

Kury, Helmut / Dittmar, Wolfgang und Rink, Magdalena

Zur Resozialisierung Drogenabhängiger –Diskussion bisheriger Behandlungsansätze

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 29 (1980) 4, S. 135-152

urn:nbn:de:bsz-psydok-27946

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Praxis und Forschung

F. Bittmann: Motivationale Bedingungen des Leistungsverhaltens von Heimkindern und Familienkindern (Conditions for Achievement Behaviour)	124
G. Bovensiepen, R. Oesterreich, K. Wilhelm u. M. Arndt: Die elterliche Erziehungseinstellung als Ausdruck der Familiendynamik bei Kindern mit Asthma bronchiale (Asthmatic Children: Parental Child-Rearing Attitudes and Family Dynamics)	163
G. Brandt: Symbolik und Symptomatik (Symbolism and Symptoms)	79
G. Bronder, K. Böttcher und Siegrid Rohlf: Diagnose: Entwicklungsstillstand — Ein Therapiebericht (Diagnosis: Developmental Arrest — A Therapeutic Program)	95
A. K. S. Cattell, S. E. Krug u. G. Schumacher: Sekundäre Persönlichkeitsfaktoren im Deutschen HSPQ und ihr Gebrauchswert für die Diagnose, für interkulturelle Vergleiche, für eine empirische Überprüfung tiefenpsychologischer Modellvorstellungen sowie für die Konstruktvalidität des HSPQ (Second Stratum of the German HSPQ and their Value for Diagnosis Cross-Cultural-Comparisons, Verification of Analytic Theory and for Conceptual Validity of the HSPQ)	47
R. Castell, A. Biener, K. Artner u. C. Beck: Artikulation und Sprachleistung bei drei- bis siebenjährigen Kindern. Ergebnisse der Untersuchung einer Zufallsstichprobe aus der Bevölkerung (Articulation and Language Development in Children)	203
W. Ferdinand: Über Merk-male der Ersterinnerungen verhaltensgestörter und psychosozial integrierter Kinder (Earliest Recollections of Psychosocially Well Integrated Children and of Disturbed Children) ...	51
H.-P. Gilde, G. Gutezeit: Ergebnisse einer vergleichenden Untersuchung zu visuellen Perzeptionsleistungen von Risikokindern im Vorschulalter (Results from a Comparative Study on Visual Perception in Pre-School-Children Who Had Been Premature Infants)	213
W. Göttinger: Ein Konzept für die Beratung von Stotternden (A Concept for the Guidance of Stutterers)	55
R. Haar: Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen in Klinik und Heim (Group Psychotherapy with Children and Adolescents in Hospital Treatment)	182
G. Haug: Enuresis in langfristiger Familienbeobachtung (Enuretics in Long-Term Observation in Their Families)	90
F. Henningsen: Die psychische Belastung des Knochenmarkspenders und die Bedeutung begleitender Psychotherapie (The Psychological Stress on Bone Marrow Donors and the Contributions of Attendant Psychotherapy)	37
B. Hobrucker, V. Rambow, G. Schmitz: Problemanalyse bei weiblichen Jugendlichen nach Suizidversuchen (Problem Analysis on Female Adolescents after Attempted Suicide)	218
F. Hofmann u. H. Kind: Ein eineiiges Zwillingsspaar diskordant für Anorexia nervosa (Monozygotic Twins Discordant for Anorexia Nervosa—A Contribution to the Pathogenesis from a Case History)	292
K. Krisch: Eine vergleichende Untersuchung zum „Enkopretischen Charakter“ (A Comparative Study on the “Encopretic Character”)	42
K. Krisch: Die stationäre Behandlung dreier Enkopretiker: Planung, Verlauf und Ergebnisse einer verhaltenstherapeutischen Intervention (In-patient Therapy with Three Encopretics: Design, Course of Treatment and Results of a Behavioral Intervention)	117

F. Matthejat, G. Niebergall u. V. Nestler: Sprachauffälligkeiten von Kindern bei aphasischer Störung des Vaters — Eine entwicklungspsycholinguistische Fallstudie (Speech Disorders in Children with an Aphasie Father—a Case Study in Developmental Psycholinguistics)	83
W. Mall: Entspannungstherapie mit Thomas (Relaxation Therapy with Thomas—First Steps on a New Path)	298
J.-E. Meyer: Die Bedeutung der Adoleszenz für die Klinik der Neurosen (The Influence of Adolescence on the Clinical Development of Neuroses)	115
T. Neraal: Autonomie — ein Mehrgenerationenproblem am Beispiel einer analytischen Familienberatung (Autonomy—A Multi-Generational Problem—A case of analytic family counseling)	286
H. Otte: Überlegungen zur Arzt-Patient-Beziehung bei der stationären Therapie der Anorexia nervosa (Considerations on the Patient-Therapist-Relationship in Connection with In-Patient Treatment of Anorexia Nervosa)	243
H. Rau u. Chr. Wolf: Zusammenarbeit mit Eltern in Einrichtungen der Öffentlichen Jugendhilfe — Darstellung einer speziellen Familienbehandlung (Cooperation with Parents in Youth Welfare)	8
U. Rauchfleisch: Zur Entwicklung und Struktur des Gewissens dissozialer Persönlichkeiten (Development and Structure of the Conscience in Dissocial Personalities)	271
A. Reinelt u. M. Breiter: Therapie einer Trichotillomanie (Therapy of a Case Trichotillomania)	169
A. Salanczyk: Das prosoziale Kind (Prosocial Activity in the Pre-school-child)	1
H. Sasse, G. Stefan, A. v. Taube u. R. Ullner: Zu unserer Arbeit mit behinderten und nichtbehinderten Kindern (Open Integration of Handicapped and Not Handicapped Children)	63
V. Schandl u. E. Löschenkohl: Kind im Krankenhaus: Evaluierung eines Interventionsprogrammes bei Verhaltensstörungen (The Child in the Hospital: Evaluation of an Intervention Program on Behavioral Disorders)	252
G. M. Schmitt: Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Behandlung der Pubertätsmagersucht (Client-Centered Group Psychotherapy in the Treatment of Anorexia Nervosa)	247
L. Verhofstadt-Deneve: Adoleszenzkrisen und soziale Integration im frühen Erwachsenenalter (Crises in Adolescence and Social Integration in Early Adulthood—A Psycho-Dialectic Approach with Clinical Implications)	278
B. Wiesler: Zur Psychologie des Serienhelden (The Psychology of a Hero Called Lassiter)	175

Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge

S. Bäuerle u. H. Kury: Streß in der Schule. Eine experimentelle Untersuchung an 13-16jährigen Schülern (School Stress)	70
P. Birkel: Intelligenzentwicklung und Intelligenzmessungen bei körperbehinderten Kindern (Cognitive Development and Measurement of Intelligence in Physically Handicapped Children)	264
R. Bodenstein-Jenke: Eine vergleichende Untersuchung psychomotorischer Testleistungen von autistischen, lern- und geistigbehinderten Schülern mit Hilfe des LOS aus der Testbatterie für Geistigbehinderte (A Comparative Study of Psycho-motoric Test Performances by Autistic, Mentally and Educationally	

- Handicapped School-Children with the Help of the LOS Method from the Test Battery for the Mentally Handicapped) 24
- Ch. Ertle: Schwierige Kinder und ihre Erzieherinnen — Praxisanleitung als konkrete Weiterbildung — (Pedagogic Personnel in Confrontation with Emotionally Disturbed Children — Practice Related Supervision as a Form of On-the-Job Training) 308
- J. Jungmann: Adoption unter Vorbehalt? Zur psychischen Problematik von Adoptivkindern (Adoption with Reservations? On Psychic Problems in Adopted Children) 225
- J. Kahlhammer: Das Leistungsverhalten von Schihaupt- schülern (Achievement Behaviour in Pupils at the "Schihauptschule") 100
- U. Klein: Lehrer und suchtgefährdete Schüler (Teachers and School-children in Danger of Addiction) 302
- H. Kury, W. Dittmar u. M. Rink: Zur Resozialisierung Drogenabhängiger — Diskussion bisheriger Behandlungsansätze (On Resocialization of Drug Addicts — A Discussion of Current Approaches to Treatment) .. 135
- M. Müller: Bericht über die Mitarbeit des Schulpsychologischen Dienstes Spandau im Rahmen der psychologisch-therapeutischen Betreuung von verhaltens- problematischen (verhaltensgestörten) Schülern in Beobachtungs-Klassen im Schuljahr 1977/78 (Report on the Collaboration of a Psychological School Advisory Board in "Observation-Classes" 1977/78; Psychological-Therapeutic Work with Maladjusted Pupils) 13
- M. Müller: 20 Jahre Schulpsychologischer Dienst im Bezirk Spandau von Berlin (20 Years of School Psychological Service in Berlin-Spandau) 231
- M. Nagy: Die Arbeit des Psychotherapeutischen Kinderheimes Wolfshagen im Harz (A Multimethodical Approach Including Family-Therapeutic Goals Applied to Institutional Care) 152
- W. Schmidt: Ein Beitrag zur Frage der Eignung von Adoptionsbewerbern (The Qualification for Adoption) 66
- R. Westphal: Erfahrungen mit strukturierter Gruppenarbeit in der Teestube einer Kontakt- und Beratungsstelle für Jugendliche (Experiences with Structured Groupwork in the Teashop of a Counseling-Service for Adolescents) 194
- J. Wienhues: Krankenhausaufenthalt aus der Sicht erkrankter Schulkinder der Sekundärstufe I. Ergebnisse einer Fragebogenuntersuchung (Hospitalization from the Point of View of Children in Secondary-School — Results from a Questionnaire) 259
- H. Zern: Zum Prestige des gewählten Berufes bei Erzieherinnen in der Ausbildung (The Prestige of the Chosen Profession in Trainees at Training Colleges for Welfare Workers) 132
- Tagungsberichte**
- H. Moschtaghi u. J. Besch: Bericht über die 6. Tagung der ISSP vom 2. 9. bis 6. 9. 1979 in Basel (Report on the 6th ISSP-Conference from September 2nd-6th 1979 in Basel) 108
- H. Remschmidt: Bericht über die 16. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Münster vom 26. 9. bis 29. 9. 1979 (Report on the 16th Session of the German Society for Child- and Juvenile Psychiatry in Münster, Sept. 16-29, 1979) 31
- Bericht aus dem Ausland**
- T. Nanakos: Wege der Heilpädagogik in Nordgriechenland — Tessaloniki (Methods of Medico-Pedagogic Treatment in Northern Greece — Tessaloniki) 111
- Literaturberichte: Buchbesprechungen**
- Benedetti, Gaetano: Psychodynamik der Zwangsneurose 201
- Duska, Ronald u. Whelan, Mariellen: Wertentwicklung — eine Anleitung zu Piaget und Kohlberg 316
- Fenichel, Otto: Neurosenlehre Band 1, 2, 3 159f.
- Friedrich, H., Fränkel-Dahlmann, I., Schaufelberger, H.-J., Streack, U.: Soziale Deprivation und Familiendynamik 160f.
- Fürstenau, Peter: Zur Theorie psychoanalytischer Praxis 201
- Grüttner, Tilo: Legasthenie ist ein Notsignal 201f.
- Spitz, René A.: Eine genetische Feldtheorie der Ichbildung 158f.
- Werry, J. S. (Ed.): Pediatric Psychopharmacology. The Use of Behavior Modifying Drugs in Children 161
- Mitteilungen (Announcements) 34, 76, 113, 161, 202, 242, 269, 317

Zur Resozialisierung Drogenabhängiger – Diskussion bisheriger Behandlungsansätze

Von Helmut Kury, Wolfgang Dittmar und Magdalena Rink

Zusammenfassung

Zunächst wird ein Überblick über Ausmaß und Entwicklung des Drogenkonsums und die damit zusammenhängenden Probleme der Drogenkriminalität in der Bundesrepublik gegeben, wobei besonders auch auf die starke Zunahme des Alkoholmißbrauchs unter Jugendlichen hingewiesen und auf dessen Ursachen eingegangen wird. Danach werden die bisherigen Behandlungsansätze in der Drogentherapie kurz dargestellt. Entsprechend den theoretischen, methodischen und institutionellen Besonderheiten wird unterschieden zwischen der Behandlung in der klassischen Psychiatrie, sozialpsychiatrischen Drogentherapie, Selbsthilfeeinrichtungen und Sozialtherapie bei Drogenabhängigen. Es werden jeweils die Behandlungsprinzipien, Methoden, bisherige Erfahrungen, Vorteile und Probleme der verschiedenen therapeutischen Ansätze beschrieben und diskutiert, wobei hervorgehoben wird, daß nach den bisherigen Ergebnissen Drogentherapie nur bei stufenweisem Aufbau im Rahmen einer interdisziplinär und interinstitutionell gestalteten „Behandlungskette“ erfolgversprechend ist. Es werden auch die Probleme der Effizienzforschung diskutiert und der Mangel an wissenschaftlich gesichertem Wissen über die Wirksamkeit der verschiedenen Behandlungskonzepte bei unterschiedlichen Patientengruppen hervorgehoben. Außerdem wird auf das Problem ungenügender Zielgruppendifferenzierung sowie Schwierigkeiten und

Möglichkeiten der Behandlung bei therapieresistenten und rehabilitationsunwilligen Drogenabhängigen eingegangen. Schließlich wird die Notwendigkeit sowie Möglichkeiten verstärkter prophylaktischer Maßnahmen hervorgehoben.

1. Einleitung

Während in den Jahren nach 1971, dem vieldiskutierten Höhepunkt der „Drogenwelle“ in Deutschland, der Mißbrauch illegaler Rauschdrogen eine eher rückläufige Tendenz zeigte, wurde in den letzten Jahren von verschiedener Seite auf ein erneutes Ansteigen des Drogenkonsums vor allem bei Jugendlichen hingewiesen. Mehrere Autoren stellen in diesem Zusammenhang fest, daß vor allem bei den „harten Drogen“ eine Zunahme des Mißbrauchs festzustellen ist. So spricht *Kreuzer* von einer „Umschichtung in Richtung ‚harter Drogen‘, insbesondere des Heroins“ (1978, S.15). Wurden in der Bundesrepublik 1975 noch 31,0 kg Heroin sichergestellt, so waren es ein Jahr später 176,2 kg. Zu Recht weist *Kaiser* darauf hin, daß „neben den vielfältigen Formen der Gruppenkriminalität... die Drogendelinquenz zu neueren und bedeutenden Erscheinungsformen der Jugendkriminalität“ zählt (1978, S.119; vgl. a. *Bron* 1977). Um der Zunahme des Drogenkonsums Herr zu werden, löste der Gesetzgeber das alte Opiumgesetz aus dem Jahre 1929 durch das Betäubungsmittelgesetz von 1972 ab, welches eine weitere Kriminali-

sierung im Drogenbereich mit sich brachte. So ist seither auch der Besitz sogenannter klassischer Drogen sowie die Weitergabe und das Verabreichen von Betäubungsmitteln unter Strafe gestellt. Im Hinblick darauf, daß – wie mehrere empirische Untersuchungen gezeigt haben (vgl. *Schenk* 1975) – gerade im Bereich der Drogenkriminalität das Dunkelfeld, also der Anteil der offiziell nicht registrierten Straftäter, außerordentlich groß ist, kann jedoch „von der Durchsetzung der Rechtsordnung auf diesem Gebiet... keine Rede sein“, womit festgestellt werden muß, daß die „exzessive Ausdehnung der Kriminalisierung bereits jetzt, zumindest soweit jugendliche Drogengebraucher davon betroffen sind, sich als ein ‚Schlag ins Wasser‘ erweist“ (*Kaiser*, 1978, S. 123f.). Aufgrund der hohen Dunkelziffer, die, wie Dunkelfelduntersuchungen zeigen, bei ca. 95% liegen dürfte, kann selbstverständlich von einer Verlässlichkeit der offiziellen Kriminalstatistiken zumindest in diesem Bereich keine Rede sein. Andererseits darf die Zuverlässigkeit der Befragungen vor allem hinsichtlich ihrer Aussagen zum „harten Kern“ der Drogenabhängigen („Fixer“) nicht überbewertet werden, da aus ökonomischen Gründen vor allem Schüler und ähnlich leicht erreichbare Stichproben befragt und somit in der Regel nur sozial integrierte Drogenkonsumenten erfaßt wurden (vgl. *Günther* 1974, S. 402). Die Abhängigen von harten Drogen bewegen sich zumeist in ihren eigenen Subgruppen („Peer-Groups“) oder sind bereits völlig isoliert (vgl. *Waldmann* u.a. 1977), werden demnach von solchen Befragungen kaum erfaßt.

Aus den Befunden der Untersuchungen kann geschlossen werden, daß ca. 20–30% der 15 bis 20jährigen mindestens bereits einmal mit Rauschdrogen, in der Regel Haschisch, in Kontakt kamen, daß davon 10–13% regelmäßig Rauschgift konsumieren („User“) und daß ca. 2–5% als drogenabhängig oder süchtig bezeichnet werden können. Obwohl das Problem der Abhängigkeit Jugendlicher von illegalen Rauschdrogen schwerwiegend ist und zu Recht intensiv diskutiert und untersucht wird, darf in diesem Zusammenhang nicht außer acht gelassen werden, daß sich in den letzten Jahren eine Entwicklung abzuzeichnen beginnt, „die eine Wendung zum Jugendalkoholismus unter partieller Ablösung des sonstigen Drogengebrauchs vermuten läßt“ (*Kaiser* 1976, S. 220). Zunehmend mehr Jugendliche wenden sich den legalen Drogen wie Alkohol und Nikotin zu, wobei zu beachten ist, daß der Altersdurchschnitt der Betroffenen mehr und mehr abnimmt, somit auch mehr Kinder zu den Drogenkonsumenten gezählt werden müssen (vgl. *Kielholz u. Ladewig* 1970; *Jasinsky* 1971; 1973; *Bschor* 1976). Zu Recht wurde von verschiedener Seite darauf hingewiesen, daß Aussagen zum Drogenproblem bei Jugendlichen immer in Verbindung zu sehen sind mit Problemen des Medikamenten- und Alkoholmißbrauchs, und zwar nicht nur der Jugendlichen selbst, sondern auch der Erwachsenen.

Die Unterscheidung zwischen „Genußmitteln“ wie Alkohol und Nikotin und „Rauschmitteln“ wie Canabis und Opiate, trägt nach *Gruenwaldt* (1971) und *Kleiner* (1971) dazu bei, die Illegalität der kulturfernen Drogen überzubetonen. Unter dem Drogenbegriff werden in der Regel nur „nichtsozialisierte“ Drogen (vgl. *Irwin* 1970) subsumiert

wie Canabis, Halluzinogene und Opiate, nicht jedoch Alkohol, Nikotin und Tabletten und das trotz der zunehmend dominierenden Stellung der letzteren. Vergleicht man beispielsweise die Ergebnisse der verschiedenen Befragungen zum Drogenverhalten, so läßt sich feststellen, daß Drogenkonsum der Jugendlichen im wesentlichen Konsum der traditionellen Drogen Alkohol und Nikotin ist, während die Modedrogen wie Canabis und LSD im Vergleich dazu eine geringere Rolle spielen (vgl. *Weidmann* u.a. 1973; *Schenk* 1974). So stellte beispielsweise die Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren 1975 in einer Umfrage fest, daß 2–3% der Bevölkerung behandlungsbedürftig alkoholkrank sind. Nicht weniger als 8–10% hiervon sind unter 25 Jahren alt. „Der Alkoholismus hat heute Eingang gefunden in alle sozialen Schichten und in alle Altersgruppen. Alkohol ist zur Droge Nummer eins geworden. Der Alkoholismus ist eines der größten sozialmedizinischen Probleme. Das Durchschnittsalter der zur Behandlung kommenden Alkoholkranken verjüngt sich mehr und mehr, was auch den Schluß zuläßt, daß mit dem chronischen Alkoholmißbrauch immer früher begonnen wird“ (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren 1976).

2. Jugendalkoholismus

Die Dringlichkeit und das Schwergewicht des Problems „Jugendalkoholismus“ ist inzwischen zunehmend ins öffentliche Bewußtsein gerückt. Auch die Bundesregierung beschäftigte sich im Rahmen einer großen Anfrage (Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit 1977) mit dem Alkoholproblem. In Schleswig-Holstein wurde vom Sozialministerium eine Lotstudie in Auftrag gegeben, bei der 2359 Schüler nach ihrem Alkoholkonsum befragt wurden (*Fahrenkrug* u.a. 1977).

Dabei gaben 17% der Probanden an, täglich oder mehrmals wöchentlich vier oder mehr Gläser eines Alkoholkums zu sich zu nehmen oder regelmäßig am Wochenende mindestens sechs Gläser zu trinken. Als disponierend für exzessiven späteren Alkoholkonsum erwies sich weniger der Zeitpunkt des ersten Trinkens von Alkohol, als vielmehr derjenige des ersten Rausches. Schon *Vamosi* (1972) hatte in einer früheren Untersuchung festgestellt, daß Probanden den Rauschzustand im Erwachsenenalter um so mehr suchen, je früher sie ihn zum ersten Male erlebt haben. In Form einer Typisierung benennen *Fahrenkrug* u.a. drei hauptsächliche Trinkmotive:

1. Konformitätsorientiertes Trinken (z.B. im geselligen häuslichen Rahmen, bei Festen mit Gleichaltrigen u.ä.);
2. problemorientiertes Trinken (zur Spannungs- und Angstreduktion);
3. imitatorisches und antizipatorisches Trinken, durch das der Jugendliche „erwachsene“ Verhaltensweisen nachahmt bzw. vorwegnimmt. Dabei wurden von den befragten Schülern die beiden ersten Trinkmotive mit jeweils 40% als die wichtigsten angegeben.

Mit den Jahren verschiebt sich das Trinkmotiv vom konformitäts- zum problemorientierten Trinken.

Diese empirischen Ergebnisse lassen sich gut mit der Arbeit von *Bron* (1976) in Übereinstimmung bringen, der Geltungssuche bei Gleichaltrigen, Vorbild der Erwachsenenwelt und Verminderung psychischer Spannungen als Trinkmotive ausgemacht hat. Das von *Bron* außerdem angegebene Motiv der Reizsuche, ein Konzept, das

u. a. von *Zuckerman* (1974) hervorgehoben wurde, konnte in der Untersuchung nicht verifiziert werden. Es scheint auch aus theoretischen Überlegungen fraglich, ob „Reizhungrige“ gerade zum Alkohol greifen, um ihrem „sensation-seeking-motive“ Genüge zu tun.

Verschiedentlich wurde zu Recht darauf hingewiesen, daß eine Analyse der Trinkmotive allein auf der individuellen Ebene nicht ausreicht, um das Problem des Alkoholismus, insbesondere des Jugendalkoholismus zu erklären, geschweige denn in den Griff zu bekommen. Kulturelle und sozialpsychologische Aspekte werden in neuerer Zeit vermehrt betont. In verschiedenen Kulturen findet man unterschiedliche Einstellungen zum Alkoholismus (vgl. *Pittman* 1970).

Als Vermittlungsinstanz der gesellschaftlichen Normen wird übereinstimmend die Familie angesehen, die nach Meinung vieler Wissenschaftler unterschiedlicher psychologischer Schulen die entscheidenden Weichen im Leben des Jugendlichen stellt.

Modelleffekte spielen hierbei offensichtlich eine wichtige Rolle. So stellte *Schröder* (1976) fest, daß der Alkoholismus in der Familie einen erheblichen Einfluß auf den Alkoholkonsum der Kinder hat. Bei Jungen und Mädchen zwischen 16 und 18 Jahren finden sich 94% bzw. 68% in der Gruppe der regelmäßigen Trinker, wenn bei Eltern, Großeltern oder Verwandten Alkoholismus vorkommt. In Familien ohne Kontaktstörungen liegt die Rate der Alkoholgefährdung der Jugendlichen in allen Lebensaltern relativ gleich niedrig bei 7%. Ähnlich niedriger Alkoholkonsum konnte bei sozialen Aufsteigerfamilien registriert werden. Hingegen steigt der Alkoholkonsum der Kinder und Jugendlichen dort, wo durch die arbeitsbedingte Überlastung der Eltern das Zusammenleben zwischen den Generationen gestört ist. In diesen Familien konsumieren über 60% der Jungen und Mädchen regelmäßig Alkohol. Angesichts der Ergebnisse seiner Untersuchung betont *Schröder* die primäre Rolle der soziogenen Faktoren als Ausgangspunkt des Alkoholismus bei Jugendlichen. Die Familie als Vermittlerin von Einstellung und Verhalten zum Alkohol steht auch im Mittelpunkt der Untersuchung von *Stimmer* (1978).

Trotz der Zunahme des Alkoholkonsums Jugendlicher darf aber das Problem der illegalen Drogen keinesfalls unterschätzt werden. Die Abhängigkeit von illegalen Rauschdrogen ist zwar quantitativ weniger verbreitet als der Alkoholismus, aber die Gefährdung ist vielfach größer. Nicht selten verwahrlosen Drogenabhängige innerhalb weniger Jahre oder sogar Monate und geben sich in der Verzweiflung selbst den „goldenen Schuß“. Allein in Baden-Württemberg starben im letzten Jahr bis zum November 60 Personen an Rauschgift, meist an einer Überdosis des „Stoffs“. Außerdem gibt es alarmierende Berichte über Drogenabhängigkeit von Gefängnisinsassen (600 Fixer in der Vollzugsanstalt Berlin-Tegel bei 1600 Häftlingen). Einsitzende werden zum Teil zum Drogenkonsum gezwungen und abhängig gemacht. Insgesamt bewirkte die zunehmende Tendenz zu den harten Drogen auch ein Ansteigen der Drogendelinquenz.

Seit 1971 veränderten sich auch die Betroffenen hinsichtlich ihrer Herkunft. Waren es in der Anfangsphase der „Drogenwelle“ zumeist Jugendliche aus gehobenen Bildungsschichten, die sich dem Drogenkonsum zuwandten und diesen auch vielfach weltanschaulich zu untermauern

suchten, waren es später zunehmend Lehrlinge und Angehörige der unteren sozialen Schichten (vgl. *Waldmann* 1971). Heute ist eine breite Streuung der Drogenabhängigen über alle gesellschaftlichen Schichten festzustellen.

Mit zunehmendem Mißbrauch vor allem der illegalen Drogen wurden in den letzten Jahren die Resozialisierungsbemühungen um die Betroffenen intensiviert. So wurden therapeutische Programme entwickelt, Wohngemeinschaften gegründet und teilweise auch Nachsorgemöglichkeiten geschaffen. Die Dringlichkeit notwendiger Interventionen läßt sich schon alleine aus der Anzahl der Drogensüchtigen und dem Ausmaß der Mortalitätsrate ableiten. Nach vorsichtigen offiziellen Schätzungen gab es im Jahre 1976 etwa 50000 bis 60000 Opiatabhängige (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren 1976, S. 15). Seit 1965 dürfte sich die Zahl verzehnfacht haben. Gab es etwa nach *Thamm* (1976) 1970 noch 29 Drogentote, so lag die Zahl 1976 bereits bei 337. Allein auf Berlin, das in der Bundesrepublik die stärkste Drogenszene besitzt, entfielen nach *Bschor* u. *Junge* (1977) für das Jahr 1976 bereits 50 Drogentote.

Die beiden Hauptansatzpunkte, um dem Konsum harter Drogen zu begegnen, sind Prophylaxe und Therapie. Hinsichtlich prophylaktischer Maßnahmen ist die Aufklärung mittels objektiver Informationen die am häufigsten vorgeschlagene Methode (vgl. *Kielholz* u. a. 1972).

Dieser Ansatz erwies sich jedoch weitgehend als wirkungslos, da dabei übersehen wurde, daß es zumeist nicht Informationsdefizite sind, die zum Drogenkonsum führen, sondern grundlegende soziale und psychische Probleme der Betroffenen (vgl. *Biener* 1974; *Reinschmiedt* 1978).

Therapeutische Programme für Drogenabhängige konzentrieren sich im wesentlichen auf Konsumenten harter Drogen sowie Polytoximane (vgl. *Schenk* 1975). Insgesamt muß jedoch festgestellt werden, daß sich seit Jahren die Behandlung von Drogenabhängigen in einer verworrenen Experimentierphase befindet. So stellen *Schmidtbauer* u. *Scheidt* 1971, S. 23) zu Recht fest, daß die „Therapie der Drogenabhängigkeit... das düsterste Kapitel der Rauschdrogenliteratur“ ist. Bis heute fehlt es weitgehend an effizienten Resozialisierungsmodellen und wirksamen Behandlungsmethoden (vgl. a. *Reinschmiedt* 1978).

Es soll im folgenden versucht werden, die heterogenen und vielfach kaum vergleichbaren Ansätze zur Behandlung Drogenabhängiger in der Bundesrepublik stichwortartig darzustellen.

3. Behandlung Drogenabhängiger

3.1 Behandlung in der Psychiatrie

a) Klassische Psychiatrie

Die Behandlung von Drogenabhängigen in der Psychiatrie wie auch in anderen Einrichtungen muß auf dem Hintergrund des jeweiligen Pathogenesekonzepts gesehen werden. Wie Drogenabhängige oder Alkoholiker auf einer psychiatrischen Station oder in der Praxis von niedergelassenen Nervenärzten versorgt werden, ist wesentlich abhängig von den Vorstellungen über die Ätiologie des Mittelmißbrauchs. Eine einheitliche Konzeption über die Bedingungen, die zur

Entwicklung eines Abusus führen, fehlt. Deshalb darf es nicht verwundern, wenn die Behandlung je nach den Krankheitsvorstellungen unterschiedlich ist (vgl. Kury und Patzschke 1979).

Eine weitgehend gemeinsame Vorstellung über die Entwicklung von Alkohol- und Drogenabhängigkeit läßt sich allerdings bei den Vertretern der klassischen Psychiatrie ausmachen: Die wesentlichste Komponente dabei ist die Persönlichkeit des Süchtigen. „Die psychiatrische Auffassung der Suchtentstehung geht von der individuellen Disposition, nämlich der neurotischen oder psychotischen Persönlichkeit aus“ (Kukuvetz 1965). Entsprechend sind Begriffe wie „pathologische Persönlichkeit“ (Irwin 1970), „Neurotiker“ (Maas u. Schmidtbreick 1972) und „Psychopath“ (Sattes 1970) zur Beschreibung von Drogenabhängigen gebräuchlich. Das Konzept der prämorbidem Persönlichkeit, also der Persönlichkeitsstruktur vor der Entwicklung der Abhängigkeit, ist der erklärende Faktor in der klassischen Psychiatrie.

Dabei sind zwei unterschiedliche Ansätze zu differenzieren: der phänomenologisch-deskriptive, der in der klassischen Psychiatrie den größten Raum einnimmt und der psychoanalytisch-erklärende, der die Persönlichkeitsstruktur auf die psychosexuelle Sozialisation als entscheidende Komponente zurückführt. Entsprechend finden sich in der Fachliteratur teils vorwiegend beschreibende Arbeiten, so z.B. Staehlin (1960), teils psychoanalytisch orientierte Autoren, so z.B. Menninger (1974), der Alkoholismus und Drogenabhängigkeit auf eine orale Fixierung zurückführt und im Rauschmittelmißbrauch einen langsamen Selbstmord, eine Selbstzerstörung sieht. Es besteht jedoch weder auf der Ebene der Deskription noch der psychoanalytischen Erklärung Einheitlichkeit. Verschiedene Autoren vertreten vielfach sehr unterschiedliche Ansichten. Ferner muß betont werden, daß in der Bundesrepublik nur in relativ wenigen psychiatrischen Kliniken rein psychoanalytisch vorgegangen wird und daß die Psychoanalytiker selbst die klassische Psychoanalyse bei Alkoholikern und Drogenabhängigen relativ selten anwenden. Sie hat sich nach Blane (1977) bei dieser Klientel als ineffektiv erwiesen. Hingegen kann psychoanalytisch orientierte Gruppenarbeit zu positiven Veränderungen bei den Abhängigen führen (vgl. Battegay u. Ladewig 1970). Daß bei Gesprächen mit Jugendlichen eine Veränderung der klassischen Analysetechnik empfehlenswert ist, hat schon Dührssen (1971) betont. „Der Therapeut, der sich zu stark an dem gelernten analytischen Umgang mit Erwachsenen orientiert, sieht unter Umständen sein eigentliches Ziel darin, daß er den jugendlichen Patienten erfolgreich dazu bringt, jene analytische Situation zu akzeptieren, die für erwachsene Patienten als besonders günstig gilt ... Aus diesem Irrtum resultieren nach meiner Ansicht die häufigsten Fehlschläge in der psychotherapeutischen Behandlung von Jugendlichen“ (Dührssen, 1971, S. 332f.).

Aus der Verlagerung der Ursachen für die Drogenabhängigkeit in die Persönlichkeitsstruktur resultierte nicht selten ein „therapeutischer Nihilismus“, der die Behandlung beim medizinischen Entzug bewenden ließ. Das Vorgehen dabei ist bekannt: Die Droge wird, in der Regel abrupt, abgesetzt;

der Entzug erfolgt auf einer geschlossenen Abteilung, der Patient darf keinen Kontakt zu früheren Freunden, Mitgliedern der Drogenszene, haben, er erhält Ausgangssperre. Entzugerscheinungen und Folgeerkrankungen werden, soweit nötig und möglich, behandelt. Der medizinische Entzug ohne begleitende und nachfolgende Psychotherapie bringt jedoch Rückfallquoten von über 90 % (Sollmann 1974). Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, daß gerade die psychiatrischen Krankenhäuser häufig mit den prognostisch ungünstigen Fällen zu tun haben.

Ca. 48 % der dort untergebrachten Abhängigen sind zwangseingewiesen (vgl. Deutscher Bundestag 1975) und entsprechend wenig motiviert. Gerade um diese, häufig auch in Beschaffungskriminalität verwickelten Drogenabhängigen zu erreichen, wurden in den USA die sogenannten Methadonprogramme entwickelt, die zur Erleichterung des Entzugs, größtenteils aber zur Heroinsubstitution auf Lebenszeit konzipiert worden sind (vgl. Logan 1974; Riedesser 1974). Zwar wurden diese Programme auch in Deutschland vereinzelt angewandt (vgl. Lotze u. a. 1974), doch haben sich die meisten Vertreter der Psychiatrie insbesondere gegen die Substitutionsprogramme ausgesprochen. Bei kritischer Sichtung der Literatur und der mitgeteilten Ergebnisse kann gesagt werden, daß sich der anfängliche Optimismus nicht als berechtigt erwiesen hat. In günstigen Fällen ergeben sich Quoten von etwa 37 % der Abhängigen, die bei weiterer Einnahme von Methadon ansonsten drogenfrei blieben und nicht rückfällig wurden (Gearing u. Schwetzer 1974; Lennard u. a. 1974). Außerdem hat sich inzwischen ein eigener schwarzer Markt für Methadon gebildet. Während bei den Entzugsprogrammen die Methadondosis im Laufe der Zeit gesenkt wurde und eine völlige Drogenfreiheit als Fernziel angestrebt wird, erhält bei den Substitutionsprogrammen der Abhängige regelmäßig eine bestimmte Dosis Methadon. Methadon ruft ähnliche Reaktionen hervor wie andere Morphinderivate, zeigt jedoch bei oraler Einnahme eine geringere euphorisierende Wirkung. Nach den Beobachtungen von Dole und Nyswander (1967), die die Methadonprogramme konzipiert haben, ergab sich eine deutliche Besserung der Anpassung der mit Methadon behandelten Heroinabhängigen. Sie waren sozialen Kontakten aufgeschlossener und begannen wieder eine Beschäftigung aufzunehmen. Dies wird darauf zurückgeführt, daß sie nicht mehr ständig in der Unsicherheit leben müssen, wann und wie sie den nächsten Stoff bekommen. Langfristige Katamnesen konnten die Brauchbarkeit der Methadonsubstitutionsprogramme jedoch kaum nachweisen. Roth (1977) kritisiert nicht zu Unrecht, daß nur eine Droge durch eine andere ersetzt und die psychosozialen Hintergründe der Suchtentstehung verschleiert würden. Schäfer und Unteregger (1977) sehen die Chancen bei einem Methadoneinsatz allenfalls als Zwischenglied etwa beim Übergang in einen Therapiehof. Auch Lotze u. a. setzen das Methadon nur zur Erleichterung des Entzugs ein und benutzen ansonsten ein multimodales Therapieprogramm. Es erfolgt eine begleitende Psychotherapie nach verhaltenstherapeutischen Gesichtspunkten, vermischt mit Gestaltelementen (Gruppen-, Paar- bzw. Einzeltherapie), außerdem eine Soziotherapie, d.h. der Klient wird angehalten, vergangene (Schulden, Prozesse), augenblickliche (Lebensunterhalt, familiäre Situation) und zukünftige (Schulabschluß, Arbeitswechsel oder -suche) Angelegenheiten zu regeln. Das Programm läuft über maximal zwei Jahre.

Zu den unzureichenden Erfolgen in der Behandlung von Drogenabhängigen trägt weiterhin bei, daß es an Institutionen mangelt, die speziell für deren Behandlung eingerichtet sind. Deshalb müssen Drogenabhängige in der Regel zusammen mit anderen psychisch Kranken untergebracht werden. Die personelle Situation ist meist noch desolater als die

räumliche. In der Enquête zur Lage der Psychiatrie in Deutschland wird die Stellenzahl für Ärzte und Psychologen bei 60 erfaßten psychiatrischen Landeskrankenhäusern mit 77 bzw. 61 angegeben (Deutscher Bundestag 1975). Zu Recht kommt deshalb *Huhn* (1975) zu dem Schluß, daß in „ihrer jetzigen Organisation, zumal bei einem Mangel an qualifiziertem, auf die speziellen Aufgaben vorbereiteten Personal ... die Landeskrankenhäuser (den) Aufgaben im allgemeinen nicht gerecht“ werden.

Nach dem körperlichen Entzug besteht häufig die einzige Betätigung für den Drogenabhängigen in einer Beschäftigungstherapie, die sich oft auf monotone, die eigene Motivation kaum fordernde Tätigkeiten beschränkt. Wenn Psychotherapie zur Anwendung kommt, so handelt es sich meist um übende Verfahren wie autogenes Training, Hypnose und bestimmte Techniken der Verhaltenstherapie (*Prokop* 1975). Mangels geeigneter Ausbildung der Fachkräfte sind solche psychotherapeutischen Versuche jedoch wenig verbreitet.

Petzold (1972 a) berichtet über eine Aversionstechnik, bei der er Drogenabhängigen unter hypnotischer Induktion negative Gefühle zu Spritze und Tablettenröhrchen suggerierte, so daß immer dann, wenn die Patienten zur Droge greifen wollten, aversive Reaktionen auftraten. Gegen derlei Verfahren werden neben ethischen Bedenken auch theoretische Vorbehalte ins Feld geführt. Bestrafungsverfahren verlieren auf die Dauer an Wirkung, wenn nicht während der Therapie alternative Verhaltensweisen und neue positive Verstärker gelernt werden. In den Vereinigten Staaten zeichnet sich in den letzten Jahren eine Entwicklung von der Anwendung von Aversionstechniken in der Behandlung von alkoholkranken Patienten zu multimodalen Therapieprogrammen mit besonderer Berücksichtigung von Selbstsicherheitstraining und operanten Techniken ab (vgl. *Litman* 1976; *Vogler u. Revenstorf* 1978). Bei Patienten mit hohem Angstniveau ist eine Aversionsbehandlung kontraindiziert, da sie selbst Angst auslöst und somit zum erneuten Drogenkonsum führen kann.

Ein großer Nachteil ist auch, daß die Zusammenarbeit mit und die Bereitstellung von Nachsorgeeinrichtungen im Sinne einer weiterführenden Behandlung und Betreuung trotz der oft geäußerten Notwendigkeit nicht oder nur in einem sehr begrenzten Umfange stattfindet, so daß „der junge entgiftete Drogenabhängige nach seiner Entlassung in ein psychisches und soziales Vakuum gerät“ (vgl. z. B. *Peters* 1972, S. 54).

Die Behandlung selbst ist vielfach zu wenig auf die weitere Entwicklung des Drogenabhängigen bezogen, was sich darin ausdrückt, daß beispielsweise der Aufbau einer beruflichen Perspektive weitgehend fehlt. So mangelt es vielfach an therapeutischen Maßnahmen, die auf das Leben nach der Entlassung aus der Institution bezogen sind. Obwohl die Resozialisierung in die bestehende Gesellschaft das Hauptziel der Behandlung sein muß, ist die Betreuung gerade im Bereich der Nachsorge für die berufliche Zukunft sehr mangelhaft. Allerdings sind auch die Abhängigen oft so wenig zur Arbeit motiviert, daß entsprechende Bemühungen als weitgehend nutzlos erscheinen mögen. Gelingt die gesellschaftliche und insbesondere die berufliche Eingliederung jedoch nicht, so fallen die Abhängigen weiterhin in ihrer Versorgung dem Gemeinwohl zur Last. Daß gerade in diesem Bereich so wenig Erfolge von der klassischen Psychiatrie vorgewiesen werden können, hat den Anstoß für eine

Reihe von Innovationen im Sinne der Sozialpsychiatrie gegeben.

b) Sozialpsychiatrie

Entsprechend der voranschreitenden Entwicklung in der Psychiatrie zu einer Sozialpsychiatrie in den letzten 20 Jahren ist auch in der Sichtweise und Behandlung des Drogenproblems eine bedeutende Änderung festzustellen.

Wesentlich für diesen Wandel war die insbesondere aufgrund wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Entwicklungen bedingte Zunahme psychischer Erkrankungen und ganz besonders der Suchtkrankheiten, wodurch sich auch in der Psychiatrie mehr und mehr die Erkenntnis durchsetzte, daß zur Erhellung und adäquaten Behandlung dieser Störungen neben somatischen und psychischen Faktoren vor allem die sozialen Determinanten zu berücksichtigen sind (*Haase*, 1977; *Battegay u. a.*, 1975; 1977). So heben *Battegay u. a.* (1975, S. 13) hervor, daß „der Mensch nur dann verstanden werden könne, wenn er in und mit seinem sozialen Beziehungssystem erfaßt wird. Seine soziale Verstricktheit wird besonders auch in seinem Kranksein sichtbar“. Diese Feststellung kennzeichnet den neuen, sich mehr und mehr durchsetzenden Standpunkt.

So wird nun sowohl bei ätiologischen wie auch therapeutischen Überlegungen der Hauptakzent auf soziale Faktoren gelegt und damit auch hinsichtlich der Forschung und Praxis eine Schwerpunktverlagerung auf die Umweltbedingungen eingeleitet (vgl. *Weitbrecht*, 1973; *Dörner und Plog*, 1972; *Gleiss u. a.*, 1973; *Bach u. a.*, 1976). Neben den besonders zu Anfang stark hervortretenden weltanschaulich und politisch-ökonomisch orientierten sozialpsychiatrischen Strömungen (vgl. *Dörner und Plog*, 1972; *Gleiss u. a.*, 1973), ist vor allem die einen ganzheitlichen Ansatz, somatische, psychodynamische, lerntheoretische, sozialpsychologische und soziologische Bedingungen gleichermaßen berücksichtigende Richtung an der allmählichen Umgestaltung der psychiatrischen Praxis beteiligt (vgl. *Battegay u. a.*, 1975; 1977; *Haase*, 1977).

Hauptziel der heute überwiegend sozio-dynamisch ausgerichteten, d. h. die Wechselwirkung persönlichkeitspezifischer und sozialer Faktoren berücksichtigender Sozialpsychiatrie (*Bach u. a.*, 1976) ist die Rehabilitation und Reintegration des Kranken in die Gesellschaft. Die Behandlung umfaßt daher neben Pharmakotherapie insbesondere Beschäftigungs- und Arbeitstherapie sowie einzel- und gruppentherapeutische Maßnahmen, die jedoch strukturelle und organisatorische Änderungen gegenüber der herkömmlichen Kliniksituation bedingen und darüber hinaus die Einbeziehung des sozialen Umfeldes erfordern. Durch Gründung von Fachverbänden und Interessengemeinschaften (vgl. *Keup* 1973; *Haase*, 1977), Förderung einer veränderten Einstellung in der Öffentlichkeit gegenüber den psychisch Kranken, Herstellung von Gemeindenähe durch Einbeziehung von Laien in die Betreuung sowie die Schaffung ambulanter Behandlungsmöglichkeiten und Übergangs- und Nachsorgeeinrichtungen sollen die therapeutischen Bemühungen um Wiedereingliederung der psychiatrischen Patienten unterstützt werden (vgl. *Haase*, 1977). Daneben sind

Psychohygiene und Prophylaxe weitere Ansatzpunkte sozialpsychiatrischer Forschung und Praxis (vgl. *Battegay* u.a., 1975). Die Verhältnisse in den großen psychiatrischen Kliniken sind jedoch nach neuesten Berichten über die Lage der Psychiatrie in der BRD noch weit von der heute geforderten räumlichen und personellen Ausstattung entfernt.

Für die Behandlung von Drogenkranken ist gegenüber der herkömmlichen psychiatrischen Konzeption die wohl wichtigste Veränderung darin zu sehen, daß der Drogensüchtige „nicht länger als ein psychisch krankes Objekt der Therapie“ gesehen wird, „sondern als Subjekt, das in einer gestörten Interaktion mit seiner Umwelt steht und in den Therapieprozeß aktiv miteinbezogen wird“. (*Reinschmiedt*, 1978, S. 65).

Die sozialpsychiatrische Drogentherapie ist daher nicht nur auf körperliche Entgiftung und Entwöhnung ausgerichtet, sondern gleichermaßen auf Aufbau bzw. Stärkung der Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit und damit der Autonomie und allgemeinen Leistungsfähigkeit des Suchtkranken.

Dieses umfassende Behandlungsziel gewinnt vor allem aufgrund der Tatsache besondere Bedeutung, daß der überwiegende Anteil Drogensüchtiger Jugendliche sind und hier komplexe, „mit der ganzen Persönlichkeitsentwicklung und der gesellschaftlichen Wandlung zusammenhängend(e)“ Motive eine Rolle spielen (*Battegay* u.a., 1977, S. 173f.). Konstitutionelle Voraussetzungen, sozialisationsbedingte und durch die aktuellen Lebensumstände hervorgerufene bewußte oder unbewußte Konflikte werden hier als Ursache des unwiderstehlichen Verlangens nach der Droge angenommen, durch die der Süchtige das immer stärker werdende Gefühl innerer Leere, Hilflosigkeit und sozialer Distanz zu überwinden versucht, jedoch nur noch tiefer in den „psycho-sozialen Teufelskreis“ gerät (vgl. *Battegay* u.a., 1977).

Zentraler Punkt des sozialpsychiatrischen Ansatzes ist, daher die Strukturierung und Gestaltung der stationären Behandlung als therapeutische Gemeinschaft, in der entsprechend dem interdisziplinären und multifaktoriellen Konzept die Interaktions- und Kommunikationsprozesse zwischen dem Behandlungspersonal und dem Süchtigen das therapeutische Agens für die psychische und soziale Rehabilitation bilden. Außerdem ist es das Ziel dieser Konzeption, „den Drogenabhängigen nicht einzusperren“, sondern „den Kontakt zur Außenwelt zu fördern, ihn als eigenständiges Individuum zu behandeln. So geht es in der therapeutischen Gemeinschaft darum, dem Patienten schrittweise Verantwortung zu übergeben, ihn eigenständig handeln zu lassen und somit an Identität gewinnen zu lassen“ (*Wanke*, 1976, S. 63ff.).

„Aktive Milieuthérapie“, der Zweck der therapeutischen Gemeinschaft, „bedeutet, gezieltes Bemühen aller sozialen Kräfte im Krankenhausmilieu therapeutisch auszunützen“ (*Epprecht*, 1978, S. 114).

In der neueren sozialpsychiatrischen Entwicklung zeichnet sich zudem eine Tendenz zum „offenen System“ ab. „Darunter versteht man Gruppenarbeit mit regelmäßigen, vorzugsweise täglichen Begegnungen aller Patienten mit dem Personal“ (*Jones*, 1978, S. 30). Hierdurch soll dem Patienten das für den Erfolg der therapeutischen Bemühungen so

wichtige Gefühl der Geborgenheit und des Verstehens vermittelt und zugleich seine Bereitschaft und Fähigkeit zur Mitverantwortung für das therapeutische Geschehen geweckt und gestärkt werden (vgl. *Heim*, 1978).

Der Charakter der neuen Einrichtungen und der Unterschied zu denen klassischer Prägung wird auch darin deutlich, daß für Drogenabhängige spezielle Einrichtungen oder baulich getrennte Abteilungen geschaffen wurden, in denen die Durchführung eines speziellen Behandlungsprogramms entsprechend der neuen Konzeption möglich ist.

Die Einrichtungen sind in der Regel als offene oder halb-offene Institutionen konzipiert, in denen eine stärkere Einbeziehung von Bezugspersonen und -gruppen möglich ist und somit eine stufenweise Lockerung des in der Regel strengen Reglements sowie eine allmähliche Rückführung in die soziale und berufliche Umgebung erfolgen kann. Da jedoch zum Klientel sozialpsychiatrischer Kliniken auch Zwangseingewiesene gehören, kann auf geschlossene Einrichtungen nicht ganz verzichtet werden. Zudem erfordert die Drogentherapie zumindest in der Anfangsphase auch bei freiwilligem Entzug vielfach eine Einschränkung der Bestimmungs- und Bewegungsfreiheit des Patienten.

Die Therapie ist interdisziplinär aufgebaut. Das behandelnde Fachpersonal setzt sich aus einem Team von Psychiatern, Psychologen, Sozialarbeitern, Beschäftigungs-, Bewegungs-, Arbeitstherapeuten u.ä. zusammen. *Wanke* schlägt in diesem Zusammenhang ein Therapeut-Patient-Verhältnis von 1:1 bis 1:1,5 als erstrebenswert vor (1976, S. 5), hiervon sind jedoch die tatsächlichen Verhältnisse der meisten derzeitigen Einrichtungen noch weit entfernt (vgl. *Christiani* und *Stübing*, 1973, S. 85 ff.; *Haase*, 1977). Zur Zeit unterstützt jedoch die Bundesregierung durch das von ihr geförderte „Modellprogramm Psychiatrie“ auch die Errichtung von neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechenden Suchtbehandlungstätten (vgl. Bundesministerium 1977, S. 11).

Teamarbeit, getragen von der für die sozialpsychiatrische Konzeption charakteristischen demokratischen und partnerschaftlichen Einstellung und Haltung der Mitarbeiter (vgl. *Heim*, 1978; *Haase*, 1977; *Schulz*, 1974), sowie die gegenseitige Supervision des therapeutischen Handelns sind wichtige Prinzipien der auf Milieuthérapie und Resozialisierung ausgerichteten sozialpsychiatrischen Drogentherapie.

Weitgehende Übereinstimmung besteht heute darüber, daß die Behandlung psychisch Kranker und insbesondere Drogenabhängiger nur bei einer ganzheitlichen Sichtweise, die ein stufenweises, über die stationären Maßnahmen hinausreichendes Behandlungskonzept erfordert, erfolgreich sein kann (vgl. *Buchmann* u. *Braun*, 1973; *Schulz*, 1974; *Haase*, 1977; *Bach* u.a., 1976). Im Rahmen der für die Drogentherapie geforderten „Therapie-Kette“ (*Schulz*, 1974, S. 146; *Petzold*, 1974; 1974a) bildet die Behandlung in der Drogenklinik die erste, schwierigste und auch wichtigste Etappe auf dem Weg zur physischen und psychosozialen Rehabilitation und Reintegration.

Im folgenden soll kurz der heute weitgehend übliche Ablauf der sozialpsychiatrischen Drogenbehandlung skizziert werden (vgl. hierzu *Reinschmiedt*, 1978).

Entsprechend dem ersten Behandlungsziel, der körperlichen Restituierung des Drogenkranken, werden zunächst vor allem die Entziehungserscheinungen sowie die in der Regel allgemein schlechte physische Verfassung medizinisch behandelt. Diese medikamentöse Behandlung ist eine entscheidende Vorbedingung für alle weiteren therapeutischen Schritte, sie muß jedoch von Anfang an eingebettet sein in die die gesamte Behandlung übergreifenden psychologischen und sozialtherapeutischen Maßnahmen. In dieser ersten Phase der meist mühsamen Entwöhnungszeit ist es wichtig, dem Patienten durch die gesamte Atmosphäre sowie durch Gespräche Geborgenheit und Vertrauen zu geben und ihm so Mut und Hoffnung zum Durchhalten zu vermitteln.

Im Mittelpunkt der nächsten Behandlungsphase stehen Aktivierung, Aufbau und Stabilisierung der psychischen und sozialen Kräfte und Fähigkeiten des Patienten. Es geht vor allem darum, den Drogenkranken aus seiner passiven Haltung herauszuholen und ihn durch Stärkung seiner Ichkräfte sowie seiner sozialen Kommunikationsfähigkeit, Verantwortlichkeit und Autonomie auf seine Reintegration in ein soziales Bezugsgefüge außerhalb der Klinik vorzubereiten.

Den Rahmen für die nun im Vordergrund stehende Aufarbeitung der Drogenproblematik und der persönlichen Probleme des Patienten bildet ein streng geregelter Tagesablauf, der dem vorher meist völlig zeit- und planlos dahinlebenden Drogensüchtigen einen äußeren Halt gibt und einen sinnvollen Wechsel von Aktivitäts- und Ruhe- bzw. Entspannungsphasen sowie zwischen Gruppen- oder Einzeltherapie und anderen therapeutisch intendierten Aktivitäten gewährleistet (vgl. Wöbcke, 1977).

Der Kontakt nach außen ist in der Regel ganz oder weitgehend unterbunden und wird erst allmählich, entsprechend den Therapiefortschritten des einzelnen oder nach einem festgelegten Stufenplan, bis zur Entlassung hin erweitert (vgl. Baumert, 1974; Christiani und Stübgen, 1973, S. 79 f.).

Kernpunkt der therapeutischen Maßnahmen sind nun Gruppendynamische Verfahren. Neben den entsprechend dem Konzept der therapeutischen Gemeinschaft eingeplanten regelmäßigen täglichen (Baumert, 1974, S. 337) oder mindestens wöchentlichen Gruppentreffen zur Besprechung der die Gemeinschaft betreffenden Fragen und Probleme (Haase, 1977, S. 37), an denen das Betreuerteam und die Patienten teilnehmen, werden regelmäßig therapeutische Gruppen durchgeführt. Durch diese soll sowohl Einsicht in die Ursachen und Zusammenhänge der eigenen sowie der Drogensucht im allgemeinen gewonnen werden, darüber hinaus ist aber auch beabsichtigt soziale Lernprozesse zu initiieren und zu fördern (vgl. Battegay, 1966; Battegay, 1972, S. 57).

Da die Drogenabhängigen in der Regel starke Verwahrlosungserscheinungen aufweisen, ist zumindest zu Beginn eine strukturierte, direktiv geführte Gruppe erforderlich (Battegay, 1969). Psychoanalytische oder nach dem Konzept der Encountergruppen non-direktiv geführte Gruppen würden die Drogenkranken unter Umständen überfordern (vgl. Petzold 1971; 1974a). Darüber hinaus werden jedoch zunehmend auch Prinzipien und Elemente des Psychodramas, der Gestalttherapie, des Sensitivity-Trainings sowie des Behaviour-Dramas (Rollenspiele) einbezogen (vgl. Seaborne,

1972; Petzold, 1973; 1971). So soll nach einer Phase der Aufarbeitung emotionaler Konflikte die Verbalisierungsfähigkeit und die geistigen Kapazitäten trainiert und gesteigert werden und durch eine größere Rollenflexibilität und Konflikttoleranz auf die Anforderungen nach der Entlassung vorbereitet werden.

Unterstützt und erweitert wird die Gruppenarbeit durch Einzeltherapien, bei denen insbesondere zur Unterstützung der Entwöhnungsmaßnahmen sowie zum Aufbau sozialer Fertigkeiten verhaltenstherapeutische Methoden angewandt sowie problemzentrierte Gespräche geführt werden.

Daneben gehören Beschäftigungs- und Arbeitstherapie sowie Sport in der Regel zum festen therapeutischen Programm. Die körperliche Leistungsfähigkeit sowie die kreativen Fähigkeiten des Patienten werden dadurch gefördert und der bisher allen Belastungen ausweichende Drogensüchtige allmählich an eine kontinuierliche Arbeitsbelastung gewöhnt, damit er fähig wird, die Schwierigkeiten eines normalen Arbeitstages durchzuhalten. Darüber hinaus sind vor allem die positiven Effekte für das Selbstwertgefühl und das Selbstvertrauen des Patienten wichtig.

In zunehmendem Maße werden in der sozialpsychiatrischen Drogentherapie auch Autogenes Training und Meditationstechniken angewandt, durch die neben der physischen und psychischen Entspannung und Stabilisierung das Durchhalten der Drogenabstinenz gefördert und unterstützt werden soll (vgl. Langen, 1969; Wallace, 1970; Reinschmiedt, 1978).

Nach Abschluß dieser intensiven, ca. 6–8 Monate dauernden stationären Behandlung wird von der Klinik die Wiedereingliederung in die Gesellschaft vorbereitet. Die Kontaktaufnahme zur Außenwelt geschieht zum einen durch die Institution selbst, indem sie Verbindung hält zu Beratungsstellen, therapeutischen Wohngemeinschaften und Nachsorgeeinrichtungen, wie Nachtkliniken, Übergangs- oder Dauerwohnheimen – mit denen sie in einer therapeutischen Kette zusammenarbeitet –, zum anderen wird aber auch dem Drogenpatienten unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt, Besuche zu empfangen oder die Institution zu verlassen (vgl. Baumert, 1974; Dietrich, 1973, S. 102; Schulz, 1974, S. 149–151).

Die Behandlung des Drogenabhängigen in sozialpsychiatrischen Einrichtungen stellt gegenüber dem Konzept der klassischen Psychiatrie insgesamt einen entscheidenden Fortschritt dar. So werden weitgehend die bisherigen Erfahrungen der Drogentherapie bei der Gestaltung der Behandlungskonzepte berücksichtigt und durch die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen im Sinne der Therapie-Kette sowie durch eigene Übergangs- und Nachsorgeeinrichtungen die weitere Rehabilitation und Resozialisierung gefördert.

Auch zahlenmäßig nimmt die Bedeutung der sozialpsychiatrischen Drogeneinrichtungen zu, ist jedoch insgesamt noch weit davon entfernt, den Bedarf an Therapieplätzen zu decken, zumal auch die Zahl der behandlungsbedürftigen Drogensüchtigen ständig zunimmt (vgl. Bundesministerium, 1977, S. 4 ff.). In der Enquête zur Lage der Psychiatrie in Deutschland werden 31 Fachkliniken und 46 Spezialabteilungen an öffentlichen Krankenhäusern angegeben, wovon jedoch 42 sich ausschließlich der Behandlung von Alkoholi-

kern widmen und nur 4 darüber hinaus Rauschgiftabhängige aufnehmen (Deutscher Bundestag, 1975, S. 257).

Nach den „Überlegungen zur Therapie Suchtkranker in der BRD“ des Deutschen Caritasverbandes von 1977 fehlen zur Zeit allein etwa 400 Fachambulanzen, um nur den jährlichen Zuwachs an Suchtkranken aufzunehmen (Deutscher Caritasverband, 1977). Nach neueren Feststellungen (Kleiner, 1978; Bauer, 1977) befindet sich überhaupt nur ein sehr geringer Teil der Drogenabhängigen in therapeutischer Behandlung. In Berlin waren 1977 von den geschätzten 3-5000 Opiatabhängigen nur ca. 100 freiwillig in stationärer therapeutischer Behandlung, etwa weitere 100 Drogensüchtige lebten in Wohngemeinschaften (Kleiner, 1978, S. 135).

Ein besonderes Problem auch für sozialpsychiatrische Einrichtungen sind diejenigen Drogensüchtigen, die nicht behandlungswillig sind und daher nach Entlassung in der Regel bald wieder rückfällig werden (vgl. Christiani u. Stübing, 1973). Aus diesem Grund arbeiten auch die meisten sozialtherapeutischen Drogeneinrichtungen nur mit freiwilligen Patienten (Reinschmiedt, 1978, S. 67). Dennoch besteht auch hier das Problem häufiger Therapieabbrüche und Rückfälle, was einerseits teilweise auf das sehr straffe Reglement (vgl. Baumert, 1974; Hünnekens, 1973, S. 42 ff.) sowie andererseits auch auf die in der sozialpsychiatrischen Praxis teilweise noch unzureichende Verwirklichung des Prinzips der therapeutischen Gemeinschaft zurückgeführt wird. Auch der Übergang von der straffen Einbindung in der Behandlungsgruppe zur Außenwelt klappt nicht immer so, daß der Drogenfreie der Gefahr einer Rückkehr in die Drogenszene, die meistens die einzige Bezugsgruppe vor der Behandlung war, widerstehen kann (vgl. Reinschmiedt 1978, S. 81 ff.).

3.2 Selbsthilfensätze

Selbsthilfensätze auch für psychisch Kranke gewinnen immer mehr an Bedeutung (vgl. z.B. Moeller 1978). Für Alkohol- und Drogenabhängige in der Bundesrepublik sind insbesondere die „Anonymen Alkoholiker“, „Synanon Deutschland“ und „Release“ relevant.

Die Anonymen Alkoholiker (AA) wurden bereits 1935 begründet. Die Organisation konnte einen stetigen Zuwachs an Mitgliedern verzeichnen; in den USA gab es 1970 48 AA-Gruppen pro einer Million Einwohner, in Kanada gar 84. Auch in der Bundesrepublik gibt es in zahlreichen Städten AA-Gruppen. Das Ziel der Anonymen Alkoholiker ist die völlige Abstinenz der Mitglieder. Jedes Mitglied bekommt einen Betreuer zugeteilt, der ihm zu Gesprächen zur Verfügung steht, vor allem auch dann, wenn er in die Gefahr gerät, rückfällig zu werden. Außerdem finden regelmäßige Gruppentreffen statt, in denen sich die Mitglieder über ihre eigenen Schwierigkeiten austauschen. Von der Organisation selbst durchgeführte Effizienzuntersuchungen ergaben hohe Erfolgsquoten, die jedoch zurückhaltend zu beurteilen sind, da die Objektivität der Studien nur schwer abzuschätzen ist (vgl. weiter zu den AA Leach und Norris 1977).

Synanon und Release benutzen als Basis für die Behandlung der Drogenabhängigen die therapeutische Wohnge-

meinschaft. Dies hat sich bei verschiedenen psychischen Störungen als ein für therapeutisches Vorgehen förderlicher Rahmen erwiesen. So ist nach Boorstein (zit. nach Rosenthal u. Biase 1978) die therapeutische Wohngemeinschaft „gegenwärtig ... die einzige Möglichkeit, bei der Vielzahl der Fälle und der Ichgestörtheit der Betroffenen dem Problem überhaupt beizukommen ...“.

Synanon wurde 1958 von Dederich zunächst als Alkoholikerhilfsorganisation gegründet und nahm später auch andere Drogenabhängige auf (vgl. Roth 1977; Casriel 1974; Yablonsky 1965).

Ökonomisch gesehen ist Synanon ein gemeinnütziges Unternehmen. Die Finanzierung erfolgt teils durch Dienstleistungen, teils durch Spenden, insbesondere von Personen, die der Lebensauffassung von Synanon nahestehen (sog. „life-stylers“). Die Organisation ist hierarchisch aufgebaut; an der Spitze steht eine achtköpfige Leitung, auf regionaler Ebene bestehen Dreier-Direktorien. Ziel ist die individuelle Selbsthilfe und Selbstverwirklichung. Das Rollenverhältnis von Patient und Therapeut ist bei Synanon, das sich auch um die soziale Betreuung von Kriminellen bemüht, aufgehoben. Jedes Mitglied ist aktiv am therapeutischen Prozeß beteiligt; eine Zusammenarbeit mit professionellen Fachkräften wird nicht angestrebt, worin ein wesentlicher Unterschied zu anderen Modellen besteht. Die älteren Mitglieder stellen Rollenmodelle dar, wie konstruktive soziale Beziehungen hergestellt werden können.

Als wichtig wird der Aufbau sozialer Bindungen auf dem Hintergrund von Sympathie und Bestätigung angesehen. Die Gruppenarbeit ist ebenso auf ein Klima aggressiver und provokativer Interaktion angelegt, wie auf die Freiheit für Gefühlsäußerungen. Der medizinische Entzug erfolgt ohne Medikamente. Die Behandlung kann in drei Phasen eingeteilt werden: In der ersten Phase bestehen nur minimale Kontakte zur Außenwelt; diese sind erst während der zweiten Phase, nach ca. 2 Jahren, wieder erlaubt. In der dritten Phase ist das Mitglied „graduiert“: Es kann entscheiden, ob es im Synanon bleiben will oder nicht, evtl. kann es bei Synanon leben und auswärts arbeiten.

Das Ziel, das Synanon verfolgt, ist weniger die Wiedereingliederung in die Gesellschaft, als die Befreiung des Klienten aus seiner Abhängigkeit mit nachfolgendem Verbleiben und Engagement für die soziale Bewegung Synanon. Obwohl die Organisation eine Gemeinschaft von Ex-Usern ist, was nach bisherigen Erfahrungen für eine Motivierung von Abhängigen zum Verbleib in einer Behandlungseinrichtung sehr günstig ist, verlassen 20–50% der Neuaufgenommenen Synanon innerhalb der ersten Monate. Die Probanden, die im Programm verbleiben, werden von den Synanon-Anhängern als drogenfrei bezeichnet. Nach Sollmann (1974) werden jedoch wissenschaftliche Untersuchungen von Synanon abgelehnt mit der Begründung, die Patienten würden sich durch Erhebungen als Anstaltsinsassen fühlen. Er sieht die Wirkungen von Synanon vorwiegend in der dahinterstehenden Ideologie begründet, die den Usern angeboten wird. Synanon sei eine Art Religion, es mache die ehemals Drogenabhängigen unfähig, ohne Synanon sich in der Realität draußen zu behaupten. Die Droge würde gleichsam durch eine Ideologie ersetzt.

Ähnlich organisiert sind „Odyssey-House“ und „Phoenix-House“. Für „Odyssey-House“ ist die starke Einbeziehung von Fachkräften in die Behandlung von Drogenabhängigen charakteristisch, für „Phoenix-House“ ein umfassendes Erziehungs- und Bildungsprogramm. Beide Organisationen haben als Ziel im Gegensatz zu Synanon die Wiedereingliederung des Abhängigen in die Gesellschaft (vgl. *Yablonsky* 1965; 1974; *Casriel* 1974; *Reinschmiedt* 1978).

Diese Organisationen, die vor allem in den englischsprachenden Ländern hinsichtlich der Resozialisierung Drogenabhängiger eine gewisse Bedeutung gewonnen haben, besitzen in der Bundesrepublik keine Entsprechung. Daher sollen sie hier nicht ausführlicher behandelt werden.

In Anlehnung an das Konzept von Synanon hat sich die Release-Bewegung entwickelt. Auch Release ist eine Selbsthilfeorganisation von Drogengefährdeten und Drogenabhängigen mit dem primären Ziel der Zusammenführung der Drogenabhängigen in einer kollektiven Lebensgemeinschaft, die auf Lebenszeit konzipiert ist. Allerdings wird die Zusammenarbeit mit Fachkräften nicht abgelehnt. Zu beachten ist, daß in unterschiedlichen Städten mit graduell voneinander abweichenden Therapiekonzepten gearbeitet wird. In der Regel findet eine Kontaktaufnahme zwischen dem Abhängigen und den Betreuern in einem „Release-Center“ statt (meist eine Teestube o.ä. in einschlägigen Stadtbezirken). Hier besteht auch die Möglichkeit, Rechtsberatung in Anspruch zu nehmen sowie sich in den in vielen Städten angeschlossenen Workshops zu betätigen. Entschließt sich der Abhängige zum Entzug, so wird er zumeist in ein Landkollektiv aufgenommen, wo nach dem physischen Entzug (wenn er nicht bereits stationär vorgenommen wurde) eine „psychosoziale Neuorientierung“ erfolgt. Nach dieser Phase wird die Resozialisierung in der Regel in einem Stadtkollektiv fortgesetzt. Als wichtiger Unterschied zu Synanon ist die ausdrücklich systemkritische Ausrichtung zu betonen: Die Ursache des Drogenmißbrauchs wird in den gesellschaftlichen Verhältnissen gesehen.

Auch bei den Release-Programmen gibt es keine systematischen wissenschaftlichen Erfolgskontrollen. Die mitgeteilten Rückfallquoten von ca. 50%, was außerordentlich niedrig wäre (*Roth* 1977), sind somit zurückhaltend zu interpretieren.

Heute muß die Releasebewegung als weitgehend gescheitert betrachtet werden. Ein wichtiger Grund dafür dürfte die allzu tolerante Haltung gegenüber dem Gebrauch von weichen Drogen sein, welche die Entwicklung zu einem wirklich drogenfreien Leben zweifellos behindern dürfte.

Bei „Daytop“, einer weiteren Selbsthilfeorganisation, die in Deutschland in München vertreten ist, ist die hierarchische Struktur noch ausgeprägter als bei „Synanon“.

Es gibt eine Fülle von Organisationskomitees, die von der Spitze bis in die einzelnen Häuser die Struktur der Gemeinschaft bestimmen. Die stationären Zentren, „Daytop-villages“, haben Dorfcharakter. Die Struktur des Programms ist auch hier die einer therapeutischen Kette mit Kontakt-, Eingangs-, Behandlungs- und Reintegrationphase. Drogenkonsum gilt als Symptom einer Charakterfehlentwicklung, die aufgrund eines Sozialisationsmangels entsteht. Der Klient hat entscheidende Lernprozesse nicht leisten

können, er ist „unreif“. Die Grundregeln sind auch hier: Kein Drogengebrauch, keine physische Gewalt. Behandlungsziel ist die Reintegration in die Gesellschaft, Daytop ist also nur eine „Insel auf Zeit“ im Gegensatz zu Synanon oder lebenslangen Release-Kollektiven. Verhalten soll vor allem durch Lob und Zurückweisung modifiziert werden. Kritik, oft sehr hart und aggressiv vorgetragen, ist immer auf ein unerwünschtes Verhalten gerichtet, nicht aber auf die Person. Kontaktaufnahme erfolgt in den „Daytop-villages“, „Span-Zentren“ (Span = Social Project against Neglect). Es gibt ein strenges Eingangsverfahren, um Leute auszufiltern, die z. B. nur deshalb ins Programm wollen, um einer Gefängnisstrafe zu entgehen. Die Behandlungsphase beginnt mit dem stationären Entzug. Zum therapeutischen Programm gehören regelmäßige Gruppensitzungen nach gestalttherapeutischem Vorgehen, vielfach mit verhaltenstherapeutischen Programmen kombiniert. Nach frühestens einem Jahr kann der Abhängige in die zweite Stufe der Behandlungsphase eintreten: Arbeit im Außenfeld. Dazu wird er jedoch nur zugelassen, wenn er ausreichend Selbstvertrauen und Pflichtbewußtsein gewonnen hat und Pläne für ein neues Lebenskonzept entwickelt hat. In diesem Abschnitt werden dem Klienten berufsvorbereitende Maßnahmen und spezielle berufsbildende Kurse angeboten. Nach ca. 18 Monaten, Bewährung bei der Arbeit im Außenfeld vorausgesetzt, kann der Klient auch seine Wohnung nach draußen verlegen. In der Ablösungsphase bleibt der Klient durch eigene therapeutische Aktivitäten im „Span-Zentrum“ mit „Daytop“ verbunden. Zur Therapie gehören neben den schon erwähnten „group-encounters“ mit konfrontativem Charakter die sog. „peer-groups“, Gruppen von Probanden, die für einen bestimmten Bereich verantwortlich sind und sich darüber auseinandersetzen sowie „probes“ (problemzentrierte Arbeit in kleinen Gruppen) sowie regelmäßige Marathonsitzungen. Außerdem werden intellektuelle Trainingsprogramme („Daily Seminar“), Aktivitätsprogramme (Sport, Kultur), Arbeitsprogramme sowie die schon genannten Ausbildungsprogramme durchgeführt. Es wird versucht, eine möglichst umfassende therapeutische Atmosphäre zu schaffen. Systematische Nachuntersuchungen fehlen bisher. Teilweise wird von einer Erfolgsquote von 75% (*Roth*, 1977) gesprochen. Einen systematischen Vergleich zwischen Daytop und Synanon liefert *Petzold* (1974 a).

Insgesamt läßt sich zu den Selbsthilfegruppen feststellen, daß sie für die Behandlung von Drogenabhängigen viele neue Impulse gegeben haben und noch leisten. Problematisch ist allerdings das Fehlen von kontrollierter Forschung in diesem Bereich sowie die in der Regel außerordentlich strenge Selektion des Patientenguts, insbesondere durch das Kriterium der Freiwilligkeit zur Behandlung. Somit dürften es die Selbsthilfeeinrichtungen größtenteils mit einem völlig anderen, prognostisch günstigeren Klientel zu tun haben als die psychiatrischen Landeskrankenhäuser, worauf wir weiter oben schon hingewiesen haben. Gerade für die nicht therapiemotivierten Abhängigen, die einen Großteil der Süchtigen bilden, müßten jedoch effektive Behandlungsverfahren entwickelt und erprobt werden.

Aufgrund der noch immer völlig unbefriedigenden Situation in der Drogentherapie und des Mangels an einer über-

greifenden Therapiekonzeption sollten auch unkonventionelle und wenig verbreitete Behandlungsversuche Beachtung finden. So wie es nicht *den* Alkoholiker gibt, sondern verschiedene Persönlichkeiten und Verlaufsformen (vgl. z. B. die Einteilung von *Jellinek*, dargestellt in *Feuerlein* 1975), so gibt es auch verschiedene Typen von Drogenabhängigen. Erste Versuche einer entsprechenden Einteilung hat z. B. *Thamm* 1977 unternommen.

Bestimmte Drogenabhängige scheinen auch gut auf eine Akupunkturtherapie anzusprechen, es wurden teilweise Erfolgsraten bis zu 90% berichtet (vgl. *Klemm* 1977). Die weitere Entwicklung der Akupunkturtherapie von Drogenmißbrauch bleibt abzuwarten.

3.3 Sozialtherapie bei Drogenabhängigen

Der sozialtherapeutische Behandlungsansatz in der Drogentherapie hat in den letzten Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen. Die relativ intensive Förderung sozialtherapeutischer Einrichtungen ist im Zusammenhang mit den Reformbestrebungen auf dem psychiatrischen Sektor zu sehen (vgl. Deutscher Bundestag 1975; *Reinschmiedt* 1978), die Zahl sozialtherapeutischer Einrichtungen wird heute auf ca. 500 geschätzt (Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit 1976). Nach *Günther* (1974, S. 402) wurde bereits 1971 eine größere Zahl sozialtherapeutischer Wohngemeinschaften in Hamburg und Umgebung gegründet.

Der Ausgangspunkt zur Schaffung sozialtherapeutischer Behandlungseinrichtungen war einerseits die Erkenntnis, daß die klassischen psychiatrischen Einrichtungen hinsichtlich der Resozialisierung Drogenabhängiger weitgehend versagt haben und andererseits die Überzeugung, daß erfolgreiche Therapie mit Drogenabhängigen nur in einem realen sozialen Rahmen unter Einbeziehung möglichst aller Lebensbereiche, wie es eine therapeutische Wohngemeinschaft ermöglicht, Chancen und Erfolg hat. Der Klient wird hier „nicht isoliert mit seiner Schädigung gesehen, vielmehr als einer, der in seinem sozialen Beziehungsfeld und durch seine Umgebung abhängig wurde. So gehört zu seiner Veränderung die Einbeziehung seines gesamten sozialen Feldes“ (vgl. *Stein* o. J.; *Reinschmiedt* 1978).

Wesentliche Methoden sozialtherapeutischer Drogenbehandlung sind die integrative Gestalttherapie sowie verhaltenstherapeutisch orientierte Programme. Bei der integrativen Gestalttherapie (vgl. *Perls* 1969; *Petzold* 1973) wird von einem ganzheitlichen Ansatz ausgegangen, der das kranke Individuum immer auch vor dem Hintergrund seines sozialen Umfeldes zu verstehen sucht. Im verhaltenstherapeutischen Ansatz werden unterschiedliche Therapieprogramme angewandt und erprobt. Nach der sozialtherapeutischen Zielsetzung soll der Drogenabhängige wieder fähig werden, adäquate Leistungen zu erbringen, eigene Verantwortung zu übernehmen und seine Probleme angehen zu können, statt ihnen auszuweichen. Von verschiedener Seite wird darauf hingewiesen, daß eine Änderung des sozialen Umfeldes nötig ist, um einen langfristigen Erfolg zu erzielen. „Sozialtherapie kann nur dann mit Erfolg arbeiten, wenn das Zusammenspiel aller krankmachenden Faktoren erkannt und schrittweise beeinflusst wird“ (*Stein* o. J., S. 131). Die „Wohnge-

meinschaft“ als therapeutisches Mittel ist zum einen aus der Praxis der Selbsthilfegruppen übernommen worden und zum anderen eine Weiterentwicklung der sozialpsychiatrischen Idee der therapeutischen Wohngemeinschaft. Sie stellt wie bei den Selbsthilfegruppen einen zentralen Faktor in der Therapie dar (vgl. *Reinschmiedt* 1978). Bedeutsam für die sozialtherapeutischen Einrichtungen ist die Zusammenarbeit mit anderen Drogenstellen. Diese Kooperation erfolgt in einer „therapeutischen Kette“, in welcher die sozialtherapeutischen Wohngemeinschaften mit ihrem Langzeitprogramm einen Schwerpunkt bilden. Da die Sozialtherapie nicht eine Einzeldisziplin darstellt, ermöglicht sie besonders gut die Durchführung multimodaler Behandlungsprogramme. So besteht in den therapeutischen Wohngemeinschaften in der Regel ein weitgefächertes Behandlungsangebot.

Wie schon erwähnt, hat die Sozialtherapie im Bereich der Drogenbehandlung stark an Einfluß gewonnen. Das wird verständlich, wenn man die berichteten Erfolgsquoten betrachtet, die zwischen 20 und 30% liegen und die trotz der Einschränkung, daß es sich um ein ausgelesenes Klientel handelt, noch beachtlich sind (vgl. Jugendhilfe e. V. o. J.). Die Sozialtherapie hat aus den Erfahrungen und Fehlern bisheriger Ansätze zur Drogentherapie gelernt und zweifellos ein besseres Behandlungsmodell entwickelt, als es z. B. die klassische Drogentherapie besaß. Das Therapieprogramm ist dynamisch aufgebaut, somit flexibel und kann neue Erkenntnisse und Erfahrungen in den Prozeß integrieren. Die Einbeziehung aller Lebensbereiche und der sozialen Bezüge in die Therapie stellt einen entscheidenden Fortschritt dar. Die im Rahmen der Sozialtherapie eingerichteten Wohngruppen funktionieren in der Regel gut und bilden einen stabilen Hintergrund für die einzelnen Behandlungsmaßnahmen.

Wesentliche Vorteile dieser Therapiengemeinschaften gegenüber den Selbsthilfegruppen sind das therapeutische Vorgehen auf allen Ebenen, der phasenspezifische Aufbau der Therapie selbst, das durchstrukturierte Aufnahmeverfahren, der gezielte Einsatz von therapeutischen Techniken sowie das außerordentlich wichtige wissenschaftlich methodische Vorgehen. Diese Merkmale kennzeichnen einen Fortschritt in der Drogenbehandlung im Vergleich zu klassischen psychiatrischen Programmen sowie den vielfach gescheiterten Release-Gruppen (vgl. zusammenfassend *Reinschmiedt* 1978).

4. Behandlung der therapieresistenten und rehabilitationsunwilligen Drogenabhängigen als besonderes Problem

Trotz zunehmender Erweiterung und Verbesserung der Maßnahmen zur Bekämpfung des Drogenproblems in den letzten Jahren zeichnet sich immer deutlicher ab, daß bisher nur ein relativ kleiner Teil der Drogengefährdeten und Drogenabhängigen davon erreicht wurde. Zwar wird teilweise davon ausgegangen, daß die Zahl der Drogenabhängigen nicht weiter zunimmt (vgl. Bundesministerium, 1977, S. 3; *Keup*, 1979, S. 64 ff.) – hierbei wird jedoch die Tatsache außer Acht gelassen, daß seit einigen Jahren ein erschrecken-

der Anstieg des Alkoholmißbrauchs, insbesondere unter Schülern und Jugendlichen, festzustellen ist. Ferner dürfen die Zahlen nicht darüber hinwegtäuschen, daß der harte Kern der „Fixer“ sowie die Zahl der Rückfälligen, Rehabilitationsunwilligen und Therapieresistenten steigt (vgl. *Keup*, 1979, S.64).

Im Laufe der vergangenen 10 Jahre hat sich offensichtlich eine Änderung der Drogenproblematik in der Bundesrepublik ergeben. So stellt *Thamm* zu Recht fest, daß sich einerseits „die Drogenszene geändert hat – hin zum kriminellen Untergrund, Einbettung in ein bereits vorhandenes kriminelles Milieu“ –, sich andererseits aber „heute mehrere Zielgruppen von Drogengefährdeten und -abhängigen ausmachen lassen“ (1977, S.361).

Die Zahlen der Opfer des Rauschgiftmißbrauchs sind deutliche Zeichen dieser Entwicklung. Im Jahre 1976 waren es in der Bundesrepublik 337 Personen zwischen 15 und 35 Jahren, die an einer Überdosis Heroin oder anderem Rauschgift gestorben sind (vgl. *Prescher*, 1978, S.9; *Bauer*, 1977, S.481). Das Durchschnittsalter der Drogentoten lag bei 21,8 Jahren. Aus den Ermittlungen über die Todesumstände ist auch die ganze Not und das Elend der hoffnungslos der Drogensucht Verfallenen abzulesen. Allein 35 der Toten wurden auf Toiletten, 13 in Parkanlagen bzw. im Wald, 6 in Hotelzimmern und 5 im PKW aufgefunden (*Prescher*, 1978, S.9).

Im Jahre 1977 lag in Berlin mit 84 (*Keup*, 1979, S.69) und ebenso in Baden-Württemberg mit 37 Todesfällen zwar die Zahl etwas unter den Erwartungen, „dies bedeutet jedoch nicht, daß die Zahl der Heroin-Fixer abgenommen hat, vielmehr hat man gelernt, mit Heroin umzugehen“ (*Keup* 1979, S.69). Besonders alarmierend ist auch die Tatsache, daß von den Drogenopfern etwa zwei Drittel über längere Zeit, teilweise sogar jahrelang als Drogenkonsumenten und -süchtige ihrer Umwelt bekannt waren, ohne daß eine wirkungsvolle Hilfe erfolgt ist (*Bauer* 1977, S.481).

Daß nicht von einem Rückgang des Drogenmißbrauchs gesprochen werden kann, wird auch aus der Statistik der Rauschgiftdelikte ersichtlich, die in den letzten Jahren über ständig wachsende Zahlen berichtete. Zur Zeit wird von ca. 35 000 bis 40 000 Rauschgiftdelikten pro Jahr ausgegangen (*Keup* 1979, S.68; *Bauer* 1977, S.481).

Die Zahl der Drogenabhängigen in der Bundesrepublik wird, wie bereits erwähnt, zur Zeit auf rund 60 000 geschätzt, wovon allein ca. 40 000 zwischen 14–25 Jahren sind (vgl. Bundesministerium 1977, S.3). Wenn auch der Anteil der Jugendlichen und Heranwachsenden in den letzten Jahren offensichtlich rückläufig ist – 1971 waren es 69,0%, 1975 noch 49,9% und 1977 waren es 44,3% (vgl. *Keup*, 1979, S.68) – darf nicht übersehen werden, daß ein harter Kern von jugendlichen Drogenabhängigen zwangsläufig in eine höhere Altersgruppe hineinwächst und schließlich bei der Erwachsenenstatistik erscheint.

Dieser sogenannte „harte Kern“ der Drogenszene ist es vor allem, der Anlaß zum Überdenken der praktizierten Behandlungsmaßnahmen gibt. Mit dem bisherigen Beratungs- und Therapieangebot konnte diese „negative Auslese“ der Drogenszene (*Bschor* u. *Junge*, 1977, S.299ff.) kaum erreicht werden. von den geschätzten 3–5000 Opiat-

abhängigen allein in Berlin waren, wie schon erwähnt, 1978 nur ca. 100 freiwillig in stationärer therapeutischer Behandlung, ca. weitere 100 lebten in Wohngemeinschaften und nur wenige waren in Kliniken zum Entzug (*Kleiner*, 1978, S.135).

Ein wichtiger Grund für dieses erschreckende Mißverhältnis zwischen Behandlungsbedürftigen und in Behandlung Befindlichen ist sicher in dem Mangel an Therapieplätzen zu sehen (vgl. *Barth* 1978, S.110). Für die zur Zeit auf 60 000 geschätzten Rauschgiftsüchtigen in der Bundesrepublik gibt es nur rund 1000 Plätze in Kliniken und therapeutischen Wohngemeinschaften.

Als bedeutsamer wird jedoch von verschiedenen Autoren die Tatsache angesehen, daß das Beratungs- und Therapieangebot bisher zu wenig auf die unterschiedlichen Zielgruppen der Drogenszene eingestellt ist (vgl. *Thamm*, 1977; *Kleiner*, 1978).. Als wichtigste Aufnahmebedingung gilt in den meisten Therapieeinrichtungen das Prinzip der Freiwilligkeit, in der Regel auch bei Suchtkliniken (vgl. *Schmidt*, 1979, S.24). Eine längerdauernde, über die körperliche Entgiftung hinausgehende Behandlung ist jedoch auch in diesen Fällen nur mit Einwilligung des Drogensüchtigen möglich und erfolversprechend.

In neueren Veröffentlichungen wird daher vermehrt gefordert, daß im Interesse der Betroffenen wie auch aus gesamtgesellschaftlichen Überlegungen (geschätzte Kosten pro Drogensüchtigen mind. 2000,- DM im Monat (vgl. *Kleiner*, 1978, S.136) mehr als bisher nach neuen Wegen gesucht werden muß, den nichtmotivierten, therapieunwilligen und -resistenten Drogenabhängigen zu helfen.

Voraussetzung dazu ist jedoch, daß die vom bisherigen Beratungs- und Behandlungsangebot nicht erreichte Gruppe hinreichend differenziert wird. Nach *Thamm* (1977, S.361) läßt sich folgende Unterscheidung des harten Kerns der Drogenabhängigen vornehmen:

1. Rehabilitationsunwillige Kinder und Jugendliche zwischen 12–16 Jahren mit bis zu 2 Jahren Suchterfahrung. Der Leidensdruck wird entwickelt, sie wohnen noch bei den Eltern und sind in die Drogenszene noch nicht integriert. Die eigene Drogenenerfahrung wird überschätzt, Überlebenstechniken werden entwickelt.
2. Entzugs- und rehabilitationsmotivierte Jugendliche und Erwachsene zwischen 15–25 Jahren mit 2–8 Jahren Suchterfahrung, der Leidensdruck ist vorhanden, sie sind teilweise oder ganz in die Drogenszene integriert, haben aber auch noch Bindungen zum nicht-drogenorientierten Nahfeld.
3. Therapieresistente Erwachsene zwischen 25–35 Jahren mit 8–15 Jahren Suchterfahrung. Der Leidensdruck ist vorhanden, oft übermächtig, sie sind in der Drogenszene voll integriert.

Kennzeichnend für alle drei Gruppen ist der risikofreudige Mißbrauch der Droge sowie die Überschätzung der eigenen Suchterfahrung und der Überlebenstechniken. Hierin liegt auch die Schwierigkeit, eine Motivation zum Drogenentzug zu erreichen. Als weitere zu berücksichtigende Differenzierungsaspekte hebt *Kleiner* (1978) hervor, daß Heroinabhängigkeit ein Zeichen sowohl für Krankheit als auch gleichzeitig Verwahrlosung und Kriminalität sei. Er vertritt die rigorose Auffassung, daß der Süchtige sich selbst definiere „d.h. wer Therapieangebote ablehnt, identifiziert sich mit einem antisozialen, ggf. kriminellen Verhalten bzw. ist

kriminell“ (1978, S.135). Außerdem unterscheidet er zwischen dem „primären Drogenkonsumenten und -abhängigen“ mit sekundärer Verwahrlosung und (Beschaffungs)-Kriminalität und dem „Frühverwahrlosten und ggf. Frühkriminellen, der erst späterhin, sekundär aufgrund seiner Persönlichkeitsprobleme drogenabhängig wird“ (Kleiner, 1978, S.136).

Für diesen, sowohl hinsichtlich Ursache, Verlauf und Dauer der Drogenabhängigkeit und damit auch der Ansatzpunkte für therapeutische Maßnahmen zu differenzierenden harten Kern der Drogensüchtigen müssen künftig verstärkt Anstrengungen unternommen werden, um sie vor einer Selbsterstörung zu bewahren.

Die Vorschläge, was getan werden kann und muß, sind unterschiedlich akzentuiert. An erster Stelle wird hierzu jedoch meistens auf die Möglichkeit einer Zwangseinweisung hingewiesen (vgl. Kielholz u. Ladewig, 1973, S.91; Schroeder, 1973, S.219; Hünnekens, 1973, S.47).

Auch Wanke hat sich vor einiger Zeit gegen die insbesondere von Mitarbeitern von Beratungsstellen und offenen Einrichtungen vertretene Auffassung, es gehe nur mit Freiwilligkeit, gewandt: „Für deren Klientel mag das richtig sein. Aber wir wissen ja, daß ein großer Teil in diese Einrichtungen nicht hineingehen will. Hier müssen wir mit dem helfenden Zwang beginnen, um zu einem späteren Zeitpunkt motivieren zu können“ (1978, S.44).

Auch von psychiatrischer Seite wird zu Recht immer wieder betont, daß die Gesellschaft die Pflicht habe, diese Menschen nicht ihrem selbstgewählten Schicksal zu überlassen, wenn sie dadurch zugrunde gehen würden (vgl. Hünnekens, 1973, S.47; Wanke, 1978).

Kleiner will die gerichtlichen Möglichkeiten differenzierter nützen und schlägt ein „System von Angebot und Forderung (gewissermaßen von ‚Druck und Zug‘)“ vor, wodurch eine sekundäre Motivation erreicht werden soll (1978, S.136). Ist der Drogenkranke nicht bereit, die Angebote zur Hilfe zu nützen, soll die auch im Interesse der Gesellschaft zu fordernde Behandlung notfalls durch richterliche Maßnahmen erzwungen werden.

Von den Befürwortern von Zwangseinweisungen wird diese als ultima ratio verstandene Maßnahme mit dem Hinweis begründet, daß bei den hiervon betroffenen Drogensüchtigen aufgrund der schweren körperlichen und seelisch-geistigen Beeinträchtigungen die Voraussetzungen für eine freie Willensentscheidung nicht mehr gegeben sei und deshalb für sie gehandelt werden müsse. So begründet Kleiner die entschiedene Forderung nach Zwangseinweisungen mit dem Hinweis, daß „Abhängigkeit von einem Mittel Unfreiheit ist – ein Mittelabhängiger ist somit kein freier, kein mündiger Bürger, er ist in seiner Entscheidungsfreiheit beeinträchtigt“, (1978, S.135).

Der Autor fordert außerdem, die strafrechtlichen Möglichkeiten bei der Gruppe der primär Drogenabhängigen mit sekundärer Beschaffungskriminalität stärker als bisher zu nutzen (1978, S.137).

Auch wenn diese „Lösungen“ bisher sowohl aus Mangel an geeigneten Therapieeinrichtungen wie auch aufgrund der insgesamt zurückhaltenden Einstellung der Gerichte diesen Möglichkeiten gegenüber wenig angewandt werden, so wird

doch vor allem von Gegnern der Zwangsmaßnahmen zu Recht auf die Gefahr hingewiesen, daß dies zu einer vor-schnellen Anwendung gerichtlicher Maßnahmen führen könnte. Außerdem wird befürchtet, daß dies zu einem Nachlassen der Bemühungen um Ausbau und Differenzierung des therapeutischen Angebots beitragen kann. Auch wenn heute für viele Drogensüchtige die zwangsweise Einweisung in eine Klinik Rettung vor dem sicheren Tod bedeutet und sie daher in solchen Fällen selbstverständliche Pflicht der Gesellschaft sein sollte, darf sich die Hilfe für die Therapieunwilligen und -resistenten darin nicht erschöpfen. Ziel jeder Zwangsbehandlung muß es sein, nach der körperlichen Entgiftung und Restitution die Bereitschaft zur weiteren Psycho- und Sozialtherapie zu wecken. Dazu ist zunächst jedoch ein räumlicher und personeller Ausbau der vorhandenen Drogenkliniken sowie eine stärkere Differenzierung der Behandlungsprogramme zu erproben, bei denen die Therapiemotivation aufgebaut werden kann, wie dies beispielsweise bei jungen Strafgefangenen mit der sog. „experimenter-subject-Methode“ (ESM) bereits versucht wurde (vgl. Steller, 1977, S.102ff.). Mit Recht stellt Thamm fest, daß „der weit verbreitete therapeutische Nihilismus ungerechtfertigt und inhuman ist, solange nicht alle Möglichkeiten der Hilfe ausgeschöpft sind. Niemand kann beim derzeitigen Stand unseres Wissens bei einem Drogenabhängigen eine Therapieunfähigkeit diagnostizieren oder voraussagen; neben dem Phänomen der Spontanheilung gibt es viele unvorhersehbare und unkalkulierbare Situationen, die das Geschehen günstig neu orientierend beeinflussen können. Die Erfahrungen in der praktischen Arbeit zeigen immer wieder, daß es weniger die therapieungeeigneten Klienten als vielmehr die unzureichenden und oft auch ungeeigneten Therapien und leider auch Therapeuten sind, die eine wirksame Hilfe für Drogenabhängige verhindern“ (1977, S.364f.).

Als weitere, bisher zu wenig genutzte Möglichkeit ist der Einsatz von „Street-Workern“ zu nennen. Hierbei handelt es sich um freiwillig mitarbeitende und von psychosozialen Beratungsstellen dafür sorgfältig ausgewählte Jugendliche sowie Sozialpädagogen oder Sozialarbeiter, die Kontakt zur „Szene“ haben oder aufnehmen und die Verbindung zwischen Drogenkonsument und Beratungsstelle herstellen sollen (vgl. Schroeder, 1973, S.225ff.; Schulz, 1974, S.146ff.). Diese Arbeit ist äußerst schwierig und stellt hohe Anforderungen an die persönlichen und fachlichen Fähigkeiten. Die bisherigen Erfahrungen haben auch noch nicht zu dem erhofften Erfolg geführt (vgl. Schulz, 1974, S.146ff.). Da dies jedoch für viele Drogensüchtige die einzige Chance eines Hilfeangebots sein dürfte, sollten weitere Anstrengungen zu effektiverer Nutzung dieser Möglichkeiten gemacht werden, wie dies auch nach dem „psychosozialen Anschlußprogramm“ der Bundesregierung vorgesehen ist (vgl. Bundesministerium 1977).

Abschließend ist hierzu jedoch festzustellen: Auch wenn die Therapieeinrichtungen für Drogensüchtige qualitativ und quantitativ den derzeitigen Erkenntnissen und Erfordernissen entsprechend ausgebaut und auch verstärkt die aufgezeigten Ansatzpunkte zur Hilfe für die Therapieresistenten und -unwilligen benützt und weiterentwickelt werden, dürfte das alleine nicht ausreichen, das Drogenproblem zu

lösen. Wichtig ist darüber hinaus eine Verstärkung prophylaktischer Bemühungen.

5. Zur Prophylaxe des Drogenmißbrauchs

Vorbeugende Maßnahmen gegen den Rauschmittelmißbrauch müssen bei den Ursachen ansetzen und vorrangig auf die besonders gefährdeten Gruppen ausgerichtet sein.

Wie schon ausgeführt, sind ca. zwei Drittel der Rauschgiftsüchtigen junge Menschen zwischen 14 und 25 Jahren. Untersuchungen über die Bereitschaft zum Drogenkonsum zeigen, daß das Interesse an Rauschdrogen bei Jugendlichen insgesamt sehr groß ist. Bei einer Erhebung des Instituts für Jugendforschung, Ende 1972 unter 14–25jährigen ergab sich, daß rund ein Viertel der Befragten bereits Drogenerfahrung hatte oder Interesse daran zeigte. (*Gostomzyk* u. a., 1973, S. 2ff.). *Biener* ermittelte in einer Untersuchung an Schweizer und Münchner Schülern ähnliche Zahlen: 29% der Münchner und 15% der Schweizer hatten Drogenerfahrung, wobei jedoch ein erheblicher Unterschied zwischen Stadt und Land sowie männlichen und weiblichen Jugendlichen festzustellen war. In der Stadt hatten von den Befragten 20%, auf dem Land „nur“ 4% Drogenerfahrung, unter den weiblichen Jugendlichen waren es in der Stadt rund 10%, auf dem Land dagegen 4%, die Drogenerfahrung angaben (1977, S. 162). Zwischen 46–55% der Befragten gaben an, daß sie Rauschgift „mal ausprobieren“ möchten (1977, S. 167).

Über vergleichbare Ergebnisse berichtet *Gülzow* aufgrund einer Erhebung an Schülern in Berlin, Freiburg und Tuttlingen, wobei hinsichtlich des Drogengebrauchs zwischen Stadt und Land ein Verhältnis von 2:1 (26% gegen 13%) festgestellt wurde (1978, S. 34ff.).

Als Gründe für das Interesse an Rauschmitteln nannten 35% der von *Biener* befragten „Neugier“, 8% „Mode“, 8% „Blödsinn und Plausch“, 14% „um der Wirklichkeit auszuweichen“, 25% „um Sorgen loszuwerden“ und 10% gaben „Lebensangst und Lebensschwierigkeiten“ an. Auch in anderen Studien wurde Neugier sowie Hoffnung auf Problembewältigung als häufigstes Motiv für den Rauschmittelgebrauch festgestellt (vgl. *Jasinsky*, 1971; *Schmitt* u. a., 1972). Maßnahmen zur Vorbeugung müssen sich daher an erster Stelle an die potentiellen Rauschmittelkonsumenten unter den Jugendlichen richten, die Probierer aus Neugier sowie die aufgrund psychischer und sozialer Probleme besonders Gefährdeten. Wichtigster Ort für einen gezielten Einsatz prophylaktischer Maßnahmen ist die Schule, da ein erheblicher Teil der Schüler Drogen konsumiert und häufig der erste Kontakt mit Drogen in der Schule erfolgt (vgl. *Wormser*, 1973, S. 52. ff.).

Sachliche Informationen durch Vorträge und breitgestreute Broschüren, worin bisher ein Großteil der Vorbeugungsmaßnahmen bestand, sind jedoch unzureichend. Wiederholt konnte gezeigt werden, daß durch einmalige Vorträge die Neugier am Drogenkonsum eher gestiegen ist und erst durch längerfristige, umfassende Interventionen mit Vorträgen, Unterrichts- und Gruppengesprächen ein Rückgang der Bereitschaft, Rauschmittel zu probieren, zu verzeichnen war (*Biener*, 1977, S. 167f.; vgl. hierzu auch *Aron-*

son u. *Carlsmith*, 1963). Einige Autoren vertreten auch die Ansicht, daß durch die bisherige Form der Aufklärung und insbesondere die publizistische Behandlung des Themas das Interesse bei vielen Jugendlichen erst geweckt wurde. So äußert *Petzold* die „feste Überzeugung, daß diese Informationen als Drogenpropaganda gewirkt haben“ (1974a, S. 265; vgl. auch *Wöbcke*, 1977, S. 21f.).

Die prophylaktischen Maßnahmen müssen daher gezielter und zugleich umfassender als bisher eingesetzt werden. Nach den bisherigen Erfahrungen ist hierfür ein zweifacher Ansatz erforderlich (vgl. *Petzold*, 1974a, S. 263 ff.): Erstens die direkte Aufklärung des potentiellen Drogenkonsumenten, und zweitens die Unterrichtung und Schulung von relevanten Erziehungspersonen. Bei den Maßnahmen für die potentiellen Drogenkonsumenten ist vor allem auf eine genaue Abstimmung von Inhalt und Art der Vermittlung auf die Zielgruppe (mit und ohne Drogenerfahrung) zu achten. Der Schwerpunkt der Maßnahmen muß jedoch stärker als bisher auf einem Angebot von Alternativen zum Drogenkonsum liegen. Hierzu gehören vor allem Anregungen zu kreativer, sportlicher und sozialer Freizeitbetätigung aller Art, wobei das Gemeinschaftserlebnis jeweils besonders wichtig ist.

Da der Drogenkonsum Jugendlicher immer auch im Zusammenhang mit entwicklungs- und reifungsbedingten Schwierigkeiten zu sehen ist, sind gerade hierfür Hilfen durch alternative Erlebnis- und Befriedigungsmöglichkeiten, die der Gefahr einer Flucht in die Drogenwelt vorbeugen können, besonders wichtig. Es sollten deshalb vermehrt in der Schule, aber auch in Freizeiteinrichtungen entsprechende Angebote geschaffen werden.

Neben den Maßnahmen für die Drogengefährdeten ist der zweite ebenso wichtige Ansatzpunkt die Schulung von Erziehungspersonen wie Eltern, Lehrer, Lehrlingsausbilder, Sozialpädagogen u. ä. Fortbildungsveranstaltungen, Kurse, Seminare müssen mehr als bisher diese wichtigen Beziehungspersonen auf eine adäquate Weitergabe ihres Wissens und vor allem auf das richtige erzieherische Verhalten vorbereiten, wie dies verschiedentlich, z. B. von der Drogenberatungsstelle München bereits versucht wurde (vgl. *Petzold*, 1974a, S. 264).

Auch von der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung wird durch „Modellseminare“, Informationsmaterial, Filme u. ä. über die Aufklärungsaktionen in den Massenmedien hinaus versucht, wichtige Kontaktpersonen und Multiplikatoren wie Lehrer, Redakteure von Schülerzeitschriften, Schulsprecher, Ärzte usw. auf das richtige Verhalten gegenüber Drogengefährdeten vorzubereiten (vgl. Bundesministerium 1977, *Wöbcke* 1977, S. 25f.). Speziell für Schüler weiterführender und berufsbildender Schulen wurden in Nordrhein-Westfalen erfolgreich ähnliche „Drogenseminare“ abgehalten (vgl. *Lenhard*, 1974).

Für den Unterricht liegen in den meisten Bundesländern spezielle Materialien über Drogen für das 5.–10. Schuljahr vor (vgl. Bundesministerium 1977, S. 16), wie auch weitere Unterrichtshilfen bis zu ausgearbeiteten Unterrichtsprojekten (vgl. *Wöbcke*, 1975, S. 132ff.). Darüber hinaus müssen jedoch vermehrt Lehrer, speziell Beratungslehrer, für Drogenprobleme ausgebildet werden, da gerade für die Drogen-

gefährdeten der persönliche Kontakt und das Ansprechen der psychischen und sozialen Probleme wichtig sind.

Die Effizienz der bisherigen prophylaktischen Maßnahmen ist schwer abzuschätzen, muß aber insgesamt als unzureichend bezeichnet werden. Ein Grund hierfür dürfte das bereits kritisierte zu einseitig auf Aufklärung und zudem zu wenig an der Zielgruppe der potentiell Drogengefährdeten ausgerichtete bisherige Vorgehen sein. Außerdem ist mehr als bisher eine enge Zusammenarbeit zwischen Schule, Elternhaus, psychosozialen Beratungsstellen u.ä. weiteren Einrichtungen erforderlich, wie dies auch im Anschlußprogramm der Bundesregierung für 1978 vorgesehen ist (vgl. Bundesministerium, 1977).

Inzwischen gibt es auch in mehreren Großstädten der BRD Initiativen von Eltern drogengefährdeter Jugendlicher, die zur Selbsthilfe gegriffen haben, um sich gegenseitig und damit ihren gefährdeten Kindern wirksamer helfen zu können. Durch Begegnung, Erfahrungsaustausch und vor allem durch Einzel- und Gruppengespräche über die Ursachen des Drogenmißbrauchs versuchen diese Initiativen in Zusammenarbeit mit Fachleuten (wie Psychologen, Fachärzten für Psychiatrie, Sozialarbeitern u.ä.) den betroffenen Eltern Hilfestellung im Umgang mit den gefährdeten Jugendlichen zu geben. Dazu gehört auch das Wissen über Möglichkeiten zur Beratung und Therapie. Solche Elterninitiativen versuchen gerade auch durch Öffentlichkeitsarbeit verstärkt auf das Drogenproblem aufmerksam zu machen und auf eine Verbesserung der prophylaktischen und therapeutischen Möglichkeiten hinzuwirken.

Als wichtige prophylaktische Maßnahme muß auch die Bekämpfung des Rauschmittelmisßbrauchs durch strafrechtliche Maßnahmen genannt werden. Über die Notwendigkeit einer Intensivierung der Bekämpfung des illegalen Großhandels und des örtlichen Dealertums besteht weitgehend Einigkeit (vgl. Bauer, 1977; Keup, 1979, S.71; Wöbcke, 1977, S.24f.). Hinsichtlich der Beurteilung der Präventivwirkung des Betäubungsmittelgesetzes gehen die Meinungen jedoch auseinander. Kaiser (1978, S.123f.) kommt zu dem Schluß, daß das Betäubungsmittelgesetz, zumindest im Hinblick auf jugendliche Drogenkonsumenten lediglich zu einer „exzessiven Ausdehnung der Kriminalisierung“ geführt habe. Auch Gültzow (1978) kommt aufgrund seiner kriminologischen und rechtspolitischen Untersuchung über „Drogenmißbrauch und Betäubungsmittelgesetz“ zu der Auffassung, daß die strafrechtliche Ahndung des „bloßen“ Drogenkonsums kein wirksames prophylaktisches Mittel sei (S.96f.). Als besonders unzureichend, weil lediglich eine unnötige Kriminalisierung bewirkend, wird die fehlende Unterscheidung zwischen den sogenannten harten und weichen Drogen kritisiert (vgl. Kaiser, 1978; Gültzow, 1978).

In einer neueren Untersuchung zur Drogenprävention mittels Strafandrohung bei 16–21jährigen Schweizer Jugendlichen konnte Stooss aufgrund sehr umfangreicher Erhebungen zeigen, daß ohne die Strafandrohung durch Gesetz mit ca. 30% mehr Drogenkonsumenten zu rechnen wäre. Er hebt jedoch gleichzeitig selbst hervor, daß die kriminologische Prävention nur im Rahmen aller anderen prophylaktischen Maßnahmen stehen darf und ihre Berechtigung hat (1978, S.141ff.).

Als bisher zwar immer wieder erwähnt, aber insgesamt dennoch zu wenig beachtet ist letztlich auf die grundlegende Bedeutung kausaler Prävention des Drogenmißbrauchs hinzuweisen. Hierzu gehören vor allem die Erziehungshaltung und das erzieherische Vorbild von Eltern und Lehrern, deren Ziel es sein sollte, Selbstbewußtsein, Selbständigkeit, Kontaktfähigkeit und Interessen der Kinder zu fördern. Feser stellt hierzu zu Recht fest, daß „die Entwicklung, Erhaltung bzw. Verbesserung der seelischen Gesundheit des Kindes den entscheidenden Beitrag in der Verhütung des Drogenmißbrauchs“ darstellt (1975, S.28).

6. Evaluierung von Behandlungsmaßnahmen bei Drogenabhängigen

Wie aus der Darstellung der bisherigen Ergebnisse zur Drogentherapie hervorgeht, steht die Behandlung Drogen-süchtiger noch am Anfang. Es fehlen einerseits wissenschaftlich fundierte Untersuchungen, vor allem auch systematische Begleitforschung, vergleichende Auswertung, Einzel- und Feldanalysen, andererseits aber auch methodisch einwandfreie Einschätzungskriterien zur Messung des Behandlungseffektes (vgl. Reinschmiedt 1978). Wie im Bereich der Behandlungsforschung insgesamt (vgl. Kury u. Fenn 1977), fehlt es bei den einzelnen durchgeführten Projekten in der Regel an einer systematischen Begleitforschung, wodurch diese Versuche die Chance vertun, ihren Erfolg wissenschaftlich einwandfrei nachzuweisen. Gerade bei der jetzigen Situation in der Drogenbehandlung, wo gesichertes Wissen erst noch gewonnen werden muß, ist eine systematische Forschung dringend erforderlich. Im folgenden soll – in Anlehnung an Reinschmiedt (1978, S.132f.) – in diesem Zusammenhang vor allem auf die drei Bereiche Patienten-gruppe, Betreuerteam und Behandlungsmethoden eingegangen werden.

Die Praxis in der Bundesrepublik hat gezeigt, daß die Patienten in der Behandlung nur zu einem geringen Teil nach bestimmten Zielgruppen, etwa nach vorangegangenen physischem Entzug, differenziert werden. Während institutionelle Einrichtungen alle Eingewiesenen aufnehmen müssen (Drogennotfall, physischer Entzug, gerichtliche Einweisung), selektieren die therapeutischen Wohngemeinschaften ihre Klienten in der Regel nach strengen Kriterien. So sind zwar die Auswahlgesichtspunkte der meisten privaten Selbsthilfeorganisationen unterschiedlich und eine einheitliche Richtung kann kaum festgestellt werden, jedoch verlangen sie alle, daß die Patienten sich freiwillig der Drogenbehandlung unterziehen. Schon durch dieses Kriterium treffen sie eine positive Auswahl aus allen Drogensüchtigen, was die teilweise höheren Erfolgsquoten stark mitbedingen dürfte. Zu berücksichtigen ist weiter, daß ein zusätzlicher Mangel darin zu sehen ist, daß die Therapiemotivation des Drogenabhängigen nicht klar und eindeutig ermittelt wird. Es ist keineswegs klar definiert, was unter „Therapiewilligkeit“ zu verstehen und wie sie zu erfassen ist. Vielfach genügt den einzelnen Behandlungsgruppen ein unstrukturiertes Vorgespräch zur Ermittlung der Therapiemotivation. Die Vorgehensweise in einem solchen Gespräch ist stark von der Erfahrung des Gesprächsleiters abhängig und die Ent-

scheidung über Aufnahme bzw. Ablehnung dürfte weitgehend nach subjektiven Kriterien getroffen werden. Eine Zielgruppendifferenzierung, die ermöglicht, die Drogenabhängigen einzuschätzen nach Art und Schwere der psychischen und physischen Abhängigkeit, der Motivationsstruktur für eine Therapie, nach typischen drogenspezifischen Verhaltensweisen, um eine Therapie abzustimmen, ist bisher nur in Ansätzen wie etwa durch *Mattke* (1971); *Keup* (1972) oder *Waldmann* u. a. (1977) geleistet worden (vgl. *Reinschmiedt* 1978, S. 141). Als Grundlage für eine Klassifikation dienten hier breit angelegte Untersuchungen an jugendlichen Drogensüchtigen. Bis heute wurden diese Differenzierungsansätze in der drogentherapeutischen Praxis kaum beachtet.

Was die Qualifikation und Auswahl der Mitarbeiter im Behandlungsteam anbetrifft, besteht zwischen den einzelnen Einrichtungen kaum mehr Einigkeit als hinsichtlich der Patienten. Grundsätzlich ist ein Unterschied zwischen den Auffassungen institutioneller und privater Einrichtungen festzustellen. Während die ersteren die fachliche Qualifikation ihrer Mitarbeiter betonen, heben die letzteren vielfach die „menschlichen Qualitäten“ mehr hervor als fachliche Voraussetzungen (vgl. *Reinschmiedt* 1978, S. 142). Teilweise wird auch von offizieller Stelle (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren 1971) die Mitarbeit von Ex-Usern im Behandlungsteam empfohlen, sie konnte bislang jedoch nur in Selbsthilfeeinrichtungen realisiert werden (*Reinschmiedt* 1978).

Einigkeit besteht weitgehend darüber, daß effektive therapeutische Arbeit mit Drogenabhängigen nur durch ein Team geleistet werden kann. In diesem Zusammenhang wird immer wieder auf die Vorteile eines interdisziplinär zusammengesetzten Teams hingewiesen.

Von großer Bedeutung für die therapeutische Arbeit der einzelnen Teammitglieder ist eine regelmäßige qualifizierte Supervision, möglichst auch durch außenstehende, nicht in den Therapieprozeß involvierte Fachkräfte. Daneben ist auch auf die Bedeutung von Selbsterfahrungsgruppen für die Teammitglieder hinzuweisen. Nicht zuletzt sollten diese genügend Zeit für eine systematische und regelmäßige Weiterbildung besitzen, damit sie die dringend erforderliche Anregung für die Weiterentwicklung der Drogentherapie erhalten. Die Praxiserfahrung zeigt, daß keine der genannten Bedingungen in der Regel genügend erfüllt ist (vgl. *Quenzer* 1971). Schon von daher sind die Voraussetzungen für eine systematische Weiterentwicklung der Behandlung Drogenabhängiger außerordentlich ungünstig.

Was die Behandlungsverfahren anbetrifft, besteht bisher kaum Klarheit darüber, welche therapeutischen Methoden bei welchen Klienten unter welchen Bedingungen welche Wirkung erzielen. Berücksichtigt man den Erkenntnisstand in der Psychotherapieforschung insgesamt, überrascht dies nicht, sind doch dieselben Fragen bei anderen weniger problematischen Patientengruppen ebenso noch weitgehend ungeklärt (vgl. *Meltzoff* u. *Kornreich* 1970; *Bergin* 1971; *Petermann* 1977).

Dies darf jedoch nicht zu einem Nachlassen der Forschungsbemühungen hinsichtlich der Indikationsfrage im Drogenbereich führen, da gerade auch hier effiziente

Behandlungsverfahren dringend erforderlich sind. Zweifellos ist *Petzold* zuzustimmen, wenn er betont, daß die Therapie Drogenabhängiger „ein geschlossenes und umfassendes therapeutisches Modell (erfordert), das von der Kontaktaufnahme in der Beratungsstelle bis zur völligen sozialen Wiedereingliederung den Drogenabhängigen aufnimmt, behandelt und betreut. Im Rahmen eines solchen Modells kommt den therapeutischen Maßnahmen eine besondere Bedeutung zu. Sie müssen aufgrund der mehrfaktoriellen Ätiologie der Drogenabhängigkeit in Form einer flexiblen und multidimensionalen Therapie durchgeführt werden, wobei zu verschiedenen Zwecken mit unterschiedlichen Verfahren gearbeitet werden muß“ (1972, S. 35). Die Überzeugung, daß nur eine Kette von unterschiedlichen Therapieangeboten eine Lösung des Drogenproblems bringen kann, setzt sich auch in der praktischen Drogenarbeit allmählich durch (vgl. *Täschner* 1978). Eine Therapiekette beinhaltet jedoch einerseits die notwendigen Einrichtungen, von Entzugskliniken bis zu Nachbetreuungsorganisationen mit Berufsausbildungsmöglichkeiten und andererseits ein Angebot verschiedener effizienter therapeutischer Techniken und Methoden. Wichtig wäre in diesem Zusammenhang auch ein größere Kooperation und ein stärkerer Erfahrungsaustausch zwischen den einzelnen Behandlungsinstitutionen. So ist es wenig ökonomisch, wenn jede Behandlungsgruppe unabhängig von den anderen vorgeht und deren Erfahrungen bei der eigenen Arbeit nicht berücksichtigen kann (vgl. *Reinschmiedt* 1978, S. 147 ff.).

Die Auswahl und Entwicklung effizienter therapeutischer Methoden kann nur über die Durchführung systematischer wissenschaftlicher Effizienzkontrolle erfolgen. Als Erfolgskriterium dient in der Regel die Rückfallquote. Es handelt sich hierbei zwar zweifellos um ein bedeutsames Erfolgskriterium, das jedoch keineswegs eindeutig definiert ist. Das trägt mit dazu bei, daß die Erfolgsangaben einzelner drogentherapeutischer Einrichtungen kaum miteinander vergleichbar sind. Das Dunkelfeld beim Rückfall ehemaliger Drogenabhängiger trägt weiter zur mangelnden Validität des Kriteriums bei. Auch deshalb ist die Entwicklung weiterer Kriterien dringend erforderlich, um den Erfolg von Drogenbehandlungsmaßnahmen adäquat und vergleichend beurteilen zu können. Die Durchführung von Eingangs-, Entlassungs-, aber gerade auch Verlaufsuntersuchungen während der Behandlung kann hier weiterhelfen. Mit Ausnahme der sozialtherapeutischen Behandlungseinrichtungen sind jedoch die meisten drogentherapeutischen Institutionen wenig geneigt, die eigene Arbeit nach methodischen Kriterien zu erfassen, geschweige denn Therapieplanung unter wissenschaftlicher Begleitforschung durchzuführen, was zweifellos die Weiterentwicklung der Drogenbehandlung erheblich behindert (*Reinschmiedt* 1978, S. 151). Zu Recht forderte die Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren (1971) in ihrem „Rahmenplan für stationäre und ambulante Behandlungsmodelle für Drogengefährdete und Drogenabhängige“, daß nur dann öffentliche Mittel an Institutionen vergeben werden sollten, wenn Behandlungsprogramm und Effizienzkontrolle abgeklärt sind. Die Expertenkommission der Deutschen Hauptstelle für Suchtgefahren empfiehlt, daß allen Einrichtungen spezielle Forschungsabteilungen ange-

gliedert werden sollten, „die projektbezogene Untersuchungen mit unterschiedlichen Zielgruppen und Methoden unter besonders strenger Effizienzkontrolle durchführen“ (Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren 1971, S. 10; vgl. a. *Reinschmiedt* 1978, S. 155). In die wissenschaftliche Begleitforschung ist selbstverständlich auch die Arbeitsweise und Effizienz der dringend erforderlichen Nachsorgeeinrichtungen einzubeziehen. Nur durch eine wissenschaftlich durchgeführte objektive Kontrolle drogentherapeutischer Maßnahmen ist eine systematische Weiterentwicklung der Behandlung Drogenabhängiger möglich. Bisher wurde dieser Forderung in der Bundesrepublik zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt, was teilweise zu einem fruchtlosen Experimentieren führte. Es soll nicht verkannt werden, daß eine systematische Begleitforschung außerordentlich schwierig und von der therapeutischen Institution selbst auch aus Gründen der Objektivität kaum zu leisten ist. Hier könnten jedoch Institute der Universität (wie psychologische Institute) und Forschungseinrichtungen (wie Max-Planck-Institute) einspringen. Gerade die Zusammenarbeit von Wissenschaftlern und Praktikern dürfte auch in diesem Bereich am ehesten zu einer fruchtbaren Weiterentwicklung bisheriger Behandlungsansätze führen.

Summary

On Resocialization of Drug Addicts. A Discussion of Current Approaches to Treatment

A survey is given of the extent and development of drug consumption and the resulting problems of narcotics criminality in the Federal Republic of Germany, whereby the sharp increase in juvenile alcohol abuse is stressed and possible causes are discussed. With respect to theoretical, methodological and institutional characteristics, diversities are pointed out between the treatment methods of classical psychiatry, social psychiatric drug therapy, self-help programmes and social therapy with drug addicts. Principles of treatment, methods, previous experiences, prejudices and problems of various therapeutic approaches are described and discussed; in this context it is pointed out that previous therapeutic results indicate that drug therapy is effective only through a gradual succession of therapeutic steps within the framework of an inter-disciplinary and inter-institutional „chain of treatment“. In addition, problems of efficiency research are discussed and the lack of scientifically sound knowledge of the effectiveness of varying treatment concepts with diverse patient groups is stressed. Furthermore, the problem of inadequate differentiation between groups singled out for treatment is pointed out, as well as the difficulties and possibilities of treatment of drug addicts resisting therapy and rehabilitation efforts. In closing, both the necessity and possibilities of increased prophylactic measures are discussed.

Literatur

Aronson, E. u. *Carlsmith, J. M.*: The effect of severity of threat on the evaluation of forbidden behavior. *Journal of abnormal and social psychology*, 66, 1963, 584–591. – *Bach, O., Feldes, D.,*

Thom, A., Weise, K.: Sozialpsychiatrische Forschung und Praxis. Leipzig 1976. – *Barth, L.*: Psychopathologie von klinisch aufgenommenen Drogenabhängigen. Ein Vergleich USA/Deutschland. In: *Keup, W.* (Hrsg.): Sucht als Symptom. Stuttgart 1978, 105–111. – *Battegay, R.*: Gruppendynamische Prozesse II: Katharsis-Einsicht-Wandlung, in: *Preuss, H. G.* (Hrsg.): Analytische Gruppenpsychotherapie, München 1966, 180–238. – *Ders.*: Der Mensch in der Gruppe, Bd. III, Wien 1969. – *Ders.*: Vom Hintergrund der Süchte. Bern 1972. – *Ders.*: Der Mensch in der Gruppe, Bd. I, 4. Aufl. Bern, Stuttgart, Wien 1973. – *Battegay, R., Benedetti, G., Raachfleisch, U.*: Grundlagen und Methoden der Sozialpsychiatrie. Göttingen, Zürich 1977. – *Battegay, R., Ladewig, D.*: Therapeutische Gruppenarbeit in der stationären Behandlung Drogen und Alkoholabhängiger. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 4, 1970, 130–182. – *Battegay, R., Pfister-Amme, M., Burner, M., Labhardt, F., Luban-Plozza, B.* (Hrsg.): Aspekte der Sozialpsychiatrie und Psychohygiene. Bern, Stuttgart, Wien 1975. – *Bauer, G.*: Die gegenwärtige Lage in der Drogenszene. *Unsere Jugend*, 29, 1977, 481–490. – *Baumert, J.*: Arbeitsweise einer psychiatrischen Station für jugendliche Drogenabhängige. In: *Petzold, H.* (Hrsg.): Drogentherapie. Paderborn 1974, 328–343. – *Bergin, A. E.*: The Evaluation of therapeutic Outcomes, in: *Bergin, A. E. u. Garfield, S. L.* (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change: An empirical Analysis*, New York 1971, 217–270. – *Biener, K.*: Geschlechterspezifischer Drogenkonsum der Jugend, *Münchener Medizinische Wochenschrift* 116, 1974, 653–658. – *Ders.*: Varianzbreite des Drogenproblems der Jugend. *Suchtgefahren*, 23, 1977, 162–169. – *Blane, H. T.*: Psychotherapeutic Approach. In: *Kissin, B., Begleiter, H.*: Treatment and Rehabilitation of the Chronic Alcoholic. New York, London 1977, 105–160. – *Bron, B.*: Aktuelle Probleme des Alkoholmißbrauchs bei Kindern und Jugendlichen. *Suchtgefahren* 22, 1976, 44–53. – *Ders.*: Probleme und Aspekte jugendgerichtlicher Maßnahmen bei der Drogenkriminalität, *Psychiatrische Praxis* 4, 1977, 150–159. – *Bschor, F.*: Zur Frage der Wirksamkeit strafrechtlicher Maßnahmen bei Drogenabhängigen vom Opiattyp, *Zeitschrift für Rechtsmedizin* 78, 1976, 25–30. – *Bschor, F. u. Junge, S.*: Mortalität Drogenabhängiger in Berlin seit 1971. *Die Berliner Ärztekammer (Sonderdruck)* 5, 1977, 299–306. – *Buchmann, J. u. Braun, H.-D.* (Hrsg.) *Umgang mit Drogengefährdeten*. Hamm 1973. – *Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit* (Hrsg.): Informationen zum Drogenproblem, Bonn 1976. – *Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit* (Hrsg.): Alkohol- und Drogenmißbrauch sowie Kriminalität von Kindern und Jugendlichen. Bonn 1977, Drucksache 8/751. – *Casriel, D.*: Die Dynamik von Synanon. In: *Petzold, H.* (Hrsg.) *Drogentherapie*. Paderborn 1974, 105–121. – *Christiani, E. u. Stübing, G.*: Drogenmißbrauch und Drogenabhängigkeit. Löwenich 1973, 2. Aufl. – *Deutscher Caritasverband*, Referat Gefährdetenhilfe (Hrsg.): Überlegungen zur Therapie Suchtkranker in der Bundesrepublik Deutschland – Einrichtungen und Kosten. Freiburg 1977. – *Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren* (Hrsg.), Rahmenplan für stationäre und ambulante Behandlungsmodelle für Drogengefährdete/Drogenabhängige, Hamm 1971. – *Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren* (Hrsg.), *Die Suchtgefährdung in der BRD und West-Berlin. Alkohol, Medikamente, Tabak, Drogen*, Hamm 1976. – *Deutscher Bundestag* (Hrsg.): Enquête zur Lage der Psychiatrie in der BRD. Drucksache 7/4201, Bonn 1975. – *Dietrich, J.*: Stufenplan bei der Behandlung drogenabhängiger Jugendlicher. In: *Buchmann, J. u. Braun, H.-D.* (Hrsg.): *Umgang mit Drogengefährdeten*. Hamm 1973, 100–103. – *Dole, V. P. u. Nyswander, M. E.*: Methadone Therapy. *Arch. Internal Med.* 120, 1967, 19–26. – *Dörner, K. u. Plog, U.* (Hrsg.): *Sozialpsychiatrie*. Neuwied, Berlin 1972. – *Dührssen, A.*: Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen 1971, 4. Aufl. – *Epprecht, M.*: Die Rolle des einzelnen in der Milieuthérapie. Aus der Sicht der Ergotherapie-

tin. In: *Heim, E.* (Hrsg.): *Milieu-Therapie*. Bern, Stuttgart, Wien 1978, 110–115. – *Fahrenkrug, H., Huber, M., Lehr, M.*: Zum Trinkverhalten von Jugendlichen. Hrsg. vom Sozialministerium Schleswig-Holstein. Kiel 1977. – *Feser, H.*: Möglichkeiten der kausalen Prävention des Drogenmißbrauchs. Suchtgefahren, 21, 1975, 26–30. – *Feuerlein, W.*: Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit. Stuttgart 1975. – *Gearing, S., Schwetzer, J.*: An Epidemiologic Evaluation of longterm Methadone Maintenance Treatment for Heroin Addiction. *American Journal of Epidemiology* 100, 1974, 98–107. – *Gleiss, J., Seidel, R., Abholz, H.*: Soziale Psychiatrie. Frankfurt/M., 1973. – *Gostomzyk, J. G., Edelmann, H., Stoll, J.-E., Leithoff, H.*: Rauschmittel in Rheinland-Pfalz – Eine Schülerbefragung. *Drogen-Report* 3, 1973, 2–6. – *Gruenewaldt, G.*: Tatsachen über Haschisch und Drogensucht – eine Seuche unserer Zeit, *Personal* 23, 1971, 213–217. – *Gülzow, H.*: Drogenmißbrauch und Betäubungsmittelgesetz. Eine kriminologische und rechtspolitische Untersuchung. Heidelberg 1978. – *Günther, E.*: Der harte Kern der Drogenszene, in: *Berichte und Dokumente aus der Freien Hansestadt Hamburg* 1974. – *Haase, H.-J.* (Hrsg.): *Sozialpsychiatrie*. Stuttgart, New York 1977. – *Heim, E.* (Hrsg.): *Milieu-therapie*. Erlernen sozialer Verhaltensmuster in der psychiatrischen Klinik. Bern, Stuttgart, Wien 1978. – *Hünnekens, H.*: Bemühungen zur Behandlung des Drogenproblems. In: *Buchmann, J. u. Braun, H.-D.* (Hrsg.): *Umgang mit Drogengefährdeten*. Hamm 1973, 35–50. – *Huhn, A.*: Die Behandlung des Alkoholismus und der Arzneimittelabhängigkeit, Hamm 1975. – *Irwin, S.*: Pros and Cons of Marijuana Legalization, in: *Blachly, P. H.* (Ed.), *Drug Abuse. Data and Debate*, Springfield 1970, 296–313. – *Jasinsky, M.*: Drogenkonsum Hamburger Schüler, Berichte und Dokumente aus der Freien und Hansestadt Hamburg Nr. 272 vom 30.8.1971. – *Ders.*: Rauschmittelkonsum Hamburger Schüler. Zweite Repräsentativerhebung an Hamburger Schulen, Berichte und Dokumente aus der Freien und Hansestadt Hamburg Nr. 387 vom 29.11.1973. – *Jones, M.*: Von der therapeutischen Gemeinschaft zum offenen System. In: *Heim, E.* (Hrsg.): *Milieu-therapie*. Bern, Stuttgart, Wien 1978, 22–31. – *Jugendhilfe e. V.* (Hrsg.), *Projekt Reithbrook*. Konzeption, Hamburg o. J. – *Kaiser, G.*: *Kriminologie*. Eine Einführung in die Grundlagen, Heidelberg, Karlsruhe, 3. Aufl., 1976. – *Ders.*: *Jugendkriminalität*. Rechtsbrüche, Rechtsbrecher und Opfersituationen im Jugendalter, Weinheim, Basel, 2. Aufl. 1978. – *Keup, W.*: Die Psychopathologie jugendlicher Drogenabhängiger, in: *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren* (Hrsg.), *Drogen- und Rauschmittelmisbrauch*, Hamm 1972, 71–86. – *Ders.*: *Drogenmißbrauch und Mittelabhängigkeit*, *Deutscher Ärztekalender* 1974, München 1973. – *Ders.*: *Zahlen zur Gefährdung durch Drogen und Medikamente*. In: *Schmidt, H.-G.* (Hrsg.): *Jahrbuch zur Frage der Suchtgefahren* 1979. Hamburg 1979, 64–71. – *Kielholz, P., Battegay, R., Ladewig, D.*: *Drogenabhängigkeit*. In: *Kisker, K. P., Meyer, J. E., Müller, M., Strömberg, E.* (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart* Bd. II, Teil 2, Berlin, Heidelberg, New York 1972, 497–564. – *Kielholz, P., Ladewig, D.*: *Über Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen*. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 95, 1970, 101–105. – *Dies.*: *Die Abhängigkeit von Drogen*. München 1973. – *Kleiner, D.*: *Haschisch und Alkohol*. Gemeinsamkeiten und Unterschiede, *Unsere Jugend* 22, 1971, 35–40. – *Ders.*: *Der junge Drogenabhängige im Strafverfahren – Therapieeinleitung und -motivation durch Jugendrichter*. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform* 61, 1978, 135–138. – *Klemm, H.*: *Akupunktur und Sucht*. Suchtgefahren, 23, 1977, 120–123. – *Kreuzer, A.*: *Jugend-Rauschdrogen-Kriminalität*. Wiesbaden 1978. – *Kukuvetz, W. R.*: *Gewöhnung und Sucht bei modernen Arzneimitteln*. *Berichte des IV. Internationalen Kongresses der Internationalen Föderation für Hygiene und Präventivmedizin* Wien 24.–26.5.1965, Wien 1965. – *Kury, H., Fenn, R.*: *Praxisbegleitende Erfolgskontrolle sozialtherapeutischer Behandlung*. *Möglichkeiten und Wege empiri-*

scher Forschung, *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 60, 1977, 227–242. – *Kury, H. u. Patzschke, H.*: *Zur Ätiologie des Drogenkonsums Jugendlicher*. *Praxis der Kinderpsychologie u. Kinderpsychiatrie*, 28, 1979, 176–187. – *Langen, D.*: *Die gestufte Aktivhypnose*. Stuttgart 1969, 3. Aufl. – *Leach, B., Norris, J. L.*: *Factors in the Development of Alcoholics Anonymous*. In: *Kissin, B., Begleiter, H.* (Eds.): *Treatment and Rehabilitation of the Chronic Alcoholic*. New York und London 1977, 441–543. – *Lenhard, I.*: *Drogenseminare für Schüler* (Auswertung, Beurteilung, Stellungnahmen). Suchtgefahren, 20, 1974, 239–242. – *Lenhard, H. L., Epstein, L. J., Rosenthal, M. S.*: *Die Methadon-Illusion*. In: *Scheidt, J.* vom (Hrsg.): *Die Behandlung Drogenabhängiger*. München 1974, 120–134. – *Litman, G. K.*: *Behavioral Modification Techniques in the Treatment of Alcoholism: A Review and Critique*. In: *Gibbins, J.* (Ed.): *Alcohol*, Vol. 3, New York 1976. – *Logan, B.*: *Heroin Maintenance Clinics*. *Ohio State Medical Journal* 70, 1974, 423–434. – *Lotze, J., Stasch, R., Mohr, O., Vollmer, S., Rabe, M.-L., Meyer, A., Petzold, H.*: *Konzeption des ambulanten Therapieprogramms unter Verwendung von Methadon (ATM)*. In: *Petzold, H.* (Hrsg.): *Drogentherapie*. Paderborn 1974, 450–456. – *Maas, A., Schmidtbreich, B.*: *Suchterkrankung als individueller und gesellschaftlicher Konflikt*, Freiburg 1972. – *Mattke, D. J.*: *Informationen aus der Drogenberatungsstelle München*. Suchtgefahren 4, 1971, 15–21. – *Meltzoff, J., Kornreich, M.*: *Research in Psychotherapy*, New York 1970. – *Menninger, K.*: *Selbsterstörung*. Frankfurt 1974. – *Moeller, M. L.*: *Selbsthilfegruppen*. Reinbek 1978. – *Perls, F.*: *Gestalt Therapy Verbatim*. Lafayette 1969. – *Petermann, F.* (Hrsg.): *Psychotherapieforschung*. Ein Überblick über die Ansätze, Forschungsergebnisse und methodischen Probleme, Weinheim, Basel 1977. – *Peters, A.*: *Therapeutische Wohngemeinschaften für Drogenkonsumenten*. Modellversuche in Hamburg, Nachrichtendienst des deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (NDV) 52, 1972, 54–61. – *Petzold, H.*: *Möglichkeiten der Psychotherapie bei drogenabhängigen Jugendlichen*. In: *Birdwood, G.*: *Willige Opfer*, Rosenheim 1971. – *Ders.*: *Verhaltenstherapeutische Behandlung Drogenabhängiger durch Biofeedback (EEG-Alpha) und hypnotisch aversive Konditionierung*, Paderborn 1972. – *Ders.*: *Methoden in der Behandlung Drogenabhängiger*, Kassel 1972a. – *Ders.*: *Gestalttherapie und Psychodrama*, Kassel 1973. – *Ders.*: *Das Vierstufenmodell der therapeutischen Kette in der Behandlung Drogenabhängiger*. In: *Petzold, H.* (Hrsg.): *Drogentherapie*. Paderborn 1974, 133–268. – *Ders.*: *Konzepte zur Drogentherapie*. In: *Petzold, H.* (Hrsg.): *Drogentherapie*. Paderborn 1974a, 524–527. – *Pittman, D. J.*: *Trans-Cultural Aspects of Drinking and Drug-Use*. 16th Int. Institute of the Prevention and Treatment of Alcoholism. 1.–6. June 1970 in Lausanne. Int. Council on Alcohol Addictions. – *Prescher, G.*: *Tod auf der Toilette*. *Partner*, 12, 1978, 9–20. – *Prokop, H.*: *Psychotherapie Suchtkranker*. Suchtgefahren 21, 1975, 15–21. – *Quenzer, K.*: *Community Drug Project*. *Erfahrungsbericht*, London, Köln 1971. – *Reinschmiedt, O.*: *Die Beiträge der klassischen Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Sozialtherapie zur Drogentherapie in der BRD*, Unveröffentlichte Diplomarbeit, Freiburg, 1978. – *Riedesser, P.*: *Methadonprogramme in den USA*. *Med. Klinik*, 69, 1974, 671–680. – *Rosenthal, M. S. u. Biase, D. V.*: *Die Phoenix-Häuser*. In: *Biniak, E.* (Hrsg.): *Drogenabhängigkeit*. Darmstadt 1978, 193–227. – *Roth, D.*: *Modelle der Drogentherapie*. Köln 1977. – *Sattes, H.*: *Verharmlosung der Rauschmittelsucht und ihre Folgen*, *Ärztliche Praxis* 22, 1970, 1618–1632. – *Schäfer, Ch., Unteregger, E.*: *Probleme der Methadonbehandlung Heroinabhängiger*. Unveröff. Manuskript Freiburg 1977. – *Schenk, J.*: *Drogenkonsum und die Beurteilung von Drogen und Drogenkonsumenten bei frisch eingezogenen Bundeswehrrekruten*. *Wehrpsychologische Untersuchungen* 9, 1974, 1–102, Heft 5. – *Ders.*: *Droge und Gesellschaft*, Berlin, Heidelberg, New York 1975. – *Schmidt, H.-G.*: *Jahrbuch zur Frage der Suchtgefahren* 1979.

- Hamburg 1979. – *Schmidtbauer, W., vom Scheidt, J.*: Handbuch der Rauschdrogen, München 1971. – *Schmitt, L., Stöckel, F., Kaiser, L.*: Drogengebrauch unter Jugendlichen in Baden-Württemberg. Deutsches Ärzteblatt 69, 1972, 354–358. – *Schroeder, F.-Ch.*: Rauschgift. Bekämpfung des Drogenmißbrauchs. Berlin, New York 1973. – *Schröder, U.*: Alkoholismus bei Kindern und Jugendlichen. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 10, 1976, 500–504. – *Schulz, P.*: Drogentherapie, Frankfurt 1974. – *Seabourne, B.*: Psychodrama und therapeutische Gemeinschaft. In: *Petzold, H.* (Hrsg.): Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik, Theater und Wirtschaft, Paderborn 1972. – *Sollmann, U.*: Therapie mit Drogenabhängigen. Gießen 1974. – *Staehlin, J.E.*: Nichtalkoholische Süchte. In: *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd. II: Klinische Psychiatrie. Berlin u. a. 1960, 340–368. – *Stein, A.*: Sozialtherapie bei Drogenabhängigen, o. O., o. J. – *Steller, M.*: Sozialtherapie statt Strafvollzug. Köln 1977. – *Stimmer, F.*: Jugendalkoholismus. Berlin 1978. – *Stooss, M. U.*: Drogenprävention. Der strafrechtliche Beitrag. Basel u. a. 1978. – *Täschner, A.*: Das Problem der Hilfen für jugendliche Drogenabhängige, Jugendwohl 59, 1978, 410–415. – *Thamm, B. G.*: Suizid und Suizidprophylaxe bei Drogenabhängigen. In: *Ringel, E.* (Hrsg.): Sucht und Suizid, Freiburg 1976, 101–107. – *Ders.*: Veränderungen in der Drogenszene: Rehabilitationsunwilligkeit und Therapieresistenz. Jugendwohl, 58, 1977, 361–364. – *Vamosi, M.*: Einige Tatsachen über das Trinken von Kindern und Jugendlichen. Suchtgefahren 18, 1972, 4–9. – *Vogler, R. E., Revensdorf, D.*: Alkoholmißbrauch. München 1978. – *Waldmann, H.*: Phantastika im Untergrund, Bonn 1971. – *Waldmann, H., Schönhöfer, P. S., Hasse, H. E.*: Vier Stadien in der Entwicklung der Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen. Deutsche Medizinische Wochenschrift 98, 1977, 327–331. – *Wallace, R. K.*: Physiological Effects of Transcendental Meditation. Science, 167, 1970, 1751–1754. – *Wanke, K.*: Prävention, Therapie und Rehabilitation bei Mißbrauch und Sucht Jugendlicher und Heranwachsender. In: *Steinbrecher, W., Solms, H.* (Hrsg.): Sucht und Mißbrauch, Stuttgart 1976, III, 63–73. – *Ders.*: Wir müssen mit dem Zwang beginnen. Spiegel, 32, 1978, H. 52, S. 44. – *Weidmann, M., Ladewig, D., Faust, V., Gastpar, M., Heise, H., Hobi, V., Mayer-Boss, S., Wyss, P.*: Drogengebrauch von Basler Schülern – ein Beitrag zur Epidemiologie. Schweizerische Medizinische Wochenschrift 103, 1973, 121–126. – *Weitbrecht, H. J.*: Psychiatrie im Grundriss. Berlin, Heidelberg, New York 1973. – *Wöbcke, M.*: Suchtgefährdete Schüler. Freiburg, Basel, Wien 1975. – *Ders.*: Rauschmittelmißbrauch – Prävention und Therapie. München 1977. – *Wolf, N.*: Realisierung der Behandlung junger Drogenabhängiger im psychiatrischen Großkrankenhaus. Nervenarzt 44, 1973, 207–209. – *Wormser, R. G.*: Drogenkonsum und soziales Verhalten bei Schülern. München 1973. – *Yablonsky, L.*: The Tunnel Back: Synanon, New York 1965. – *Ders.*: Synanon, ein neuer Weg in der Behandlung Drogenabhängiger. In: *Petzold, H.* (Hrsg.): Drogentherapie, Paderborn 1974, 96–104. – *Zuckerman, M.*: The Sensation-Seeking Motive. In: *Mahler, B.* (Ed.): Progress in Experimental Personality Research. New York, Vol. 7, 1974.
- Anschr. d. Verf.: Dr. Helmut Kury, Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht – Forschungsgruppe Kriminologie. Günterstalstr. 73, 7800 Freiburg/Breisgau.