiert. Die Arbeit schliesst mit Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit und einem Ausblick (Kapitel 7).

2 THEORIE

Der Theorieteil beinhaltet Definitionen von Sucht und Abhängigkeit und deren Ursachen und Folgen. Es wird auf die Wechselwirkung zwischen Arbeitslosigkeit und Alkoholsucht eingegangen. Weiter werden abstinenzaufrechterhaltende Aspekte aufgezeigt und die Arbeitsintegration beschrieben. Im letzten Teil dieses Kapitels werden aktuelle Studien erläutert.

2.1 SUCHT, ALKOHOLISMUS UND ABHÄNGIGKEIT

Seit Jahrtausenden ist Alkohol bekannt für seine entspannende, enthemmende und berauschende Wirkung und gilt als eine der ältesten psychoaktiven Substanzen der Menschheit, welche das Bewusstsein, die Wahrnehmung und die Motorik beeinflusst (BAG, 2013). In unserer Kultur ist Alkohol heute fest verankert und leicht verfügbar. Sucht und Alkohol ist ein aktuelles Thema, das sich täglich in den Medien widerspiegelt. Das Bundesamt für Gesundheit gibt an, dass fast neun von zehn Personen in der Schweiz Alkohol trinken, jeder zehnte täglich (BAG, 2013). Die Mehrheit hat einen risikoarmen Umgang. Jedoch fast eine Million der Schweizer Bevölkerung konsumiert Alkohol in einer sich und der Gesellschaft schädigenden und belastenden Weise. Ungefähr 300'000 Menschen in der Schweiz sind alkoholabhängig oder stark alkoholgefährdet, zweidrittel davon sind Männer (Suchtmonitoring, 2013). Seit 1986 ist Alkoholismus als Krankheit anerkannt (Feuerlein, 2005, S. 16). Gemäss WHO (2002) gehört Alkohol in der Schweiz zu den fünf wichtigsten Krankheitsfaktoren und in Europa gilt Alkoholmissbrauch als Suchtkrankheit Nummer eins (Feuerlein, 2005, S. 10).

2.1.1 DEFINITION SUCHT, ALKOHOLISMUS UND ABHÄNGIGKEIT

Das Wort „Sucht“ stammt aus dem Altgermanischen und geht auf „siechen“, „Siechtum/Seuche“ zurück, was so viel wie Krankheit oder das Leiden an einer Krankheit bedeutet (Duden, 2013).

Der Begriff „Sucht“ ist sehr unspezifisch und hat nur eine geringe Abgrenzung zu Krankheiten (z.B. Gelbsucht) und zu stoffgebundenen Süchten (z.B. Drogensucht, Trinksucht). Deshalb wurde 1963 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) der

Begriff *Abhängigkeit* eingeführt (Haller, 2007, S. 35; Soyka, 1995, S. 2).

Der Suchtbegriff ist weit verbreitet und allgemein verständlich, gleichzeitig aber auch sehr weitreichend, da grundsätzlich jedes menschliche Verhalten oder Streben sich zu einer Sucht entwickeln kann (Stimmer, 2000, S. 581).

Der Ausdruck Alkoholismus wird heute zwar noch verwendet, umfasst aber nach heutigem Verständnis sowohl Alkoholmissbrauch als auch Alkoholabhängigkeit (Soyka & Küfner, 1998, S.1).

2.1.1.1 ALKOHOLMISSBRAUCH

Die WHO unterscheidet zwischen schädlichem Missbrauch (Alkoholmissbrauch) und Abhängigkeit (Feuerlein, Dittmar & Soyka, 1999, S. 13).

Von schädlichem Missbrauch kann dann gesprochen werden, wenn der Konsum von Alkohol die psychische und physische Gesundheit beeinträchtigt und es durch den Konsum zu Folgeschäden auf diesen zwei Ebenen führen kann. Die psychische Gesundheit kann zum Beispiel durch eine depressive Phase nach dem Alkoholkonsum gefährdet sein, die physische durch eine Leberschädigung (S. 13).

2.1.1.2 ABHÄNGIGKEIT

Abhängigkeit liegt dann vor, wenn eine Reihe von verschiedenen Prozessen dazu geführt hat, dass der Betroffene dem Alkohol Vorrang einräumt und andere somit Interessen vernachlässigt. Das heisst, der Betroffene folgt über längere Zeit einem zwanghaften Drang nach dem Konsum von Alkohol, dem er nicht widerstehen kann und der sein ganzes Leben wesentlich bestimmt und für ihn zum Suchtmittel wird. Man unterscheidet zwischen psychischer und physischer Abhängigkeit (Feuerlein, Dittmar & Soyka, 1999, S. 14).

Die physische Abhängigkeit ist gekennzeichnet durch die Entwicklung einer Toleranz gegenüber der Substanz, das heisst um die gleiche Wirkung zu erzielen, sind immer höhere Dosen nötig. Von einer physischen Abhängigkeit kann gesprochen werden, wenn nach dem plötzlichen Absetzen einer seit längerem eingenommenen Substanz Entzugserscheinungen auftreten. Die psychische Abhängigkeit zeichnet sich dadurch aus, dass die betroffene Person einen starken bis übermächtigen Wunsch verspürt die Substanz zu sich zu nehmen. Ein weiterer wesentlicher Aspekt für das Vorliegen einer

psychischen Abhängigkeit äussert sich in der verminderten Kontrollfähigkeit hinsichtlich des Substanzgebrauchs. Dieser Übergang, von psychischer zu physischer Abhängigkeit, ist fliegend (WHO, n.d.).

2.1.1.3 DIAGNOSTIK VON ALKOHOLABHÄNGIGKEIT

Mit der Einführung internationaler standardisierter Diagnoseinstrumente in der Psychiatrie gelang es schliesslich, international akzeptierte und wissenschaftlich weitgehend abgesicherte Diagnosekriterien zu entwickeln und eine Suchtmittelabhängigkeit zu bestimmen (Soyka & Kufner, 1998, S. 11). Mit Hilfe der beiden bekanntesten Instrumente ICD-10 (WHO, World Health Organisation) und DSM-V (APA, American Psychiatric Association) kann der aktuelle, sowie der vergangene Krankheitszustand bezüglich Intensität und Phase definiert werden.

2.1.1.4 DEFINITION ABHÄNGIGKEIT NACH ICD-10

Nach der wichtigsten, weltweit anerkannten Diagnosenklassifikation der Medizin, der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10, englisch International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), wird eine Diagnose der Alkoholabhängigkeit (Abhängigkeitssyndrom) gestellt, wenn während der letzten zwölf Monate drei oder mehrere der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden gewesen waren:

- ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren
- verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums (Kontrollverlust)
- ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu vermindern oder zu vermeiden
- Nachweis einer Toleranz im Sinne erhöhter Dosen, die erforderlich sind, um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen hervorzurufen
- fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Alkoholkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu

beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen

- anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Alkoholkonsums oder eine Verschlechterung der kognitiven Funktionen
(ICD-10, 2013)

2.1.1.5 DEFINITION ABHÄNGIGKEIT NACH DSM-V

DSM-V ist die Abkürzung für die fünfte Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen). Dieses wurde 1952 in seiner ersten Fassung (DSM-I) von der American Psychiatric Association (APA) herausgegeben. Im DSM-V wird, ähnlich wie in ICD-10, eine Formulierung gewählt, die alle Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen beinhaltet und erst spezifisch auf Alkohol bezogen werden muss.

Nach dem DSM-V spricht man von einer Substanzabhängigkeit, wenn mindestens drei der folgenden Probleme in den letzten zwölf Monaten auftraten:

- Toleranzentwicklung
- Entzugssymptome
- die Substanz wird häufig in grösseren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen
- anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzkonsum zu verringern oder zu kontrollieren
- viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen, einzunehmen oder sich von ihr zu erholen
- wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Konsums aufgegeben oder eingeschränkt
- fortgesetzter Substanzkonsum trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch die Substanz verursacht oder verstärkt wurde
(DSM-V, 2013)

Bemerkenswert an diesen beiden Definitionen (ICD-10 und DSM-V) ist die Tatsache, dass nicht alle Kriterien erfüllt sein müssen, um abhängig zu sein. Es werden auch keine Trinkmengen angegeben und der Konsum muss nicht zwingend täglich erfolgen. Im Zentrum der Definition steht die Frage, welchen Stellenwert und welche Bedeutung

das Suchtmittel im Leben des Betroffenen, in seinem Denken, Fühlen und Handeln einnimmt.

2.1.2 ENTSTEHUNG VON SUCHT

Die Entwicklung von einer Abhängigkeit, ist ein äusserst komplexes Geschehen. Nach Wolf (2003) gibt es kein einheitliches und eindeutiges Erklärungsmodell für die Entstehung von einer Abhängigkeit (S. 17). Trotz unterschiedlicher wissenschaftlicher Erklärungsansätze ist man sich einig, dass es ein Zusammenwirken vieler verschiedener Ursachen ist, die eine Entstehung von einer Abhängigkeit bewirken können. Unter anderem negative kindliche Prägungen, Probleme in der Entwicklung, Erlebnisse und Umstände im sozialen Umfeld, Belastungen durch Krankheiten und Beruf, Schicksalsschläge, aber auch genetische Dispositionen spielen eine Rolle (Haller, 2007, S. 51).

Es wurden verschiedene Modelle entwickelt, die sich je nach Erklärungsrichtung in somatisch-medizinische, psychologische und soziologische einteilen lassen (Soyka & Kufner, 2008, S. 20).

Allgemein geht man davon aus, dass bio-psycho-soziale Faktoren auf die Entstehung von einer Abhängigkeit einwirken (S. 20). Diese drei grossen Faktoren, die bei der Entstehung mitwirken, können in Form eines Dreiecks dargestellt werden:

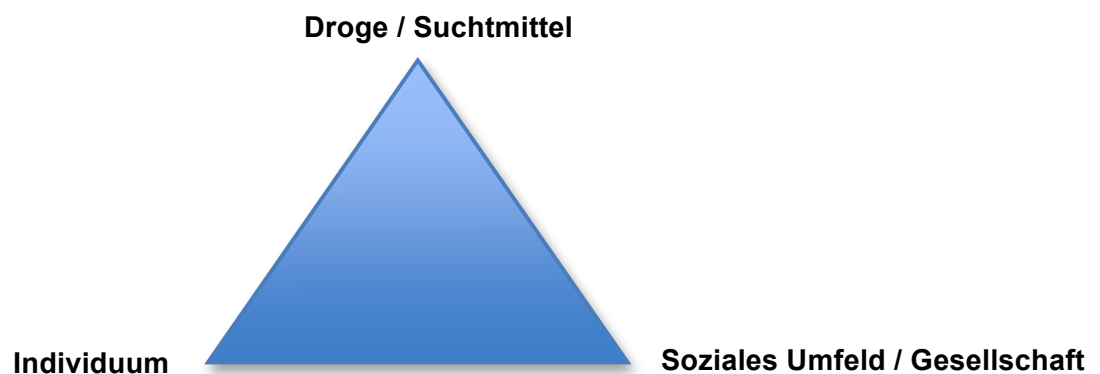


Abbildung 1: Soyka & Kufner, 2008, Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit, S. 21

Eine Konkretisierung des bio-psycho-sozialen Ansatzes, welches die vielfältigen Ursachen im Dreieck von Individuum, sozialem Umfeld und Substanz veranschaulicht, kann folgendermassen aussehen:

Droge/Suchtmittel: Wirkung und Verfügbarkeit, Art des Suchtmittels, Dauer der

Einnahme.

- Individuum: physiologische und psychologische Faktoren, geringe Selbstwertschätzung, niedrige Frustrationstoleranz, geringe Konfliktfähigkeit.
- Soziales Umfeld/Gesellschaft: Beziehungen, Peer-Groups, Integration.

(Feuerlein, 2005, S. 18)

Dieses Modell hat einen dynamischen Charakter. Es zeigt, dass sich diese Faktorengruppen in unterschiedlicher Weise beeinflussen können (S. 18).

Um die Frage zu beantworten, warum manche Menschen süchtig werden und andere nicht, geht man von verschiedenen Entstehungsbedingungen aus (S. 31):

Familie und Genetik:

Familienstudien zeigen auf, dass die Genetik für die Entwicklung der Alkoholabhängigkeit eine Rolle spielt. Die Wahrscheinlichkeit ist drei- bis viermal grösser alkoholabhängig zu werden, wenn ein Familienmitglied bereits abhängig ist. Dieses erhöhte Risiko bleibt sogar erhalten, wenn ein Kind alkoholabhängiger Eltern von nicht alkoholabhängigen Eltern adoptiert wird und dort aufwächst (Feuerlein, 2005, S. 31)

Psychische Disposition:

Ernsthafte Probleme in der Kindheit und Jugend können das Risiko für die Entwicklung einer Alkoholsucht erhöhen. Ein Risikofaktor stellt deshalb das Aufwachsen in einer nicht funktionierenden, kommunikationsgestörten Familie dar, in der es möglicherweise zu psychischer, körperlicher oder sexueller Gewalt kommt (Soyka & Küfner, 2008).

Soziologische Faktoren:

Für die Entwicklung einer Alkoholsucht spielt es eine Rolle, welche Trinksitten in der eigenen Kultur gepflegt werden. Gerade bei Jugendlichen ist es entscheidend, in welchem Masse sie Alkohol zur Verfügung haben, welche Alkoholgewohnheiten die Eltern pflegen (Vorbildfunktion) und wie der Alkoholkonsum Gleichaltriger, der sogenannten Peergroup, aussieht. Denn dadurch wird das Trinkverhalten der Jugendlichen geprägt und ist oft hauptverantwortlich für die Entstehung einer Alkoholsucht (Soyka & Küfner, 2008).

Weder der biologische, der psychologische noch der soziologische Ansatz allein kann dieses komplexe Geschehen der Abhängigkeitsentstehung erklären. Es wird davon

ausgegangen, dass sich diese Faktoren, gegenseitig beeinflussen (Feuerlein, 2005, S. 45).

2.1.3 FOLGEN EINER ALKOHOLABHÄNGIGKEIT

Eine Alkoholabhängigkeit weist ein breites Spektrum an körperlichen, psychischen und sozialen Störungen und Folgeproblemen auf. Bei Menschen mit Alkoholproblemen kann es im Laufe der Zeit zu schwerwiegenden Veränderungen der Persönlichkeit, des Arbeits-, Gesundheits- und Sozialverhaltens kommen (Feuerlein, 2005, S. 46-70). Somit sind alle Aspekte der Faktoren (vgl. Kap. 2.1.2) bei Abhängigkeitskranken massiv betroffen:

Körperliche Folgeschäden:

Alkohol, der im Übermass konsumiert wird, wirkt auf jedes Organ schädlich:

- Nervenschädigungen
- Gehirnschädigungen
- Leber-, Nieren- und Magenschäden
- Schädigungen der Blutgefäße
- ...

Psychische Folgeschäden:

- Depressionen
- Angsterkrankungen
- Persönlichkeitsveränderungen
- Verlust des Selbstbewusstseins
- Demotivierung
- ...

Soziale Folgeschäden:

- Arbeitsplatzverlust / Arbeitslosigkeit
- Verschuldung
- Beziehungsprobleme – und verluste
- ...

(Suchtschweiz, 2013)

Der Schweregrad und die Art dieser Folgeschäden werden nicht nur von der Menge und der Dauer der Abhängigkeit beeinflusst, sondern darüber hinaus spielen auch Faktoren wie das Alter, das Geschlecht, die Verträglichkeit und die Faktoren des

Umfeldes eine grosse Rolle. Weiter ist erwähnenswert, dass nicht alle, die an einer Abhängigkeit erkrankt sind, unter denselben Folgen leiden (Schmidt, 1993).

Eine Abhängigkeit kann die Arbeitsleistung und -fähigkeit verringern, das persönliche Potenzial (z.B. Fähigkeiten, Begabungen und Talente) der betroffenen Person kann nicht mehr ausgeschöpft werden. Verpflichtungen und Interessen werden vernachlässigt und durch die soziale Isolation zieht man sich zurück und soziale Beziehungen werden aufgegeben. Dazu kommt, dass die Handlungsfähigkeit, nicht zuletzt wegen den gesundheitlichen Folgeschäden, eingeschränkt wird (Suchtschweiz, 2013).

2.1.4 ABSTINENZAUFRECHTERHALTENDE ASPEKTE

Nach den Folgen der Alkoholabhängigkeit wird nun der Frage nachgegangen, welche abstinenzaufrechterhaltenden Aspekte es gibt, oder welche Faktoren eine dauerhafte Abstinenz begünstigen.

Soziale Bedingungen spielen eine wichtige Rolle bei der Abstinenzhaltung. Ein stabiles soziales Umfeld - dazu gehören Familie, Freunde, Partnerschaft, sowie die Arbeit - haben eine positive Wirkung auf die Aufrechterhaltung der Abstinenz (Havassy, Hall & Wasserman, 1991, S. 235-246). Auch viele andere Studien bestätigen die Bedeutung von sozialer Unterstützung für die Abstinenzhaltung (Noone, Dua, Markham, 1999; Maffli, Wacker & Mathey, 1995).

So kann die Förderung von persönlichen Kompetenzen, der Persönlichkeit, z.B. Umgang mit sozialen Konflikten oder Abgrenzung gegenüber Alkoholangeboten in Risikosituation, ein wichtiger präventiver Faktor für Rückfälle darstellen. Angemessene Strategien zur Bewältigung und erfolgreichen Anwendung in Risikosituationen, führt zu einer Steigerung des Gefühls der individuellen Kontrollfähigkeit und der Erwartung, auch die nächste auftretende Risikosituation erfolgreich meistern zu können. Dies ist mit einem Anstieg der Selbstwirksamkeitserwartung (auf den Begriff der *Allgemeinen Selbstwirksamkeit* wird in Kapitel 2.3.2 näher eingegangen) verbunden (Marlatt & Gordon, 1985).

Neben den erfolgsversprechenden Massnahmen, wie die Stärkung von sozialen Bindungen, ist die Integration in den Arbeitsmarkt das beste Mittel, die psychosoziale Lage der arbeitslosen Alkoholkranken zu verbessern und das Rückfallrisiko zu vermindern. Das heisst, die Erwerbsarbeit ist für die Überwindung einer Suchtproblematik von zentraler Bedeutung. Denn diese sichert die Abstinenz und die

Lebenszufriedenheit. Diese Integration sollte möglichst noch während, zumindest aber unmittelbar nach Beendigung der Therapie erfolgen (Henkel & Zemlin, 2008, S. 215).

Egner und Grünbeck (2003) bestätigen dies in ihrer Studie: Von 6881 in Deutschland durchgeführten Entwöhnungsbehandlungen mit einem Durchschnittsalter von 42 Jahren verblieben 61% in den zwei Jahren nach der Behandlung lückenlos im Erwerbsleben. Weitere 27% waren immerhin lückenhaft erwerbstätig, so dass insgesamt 88% nach zwei Jahren noch im Erwerbsleben verblieben. Bei 7% endete das Erwerbsleben mit einer Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente, 2% gingen in Altersrente und 3% verstarben.

Moser und Paul (2001) haben nachgewiesen, dass die psychosoziale Gesundheit, sowie die gesundheitliche Situation durch die berufliche Reintegration oft sehr schnell verbessert werden kann. Sie konnten in einer Arbeit wichtige Ergebnisse vorstellen, dass Arbeitslose ein konsistent schlechteres Befinden aufweisen als Erwerbstätige. Und weiter, dass Arbeitslosigkeit nicht nur mit seelischem Leiden korreliert, sondern dieses auch verursacht. Darüber hinaus bewiesen sie, dass für Menschen mit psychischen Problemen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit besteht, ihren Arbeitsplatz zu verlieren und Schwierigkeiten bei der Suche nach einer neuen Stelle haben.

Empirische Studien haben gezeigt, dass es einen engen Zusammenhang, zwischen Arbeitslosigkeit und Rückfall nach einer Entwöhnungstherapie gibt. Arbeitslose Alkoholabhängige weisen eine besonders hohe Rückfallquote auf (Henkel, 1992). Interessant ist, dass bereits zu Beginn einer Entwöhnungsbehandlung arbeitslose Suchtpatientinnen und Suchtpatienten, im Vergleich zu erwerbstätigen Suchtpatientinnen und Suchtpatienten, Merkmale aufweisen, die eine höhere Rückfälligkeit vermuten lassen (Henkel & Zemlin, 2007, S. 249). Folgende Merkmale deuten auf eine schlechtere Prognose bezüglich Abstinenzserfolg hin: deutlich höherer Alkoholkonsum pro Tag im Vergleich zu Erwerbstätigen, bereits vermehrte absolvierte Entwöhnungstherapien und alleinlebend (S. 249). Arbeitslose starten demzufolge mit einer schlechteren Ausgangsbasis die Entwöhnungstherapie (S. 249).

Deshalb stellt eine gezielte Förderung des Wiedereintritts in das Erwerbsleben eine rückfallpräventive Massnahme dar (S. 253). Denn eine erfolgreiche Wiedereingliederung Suchterkrankter in die Erwerbsarbeit trägt langfristig zu deren Stabilität bei (Ziegler, 1999).

Auch Stähler (2002) äussert deutlich, dass Arbeitslosigkeit bei abhängigkeitskranken Menschen in hohem Masse die Abstinenz und damit den Rehabilitationserfolg gefährdet und die Rückfallgefährdung bei Arbeitslosen mehr als doppelt so hoch sei, wie bei beschäftigten Abhängigkeitserkrankten (S. 289).

2.2 ARBEITSINTEGRATION

Das Wort Arbeitsintegration kann in zwei Wörter „Arbeit“ und „Integration“ aufgeteilt werden. Arbeit bedeutet gemäss Jakob Fuchs (2006) jede körperliche und geistige Tätigkeit, mit der ein Einkommen erzielt wird (S. 139). Das Wort Integration stammt vom lateinischen Wort „integrare“ was so viel wie „Wiederherstellen“ bedeutet (Duden, n.d.).

Aus sozialwissenschaftlicher Sicht erläutert Karl-Heinz Hillmann diese Begrifflichkeit folgendermassen: „Integration, soziologische Bezeichnung für Prozesse der verhaltens- und bewusstseinsmässigen Eingliederung in, bzw. Angleichung an Werkstrukturen und Verhaltensmuster a) durch einzelne Personen an bestimmte Gruppen oder Organisationen oder in die für sie relevante Bereiche einer Gesellschaft“ (Wörterbuch der Soziologie, 2007, S. 383).

Somit kann Arbeitsintegration als Eingliederung von Personen in eine bestehende Arbeitsstruktur verstanden werden. Als begleiteter dynamischer Prozess, welcher den Wiedereinstieg, respektive die Aufrechterhaltung eines Arbeitsverhältnisses anstrebt.

Arbeitsintegrationsprogramme wurden 1999 mit den arbeitsmarktlichen Massnahmen (AMM) geschaffen, welche zu den Leistungen der Arbeitslosenversicherung (ALV) gehören (infostelle, 2013). Allgemein zielen arbeitsmarktliche Massnahmen darauf ab, drohende Arbeitslosigkeit zu verhindern und bereits existierende zu verhindern (SECO, 2011).

Das Hauptziel einer Arbeitsintegration ist eine möglichst rasche und dauerhafte Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt (beco, 2009). Und gemäss SECO weiter: „Sie sollen die Vermittlungsfähigkeit verbessern, die beruflichen Qualifikationen der Versicherten entsprechend den Bedürfnissen des Arbeitsmarkts stärken, das Risiko der Langzeitarbeitslosigkeit vermindern wie auch den Versicherten erlauben, berufliche Erfahrung zu sammeln“ (SECO, 2011).

Da die Bedürfnisse der Versicherten sehr unterschiedlich sind, existieren diverse Arten von arbeitsmarktlichen Massnahmen, wie beispielsweise Kurse oder (Ausbildungs-)Praktika, Teilnahme an Übungsfirmen, Programme zur vorübergehenden Beschäftigung, Belastungs- und Aufbautrainings, Motivationssemester und Werkstätten für psychisch erkrankte oder behinderte Menschen oder Arbeitsplätze für Menschen mit Suchtproblematik (SECO, 2011).

Suchtprobleme haben einen Einfluss auf die Vermittelbarkeit und die berufliche Integrationsfähigkeit der betroffenen Personen. Die Arbeitsfähigkeit und die Bewerbungskompetenz werden durch die Abhängigkeitsproblematik beschränkt. Anstellungschancen und Integration auf dem Arbeitsmarkt sind dadurch stark

beeinträchtigt oder verunmöglicht. Je früher der Einbezug der beruflichen Integration in den Therapieprozess erfolgt, desto höher sollen die Chancen einer Integration in den ersten Arbeitsmarkt und die Stabilität der Abstinenz sein (Südhang, 2013).

Im folgenden Abschnitt wird die Arbeitsintegration am Beispiel der Klinik Südhang in Kirchlindach vorgestellt:

Die Klinik Südhang, Kompetenzzentrum für Mensch und Sucht in Kirchlindach begleitet Betroffene aus der Alkoholabhängigkeit und stellt ein solches Angebot von Arbeitsintegrationsprogramm zur Verfügung. Das Programm der Arbeitsintegration richtet sich an Menschen mit einer Suchtproblematik, gleichzeitiger Stellenlosigkeit oder gefährdeter Anstellung, respektiv fehlender Tagesstruktur. Die Arbeitsintegration der Klinik Südhang startet bereits parallel mit dem Beginn der Suchttherapie und wird somit frühzeitig eingeleitet. Damit verspricht man sich Erfolg in der Verbesserung und der Sicherung der Therapie.

Das Programm ist als Phasenmodell konzipiert und dauert insgesamt sechs Monate. Die erste Phase (die ersten drei Monate) durchläuft die Teilnehmerin oder der Teilnehmer ein internes Arbeitstraining, in einem der drei klinikinternen Betriebe, welche die Trainings- und Arbeitsplätze zur Verfügung stellen. Die Teilnehmer können in einer realitätsnahen Arbeitssituation, jedoch in einem geschützten und suchtmittelfreien Rahmen, berufliche Erfahrungen sammeln. Die zweite Phase absolvieren die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in einem externen Arbeitsplatz in einer Partnerfirma in der freien Wirtschaft. In Form eines Praktikums wird die rasche Wiedereingliederung in den 1. Arbeitsmarkt / in das Erwerbsleben als Ziel verfolgt. Durch das ganze Programm wird die Teilnehmerin, der Teilnehmer, von einem Job-Coach begleitet (Südhang, 2013).

2.3 AKTUELLER FORSCHUNGSSTAND

In den vorherigen Kapiteln wurde beschrieben, dass Arbeit, Persönlichkeit und psychische Gesundheit relevante Faktoren für die Rückfallprävention sind.

Aus diesem Grund wird in diesem Kapitel ein Überblick über neuere Forschungsbefunde gegeben: Untersuchungen zu Erwerbslosigkeit und Gesundheit und spezifische zu personenbezogenen Aspekten, Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugung, Selbstwert, Motivation und Zufriedenheit.

2.3.1 ERWERBSLOSIGKEIT UND GESUNDHEIT

Zu den Aspekten Erwerbslosigkeit und Gesundheit, und deren Zusammenhang, wird seit Langem geforscht. Vor allem der Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit ist ein häufig untersuchter Forschungsgegenstand. Viele Studien legen eindeutig den Schluss nahe, dass Erwerbslosigkeit und psychische und soziale Probleme stark miteinander verknüpft sind. Das Ursache-Wirkungs-Gefüge zwischen Erwerbslosigkeit und Gesundheit ist bis heute noch nicht vollständig geklärt. Jedoch legen Studien aus der Arbeitslosenforschung nahe, dass sich Erwerbslosigkeit negativ auf die Gesundheit auswirkt. Im Folgenden werden Studien vorgestellt die den Zusammenhang zwischen den negativen Auswirkungen von Erwerbslosigkeit auf Gesundheit näher beleuchten:

Eine der ersten empirischen Studien von 1933, *Arbeitslose von Marienthal*, (Jahoda, Lazarsfeld & Zeisel, 1975) stellte ein Phasenmodell des Verlaufs von Arbeitslosigkeit vor. Jahoda et al. untersuchten die psychischen, sozialen und gesundheitlichen Folgen einer Arbeitersiedlung, in der Massenarbeitslosigkeit nach Schliessung der Fabrik eingetreten ist. Sie konnten feststellen, dass die Mehrheit der Betroffenen mit Verzweiflung, Resignation und Apathie reagierten (Jahoda et al., 1975).

Zahlreiche Studien (McKee-Ryan, Song, Wanberg & Kinicki, 2005; Moser & Paul, 2001) bestätigen, dass Arbeitslosigkeit negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Betroffenen hat. Arbeitslose konsumieren häufiger Alkohol, treiben weniger Sport und klagen über mehr körperliche Beschwerden als Erwerbstätige (Henkel, 2000; Grobe & Schwartz, 2003). Dies wird auch in zahlreichen weiteren Studien (McKee-Ryan, Song, Wanberg & Kinicki, 2005; Moser & Paul, 2001) bestätigt, dass höhere Arbeitslosenraten mit höherer Sterblichkeit, häufigeren Herzerkrankungen, psychischen Störungen und vermehrten Suchterkrankungen einhergehen.

Moser und Paul (2001) gingen den Fragen nach, ob Arbeitslosigkeit mit seelischen Belastungen zusammenhängen? Ob es Personengruppen gibt, die stärker betroffen sind als andere? Und ob Arbeitslosigkeit die Ursache für diese psychischen Belastungen ist? Sie konnten nachweisen, dass Arbeitslose ein konsistent schlechteres Befinden aufweisen als Erwerbstätige. Weiter fanden sie heraus, dass Arbeitslosigkeit nicht nur mit seelischem Leiden in Wechselwirkung steht, sondern dieses auch verursacht. Arbeitslosigkeit führt zu seelischen Störungen und zeigt sich auch in der Umkehrung: Bei ehemals Arbeitslosen, die wieder einen Job gefunden haben, nehmen die psychischen Symptome sehr schnell ab. Darüber hinaus liess sich nachweisen, dass für Menschen mit psychischen Problemen eine erhöhte

Wahrscheinlichkeit besteht, ihren Arbeitsplatz zu verlieren und Schwierigkeiten bei der Suche nach einer neuen Stelle zu haben (Moser & Paul, 2001).

Warr und Jackson (1985) und Murphy und Athansaou (1999) haben in Studien beobachtet, dass der Verlust eines Arbeitsplatzes, sowie Langzeitarbeitslosigkeit, eigenständige Risikofaktoren sind, welche die Entstehung von gesundheitlichen Problemen begünstigen können. Und sie haben auch herausgefunden, dass sich der Gesundheitszustand von Arbeitslosen bei Wiedereintritt in den Arbeitsmarkt deutlich verbesserte.

Henkel (1992) konnte zeigen, dass der Suchtmittelkonsum bei Arbeitslosen meist höher ist als bei Berufstätigen, und dass die Zahl der Arbeitslosen, die ihren Alkoholkonsum während der Arbeitslosigkeit erhöhen, deutlich grösser ist als die Zahl derer, die ihn reduzieren. Besonders bei Arbeitslosen, deren Selbstwertgefühl am stärksten angeschlagen ist, nimmt der Alkoholkonsum mit der Dauer der Arbeitslosigkeit zu (Henkel, 1992). Gemäss Henkel, Zemlin und Dornbusch (2003) kann davon ausgegangen werden, dass eine länger anhaltende Arbeitslosigkeit ein Risikofaktor darstellt, der die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung begünstigt. Und weiter, dass die Überwindung einer Suchtproblematik im Sinne einer nachhaltigen Sicherung der Abstinenz und Lebenszufriedenheit, beispielsweise nach einer erfolgten Suchtbehandlung, von zentraler Bedeutung ist.

Über die Auswirkungen von Eingliederungsmassnahmen auf die psychische Gesundheit von Erwerbslosen liegen gemäss Hollederer nur wenige wissenschaftliche Studien vor (Hollederer, 2011, S. 94). Und auch in der internationalen Literatur werden die Wirkungen derer auf das psychische Wohlbefinden sehr begrenzt beschrieben.

2.3.2 ALLGEMEINE SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG

Selbstwirksamkeitserwartung ist die subjektive Überzeugung bzw. Gewissheit, neue oder schwierige Anforderungssituationen aufgrund der eigenen Kompetenz erfolgreich bewältigen zu können (Schwarzer, 2004, S. 12).

Unter Allgemeiner Selbstwirksamkeitserwartung (engl. self-efficacy) wird die individuelle, unterschiedlich ausgeprägte Überzeugung verstanden, dass man in einer bestimmten Situation eine angemessene Leistung erbringen kann. Diese Überzeugung bezüglich der eigenen Handlungskompetenz beeinflusst die Wahrnehmung, die Leistung und die Auswahl von Situationen auf unterschiedlichste Weise in die man sich hineingibt. Wenn jemand der Überzeugung ist, diesen Situationen nicht gewachsen zu sein, wird er dieser aus dem Weg gehen und Furcht entwickeln. Hat jemand eine

ausgeprägte Selbstwirksamkeit, geht er die Situation zuversichtlich und aktiv an (Schwarzer, 1993, S. 141). Die Selbstwirksamkeitserwartung wird in der Forschung als eine persönliche Ressource und als eine stabile Persönlichkeitsdimension angesehen (Jerusalem & Schwarzer, 1999). Im Folgenden wird auf Studien zum Zusammenhang von Selbstwirksamkeit und Alkoholabhängigkeit und Selbstwirksamkeit und Erwerbslosigkeit näher eingegangen:

Zingg und Soyka (2009) untersuchten das Konzept der *Selbstwirksamkeit* und ihrer Bedeutung für Therapie und Prognose der Alkoholabhängigkeit. Sie untersuchten neuere Arbeiten, welche die Selbstwirksamkeit im Verlauf einer Behandlung und in Zusammenhang mit dem Behandlungserfolg aufzeigten. Sie kamen zum Ergebnis, dass in fast allen Untersuchungen die Selbstwirksamkeit, trotz teilweise erheblicher methodischer Unterschiede, als eigenständiger und starker Prädiktor für die Aufrechterhaltung einer längerfristigen Abstinenz identifiziert werden kann. Studienresultate deuten bei abstinenten Alkoholabhängigen mehrheitlich auf eine Verbesserung der Selbstwirksamkeit während der Behandlung hin (Zingg & Soyka, 2009).

Eine Studie von Puls, Inhester, Reinecke und Jost (1999) testete die Erklärung des Alkoholkonsums und die Vorhersage alkoholbedingter Probleme. Die Studie umfasste die Variablen Alkoholkonsum, Alkoholprobleme, soziale Konflikte, wahrgenommene soziale Unterstützung, akute finanzielle Probleme, chronische finanzielle Belastungen, die persönliche Ressource Selbstwirksamkeit, Depressivität und Trinkmotivationen. Das Ziel dieser Studie war herauszufinden, wie Personen Belastungen bewältigen. Von zentraler Bedeutung im Rahmen dieser Studie ist die persönliche Ressource Selbstwirksamkeit einer Person, die deutliche Effekte auf die Trinkmotivationen und die Alkoholprobleme hat. Aus den Ergebnissen dieser Studie wurde der Schluss gezogen, dass Massnahmen zur Steigerung der Selbstwirksamkeit bei arbeitslosen Personen suchtpreventiv wirken können.

Kieselbach und Beelmann (2006) haben herausgefunden, dass Erwerbslosigkeit einen Einfluss auf die Selbstwirksamkeitsüberzeugung hat und diese dadurch gemindert wird. Erwerbslosigkeit schwächt somit die Erwartung, das eigene Konsumverhalten von Alkohol selbst nachhaltig ändern zu können (Kieselbach & Beelmann, 2006, zitiert nach Henkel & Zemlin, 2008, S. 107).

2.3.3 KONTROLLÜBERZEUGUNG

Das Konstrukt der Kontrollüberzeugung geht im Wesentlichen von der Überzeugung einer Person aus, inwieweit das Erreichen ihrer Ziele durch eigene Handlungen, bzw.

durch äussere Faktoren beeinflusst wird. Der Begriff Kontrollüberzeugung (engl. locus of control) wurde erstmals von Rotter (1966) im Rahmen seiner Arbeiten zur sozialen Lerntheorie geprägt (Krampen, 1987, S. 111).

Je nachdem, ob wichtige Ereignisse im eigenen Leben durch eigenes Verhalten beeinflusst werden oder nicht, spricht man von internaler oder externaler Kontrollüberzeugung (Krampen, 1987, S. 111). Diese beiden Aspekte werden von Krampen wie folgt beschrieben:

„Internale Kontrollüberzeugungen liegen vor, wenn eine Person Verstärkungen und Ereignisse infolge seines eigenen Handelns als kontingent zum eigenen Verhalten oder auch eigenen Persönlichkeitsmerkmalen wahrnimmt.

Externale Kontrollüberzeugungen liegen vor, wenn eine Person Verstärkungen und Ereignisse, die eigenen Handlungen folgen, als nicht kontingent zum eigenen Verhalten wahrnimmt, sondern sie als das Ergebnis von Glück, Pech, Zufall, Schicksal, und als unvorhersehbar oder von anderen Menschen abhängig interpretiert“ (Krampen, 1987, S. 111).

Demzufolge beschreibt internale Kontrollüberzeugung jedes Ausmass, indem ein Mensch glaubt, Ereignisse kontrollieren zu können und für die gemachten Erfahrungen selber verantwortlich zu sein. Und dass sie ihr Schicksal selbst in der Hand haben und sie über ihren Einsatz, ein Ziel zu erreichen, entscheiden (Gesis, 2012). Menschen mit externaler Kontrollüberzeugung hingegen glauben, dass das Schicksal, Zufallsumstände, unpersönliche Mächte oder andere Menschen, die Kontrolle ausüben und verantwortlich dafür sind, was ihnen im Leben widerfährt auf das sie keinen Einfluss haben (Rotter, 1966). Durch wiederholte Erfahrungen des Zusammenhangs zwischen einem Verhalten und seinen Folgen werden Kontrollüberzeugungen gelernt (Weber & Rammsayer, 2005, S. 435). Im Folgenden werden Studien vorgestellt, die den Zusammenhang zwischen Kontrollüberzeugung und Erwerbslosigkeit sowie Kontrollüberzeugung und Alkoholabhängigkeit untersucht haben:

Price, Choi und Vinokur (2002) haben herausgefunden, dass es zwischen Arbeitslosigkeit und dem Absinken der internalen Kontrollüberzeugung Zusammenhänge gibt. Und Moser und Paul (2001) zeigen in ihrer Studie, dass Arbeitslose öfters externaler Kontrollüberzeugung haben als internale. Auch Mayring und Hausser beschäftigten sich in einer Studie im Jahr 1987 mit Kontrollüberzeugungen in der Arbeitslosigkeit und thematisieren in diesem Zusammenhang das Konstrukt 'Kontrollüberzeugung' in der Identitätsforschung, die Dynamik von Kontrollüberzeugungen im Verlauf von Arbeitslosigkeit, sowie Kontrollüberzeugungen in Krisensituationen. Untersucht wurden mit Hilfe von Interviews 75 arbeitslose Lehrer im Vergleich zu einer Kontrollgruppe von 25

angestellten Lehrern. Die Ergebnisse des Lehrerarbeitslosigkeits-Projekts, aber auch die Interviewausschnitte haben gezeigt, dass Kontrollüberzeugung ein multidimensionales Konstrukt ist, welches in den als unterschiedlich validierten Dimensionen Beeinflussbarkeit, Vorhersehbarkeit und Kontrollhoffnung nachgewiesen wurde. Besonders langfristige Arbeitslosigkeit kann die Kontrollüberzeugung negativ beeinflussen (Mayring & Hausser, 1987).

In der Studie von Levenson (1972) stellte sich heraus, dass die Prognose für den Behandlungserfolg einer Alkoholabhängigkeit günstiger ist, wenn eine Person eine höhere internale Kontrollüberzeugung hat. Hingegen wirkt sich eine erhöhte externale Kontrollüberzeugung eher als eine ungünstige Prognose aus.

In einer Studie von Koski-Jännes (1994) zeigte sich, dass Abhängige mit internaler Kontrollüberzeugung nach der Behandlung im Vergleich zu Abhängigen mit externaler Kontrollüberzeugung länger abstinent blieben. Und Donovan und O'Leary (1978) zeigten in ihrer Studie, dass der Unterschied zwischen Nicht-Abhängigen und Abhängigen in Bezug auf die Kontrollüberzeugung signifikant war. Das heisst, Nicht-Abhängige wiesen internale und Abhängige externale Kontrollüberzeugung auf. Darüber hinaus wiesen die Abhängigen mit höheren externalen Kontrollüberzeugung vermehrt physische, psychische und soziale Belastungsfaktoren auf.

2.3.4 SELBSTWERT

Der Selbstwert bezeichnet Gefühle und Vorstellungen, die ein Individuum von sich selbst hat. Vom Selbstwert hängt es ab ob sich jemand als wertvoll erlebt und sich wertschätzend begegnet. Oder ob sich jemand als wertlos empfindet, sich abwertet, hart und selbstkritisch mit sich selber umgeht (Grawe, 1998). Kieselbach & Beelmann beleuchten, dass durch Erwerbslosigkeit und die damit verbundene Armut der Selbstwert geschädigt wird. Dies wiederum mindert die Selbstwirksamkeitserwartungen, die aber notwendig wären, um aus eigener Motivation rechtzeitig präventiv zu werden (Kieselbach & Beelmann, 2006, zitiert nach Henkel, 2008, S. 107). Darüber hinaus verzichten Betroffene oft längere Zeit auf die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe, um den durch den Verlust der Arbeit bereits beschädigte Selbstwert nicht noch weiter zu gefährden (Henkel, 2008, S. 108). Folgende Studien untersuchten den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Selbstwert:

Wacker und Kolobkva (2000) untersuchten den Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Selbstkonzept. In ihrer repräsentativen Studie kamen sie zum Ergebnis, dass sich

Arbeitslose und Erwerbstätige signifikant in allen Selbstkonzeptmassen, einschliesslich Selbstwert, unterscheiden.

Weitere Studien zeigen, dass Arbeitslosigkeit mit dem Selbstwert einhergeht. Arbeitslose Personen weisen einen geringeren Selbstwert auf (Pettersson, 2012; Sheeran, Abrams & Orbell, 1995).

Ebenfalls Henkel und Zemlin (2008) gehen darauf ein, dass die Arbeitslosenforschung nachgewiesen hat, dass besonders eine Minderung des Selbstwertes als Folge von länger anhaltender Arbeitslosigkeit vorkommt (S. 53).

Der Zusammenhang zwischen Sucht und dem Selbstwert wird in der Literatur häufig diskutiert. Es ist umstritten, ob ein niedriger Selbstwert als eine der Ursachen für eine Alkoholabhängigkeit gelten kann. Jedoch lässt sich vermuten, dass Personen mit einem niedrigen Selbstwertgefühl in eine Alkoholabhängigkeit fallen können. Und wie in Kapitel 2.1.3 beschrieben, kann davon ausgegangen werden, dass ein verminderter Selbstwert als eines der Folgeprobleme einer Alkoholabhängigkeit auftreten kann. Denn Abhängige haben oft das Gefühl, wertlos zu sein, was wiederum zu einem niedrigen Selbstwert führt.

2.3.5 MOTIVATION

Bei der Motivationsforschung stehen Lernmotivation und Leistungsmotivation im Mittelpunkt und es wird oft auf das Konzept der intrinsischen Motivation zurückgegriffen. Unter dem Begriff „intrinsische Motivation“ wird ein von innen gesteuerter Antrieb verstanden, eine Motivation von innen. Sie ist selbstkontrolliert, ohne Verstärkung von aussen. Die Bewältigung einer Aufgabe oder einer Tätigkeit erfolgt um ihrer selbst willen (Steden, 2008, S. 169).

Mit dem Gegenbegriff „extrinsische Motivation“ wird eine Tätigkeit bezeichnet, die mehr von aussen gesteuert ist, und ein Ziel verfolgt, das heisst eine Motivation, die sich in erster Linie der Konsequenz (Erfolg, Belohnung) widmet (Steden, 2008, S. 169).

Auch Deci und Ryan (1985) argumentieren in ihrer Selbstbestimmungstheorie, dass Menschen intrinsisch oder extrinsisch motiviert sein können. Deci und Ryan beschreiben intrinsische Motivation als die natürliche Tendenz, Herausforderungen zu suchen und die eigenen Fähigkeiten unter Beweis zu stellen. Und weiter, dass der Mensch von sich aus interessiert, lernend, aktiv und neugierig ist. Geschieht eine Handlung hingegen um eine gute Note zu erzielen oder einer Strafe zu entgehen, also ein bestimmtes Ziel oder eine bestimmte Konsequenz zu erreichen, spricht man von extrinsischer Motivation (Deci & Ryan, 1985).

Intrinsisch motivierte Personen steuern ihr Verhalten selber, das heisst, sie haben Freude bei der Erledigung einer Tätigkeit und bei Erfolgserlebnissen. Hingegen sind extrinsisch motivierte Personen darauf angewiesen, durch andere Personen anerkannt zu werden (Steden, 2008, S. 170). In der Regel treten extrinsisch motivierte Verhaltensweisen nicht spontan auf, sondern sie werden vielmehr durch Aufforderungen in Bewegung gesetzt (Deci & Ryan, 1985).

Bei vielen Alkoholabhängigen vergehen Jahre bis sie bereit sind, professionelle Hilfe anzunehmen. In der Regel nehmen sie aus eigener Motivation keine Hilfe an. Sehr oft sind es gesundheitliche, berufliche oder soziale Probleme, welche die Betroffenen dazu leiten, Unterstützung zu suchen. Oder der Druck von aussen, z.B. von der Familie oder vom Arbeitgeber, wird immer wie grösser (Lindenmeyer, 2005, S. 40; Soyka, 1999, S. 261).

Gemäss Hafen, Bengel, Jastrebow und Nüblin hängt ein Therapieerfolg von motivationalen Faktoren des Suchtpatienten ab. Denn die Bereitschaft sich auf eine Therapie einzulassen und am Veränderungsprozess mitzuwirken sind wesentliche Bestandteile für eine wirksame Therapie. In der Suchtbehandlung hat sich zudem die intrinsische Motivation der Patientinnen und Patienten als geeigneter Prädiktor der Behandlungsergebnisse erwiesen. Besonders können aufgrund der motivationalen Voraussetzungen Therapieabbrüche gut vorhergesagt werden (Hafen, Bengel, Jastrebow & Nüblin, 2000).

Unter Erwerbslosen ist die Motivation für arbeitsmarktliche Massnahmen und andere Angebote häufig nur gering ausgeprägt, besonders unter Langzeitarbeitslosen. Da solche Angebote oft als Pflichttermine betrachtet werden, kann davon ausgegangen werden, dass die Erwerbslosen eher extrinsisch motiviert sind, diese Termine wahrzunehmen. Bei Fernbleiben muss man mit Sanktionen rechnen, z.B. Reduzierung der Sozialleistungen. Somit wird man von aussen gesteuert und verfolgt das Ziel der Belohnung (LIGA, 2011).

In konsultierten Untersuchungen zur Arbeitsrehabilitation, am Beispiel von psychisch kranken Menschen, wurden mögliche Einflüsse psychologischer Faktoren wie Motivation, Selbstwirksamkeitserwartung und Hoffnungslosigkeit beforscht. Mueser, Salyers und Mueser (2001) fanden heraus, dass die Patienten, die explizit den Wunsch nach Erlangung einer Beschäftigung ausdrückten und sich aktiv bemühten, Arbeit zu finden, ein bis zwei Jahre später mit grösserer Wahrscheinlichkeit beschäftigt waren als diejenigen Patientinnen und Patienten, die nicht aktiv Arbeit gesucht hatten. Mecklenburg (1999) erwähnt in seiner Arbeit, dass die Motivation der Rehabilitanden das sicherste Prognosekriterium darstelle, weshalb diese zu Beginn des Wiedereingliederungsprozesses sorgfältig geprüft werden sollte und der

Rehabilitationsprozess von Beginn an motivationsfördernde Elemente enthalten sollte (Mecklenburg, 1999).

2.3.6 LEBENSZUFRIEDENHEIT

Lebenszufriedenheit wird in der Literatur vielfältig beschrieben. Es ist demzufolge ein Konstrukt, welches immer wieder neu und von unterschiedlichen Blickwinkeln her betrachtet und beschrieben wird. Zufriedenheit wird in Studien einerseits in Bereichen als Gesamtwert und andererseits als bereichsspezifisch abgefragt: Zufriedenheit im Beruf, in der Partnerschaft, im Freundeskreis, mit der finanziellen, familiären und wohnlichen Situation, mit der Freizeit, Urlaub, Gesundheit oder der politisch-gesellschaftlichen Situation (Mayring, 1991).

Trotz der Vielfältigkeit von Konzepten und Beschreibungen tauchen einige Begriffe immer wieder auf. Lebenszufriedenheit wird oft mit Wohlbefinden, Lebensqualität und Glück beschrieben oder gleichgesetzt (Fahrenberg, Hampel & Selg, 2000).

In Studien (wie z.B. die von Price, Choi & Vinokur, 2002; McKee-Ryan, Song, Wanberg & Kinicki, 2005), die untersuchen, wie sich der Zustand von Menschen verändert, wenn sie von der Arbeitslosigkeit zurück in die Erwerbstätigkeit einsteigen, wird klar ersichtlich, dass sich der Zustand der psychischen Gesundheit, die subjektiv wahrgenommene körperliche Gesundheit und die Lebenszufriedenheit erheblich verbessern. Wobei sich letzteres signifikant verbessert.

Auch Moser und Paul (2001) fanden in einer Studie heraus, dass sich das seelische Befinden (darunter Lebenszufriedenheit), deutlich verbessert, wenn Arbeitslose zurück in die Beschäftigung finden. Der Erwerbsstatus hat demnach für die Lebenszufriedenheit von Menschen einen zentralen Stellenwert, denn er hat einen Einfluss auf das Einkommen, den sozialen Status und das Selbstwertgefühl (Junankar, 1991).

2.3.7 ZUSAMMENHANG ZWISCHEN ERWERBSLOSIGKEIT UND ALKOHOLSUCHT

Über die Frage, wie Arbeitslosigkeit und Sucht zusammenhängen wird seit Jahren diskutiert. Es lässt sich nicht genau feststellen, welche Kausalitäten vorherrschen. Wird durch die Arbeitslosigkeit die Sucht, oder durch die Sucht die Arbeitslosigkeit gefördert? Das Thema ist so komplex geworden, dass es zunehmend schwerer fällt,

den Überblick über den aktuellen Stand der Diskussionen zu behalten, denn der Forschungsstand ist in der Zwischenzeit sehr umfangreich (Henkel & Zemlin, 2008, S. 11). Und diese Wechselwirkung ist gemäss Holleder (2011) eine der zentralen Fragen in der Wissenschaft der Arbeitslosenforschung (S. 36).

Es existieren eine Vielzahl von Untersuchungen, welche den engen Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Suchtproblemen belegen (Henkel & Zemlin, 2008, S.12). Bis in die achtziger Jahre war der Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Sucht wenig untersucht. Dies führte dazu, dass man davon ausging, dass „arbeitslos krank mache“ oder Arbeitslosigkeit nicht die Ursache von Alkoholismus sei, sondern immer nur die Folge daraus (Henkel, 1992, S. 21).

Doch diese Annahmen sind empirisch unhaltbar und aus theoretischer Sicht unsinnig, denn gemäss Henkel (S. 57) gibt es keine unmittelbare Ursache-Wirkungsbeziehung zwischen Arbeitslosigkeit und Substanzkonsum. Eine solche Verallgemeinerung kann dazu führen, dass sich Vorurteile und Stigmatisierungen gegenüber Arbeitslosen in der Öffentlichkeit verfestigen (S. 57).

Wer seit längerer Zeit arbeitslos ist, wird nicht zwangsläufig alkoholkrank. Suchtgefährdet sind vor allem diejenigen, die bereits während der Erwerbsarbeit viel Alkohol konsumiert haben. Arbeitslose fühlen sich oft als wert- und nutzlos und leiden häufig unter Sinnesverlusten, die Tagesstruktur fehlt, was zu einer unerträglichen Monotonie führen kann. Dies erklärt, dass bei lang anhaltender Arbeitslosigkeit nachweislich hohe Risiken des Konsums von Alkohol bestehen (Henkel, 2007). Das gesellige Trinken nimmt jedoch eher ab, während das Konflikt- und das Erleichterungstrinken zu Hause zunimmt, was in weiterer Folge zu sozialer Isolation führen kann (Soyka & Kufner, 2008, S. 104).

3 ZIELSETZUNG UND FRAGESTELLUNG

Die in dieser Arbeit dargestellte Studie untersucht verschiedene personenbezogene Merkmale bei Suchtpatientinnen und –patienten, die freiwillig während ihrer stationären Suchttherapie an einem (mehrmonatigen) Programm der Arbeitsintegration teilnehmen. Wie im vorangegangenen Kapitel erläutert, gibt es noch kaum Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Personenmerkmalen und Arbeitsintegrationsprogrammen bei Suchtpatientinnen und Suchtpatienten. Insbesondere Auswirkungen von Arbeitsintegration von Suchtpatientinnen und Suchtpatienten auf personenbezogene Merkmale stellt einen noch vergleichsweise unerforschten Bereich dar.

3.1 ZIELSETZUNG DER ARBEIT

Suchtpatientinnen und Suchtpatienten mit Arbeitsintegration und ohne Arbeitsintegration sollen hinsichtlich ihrer personenbezogenen Merkmale wie Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugung, Selbstwert, Motivation und Lebenszufriedenheit verglichen werden. Es wird untersucht, welche Ausprägungen Patientinnen und Patienten, die am Programm der Arbeitsintegration teilnehmen in Bezug auf die genannten Merkmale aufweisen. Dabei wird angenommen, dass sich Suchtpatientinnen und Suchtpatienten, die an einer Arbeitsintegration teilnehmen, hinsichtlich ihrer Ausprägungen auf den genannten Merkmalen von Suchtpatientinnen und Suchtpatienten, die an keiner Arbeitsintegration teilnehmen, unterscheiden.

3.2 HERLEITUNG DER FRAGESTELLUNG UND DER HYPOTHESEN

Im Folgenden werden nun ableitend aus dem aktuellen Forschungsstand Fragestellung und Hypothesen formuliert.

3.2.1 FRAGESTELLUNG

Die Fragestellung der vorliegenden Arbeit lautet: Welche Ausprägungen weisen Suchtpatientinnen und –patienten, die freiwillig im Rahmen ihrer stationären

Suchttherapie an einem Arbeitsintegrationsprogramm teilnehmen in Bezug auf verschiedene personenbezogene Merkmale (Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugung, etc.) auf? Darüber hinaus soll untersucht werden, welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede diese Gruppe im Vergleich zur einer Gruppe von Suchtpatientinnen und -patienten aufweist, die im Rahmen ihrer stationären Suchttherapie an keinem Arbeitsintegrationsprogramm teilnehmen.

3.2.2 HYPOTHESEN

Die bisherigen Studien zu Arbeit und Sucht beschreiben durchgängig positive Zusammenhänge zwischen Arbeit und personenbezogenen Merkmalen.

Ableitend aus dem in Kapitel 2.3 dargelegten Forschungsstand, werden die folgenden Hypothesen aufgestellt:

Hypothese 1:

Suchtpatientinnen und Suchtpatienten, die am Programm der Arbeitsintegration teilnehmen weisen eine höhere Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung auf als Suchtpatientinnen und Suchtpatienten, die nicht am Programm der Arbeitsintegration teilnehmen.

Hypothese 2a:

Suchtpatientinnen und Suchtpatienten, die am Programm der Arbeitsintegration teilnehmen haben eine höhere interne Kontrollüberzeugung als Suchtpatientinnen und Suchtpatienten, die nicht am Programm der Arbeitsintegration teilnehmen.

Hypothese 2b:

Suchtpatientinnen und Suchtpatienten, die am Programm der Arbeitsintegration teilnehmen haben eine tiefere externe Kontrollüberzeugung als Suchtpatientinnen und Suchtpatienten, die nicht am Programm der Arbeitsintegration teilnehmen.

Hypothese 3:

Suchtpatientinnen und Suchtpatienten, die am Programm der Arbeitsintegration teilnehmen haben einen höheren Selbstwert als Suchtpatientinnen und Suchtpatienten, die nicht am Programm der Arbeitsintegration teilnehmen.

Hypothese 4a:

Suchtpatientinnen und Suchtpatienten, die am Programm der Arbeitsintegration teilnehmen geben häufiger intrinsisch motivierte Gründe für die Teilnahme an der Arbeitsintegration an.

Hypothese 4b:

Suchtpatientinnen und Suchtpatienten, die nicht am Programm der Arbeitsintegration teilnehmen geben häufiger extrinsisch motivierte Gründe für eine mögliche Teilnahme an der Arbeitsintegration an.

Hypothese 5:

Suchtpatientinnen und Suchtpatienten, die am Programm der Arbeitsintegration teilnehmen haben eine höhere Lebenszufriedenheit als Suchtpatientinnen und Suchtpatienten, die nicht am Programm der Arbeitsintegration teilnehmen.

4 METHODE

In dem folgenden Kapitel wird das Vorgehen dieser empirischen Arbeit dargestellt. Zunächst wird die Stichprobe und die Durchführung der Untersuchung beschrieben. Im Anschluss daran wird das Erhebungsinstrument vorgestellt.

4.1 STICHPROBE

Die Stichprobe setzt sich aus 28 Suchtpatientinnen und Suchtpatienten der Klinik Südhang zusammen und unterteilt sich in eine Untersuchungsgruppe von Suchtpatienten, die sich – im Rahmen ihrer stationären Therapie – in einem freiwilligen ein- bis sechsmonatigen Arbeitsintegrationsprogramm befinden und stellenlos sind (n=13). Die Vergleichsgruppe bildet Suchtpatientinnen und Suchtpatienten, die nicht an dem freiwilligen Arbeitsintegrationsprogramm teilnehmen und – zum Zeitpunkt ihrer stationären Therapie in der Klinik Südhang - ebenfalls stellenlos sind (n=14).

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Arbeitsintegration befanden sich zum Zeitpunkt der Untersuchung unterschiedlich lang im Programm (zwischen einem Monat und sechs Monaten). Die Patientinnen und Patienten, die nicht am Programm der Arbeitsintegration teilnahmen befanden sich zum Untersuchungszeitpunkt unterschiedlich lang in der Therapie. Die Behandlungsdauer war sehr verschieden und reichte von einem Monat bis zu sechs Monaten.

Bei allen Patientinnen und Patienten wurde primär die Diagnose „chronische Alkoholabhängigkeit“ gestellt.

Die Auswahl umfasste 17 Männer und 10 Frauen. Das Alter bewegte sich zwischen 21 und 60 Jahren und ihr Durchschnittsalter betrug 42.62 Jahre. Von den insgesamt 17 Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind 20 Schweizerinnen und Schweizer, 5 Deutsche und je ein Staatsbürger von Italien und der Türkei dabei.

12 Personen gaben beim Familienstand an, dass sie ledig sind, 8 geschieden, 4 getrennt und 3 verheiratet oder in einer Partnerschaft lebend.

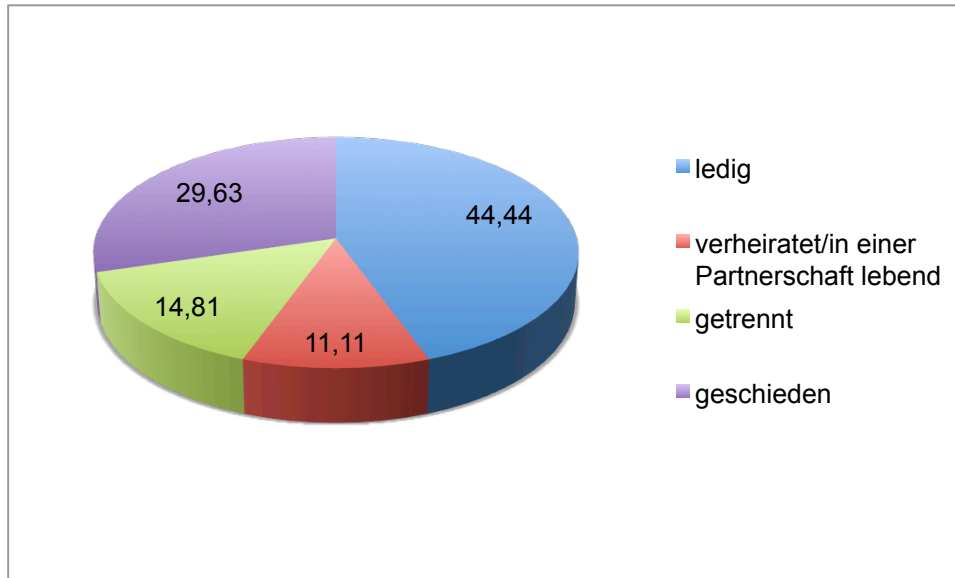


Abbildung 2: Familienstand, verteilt nach Prozenten

Das Diagramm legt die Vermutung nahe, dass sich die Patientinnen und Patienten in belastenden Familien- oder Beziehungssituationen befinden. Lediglich 3 Personen (11.11%) sind verheiratet, oder in einer Partnerschaft lebend.

Von insgesamt 27 befragten Personen haben acht Kinder.

23 Personen gaben an, einen Beruf erlernt zu haben. 12 der Befragten waren vor ihrer Arbeitslosigkeit noch im erlernten Beruf tätig, 13 übten andere Berufstätigkeiten aus und zwei Personen machten keine Angabe.

Die persönliche Einschätzung der Dauer der Alkoholerkrankung bei den Patientinnen und Patienten erstreckt sich von einem Jahr bis zu 43 Jahren. Schaut man sich die Dauer der Alkoholerkrankung nach Geschlecht an, so geben die Teilnehmerinnen einen längeren Zeitraum (2 bis 43 Jahre) als die Teilnehmer (von einem bis 36 Jahre) an.

Darüber hinaus zeigt sich, dass 19 der insgesamt 27 Teilnehmerinnen und Teilnehmer bereits ein Mal eine stationäre Therapie absolviert, wobei zwei von ihnen zusätzlich noch eine ambulante Therapie gemacht haben. Vier von insgesamt 27 Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben lediglich eine ambulante Therapie vorzuweisen. Sechs Personen sind zum Zeitpunkt der Befragung zum ersten Mal in Behandlung.

4.2 DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG

Nach Anfrage und Besprechung bei der Direktion der Klinik Südhang wurde die Bewilligung für die Durchführung der Untersuchung erteilt. Daraufhin wurden im Oktober 2013 28 Fragebögen persönlich an 14 Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Arbeitsintegration und 14 Suchtpatientinnen und Suchtpatienten, die nicht am Programm der Arbeitsintegration teilnehmen verteilt. Dem Fragebogen war ein kurzes Einführungsschreiben beigelegt, welches die Anfrage zur Teilnahme sowie die Zusicherung der Anonymität beinhaltete. Von diesen 28 Fragebögen wurde lediglich einer nicht ausgefüllt, was einer Rücklaufquote von 96% entspricht.

4.3 ERHEBUNGSINSTRUMENT

Der verwendete Fragebogen² besteht aus zwei Teilen im Umfang von insgesamt drei A4-Seiten. Der erste Teil besteht aus fünf Skalen mit denen die folgenden Konstrukte erhoben werden: Allgemeine Selbstwirksamkeit nach Jerusalem und Schwarzer (1999), Kontrollüberzeugung nach Rotter (1966), Selbstwert nach Rosenberg (1965), Motivation (Eigenkonstruktion Wirz und Bachmann, 2013) und Lebenszufriedenheit nach Diener (1985). Im zweiten Teil werden die soziodemografischen Merkmale wie Alter, Geschlecht, Nationalität, Familienstand, Kinder, Berufstätigkeit, etc., erfasst. Im Folgenden werden die verwendeten Skalen näher erläutert.

4.3.1 SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG

Das Konzept der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung erfasst die persönliche Einschätzung der eigenen Kompetenz, mit Schwierigkeiten und Barrieren im Leben zurechtzukommen (Jerusalem & Schwarzer, 1999). Erwartungen in der Selbstwirksamkeit stellen in den alltäglichen Anforderungen eine wichtige personale Ressource dar (Jerusalem & Schwarzer, 1999). In der vorliegenden Bachelor-Thesis wurde die Allgemeine Selbstwirksamkeitsskala (Abk.: SWE) von Schwarzer und Jerusalem (1999) verwendet. Die Skala umfasst 10 Items, die danach fragen, wie jemand mit überraschenden Ereignissen, Problemen oder Schwierigkeiten im Allgemeinen umgeht. Die Skalierung ist vierstufig und reicht von 1. „Stimmt nicht“ bis 4. „Stimmt genau“.

² Der verwendete Fragebogen befindet sich im Anhang.

4.3.2 KONTROLLÜBERZEUGUNG

Das psychologische Konzept der Kontrollüberzeugung befasst sich damit, wie sehr eine Person bestimmte Ereignisse als das Ergebnis des eigenen Handelns, oder als etwas Schicksalhafteres von Aussen wahrnimmt. Ein hohes Mass an internaler Kontrollüberzeugung gilt als eine Ressource für die Gesundheit. Personen mit einer externalen Kontrollüberzeugung sehen sich ihren Problemen ausgeliefert und glauben, wenig Kontrolle über ihr Leben zu haben (BFS, 2013; Rotter, 1966).

Rotter (1966) entwickelte ein Konzept der Kontrollüberzeugung, das sich auf die Überzeugung einer Person bezieht, ob man Erfolg auf das eigene Verhalten oder auf Zufall und Schicksal zurückführen kann. Rotter nimmt an, dass Kontrollüberzeugung durch die personalisierte Wahrnehmung und durch die Lernerfahrung in spezifischen sozialen Situationen entsteht.

Die Kurzversion von Rotter besteht aus zwei Subskalen für internale und externale Kontrollüberzeugung (Abk.: IKÜ, EKÜ), die jeweils zwei Items enthalten. Die vier Items werden mittels einer Skala mit fünfstufigem Antwortformat von 1 = „trifft gar nicht zu“ bis 5 = „trifft voll und ganz zu“ beantwortet (Rotter, 1966).

4.3.4 SELBSTWERT

Der Selbstwert wird mit der Selbstwertskala (Abk.: SW) von Rosenberg (1965) erfasst. Sie ist die am international verbreitetste Skala und beinhaltet 10 Items, die zur Hälfte positiv und zur Hälfte negativ formuliert sind, um Antworttendenzen zu vermeiden. Die Items werden auf einer fünfstufigen Skala beurteilt („ich bin entgegengesetzter Meinung“ bis „stimme sehr überein“).

4.3.5 MOTIVATION

Motivation kann intrinsisch oder extrinsisch bedingt sein (Riedl, 2004). Unter intrinsischer Motivation versteht man den Wunsch oder die Absicht, eine bestimmte Handlung, in diesem Fall beispielsweise wieder eine Arbeit aufzunehmen, aus eigenem inneren Antrieb auszuführen. Intrinsische Motivation besteht dann, wenn die Person die Handlung um ihrer selbst willen ausführt (Steden, 2008, S. 169). Extrinsisch motivierte Personen hingegen handeln aufgrund von äusseren Anreizen, und

Tätigkeiten werden nicht um ihrer selbst willen ausgeübt, sondern um der Konsequenzen willen, zum Beispiel für Erfolg oder Belohnung (S. 169).

Mit der eigenkonstruierten Skala (Abk.: MOT) werden mittels vier Items geprüft, ob eine Person aus intrinsischer oder extrinsischer Motivation in die Arbeitsintegration eingestiegen ist oder einsteigen würde. Die Skala beinhaltet folgende Items: 1 = „Weil ich das will“, 2 = „Weil das von mir verlangt wird“, 3 = „Weil ich vom RAV/Sozialdienst Geld bekomme“ bis 4 = „weil ich so schnell wie möglich wieder in den 1. Arbeitsmarkt einsteigen will/wieder arbeiten will“.

4.3.6 LEBENSZUFRIEDENHEIT

Der bekannteste Fragebogen zur Erfassung der Lebenszufriedenheit ist der von Diener (1985). Ed Diener entwickelte ihn aus der einfachen Idee heraus, dass man die Leute nur nach der allgemeinen Beurteilung ihres Lebens fragen muss, um ihre Zufriedenheit mit dem Leben im Ganzen festzustellen. Der Kurzfragebogen (Abk.: SWLS) besteht aus fünf Items, die Skalierung geht von 1 bis 7, von „stimme überhaupt nicht überein“ (1) bis „stimme vollkommen überein“ (7).

4.3.7 SOZIODEMOGRAFISCHE ANGABEN

Es wurden folgende soziodemografischen Angaben erhoben: Geschlecht, Alter, Nationalität, Familienstand, Kinder, erlernter Beruf und zuletzt ausgeübter Beruf vor Entwöhnungstherapie und/oder Arbeitsintegration. Zusätzlich wurden die Befragten anhand von drei weiteren Items zu ihrem Trinkverhalten befragt, seit wann ein Alkoholproblem besteht, Anzahl stationärer/ambulanter Therapien und Dauer der jeweiligen Therapieform.

5 AUSWERTUNG UND DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE

Im folgenden Kapitel folgt die statistische Auswertung der Hypothesen (siehe 3.2.2). Die Auswertung der Hypothesen erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS. Für die Skalen wurden Mittelwerte und die Mittelwertsunterschiede mittels T-Tests berechnet. Die detaillierten Auswertungen (SPSS-Tabellen) befinden sich im Anhang II.

5.1 HYPOTHESE 1: ALLGEMEINE SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG

Hypothese 1: Suchtpatientinnen und Suchtpatienten, die am Programm der Arbeitsintegration teilnehmen weisen eine höhere Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung auf als Suchtpatientinnen und Suchtpatienten, die nicht am Programm der Arbeitsintegration teilnehmen.

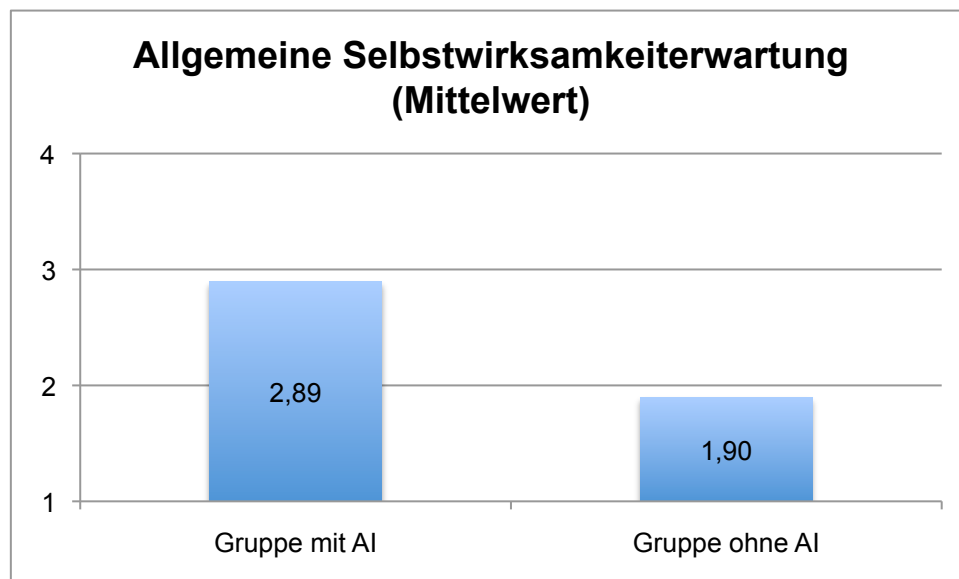


Abbildung 3: Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (Mittelwert);
(1 = „stimmt nicht“ bis 4 = „stimmt genau“)

Mittels eines T-Tests wurden die Mittelwerte der Skala Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung hinsichtlich ihrer Signifikanz geprüft. Es wurde getestet, ob sich die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung zwischen den beiden Gruppen signifikant unterscheidet.

Wie **Abbildung 3** zeigt, lässt sich erkennen, dass Suchtpatientinnen und Suchtpatienten mit Arbeitsintegration eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung aufweisen ($M = 2,89$, $SD = .43$) als Suchtpatientinnen und Suchtpatienten ohne Arbeitsintegration ($M = 1,90$, $SD = .41$). Dieser Unterschied zwischen Untersuchungs- und Vergleichsgruppe ist signifikant: $t(25) = 6,11$, $p = .000$. Hypothese 1 kann somit bestätigt werden.

5.2 HYPOTHESE 2: KONTROLLÜBERZEUGUNG

Um die Hypothese 2a und 2b zu überprüfen, wurde nachfolgend zuerst die internele und darauffolgend die externele Kontrollüberzeugung ausgewertet.

5.2.1 INTERNALE KONTROLLÜBERZEUGUNG

Hypothese 2a: Suchtpatientinnen und Suchtpatienten, die am Programm der Arbeitsintegration teilnehmen haben eine höhere internele Kontrollüberzeugung als Suchtpatientinnen und Suchtpatienten, die nicht am Programm der Arbeitsintegration teilnehmen.

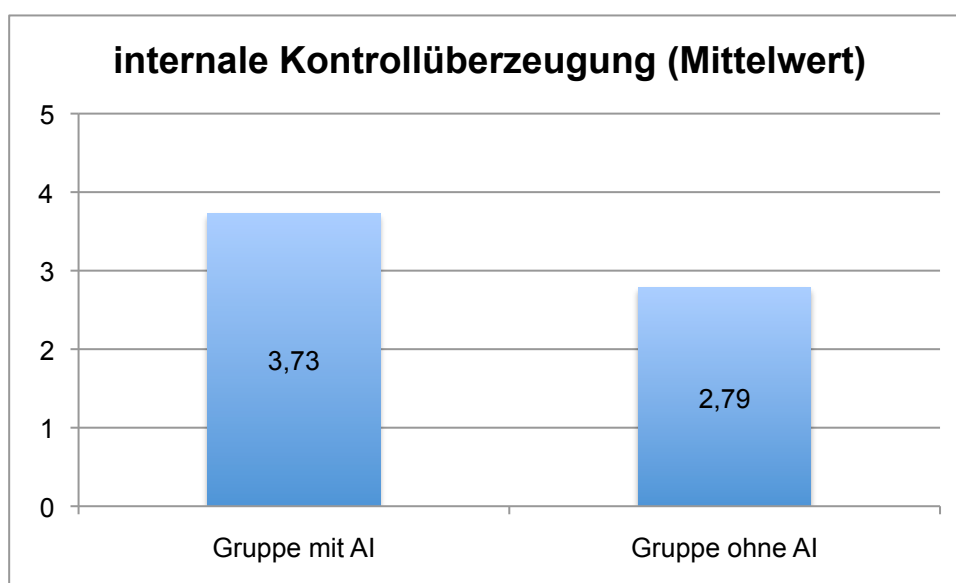


Abbildung 4: internele Kontrollüberzeugung (Mittelwert);
(1 = „trifft gar nicht zu“ bis 5 = „trifft voll und ganz zu“)

Wie Abbildung 4 verdeutlicht, weist die Untersuchungsgruppe mit Arbeitsintegration im Vergleich zur Gruppe ohne Arbeitsintegration eine höhere interne Kontrollüberzeugung auf. Ein T-Test zeigt, dass sich die Gruppe mit Arbeitsintegration ($M = 3.73$, $SD = 1.05$) signifikant hinsichtlich der internen Kontrollüberzeugung von der Gruppe ohne Arbeitsintegration ($M = 2.79$, $SD = .75$) unterscheidet: $t(25) = 2.67$, $p < .01$ (1-tailed)³.

Hypothese 2a kann bestätigt werden.

5.2.2 EXTERNALE KONTROLLÜBERZEUGUNG

Hypothese 2b: Suchtpatientinnen und Suchtpatienten, die am Programm der Arbeitsintegration teilnehmen haben eine tiefere externe Kontrollüberzeugung als Suchtpatientinnen und Suchtpatienten, die nicht am Programm der Arbeitsintegration teilnehmen.

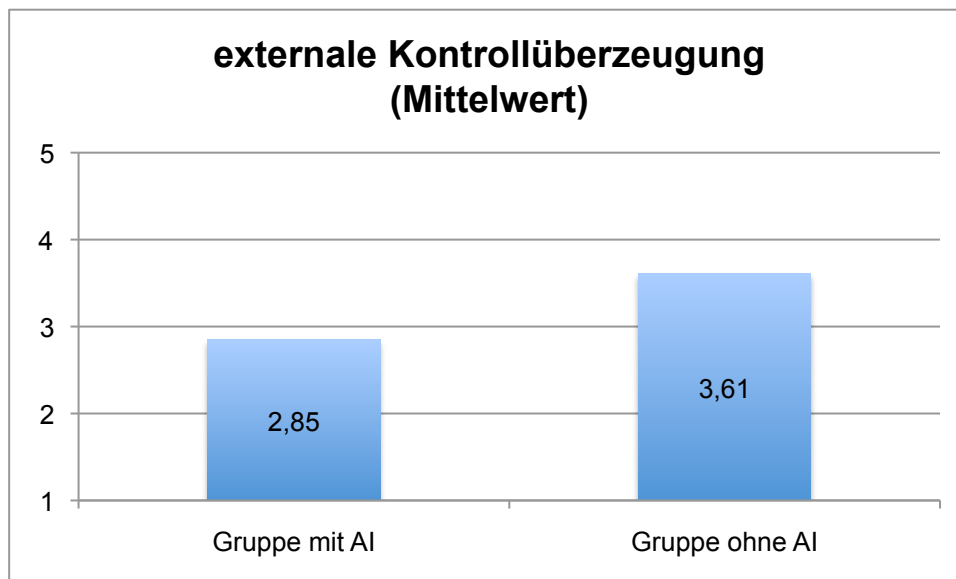


Abbildung 5: externe Kontrollüberzeugung (Mittelwert)
(1 = „trifft gar nicht zu“ bis 5 = „trifft voll und ganz zu“)

Wie aus der Abbildung 5 ersichtlich wird, zeigen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Arbeitsintegration eine tiefere externe Kontrollüberzeugung als die Gruppe ohne Arbeitsintegration. Um zu überprüfen, ob sich die beiden Gruppen hinsichtlich ihrer

³ Der p-Wert wird aufgrund der gerichteten Hypothesen halbiert.

Mittelwerte signifikant unterscheiden, wurde Hypothese 2b mittels eines T-Tests getestet. Es ergab sich, dass sich die Gruppe ohne Arbeitsintegration ($M = 3.61$, $SD = .68$) signifikant hinsichtlich der externalen Kontrollüberzeugung von der Gruppe mit Arbeitsintegration ($M = 2.85$, $SD = 1.18$) unterscheidet: $t(25) = -2.03$, $p < .05^4$ (1-tailed). Hypothese 2b kann somit bestätigt werden.

5.3 HYPOTHESE 3: SELBSTWERT

Hypothese 3: Suchtpatientinnen und Suchtpatienten, die am Programm der Arbeitsintegration teilnehmen haben einen höheren Selbstwert als Suchtpatientinnen und Suchtpatienten, die nicht am Programm der Arbeitsintegration teilnehmen.

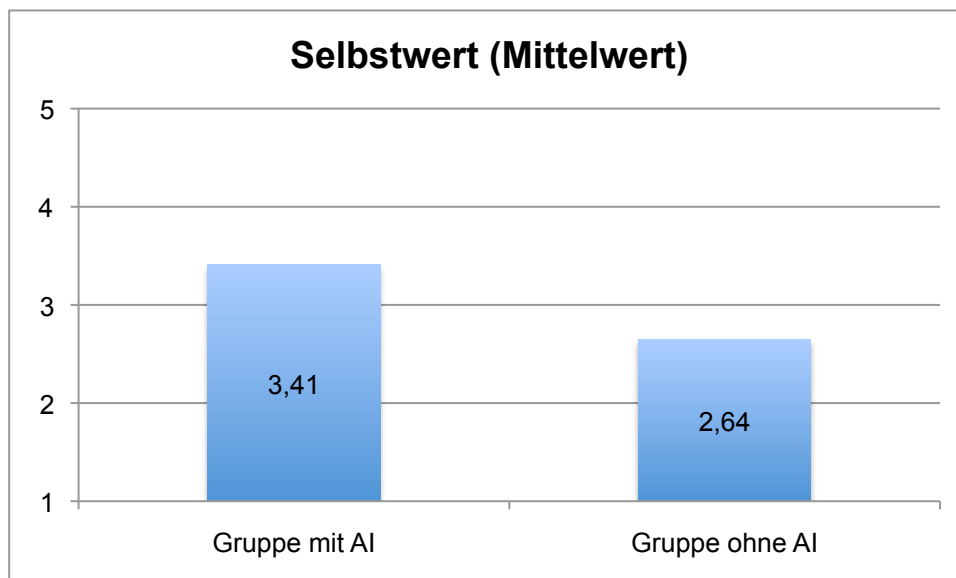


Abbildung 6: Selbstwert (Mittelwert)
(1 = "ich bin entgegengesetzter Meinung" bis 5 = „stimme sehr überein“)

Abbildung 6 zeigt auf, dass die Gruppe mit Arbeitsintegration ($M = 3,41$, $SD = .83$) höhere Werte in Bezug auf den Selbstwert aufweisen als die Gruppe ohne Arbeitsintegration ($M = 2,64$, $SD = .48$). Mittels eines T-Tests wurde geprüft, ob sich der Selbstwert zwischen den beiden Gruppen signifikant unterscheidet. Es ergab sich ein signifikanter Unterschied zwischen Untersuchungsgruppe mit Arbeitsintegration und Vergleichsgruppe hinsichtlich des Selbstwerts: $t(25) = 2.97$, $p < .01$. Die Hypothese 3 kann somit bestätigt werden.

⁴ Der p-Wert von .057 (2-tailed) darf aufgrund der gerichteten Annahme halbiert werden. Es ergibt sich somit ein p-Wert von .029 (1-tailed).

5.4 HYPOTHESE 4: MOTIVATION

Hypothese 4a: Suchtpatientinnen und Suchtpatienten, die am Programm der Arbeitsintegration teilnehmen geben häufiger intrinsisch motivierte Gründe für die Teilnahme an der Arbeitsintegration an.

Hypothese 4b: Suchtpatientinnen und Suchtpatienten, die nicht am Programm der Arbeitsintegration teilnehmen geben häufiger extrinsisch motivierte Gründe für eine mögliche Teilnahme an der Arbeitsintegration an.

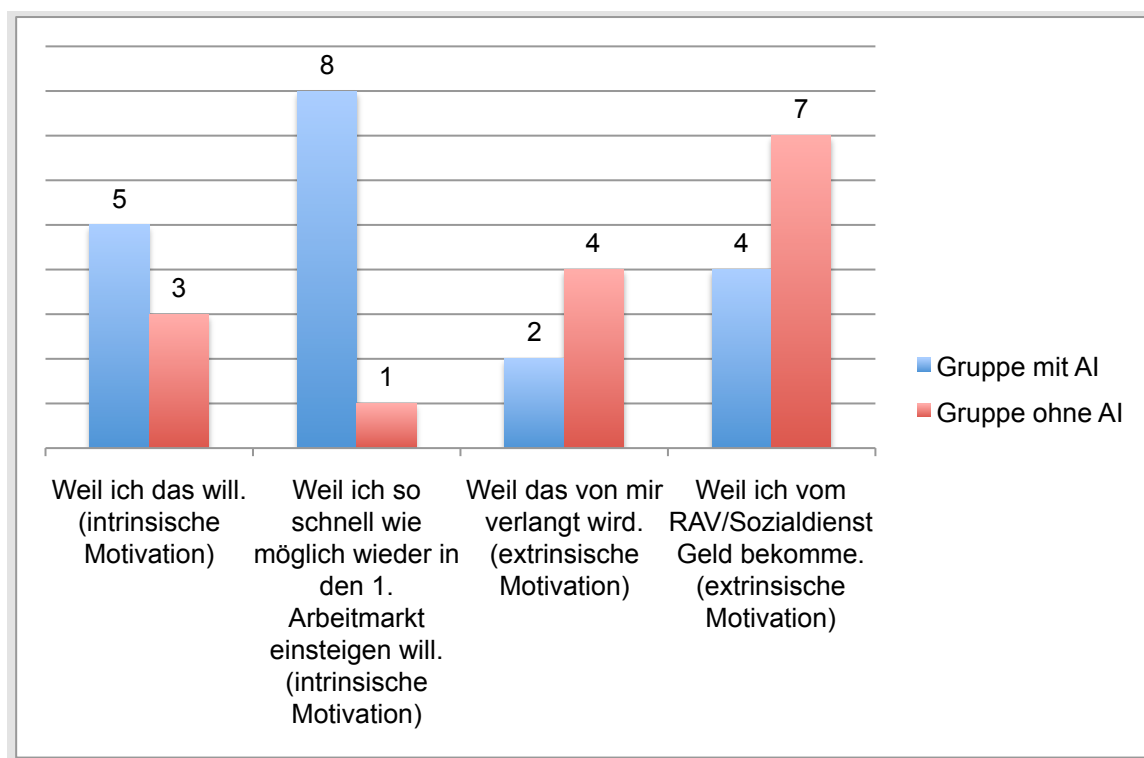


Abbildung 7: intrinsische und extrinsische Motivation

Abbildung 7 zeigt die erhobenen Werte von intrinsisch und extrinsisch motivierten Gründen für die (mögliche) Teilnahme an der Arbeitsintegration, geteilt nach Untersuchungs- und Vergleichsgruppe. Diese Abbildung stellt grafisch dar, welche Antwort am häufigsten von den beiden Gruppen genannt wurde.

Die Verteilung der Antworten der beiden Gruppen unterscheidet sich deutlich. Auf den ersten Blick wird erkennbar, dass die Befragten der Gruppe mit Arbeitsintegration am häufigsten die Antwort „weil ich so schnell wie möglich wieder in den 1. Arbeitsmarkt einsteigen will“ genannt haben. Ebenfalls erkennbar wird, dass die Personen mit Arbeitsintegration mehrheitlich intrinsisch motivierte Gründe angaben, weshalb sie in

das Programm der Arbeitsintegration eingestiegen sind. Die Personen ohne Arbeitsintegration hingegen geben vermehrt extrinsisch motivierte Gründe an, warum sie in die Arbeitsintegration einsteigen würden.

Bei diesen Zahlen handelt es sich nicht um den Anteil der Personen, sondern um den Anteil der Nennungen in der betreffenden Antwort. Deshalb kann die Hypothese 4 bestätigt werden.

5.5 HYPOTHESE 5: LEBENSZUFRIEDENHEIT

Hypothese 5: Suchtpatientinnen und Suchtpatienten, die am Programm der Arbeitsintegration teilnehmen haben eine höhere Lebenszufriedenheit als Suchtpatientinnen und Suchtpatienten, die nicht am Programm der Arbeitsintegration teilnehmen.

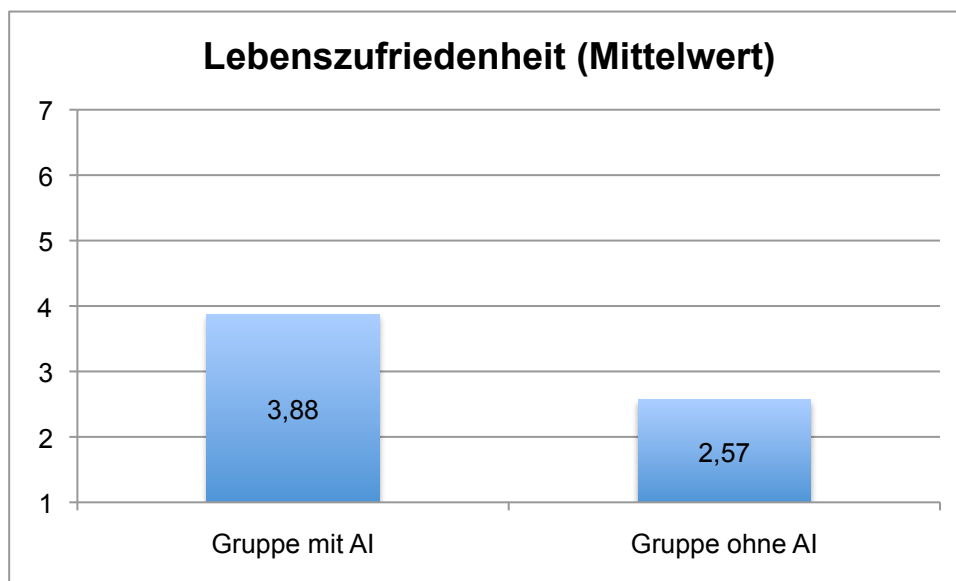


Abbildung 8: Lebenszufriedenheit (Mittelwert);
(1 = „stimme völlig zu“ bis 7 = „stimme überhaupt nicht zu“)

Aus Abbildung 8 wird ersichtlich, dass die Gruppe mit Arbeitsintegration ($M = 3.88$, $SD = 1.59$) höhere Werte in Bezug auf die Lebenszufriedenheit als die Gruppe ohne Arbeitsintegration ($M = 2.57$, $SD = 1.09$) zeigt. Mit einem T-Test wurde überprüft, ob sich die Mittelwerte signifikant voneinander unterscheiden. Es ergab sich ein signifikanter Unterschied zwischen Untersuchungsgruppe mit Arbeitsintegration und Vergleichsgruppe hinsichtlich der Lebenszufriedenheit: $t(25) = 2,50$, $p < .05$. Die Gruppe der Personen mit Arbeitsintegration haben signifikant höhere Werte hinsichtlich

der Lebenszufriedenheit als die Gruppe der Personen ohne Arbeitsintegration. Die Hypothese 5 kann somit bestätigt werden.

6 ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION DER ERGEBNISSE

In der vorliegenden Untersuchung wurde der Frage nachgegangen, welche Ausprägungen Suchtpatientinnen und -patienten, die freiwillig im Rahmen ihrer stationären Suchttherapie an einem Arbeitsintegrationsprogramm teilnehmen, in Bezug auf verschiedene personenbezogene Merkmale (Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugung, etc.) aufweisen. Weiter wurde untersucht, welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede diese Gruppe im Vergleich zur einer Gruppe von Suchtpatientinnen und -patienten aufweist, die im Rahmen ihrer stationären Suchttherapie an keinem Arbeitsintegrationsprogramm teilgenommen haben.

6.1 ZUSAMMENFASSUNG DER WICHTIGSTEN ERGEBNISSE

Zunächst werden die wichtigsten Ergebnisse und Befunde zusammenfassend dargestellt.

- **Selbstwirksamkeit:** Suchtpatientinnen und Suchtpatienten mit Arbeitsintegration weisen eine signifikant höhere Allgemeine Selbstwirksamkeit auf als Suchtpatientinnen und Suchtpatienten, die nicht am Programm der Arbeitsintegration teilnehmen.
- **Kontrollüberzeugung:** Suchtpatientinnen und Suchtpatienten mit Arbeitsintegration weisen eine signifikant höhere internale Kontrollüberzeugung auf als Suchtpatientinnen und Suchtpatienten ohne Arbeitsintegration. Hingegen weisen Suchtpatientinnen und Suchtpatienten ohne Arbeitsintegration eine signifikant höhere externale Kontrollüberzeugung auf, im Vergleich zu Suchtpatientinnen und Suchtpatienten mit Arbeitsintegration.
- **Selbstwert:** Suchtpatientinnen und Suchtpatienten mit Arbeitsintegration weisen einen signifikant höheren Selbstwert auf als Suchtpatientinnen und Suchtpatienten ohne Arbeitsintegration.
- **Motivation:** Suchtpatientinnen und Suchtpatienten mit Arbeitsintegration geben häufiger intrinsisch als extrinsisch motivierte Gründe für die Teilnahme am Arbeitsintegrationsprogramm an. Hingegen geben Suchtpatientinnen und Suchtpatienten ohne Arbeitsintegration häufiger extrinsisch als intrinsisch motivierte Gründe für eine mögliche Teilnahme am Arbeitsintegrationsprogramm an.

- Lebenszufriedenheit: Suchtpatientinnen und Suchtpatienten mit Arbeitsintegration weisen eine signifikant höhere Lebenszufriedenheit auf als Suchtpatientinnen und Suchtpatienten ohne Arbeitsintegration.

6.2 DISKUSSION DER ERGEBNISSE

In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse in Bezug auf die einzelnen Hypothesen diskutiert und interpretiert.

6.2.1 ALLGEMEINE SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG

Die Resultate zeigen, dass Suchtpatientinnen und Suchtpatienten, die am Programm der Arbeitsintegration teilnehmen, eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung aufweisen als die Gruppe ohne Arbeitsintegration.

Dieses Ergebnis stimmt überein mit dem Forschungsergebnis, dass das Ausüben einer Erwerbstätigkeit mit einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung verbunden ist (Kieselbach & Beilmann, 2006, zitiert nach Henkel & Zemlin, 2008). Unklar ist, ob die höhere Selbstwirksamkeitserwartung bei Suchtpatientinnen und Suchtpatienten mit Arbeitsintegration eine Folge der Teilnahme am Programm der Arbeitsintegration ist oder ob diese bereits vor dem Eintritt in die Arbeitsintegration vorhanden war. Um festzustellen, ob die Teilnahme an einem Arbeitsintegrationsprogramm zu einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung führt, sind Befragungen zu verschiedenen Messzeitpunkten notwendig. Damit lässt sich herausfinden, ob sich die Selbstwirksamkeit mit der Dauer der Teilnahme an dem Programm der Arbeitsintegration erhöht.

Aus der Fachliteratur geht hervor, dass es sich bei dem Konstrukt der Selbstwirksamkeit um ein relativ überdauerndes Personenmerkmal handelt (Jerusalem & Schwarzer, 1992). Es ist daher eher nicht anzunehmen, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in einem Zeitrahmen von einem Monat bis zu sechs Monaten eine signifikant höhere Selbstwirksamkeitserwartung entwickelt haben.

Geht man davon aus, dass die hohe Selbstwirksamkeitserwartung bei der Gruppe mit Arbeitsintegration bereits vor der Arbeitsintegration bestanden hat, so kann dies so interpretiert werden, dass sich diese Personengruppe eher den Herausforderungen und neuen Anforderungssituationen stellt, wie in diesem Fall der Teilnahme an der Arbeitsintegration. Denn eine Person mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung besitzt

die Überzeugung, eine Aufgabe erfolgreich ausführen oder ein Problem lösen zu können (Bandura, 1977).

6.2.2 KONTROLLÜBERZEUGUNG

Die Ergebnisse zur internalen und externalen Kontrollüberzeugung werden in den folgenden beiden Abschnitten diskutiert.

6.2.2.1 INTERNALE KONTROLLÜBERZEUGUNG

Es wurde gezeigt, dass die Gruppe mit Arbeitsintegration eine höhere internale Kontrollüberzeugung aufweist als die Gruppe ohne Arbeitsintegration. Aus der Fachliteratur geht hervor, dass es einen Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und dem Absinken der internalen Kontrollüberzeugung gibt, respektive diese negativ beeinflussen kann (Mayring & Hausser, 1987; Price, Choi & Vinokur, 2002).

Wie bereits bei der Diskussion zur Selbstwirksamkeitserwartung dargelegt, besteht auch hier das Problem der fehlenden Kausalität: Mit der vorliegenden Untersuchung kann nicht ausgesagt werden, ob die Gruppe mit Arbeitsintegration bereits vor der Teilnahme am Programm der Arbeitsintegration eine höhere internale Kontrollüberzeugung aufwies als die Gruppe ohne Arbeitsintegration respektive, ob die höhere internale Kontrollüberzeugung eine Folge der Teilnahme an der Arbeitsintegration ist.

Da es sich auch bei der Kontrollüberzeugung um ein relativ stabiles Personenmerkmal handelt (z.B. nach Rotter, 1966), kann auch hier vermutet werden, dass die Personen, die sich in der Arbeitsintegration befinden, schon vor der Teilnahme am Programm eine höhere internale Kontrollüberzeugung aufgewiesen haben als die Gruppe ohne Arbeitsintegration. Gemäss Krampen (1987) glauben Personen mit internaler Kontrollüberzeugung, dass sie ihr Schicksal selber in der Hand haben und sie über ihren Einsatz, ein Ziel zu erreichen, entscheiden. In diesem Fall kann das so verstanden werden, dass sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die am Programm der Arbeitsintegration teilnehmen selber entschieden haben, eine Veränderung der momentanen Situation zu erreichen (Wiedererlangung der Erwerbstätigkeit = Ziel), in dem sie in die Arbeitsintegration eingestiegen sind (= Einsatz).

Darüber hinaus zeigen Forschungsergebnisse, dass bei Personen mit einer hohen internalen Kontrollüberzeugung die Prognose für den Behandlungserfolg einer

Alkoholabhängigkeit günstiger ist (Levenson, 1972), und dass Abhängige mit internaler Kontrollüberzeugung nach der Behandlung im Vergleich zu Abhängigen mit externaler Kontrollüberzeugung länger abstinent bleiben (Koski-Jännes, 1994).

Um festzustellen, ob eine höhere interne Kontrollüberzeugung einen Einfluss auf eine positive Prognose für den Behandlungserfolg, respektive Abstinenzaufrechterhaltung hat, sind Längsschnittuntersuchungen notwendig.

6.2.2.2 EXTERNALE KONTROLLÜBERZEUGUNG

Aus den Ergebnissen der Untersuchung geht hervor, dass Suchtpatientinnen und Suchtpatienten ohne Arbeitsintegration eine höhere externale Kontrollüberzeugung aufweisen im Vergleich zu der Gruppe mit Arbeitsintegration. Dieses Ergebnis deckt sich mit dem Stand der Forschung, der besagt, dass Arbeitslose häufiger externale als internale Kontrollüberzeugung zeigen (Moser & Paul, 2001).

Geht man davon aus, dass die externale Kontrollüberzeugung ein Grund für eine Nicht-Teilnahme am Programm ist, kann das so interpretiert werden, dass sich die Personen mit externaler Kontrollüberzeugung aus dem Grund nicht freiwillig entscheiden, am Programm der Arbeitsintegration teilzunehmen, weil sie denken, sie können durch ihr eigenes Verhalten keine Veränderung der momentanen Situation erreichen. Denn Personen mit externaler Kontrollüberzeugung glauben, dass sie auf das, was ihnen im Leben widerfährt keinen Einfluss haben. Vielmehr sind sie der Meinung, dass sie vom Schicksal oder von anderen Menschen kontrolliert werden (Rotter, 1966).

6.2.3 SELBSTWERT

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen, dass die Gruppe mit Arbeitsintegration höhere Werte in Bezug auf den Selbstwert aufweist als die Gruppe ohne Arbeitsintegration. Wie bisherige Forschungsergebnisse zeigen, haben Erwerbstätige im Vergleich zu Erwerbslosen einen höheren Selbstwert (Kieselbach & Beermann, 2006, zitiert nach Henkel & Zemlin, 2008; Pettersson, 2012; Sheeran, Abrams & Orbell, 1995).

An dieser Stelle wird erneut darauf eingegangen, dass mit der vorliegenden Querschnittsuntersuchung nicht geklärt werden kann, ob die Teilnahme am Arbeitsintegrationsprogramm zu einem höheren Selbstwert führt oder ob der höhere Selbstwert bei der Gruppe mit Arbeitsintegration bereits vor der Arbeitsintegration

vorhanden war und ausschlaggebend für die Teilnahme am Programm war. Um darüber Näheres herauszufinden, sollte dies weiter im Rahmen einer Längsschnittuntersuchung überprüft werden.

6.2.4 INTRINSISCHE UND EXTRINSISCHE MOTIVATION

Es konnte gezeigt werden, dass die Gruppe mit Arbeitsintegration häufiger intrinsisch motivierte (z.B. „weil ich so schnell wie möglich wieder in den Arbeitsmarkt einsteigen/wieder arbeiten will“) als extrinsisch motivierte Gründe für die Teilnahme am Arbeitsintegrationsprogramm angibt. Dieses Ergebnis spiegelt sich auch in der Fachliteratur wieder: Personen, die den Wunsch nach Erlangung einer Beschäftigung ausdrücken und sich um ihrer selbst willen aktiv bemühen, Arbeit zu finden, respektive intrinsisch motiviert sind, haben eine günstigere Prognose wieder in den Arbeitsmarkt einsteigen zu können (Mueser, Salyers und Mueser, 2001). Ob die stärker ausgeprägte intrinsische Motivation bei der Gruppe mit Arbeitsintegration schon vor dem Start in die Arbeitsintegration vorhanden war oder Folge des Arbeitsintegrationsprogramms ist, bleibt offen.

Suchtpatientinnen und Suchtpatienten ohne Arbeitsintegration dagegen geben häufiger extrinsisch motivierte (z.B. „Weil ich vom RAV/Sozialdienst Geld bekomme“) als intrinsisch motivierte Gründe an, warum sie sich für eine Teilnahme am Programm entscheiden würden. Es kann davon ausgegangen werden, dass für die Gruppe ohne Arbeitsintegration der finanzielle Anreiz der wesentliche Grund zu einer möglichen Teilnahme an der Arbeitsintegration zu sein scheint.

Da es sich auch bei der intrinsischen und extrinsischen Motivation um relativ stabile Personenmerkmale handelt (Steden, 2008), kann davon ausgegangen werden, dass sich dieses Konstrukt durch eine (Nicht-)Teilnahme nicht wesentlich verändern wird.

6.2.5 LEBENSZUFRIEDENHEIT

Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, dass Suchtpatientinnen und Suchtpatienten mit Arbeitsintegration höhere Werte in Bezug auf die Lebenszufriedenheit aufweisen als die Suchtpatientinnen und Suchtpatienten ohne Arbeitsintegration. Forschungsergebnisse zeigen, dass sich die Lebenszufriedenheit durch die Wiedererlangung von Erwerbsarbeit erheblich verbessert (Price, Choi & Vinokur, 2002; McKee-Ryan, Song, Wanberg & Kinicki, 2005). Folglich können die

Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung dahingehend interpretiert werden, dass sich die Lebenszufriedenheit möglicherweise durch die Teilnahme am Programm der Arbeitsintegration und der Aussicht auf eine mögliche Wiedereingliederung in den 1. Arbeitsmarkt verbessert hat.

Gegen diese Vermutung spricht jedoch, dass in der Fachliteratur auch die Lebenszufriedenheit als ein zeitlich, stabiles Merkmal angesehen wird, welches sich nicht so schnell über die Zeit hinweg verändert. Folglich wird vermutet, dass die Suchtpatientinnen und Suchtpatienten, die am Arbeitsintegrationsprogramm teilnehmen, bereits vor der Teilnahme an der Arbeitsintegration eine höhere Lebenszufriedenheit aufgewiesen haben.

7 SCHLUSSFOLGERUNGEN FÜR DIE SOZIALE ARBEIT UND AUSBLICK

Den Ergebnissen der vorliegenden Studie kann entnommen werden, dass sich Suchtpatientinnen und Suchtpatienten mit Arbeitsintegration hinsichtlich ihrer personenbezogenen Merkmale Selbstwirksamkeitserwartung, Kontrollüberzeugung, Selbstwert, Motivation und Lebenszufriedenheit bedeutsam von Suchtpatientinnen und Suchtpatienten ohne Arbeitsintegration unterscheiden:

Suchtpatientinnen und Suchtpatienten, die freiwillig an einem Arbeitsintegrationsprogramm teilnehmen, weisen eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung und Lebenszufriedenheit sowie einen höheren Selbstwert auf. Darüber hinaus zeigen sie eine höhere internale Kontrollüberzeugung auf und geben häufiger intrinsisch als extrinsisch motivierte Gründe für die Teilnahme am Programm der Arbeitsintegration an.

Im Vergleich dazu weisen Suchtpatientinnen und Suchtpatienten, die nicht von dem freiwilligen Arbeitsintegrationsprogramm Gebrauch machen, eine tiefere Selbstwirksamkeitserwartung sowie einen tieferen Selbstwert auf. Ferner zeigen sie eine höhere externale Kontrollüberzeugung auf und geben häufiger extrinsisch motivierte Gründe (wie finanzieller Anreiz) für eine mögliche Teilnahme am Programm der Arbeitsintegration an.

7.1 GRENZEN UND EINSCHRÄNKUNGEN DER UNTERSUCHUNG

Die bedeutsamste Einschränkung der vorliegenden Studie bezieht sich hauptsächlich auf die verwendete Methodik. Die Untersuchung erlaubt keinen kausalen Rückschluss auf den Zusammenhang zwischen einer Teilnahme am Arbeitsintegrationsprogramm und den erfassten personenbezogenen Merkmalen. Es bleibt daher offen, ob die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bereits vor dem Eintritt in das Arbeitsintegrationsprogramm vorlagen oder erst Folge der Teilnahme am Arbeitsintegrationsprogramm sind. Interessant wäre hier noch die zusätzliche Information, wie lange die einzelnen Teilnehmerinnen und Teilnehmer zum Zeitpunkt der Befragung bereits an der Arbeitsintegration teilgenommen haben. Mit dieser Zusatzinformation wären nähere Aussagen zum Zusammenhang zwischen Ausprägung der personenbezogenen Merkmale und Dauer der Teilnahme am Arbeitsintegrationsprogramm möglich gewesen.

Der Fachliteratur kann jedoch entnommen werden, dass es sich bei der Selbstwirksamkeitserwartung, dem Selbstwert, der Lebenszufriedenheit, der Kontrollüberzeugung und der Motivation um relativ stabile und überdauernde persönliche Merkmale handelt. Daher wird vermutet, dass die positiven Ausprägungen hinsichtlich der erfassten Personenmerkmale bei der Gruppe mit Arbeitsintegration bereits vor Teilnahme an der Arbeitsintegration vorhanden und folglich für die Teilnahme am Arbeitsintegrationsprogramm ausschlaggebend waren. Diese Schlussfolgerung muss jedoch empirisch im Rahmen einer Längsschnittuntersuchung näher überprüft werden (mehr dazu siehe Kap. 7.3).

Weitere methodische Einschränkungen der hier beschriebenen Untersuchung beziehen sich auf die alleinige Verwendung eines Fragebogens zur Erhebung der abhängigen Variablen. Darüber hinaus basieren die Ergebnisse zu den personenbezogenen Merkmalen ausschliesslich auf Selbsteinschätzungen der Befragten. Fremdeinschätzungen durch die Betreuungspersonen der Arbeitsintegration, betreuende Ärztinnen und Ärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten würden mehr Informationen darüber liefern, wie auch Aussenstehende die Befragten erleben und wahrnehmen. Ferner kann die statistische Repräsentativität aufgrund der relativ geringen Anzahl der Befragten für die Ergebnisse nicht beansprucht werden.

7.2 PRAKTISCHE IMPLIKATIONEN FÜR DIE SOZIALE ARBEIT

Die Erkenntnisse dieser empirischen Studie hat sowohl auf Individualebene als auch auf struktureller Ebene praktische Bedeutsamkeit.

Aus den Ergebnissen dieser Untersuchung lassen sich Massnahmen auf Individualebene ableiten:

- Frühzeitige Ermittlung und Unterstützung von reintegrierbaren Patientinnen und Patienten: Neueintretende Patientinnen und Patienten durchlaufen in der ersten Aufenthaltswoche verschiedene Assessmentteile (Assessment, engl. = Beurteilung), die somatische- und psychosoziale Abklärungen ermöglichen. Unter anderem vernetzen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter im Sozialassessment zwischen der Therapie und der Arbeitsintegration. Eine Abklärung der Selbsteinschätzung, beispielsweise in Bezug auf die Selbstwirksamkeit, den Selbstwert und die Kontrollüberzeugung bei Eintritt in die stationäre Therapie kann als Gesprächsgrundlage zwischen Sozialarbeiterin -arbeiter und der

Patientin/dem Patienten in Bezug auf eine mögliche Teilnahme-/Nichtteilnahme an einem Arbeitsintegrationsprogramm dienen. So können arbeitslose Patientinnen und -patienten, die hohe Ausprägungen hinsichtlich der personenbezogenen Merkmale aufweisen, jedoch kein Interesse an einer Teilnahme am Arbeitsintegrationsprogramm aufweisen, von den Betreuungspersonen verstärkten Zuspruch für eine Teilnahme erhalten. Grundsätzlich ist es notwendig, die Integration in die Erwerbsarbeit von Beginn an systematisch und intensiver zu fördern. Da diese Integrationsprozesse von Individuum zu Individuum unterschiedlich verlaufen, sollte die jeweilige Situation der Betroffenen berücksichtigt werden und die entsprechende Massnahme den Bedürfnissen, der Bedarfslage und der individuellen Zielsetzung der Suchtpatientinnen und Suchtpatienten angepasst werden. Eine solche Erhebung erfordert im Assessment eine sorgfältige Abklärung und ebenso eine professionelle Begleitung während des ganzen Integrationsprozesses.

- Stärkung der Selbstwirksamkeit und des Selbstwerts, Erhöhung der intrinsischen Motivation und der internalen Kontrollüberzeugung von Suchtpatientinnen und Suchtpatienten: Bei den sozialarbeiterischen Methoden, wie z.B. die der lösungsorientierten Beratung oder die der motivierenden Gesprächsführung, stehen die klientenzentrierte Arbeitsweise im Vordergrund. Die Beratenden haben die Aufgabe, die Ressourcen und die Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten zu fördern und zu stärken. Mit Hilfe von Rollenspielen oder Verhaltensübungen können Selbstwirksamkeit und Selbstwert gestärkt und die Erhöhung der internalen Kontrollüberzeugung und der intrinsischen Motivation erreicht und individuell geübt werden.

Aus den Ergebnissen dieser Untersuchung lassen sich die folgenden Massnahmen auf struktureller Ebene ableiten:

- Unterstützung einer schnellstmöglichen Wiedereingliederung in die Erwerbsarbeit: Programme, wie die hier vorgestellte Arbeitsintegration, dienen der schnellstmöglichen Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt, indem sie die Vermittelbarkeit von (ehemaligen) Suchtpatientinnen und Suchtpatienten auf dem Arbeitsmarkt verbessern. Darüber hinaus dienen sie der Stärkung der Sozial-/Selbstkompetenzen, der Sammlung von beruflichen Erfahrungen und bieten den Suchtpatientinnen und -patienten eine geregelte Tages-/Wochenstruktur. Die berufliche Integration ist ein erfolgversprechender und wirksamer Faktor, um die Folgen der Abhängigkeit langfristig positiv zu beeinflussen.

- Erweiterung von Arbeitsintegrationsprogrammen in der stationären Suchttherapie: Um u.a. die Arbeitsfähigkeit der stationären Suchtpatientinnen und -patienten zu erhalten, stellen Arbeitsintegrationsprogramme eine wichtige Massnahme dar. Vergleichbar mit dem Angebot der Arbeitsintegration der Klinik Südhang in Kirchlindach, gibt es schweizweit lediglich ein einziges ähnliches und vergleichbares Programm für Suchtpatientinnen und Suchtpatienten und zwar im Kanton St. Gallen, Mühlhof, Zentrum für Suchttherapie und Rehabilitation.
- Entwicklung spezifischer Übergangsangebote für erwerbslose, ehemalige Alkoholpatientinnen und -patienten: Laut Henkel und Grünbeck (2005) haben nach einer Entwöhnungstherapie erwerbslose Patientinnen und Patienten ein zweifach erhöhtes Risiko rückfällig zu werden. Wichtig ist demnach eine schnelle Wiedereingliederung dieser Risikogruppe in den Arbeitsmarkt. Hier wären spezielle Angebote notwendig, die den Übergang zwischen der stationären Therapie und den Eintritt in das Erwerbsleben für die ehemaligen Suchtpatientinnen und -patienten sinnvoll gestalten. Solche Übergangsangebote sollten die Reintegration in den Arbeitsmarkt sowie die soziale Integration fördern und darauf abzielen, der Risikogruppe eine geregelte Tages-/Wochenstruktur zu ermöglichen.
- Sensibilisierung von Arbeitgebern: Die empirischen Studien zeigen, dass der Verlust des Arbeitsplatzes häufig zu erhöhtem Suchtmittelkonsum führt. Darüber hinaus kann sich der gesundheitliche Zustand des Betroffenen verschlechtern. Aus diesem Grund sollten Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber bemüht sein, den Arbeitsplatz der Betroffenen zu erhalten.

Fazit: Die Stärkung der personenbezogenen Merkmale von Personen mit Abhängigkeitserkrankungen und die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit von ehemaligen Suchtpatientinnen und -patienten sollten die zentralen Zielsetzungen und Aufgaben von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern in der Suchttherapie darstellen.

7.3 AUSBLICK

Wie bereits erläutert, können in Querschnittuntersuchungen Ergebnisse nicht hinsichtlich ihrer Kausalität gedeutet werden. Um empirisch zu überprüfen, ob die hohen Werte in den Ausprägungen bei Patientinnen und Patienten mit Arbeitsintegration im Vergleich zu der Gruppe ohne Arbeitsintegration, Resultat der Teilnahme an der Arbeitsintegration sind, ist eine Längsschnittuntersuchung

erforderlich, in der die personenbezogenen Merkmale zu mindestens drei verschiedenen Zeitpunkten (z.B. vor, während und nach der Arbeitsintegration) erfasst werden.

Interessant in diesem Zusammenhang wäre demnach auch zu untersuchen, inwiefern sich die personenbezogenen Merkmale der Gruppe mit Arbeitsintegration auf die Aufrechterhaltung einer längerfristigen Abstinenz und auf die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt auswirken. Darüber hinaus ist auch von weiterem Interesse, ob Massnahmen zur Erhöhung der personenbezogenen Merkmale bei arbeitslosen Personen suchtpreventiv wirken oder nicht.

LITERATURVERZEICHNIS

- Bandura, Albert. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). (1998). *Sucht und Invalidität. Synthesebericht zum ExperInnenhearing*. Bern: Koste.
- Diener, Edward. (1995). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Deci, Edward L. & Ryan, Richard M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Donovan, Donald. M., O'Leary, Marianne R., (1978). The Drinking-Related Locus of Control Scale. Reliability, factor structure and validity. *Journal of studies on alcohol*, 39(5), 759-784.
- Egner, Uwe & Grünbeck, Peter. (2003). Analyse der Rehaverlaufsdaten zu den Folgen der Sucht und zum Verlauf nach der Rehabilitation. *Sucht aktuell*, 2, 29-32.
- Fahrenberg, Jochen, Hampel, Rainer & Selg, Herbert. (1994). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI*. (Revidierte Fassung FPI-R und teilweise geänderte Fassung FPI-A1, 6. Aufl.) Göttingen: Hogrefe.
- Feuerlein, Wilhelm. (2005). *Alkoholismus. Warnsignale, Vorbeugung, Therapie*. München: C.H: Beck oHG.
- Feuerlein, Wilhelm, Dittmar, Franz & Soyka, Michael. (1999). *Wenn Alkohol zum Problem wird: Hilfreiche Informationen für Angehörige und Betroffene*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Fuchs, Jakob. (2006). *Die Volkswirtschaft*. Luzern: Fuchs-Verlag.
- Grawe, Klaus. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grobe, Thomas & Schwartz, Friedrich. (2003). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Robert-Koch-Institut. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, 13.
- Haller, Reinhard. (2007). *(Un)Glück der Sucht. Wie Sie Ihre Abhängigkeit besiegen*. Salzburg: Ecowin Verlag.
- Havassy, Barbara E., Hall, Sharon .M. & Wasserman, David A. (1991). Social Support and relapse: Commonalities among alcoholics, opiate users, and cigarette smokers. *Addictive behaviors*, 16, 235-246.
- Henkel, Dieter. (1992). *Arbeitslosigkeit und Alkoholismus. Epidemiologische, ätiologische und diagnostische Zusammenhänge*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Henkel, Dieter & Grünbeck, Peter. (2005). Entwicklung der Arbeitslosenquote in der Suchtrehabilitation und Verlauf der beruflichen Integration Alkoholabhängiger vor und nach der Rehabilitation: Eine Auswertung von Routinedaten der

- Rentenversicherungen. *Suchttherapie*, 4, 155-164.
- Henkel Dieter & Zemlin, Uwe. (2006). Arbeitslosigkeit und Suchtbehandlung: Neue empirische Ergebnisse und Schlussfolgerungen für die Praxis der medizinischen Rehabilitation. *Sucht aktuell*, 13(1), 49-57.
- Henkel, Dieter & Zemlin, Uwe. (2008). *Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Henkel, Dieter, Zemlin, Uwe, Dornbusch, Peter. (2003). Analyse rückfallbeeinflussender Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen (ARA-Projekt). Teil I: Einführung in die Thematik, Projektziele, Untersuchungsanlage und Ergebnisse zu Beginn der Suchttherapie. *Sucht aktuell*, 10(2), 5-14.
- Henkel, Dieter, Zemlin, Uwe, Dornbusch, Peter. (2004). Analyse rückfallbeeinflussender Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen (ARA-Projekt). Teil II: Ergebnisse des Therapieverlaufs und der 6-Monatskatamnese. *Sucht aktuell*, 11(1), 21-32.
- Henkel, Dieter, Zemlin, Uwe & Dornbusch, Peter. (2004). *Arbeitslosigkeit und Suchtrehabilitation: Hauptergebnisse des ARA-Projekts und Schlussfolgerungen für die Praxis*. Fachhochschulverlag: Frankfurt a.M.
- Hillmann, Karl-Heinz. (2007). *Wörterbuch der Soziologie*. Stuttgart: Kröner.
- Holleder, Alfons. (2008). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Ein Überblick über empirische Befunde und die Arbeitslosen- und Krankenkassenstatistik. *Mitteilungen aus der Arbeitslosenforschung*, 35, 411-428.
- Holleder, Alfons. (2011). *Erwerbslosigkeit, Gesundheit und Präventionspotenziale. Ergebnisse des Mikrozensus 2005*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- ICD-10-GM-2013. Systematisches Verzeichnis: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision. German Modification. Version 2013. Deutscher Ärzte-Verlag.
- Jahoda, Marie, Lazarsfeld, Paul & Zeisel, Hans. (1975). *Die Arbeitslosen von Marienthal: Ein soziographischer Versuch über die Wirkungen langandauernder Arbeitslosigkeit*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Jerusalem, Matthias &, Schwarzer, Ralf (1992). *Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. Self-efficacy: Thought control of action*. Washington, DC: Hemisphere.
- Jerusalem, Matthias & Schwarzer, Ralf. (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin: Freie Universität Berlin.

- Junankar, Pramod. (1991). *Unemployment and Mortality in England and Wales: A Preliminary Analysis*. *Oxford Economic Papers*, 43, 305-320.
- Koski-Jännes, Anja. (1994). Drinking-related locus of control as a predictor of drinking after treatment. *Addictive Behaviors*, 19,5 , 491-495.
- Krampen, Günter. (1987). *Handlungstheoretische Persönlichkeitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Levenson, Hanna. (1972). Distinctions within the concept of internal-external control: Development of a new scale. *Proceedings of the 80th Annual Convention of the American Psychological Association*, 7, 261-262.
- Lindenmeyer, Johannes (2005). *Alkoholabhängigkeit*. Göttingen: Hogrefe.
- Maffli, Etienne, Wacker, Hans Rudolf & Mathey, Marie-Claire. (1995). 7-Jahres-Katamnese von stationär behandelten Alkoholabhängigen in der deutschen Schweiz. *Forschungsbericht*, 26, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, Lausanne.
- Marlatt, Alan & Gordon, Judith (1985). *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Mayring, Philipp. (1991). Die Erfassung subjektiven Wohlbefindens. In Andrea Abele & Peter Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie, Empirie, Diagnostik*. Weinheim: Juventa.
- Mayring, Philipp & Hausser, Kaspar. (1987). *Kontrollüberzeugung und Identität bei Arbeitslosen. Identität. Entwicklungen psychologischer und soziologischer Forschung*. Stuttgart: Enke.
- McKee-Ryan, Frances, Song, Zhaoli, Wanberg, Connie & Kinicki, Angelo. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment. *Journal of Applied Psychology*, 90, 53-76.
- Mecklenburg, Herrmann. (1999). *Zwölf Thesen für eine langfristig erfolgreiche berufliche Integration psychisch Kranker und Behinderter*. *Psychiat*, 26, 22- 232.
- Moser, Klaus & Paul, Karsten. (2001). Arbeitslosigkeit und seelische Gesundheit. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 33, 431-442.
- Mueser, Kim T., Salyers, Michelle P. & Mueser, Peter R. (2001). Prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 281-296.
- Murphy, Gregory C. & Athanasou, James A. (1999). The effect of unemployment on mental health. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72, 83-99.
- Neumann, Michael & Schmidt, Jörg. (2013). *Glücksfaktor Arbeit. Was bestimmt unsere Lebenszufriedenheit?* München: Roman Herzog Institut.

- Noone, Megan, Dua, Jagdish & Markham, Michael. (1999). Stress, cognitive factors, and coping resources as predictors of relapse in alcoholics. *Addict Behav*, 24(5), 687-693.
- Price, Richard H., Choi, Jin Nam & Vinokur, Amiram D. (2002). Links in the chain of adversity following job loss: How financial strain and loss of personal control lead to depression, impaired functioning, and poor health. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7(4), 302-312.
- Projektdokumentation „Arbeitsmarktliche Massnahme für die berufliche Integration von Personen mit Suchtmittelproblemen“ – Projekt PvB Südhang. Beco. Version 19. Mai 2009.
- Puls, Wichard, Inhester, Michael, Reinecke Jost & Wienold Hanns. (1999). Alkoholkonsum und alkoholbezogene Verhaltensprobleme bei arbeitslosen Metallarbeitern in der Perspektive der Affekt-Regulations-Hypothese. *Sucht*, 45, 390-405.
- Puls, Wichard, Inhester, Michael & Reinecke, Jost (2005). Arbeitslosigkeit, alkoholbezogene Verhaltensprobleme und Alkoholkonsum: eine Längsschnittstudie bei Metallarbeitern. *Suchttherapie*, 6, 70-77.
- Riedl, Alfred. (2004). *Grundlagen der Didaktik*. Stuttgart: Steiner.
- Rosenberg, Morris. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Sass, Henning, Wittchen, Hans Ulrich, Zaudig, Michael & Houben, Isabel. (2003) *DSM-IV-TR. Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen Version IV (DSM IV)*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt, Lothar. (1993). *Alkoholkrankheit und Alkoholmissbrauch. Definition – Ursachen – Folgen – Behandlung*. Köln: Kohlhammer.
- Schwarzer, Ralf. (1993). *Stress, Angst und Handlungsregulation*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Schwarzer, Ralf. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sheeran, Paschal, Abrams, Dominic & Orbell, Sheina. (1995). Unemployment, self-esteem and psychological wellbeing: A social comparison theory approach. *Basic and Applied Social Psychology*, 17(1&2), 65-82.
- Soyka, Michael. (1995). *Die Alkoholkrankheit. Diagnose und Therapie*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Soyka, Michael. (1999). *Alkoholabhängigkeit*. Berlin: Springer-Verlag.
- Soyka, Michael & Kufner Heinrich. (2008). *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit: Entstehung – Folgen – Therapie*. Stuttgart: Thieme Verlag.

- Stähler, Thomas P. (2002). Zukünftige Herausforderungen für die berufliche Wiedereingliederung aus Sicht der Rentenversicherung. *Die Zukunft der Suchtbehandlung – Trends und Prognosen*, 25, 289-296.
- Steden, Hans-Peter. (2008). *Psychologie. Eine Einführung für soziale Berufe*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Stimmer, Franz. (2000). *Suchtlexikon*. München: Oldenbourg Verlag.
- Warr, Peter & Jackson, Paul. R. (1985). Factors influencing the psychological impact of prolonged unemployment and reemployment. *Psychological Medicine*, 15, 796-807.
- Weber, Hannelore & Rammsayer, Thomas. (2005). *Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und Differentiellen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Ziegler, Herbert. (1999). Die Bedeutung von Erwerbsaspekten in der Behandlung von Alkoholabhängigen. In Rüdiger Meyenberg & Knut Tielking (Hrsg.), *Neue Wege in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker*. (S. 17-28). Oldenburg: BIS-Verlag.
- Zingg, Claudio & Soyka, Michael. (2009). Die Bedeutung der Selbstwirksamkeit für Therapie und Prognose der Alkoholabhängigkeit. *Nervenheilkunde*, 28(8), 514.

Elektronische Quellen

- BAG. Bundesamt für Gesundheit. (2013). *Suchtmonitoring Schweiz. Alkohol*. Abgerufen auf <http://www.bag.admin.ch/suchtmonitoring/14361/index.html?lang=de>
- BFS. Bundesamt für Statistik. (2013). *Kontrollüberzeugungen*. Abgerufen auf <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/02/dos/04/05.html>
- Duden.(n.d.) *Sucht*. Abgerufen auf <http://www.duden.de/suchen/dudenonline/sucht>
- Gesis. (2012). *Skalenkonzept*. Abgerufen auf <http://www.gesis.org/kurzskalen-psychologischer-merkmale/kurzskalen/kontrollueberzeugung/skalenkonzept/>
- Hafen, Bengel, Jastrebow & Nübling. (2000). Konzept und Dimensionen der Reha-Motivation. *Prävention-Rehabilitation*, 12, S. 1-10. [PDF]. Abgerufen auf http://gfqg.de/publikationen_2000_a.pdf
- Infostelle. Online-Plattform für das Sozialwesen. (2013). *Glossar Arbeitsintegration*. Abgerufen auf http://www.infostelle.ch/de/dyn_output.html?content.void=14610
- Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LIGA). (2011). *Förderung der psychischen Gesundheit bei Erwerbslosen. Ein Leitfaden* [PDF]. Abgerufen auf http://www.lzg.gc.nrw.de/_media/pdf/ligapraxis/liga_praxis_04_Gesundheitsfoerderung_Erwerbslose.pdf
- Pettersson. (2012). *Does unemployment contribute to a poor self-esteem, and does social support, coping and perceived control have any effect during*

- unemployment*. [PDF]. Abgerufen auf <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:536319/FULLTEXT02>
- Rotter, Julian B. (1966). Generalized Expectations for Internal versus External Control of Reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-28. doi:10.1037/h0092976.
- Schweizerische Eidgenossenschaft. Staatssekretariat für Wirtschaft SECO. (n.d.) *Arbeitsmarktliche Massnahmen*. Abgerufen auf <http://www.seco.admin.ch/themen/00385/04770/04843/?lang=de>
- Suchtmonitoring. (2013). *Suchtmonitoring Schweiz*. Abgerufen auf <http://www.suchtmonitoring.ch/de.html>
- Sucht Schweiz (2012). *Theoretische Grundlagen der Suchtprävention*. [PDF]. Abgerufen auf http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Theoretische-Grundlagen-der-SuchtPraevention.pdf
- Sucht Schweiz (2013). *Abhängigkeit*. Abgerufen auf <http://www.suchtschweiz.ch/infos-und-fakten/substanzen-und-sucht/abhaengigkeit/>
- Südhang. (2013). *Der Weg zur Sucht*. Abgerufen auf <http://www.suedhang.ch/Suchtdefinition.html>
- Südhang. (2013). *Geregelte Arbeit schützt vor Rückfall*. Abgerufen auf http://www.suedhang.ch/Arbeitsintegration_Jobcoaching.html
- Wacker, Alois & Kolobkova, Anna. (2000). Arbeitslosigkeit und Selbstkonzept – ein Beitrag zu einer kontroversen Diskussion. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O*, 44(2/00), 69-82. doi: 10.1026//0932-4089.44.2.69.
- WHO. World Health Organization. (n.d.) *Management of substance abuse. Alcohol*. Abgerufen auf http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol/en/

ANHANG I: FRAGEBOGEN

FRAGEBOGEN MIT ARBEITSINTEGRATION

<h3>Fragebogen</h3>

Bern , 1. Oktober 2013

Liebe Teilnehmerinnen und liebe Teilnehmer

Im Rahmen meiner Bachelorarbeit für Soziale Arbeit befasse ich mich mit dem Thema „Wirkungen von Arbeitsintegration bei Suchtpatienten“.

Ich möchte das allgemeine Befinden und die Zufriedenheit näher untersuchen und aufzeigen.

Bitte beantworten Sie alle Fragen offen und ehrlich. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten! Falls keine der möglichen Antworten zu Ihrer Meinung passt, kreuzen Sie bitte diejenige an, die Ihrer Meinung am ehesten entspricht.

Diese Befragung ist anonym, Ihre Antworten werden vertraulich behandelt und nach der Auswertung vernichtet.

Besten Dank, dass Sie sich Zeit nehmen, den Fragebogen auszufüllen.

Fabienne Wirz

1 Die folgenden Aussagen können mehr oder weniger auf Sie zutreffen. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, inwieweit diese auf Sie zutrifft.

	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
a) Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b) Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c) Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
d) In unerwarteten Situationen weiss ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
e) Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
f) Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
g) Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
h) Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
i) Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiss ich, wie ich damit umgehen kann.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
j) Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

2 Die folgenden Aussagen können mehr oder weniger auf Sie zutreffen. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, inwieweit diese auf Sie zutrifft.

	trifft gar nicht zu	trifft wenig zu	trifft etwas zu	trifft ziemlich zu	trifft voll und ganz zu
a) Ich habe mein Leben selbst in der Hand.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b) Wenn ich mich anstrenge, werde ich auch Erfolg haben.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c) Egal ob privat oder im Beruf: Mein Leben wird zum grossen Teil von anderen bestimmt.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d) Meine Pläne werden oft vom Schicksal durchkreuzt.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

3 Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Zutreffendes bitte ankreuzen.

	ich bin entgegen gesetzter Meinung	stimme nicht überein	weder noch	stimme überein	stimme sehr überein
a) Im Grossen und Ganzen bin ich zufrieden mit mir selbst.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b) Manchmal denke ich, dass ich für überhaupt nichts gut bin.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c) Ich glaube, ich habe eine Menge guter Eigenschaften.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d) Ich kann Dinge genau so gut machen, wie die meisten anderen Leute auch.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
e) Ich glaube, es gibt nicht viel, worauf ich stolz sein kann.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
f) Sicherlich fühle ich mich auch manchmal nutzlos.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
g) Ich glaube, dass ich eine geschätzte Person bin, mindestens auf dem selben Niveau wie die anderen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
h) Ich wünschte, ich hätte mehr Achtung vor mir selbst.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
i) Alles in allem neige ich zu dem Gefühl, dass ich ein Versager bin.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
j) Ich habe eine positive Einstellung zu mir selbst.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

4 Warum haben Sie sich entschieden, in die Arbeitsintegration einzusteigen?

- a) Weil **ich** das will.
- b) Weil das von mir verlangt wird.
- c) Weil ich vom RAV/Sozialdienst Geld bekomme.
- d) Weil ich so schnell wie möglich wieder in den 1. Arbeitsmarkt einsteigen/wieder arbeiten will.

5 Bitte kreuzen Sie bei den folgenden 5 Aussagen an, inwieweit Sie diesen zustimmen.

	stimme völlig zu	stimme zu	stimme eher zu	weder noch	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
a) In den meisten Bereichen entspricht mein Leben meinen Idealvorstellungen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
b) Meine Lebensbedingungen sind ausgezeichnet.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
c) Ich bin zufrieden mit meinem Leben.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
d) Bisher habe ich die wesentlichen Dinge erreicht, die ich mir für mein Leben wünsche.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
e) Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich kaum was ändern.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

6 Persönliche Angaben

a) Geschlecht: ₁ männlich ₂ weiblich

b) Alter: Ich bin _____ Jahre alt.

c) Nationalität:

d) Familienstand: ₁ ledig
₂ verheiratet/in einer Partnerschaft lebend
₃ getrennt lebend
₄ geschieden
₅ verwitwet

e) Haben Sie Kinder? ja ₁ nein ₂

f) Welchen Beruf haben Sie erlernt?

g) Welchen Beruf haben Sie vor der Entwöhnungstherapie/vor der Arbeitsintegration zuletzt ausgeübt?

h) Seit wann haben Sie Probleme mit dem Alkoholkonsum? Seit _____ Jahr(en)

i) Wieviele stationäre / ambulante Therapien haben Sie bisher gemacht? Stationäre: _____ Mal(e)
 Ambulante: _____ Mal(e)

j) Wie lange dauerte die Therapie / wie lange dauerten die Therapien insgesamt? Stationäre: _____ Wochen
 Ambulante: _____ Wochen

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit

FRAGEBOGEN OHNE ARBEITSINTEGRATION

Fragebogen

Bern , 1. Oktober 2013

Liebe Teilnehmerinnen und liebe Teilnehmer

Im Rahmen meiner Bachelorarbeit für Soziale Arbeit befasse ich mich mit dem Thema „Wirkungen von Arbeitsintegration bei Suchtpatienten“.

Ich möchte das allgemeine Befinden und die Zufriedenheit näher untersuchen und aufzeigen.

Bitte beantworten Sie alle Fragen offen und ehrlich. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten! Falls keine der möglichen Antworten zu Ihrer Meinung passt, kreuzen Sie bitte diejenige an, die Ihrer Meinung am ehesten entspricht.

Diese Befragung ist anonym, Ihre Antworten werden vertraulich behandelt und nach der Auswertung vernichtet.

Besten Dank, dass Sie sich Zeit nehmen, den Fragebogen auszufüllen.

Fabienne Wirz

1 Die folgenden Aussagen können mehr oder weniger auf Sie zutreffen. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, inwieweit diese auf Sie zutrifft.

	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
a) Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b) Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c) Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
d) In unerwarteten Situationen weiss ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
e) Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
f) Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
g) Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
h) Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
i) Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiss ich, wie ich damit umgehen kann.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
j) Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

2 Die folgenden Aussagen können mehr oder weniger auf Sie zutreffen. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, inwieweit diese auf Sie zutrifft.

	trifft gar nicht zu	trifft wenig zu	trifft etwas zu	trifft ziemlich zu	trifft voll und ganz zu
a) Ich habe mein Leben selbst in der Hand.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b) Wenn ich mich anstrenge, werde ich auch Erfolg haben.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c) Egal ob privat oder im Beruf: Mein Leben wird zum grossen Teil von anderen bestimmt.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d) Meine Pläne werden oft vom Schicksal durchkreuzt.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

3 Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Zutreffendes bitte ankreuzen.

	ich bin entgegen gesetzter Meinung	stimme nicht überein	weder noch	stimme überein	stimme sehr überein
a) Im Grossen und Ganzen bin ich zufrieden mit mir selbst.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b) Manchmal denke ich, dass ich für überhaupt nichts gut bin.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c) Ich glaube, ich habe eine Menge guter Eigenschaften.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d) Ich kann Dinge genau so gut machen, wie die meisten anderen Leute auch.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
e) Ich glaube, es gibt nicht viel, worauf ich stolz sein kann.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
f) Sicherlich fühle ich mich auch manchmal nutzlos.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
g) Ich glaube, dass ich eine geschätzte Person bin, mindestens auf dem selben Niveau wie die anderen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
h) Ich wünschte, ich hätte mehr Achtung vor mir selbst.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
i) Alles in allem neige ich zu dem Gefühl, dass ich ein Versager bin.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
j) Ich habe eine positive Einstellung zu mir selbst.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

4 Aus welchem Grund würden Sie sich entschieden, in die Arbeitsintegration einzusteigen?

- a) Weil **ich** das will.
- b) Weil das von mir verlangt wird.
- c) Weil ich vom RAV/Sozialdienst Geld bekomme.
- d) Weil ich so schnell wie möglich wieder in den 1. Arbeitsmarkt einsteigen/wieder arbeiten will.

5 Bitte kreuzen Sie bei den folgenden 5 Aussagen an, inwieweit Sie diesen zustimmen.

	stimme völlig zu	stimme zu	stimme eher zu	weder noch	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
a) In den meisten Bereichen entspricht mein Leben meinen Idealvorstellungen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
b) Meine Lebensbedingungen sind ausgezeichnet.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
c) Ich bin zufrieden mit meinem Leben.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
d) Bisher habe ich die wesentlichen Dinge erreicht, die ich mir für mein Leben wünsche.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
e) Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich kaum was ändern.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

6 Persönliche Angaben

a) Geschlecht: ₁ männlich ₂ weiblich

b) Alter: Ich bin _____ Jahre alt.

c) Nationalität:

d) Familienstand: ₁ ledig
₂ verheiratet/in einer Partnerschaft lebend
₃ getrennt lebend
₄ geschieden
₅ verwitwet

e) Haben Sie Kinder? ja ₁ nein ₂

f) Welchen Beruf haben Sie erlernt?

g) Welchen Beruf haben Sie vor der Entwöhnungstherapie/vor der Arbeitsintegration zuletzt ausgeübt?

h) Seit wann haben Sie Probleme mit dem Alkoholkonsum? Seit _____ Jahr(en)

i) Wieviele stationäre / ambulante Therapien haben Sie bisher gemacht? Stationäre: _____ Mal(e)
 Ambulante: _____ Mal(e)

j) Wie lange dauerte die Therapie / wie lange dauerten die Therapien insgesamt? Stationäre: _____ Wochen
 Ambulante: _____ Wochen

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit

ANHANG II: STATISTISCHE AUSWERTUNGEN

ALLGEMEINE SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
swe_d urchsc hnitt Equal variances assumed	.063	.803	6.107	25	.000	.99231	.16249	.65766	1.32696
Equal variances not assumed			6.099	24.700	.000	.99231	.16269	.65703	1.32759

KONTROLLÜBERZEUGUNG

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
KR Z_I KÜ Equal variances assumed	1.963	.174	2.699	25	.012	.94505	.35018	.22384	1.66627
Equal variances not assumed			2.665	21.592	.014	.94505	.35458	.20889	1.68122
KR Z_ EK Ü Equal variances assumed	6.854	.015	-2.070	25	.049	-.76099	.36768	-1.51824	-.00374
Equal variances not assumed			-2.030	18.966	.057	-.76099	.37478	-1.54551	.02353

SELBSTWERT

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
SW_durchschnitt	Equal variances assumed	3.118	.090	2.969	25	.007	.76484	.25761	.23427	1.29540
	Equal variances not assumed			2.912	18.926	.009	.76484	.26261	.21503	1.31464

LEBENSZUFRIEDENHEIT

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
SWLrecod_durchschnitt	Equal variances assumed	.853	.364	2.502	25	.019	1.30549	.52173	.23097	2.38002
	Equal variances not assumed			2.467	20.977	.022	1.30549	.52914	.20500	2.40599