

Kampe, Helmut und Kunz, Dieter

Integration und Fehlanpassung Drogenabhängiger nach der Behandlung in einer Therapeutischen Gemeinschaft

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 33 (1984) 2, S. 49-55

urn:nbn:de:bsz-psydok-30231

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

<i>Bahr, J., Quistorp, S., Höger, Ch.:</i> Datenschutz und Forschung: Konflikte und Lösungen (Data-Protection and Research: Conflicts and Solutions)	296	<i>Kallenbach, K.:</i> Visuelle Wahrnehmungsleistungen bei körperbehinderten Jugendlichen ohne Cerebralschädigung (A Comparative Study of the Visual Perception of Physically Disabled Juveniles without Brain Injury)	42
<i>Biermann, G.:</i> Macht und Ohnmacht im Umgang mit Kindern (Power and Powerless in Dealing With Children)	206	<i>Kammerer, E., Grüneberg, B., Göbel, D.:</i> Stationäre kinderpsychiatrische Therapie im Elternurteil (Parental Satisfaction with the Inpatient Treatment of Children and Adolescents)	141
<i>Broke, B.:</i> Diagnose, Ätiologie und Therapie des Hyperkinese-Syndroms (Diagnosis, Etiology and Therapy in the Case of Hyperkinesis-Syndrome)	222	<i>Knoke, H.:</i> Familiäre Bedingungen bei Konzentrations- und Leistungsstörungen (Family Conditions and Disturbances of Concentration and Performance)	234
<i>Büttner, M.:</i> Diagnostik der intellektuellen Minderbegabung – Untersuchung über die Zuverlässigkeit von Testbefunden (Intelligence of Mentally Retarded Persons)	123	<i>Löchel, M.:</i> Das präsuizidale Syndrom bei Kindern und Jugendlichen (The "Presuicidal Syndrom" in Children and Adolescents)	214
<i>Burchard, F.:</i> Praktische Anwendung und theoretische Überlegungen zur Festhaltungstherapie bei Kindern mit frühkindlichem autistischen Syndrom (Practice Of and Theoretical Consideration On Holding Therapy With Autists)	282	<i>Mangold, B., Rather, G., Schwaighofer, M.:</i> Psychotherapie bei Psychosen im Kindes- und Jugendalter (Psychotherapy on Psychoses in Childhood and Adolescents)	18
<i>Diepold, B.:</i> Depression bei Kindern – Psychoanalytische Betrachtung (Depression in Children – Psychoanalytic Consideration)	55	<i>Merkens, L.:</i> Modifikation des 'Frostig-Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung (FEW)' zur Anwendung bei Schwerstbehinderten (Modification of the 'Frostig Test for Development of Visual Perception' for Testing the Severely Handicapped)	114
<i>Frank, H.:</i> Die stationäre Aufnahme als Bedrohung des familiären Beziehungsmusters bei psychosomatisch erkrankten Kindern und Jugendlichen (Admission to Hospital as a Threat to Family Relation Pattern of the Psychosomatically Ill Child and Adolescent)	94	<i>Merz, J.:</i> Aggressionen von ein- bis zweijährigen Kindern aus der Sicht der Mütter (Aggressions in One-to Two-Year-Old Children from the Point of View of Their Mothers)	192
<i>Gehring, Th. M.:</i> Institution und Ökosystem – Aspekte kinderpsychiatrischer Problemlösungen (Institution and Ecosystem – Approaches to Problem-Solving in Child Psychiatry)	172	<i>Pelzer, G.:</i> Supervision in der Gruppe (Group Supervision)	183
<i>Gutezeit, G., Marake, J.:</i> Untersuchungen zur Wirksamkeit verschiedener Einflußgrößen auf die Selbstwahrnehmung bei Kindern und Jugendlichen (Studies of the Effects of Various Factors Upon the Self Perception of Children and Juveniles)	133	<i>Reich, G.:</i> Der Einfluß der Herkunftsfamilie auf die Tätigkeit von Therapeuten und Beratern (The Family of Origin's Influence on the Professional Activities of Therapists and Counselors)	61
<i>Hampe, H., Kunz, D.:</i> Integration und Fehlanpassung Drogenabhängiger nach der Behandlung in einer Therapeutischen Gemeinschaft (Adjustment and Maladjustment of Drug Addicts after Treatment in a Therapeutic Community)	49	<i>Reinhard, H. G.:</i> Geschwisterposition, Persönlichkeit und psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen (Birth Order, Personality, and Psychological Disorders in Children and Juveniles)	178
<i>Hartmann, H., Rohmann, U.:</i> Eine Zwei-System-Theorie der Informationsverarbeitung und ihre Bedeutung für das autistische Syndrom und andere Psychosen (A Two-System-Theory of Information Processing and Its Significance for The Autistic Syndrome and Other Psychoses)	272	<i>Reinhard, H. G.:</i> Streßbewältigung bei verhaltensgestörten Kindern (Coping Styles and Behaviour Disorders)	258
<i>Herzka, H. St.:</i> Kindheit wozu? – Einige Folgerungen aus ihrer Geschichte (Childhood – Where to? Some Conclusions Drawn from Its History)	3	<i>Rotthaus, W.:</i> Stärkung elterlicher Kompetenz bei stationärer Therapie von Kindern und Jugendlichen (Enhancing Parental Competence During Inpatient Treatment of Children and Adolescents)	88
<i>Höger, Ch., Quistorp, S., Bahr, J., Breull, A.:</i> Inanspruchnahme von Erziehungsberatungsstellen und kinderpsychiatrischen Polikliniken im Vergleich (A Comparison of the Attendance of Child Guidance Clinics and Outpatient Units of Child Psychiatric Hospitals)	264	<i>Schwabe-Höllein, M.:</i> Kinderdelinquenz – Eine empirische Untersuchung zum Einfluß von Risikofaktoren, elterlichem Erziehungsverhalten, Orientierung, Selbstkonzept und moralischem Urteil (Juvenile Delinquency)	301
<i>Jungjohann, E. E., Beck, B.:</i> Katamnestische Ergebnisse einer Gesamtgruppe von Patienten eines regionalen kinderpsychiatrischen Behandlungszentrums (Results of a Follow-Up-Study of a Total Group of Patients of a Regional Child Psychiatric Therapeutic Service)	148	<i>Sohni, H.:</i> Analytisch orientierte Familientherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Grundlagen, Indikation, Ziele (Analytically Orientated Family Therapy in Child and Adolescent Psychiatry – Fundamentals, Indication, Goals)	9
		<i>Thimm, D., Kreuzer, E.-M.:</i> Transsexualität im Jugendalter – Literaturübersicht (Transsexualism in Juveniles)	70
		<i>Thimm, D., Kreuzer, E.-M.:</i> Transsexualität im Jugendalter – Ein Fallbericht (Transsexualism in Juveniles – A Case Report)	97
		<i>Vogel, Ch.:</i> Multiple Tics und Autoaggressionen – Ein Fall sekundärer Neurotisierung bei postvaccinaler Enzephalopathie (Multiple Tics and Auto-Aggressive Tendencies. A Case Report of Secondary Neurosis by a Cerebral Dysfunction after Vaccination)	188

Pädagogik und Jugendhilfe

<i>Goldbeck, L.</i> : Pflegeeltern im Rollenkonflikt – Aufgaben einer psychologischen Betreuung von Pflegefamilien (Foster Parents in Role Conflicts – Tasks for the Guidance of Foster Families)	308
<i>Hess, Th.</i> : Systemorientierte Schulpsychologie (System-oriented School Psychology)	154
<i>Krebs, E.</i> : Familienorientierung in der Heimerziehung – Die konzeptionelle Weiterentwicklung des therapeutisch-pädagogischen Jugendheimes „Haus Sommerberg“ in Rösrath (Family Orientation in Institutions for Disturbed Adolescents – The Conceptional Development of the Therapeutic-Pedagogic Institution “Haus Sommerberg” in Rösrath near Cologne)	28
<i>Quenstedt, F.</i> : Neurotische Kinder in der Sonderschule – Therapeutische Einflüsse und Probleme (Neurotic Children in Special Schools – Therapeutic Influences and Problems)	317
<i>Wartenberg, G.</i> : Perspektivlosigkeit und demonstrative Lebensstil-Suche – Der junge Mensch im Spannungsfeld gesellschaftlicher Entwicklung (Lack of Prospects and the Demonstrative Search for a Life Style – Young People in the Conflicts of Societal Developments)	82
<i>Wolfram, W.-W.</i> : Im Vorfeld der Erziehungsberatung: Psychologischer Dienst für Kindertagesstätten (On the Perimeter of Child Guidance Clinics: Psychological Services for Kindergartens)	239

Tagungsberichte

<i>Diepold, B., Rohse, H., Wegener, M.</i> : Anna Freud: Ihr Leben und Werk – 14./15. September 1984 in Hamburg	322
<i>Hoffmeyer, O.</i> : Bericht über das 3. Internationale Würzburger Symposium für Psychiatrie des Kindesalters am 28./29.10.1983	159
<i>Weber, M.</i> : Bericht über die Tagung „Beratung im Umfeld von Jugendreligionen“ vom 3.–6. November 1983 in Lohmar	34

Ehrungen

Hans Robert Ietzner – 60 Jahre	105
Ingeborg Jochmus zum 65. Geburtstag	244
Friedrich Specht zum 60. Geburtstag	322
Johann Zauner – 65 Jahre	323

Literaturberichte (Buchbesprechungen)

<i>Aulagnier, P.</i> : L'apprenti-historien et le maître-sorder. Du discours identifiant au discours délirant	325
<i>Awiszus-Schneider, H., Meuser, D.</i> : Psychotherapeutische Behandlung von Lernbehinderten und Heimkindern	36

<i>Beland, H., Eickhoff, F.-W., Loch, W., Richter, H.-E., Meistermann-Seegeer, E., Scheunert, G.</i> (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse	251
<i>Breuer, C.</i> : Anorexia nervosa – Überlegungen zum Krankheitsbild, zur Entstehung und zur Therapie, unter Berücksichtigung familiärer Bedingungen	292
<i>Corsini, R. J., Wenninger, G.</i> (Hrsg.): Handbuch der Psychotherapie	105
<i>Davidson, G. C., Neale, J. M.</i> : Klinische Psychologie – Ein Lehrbuch	325
<i>Drewermann, E., Neuhaus, I.</i> : Scheeweissen und Rosenrot. Grimms Märchen tiefenpsychologisch gedeutet	75
<i>Faust, V., Hole, G.</i> (Hrsg.): Psychiatrie und Massenmedien	165
<i>Friedrich, M. H.</i> : Adoleszentenpsychosen, pathologische und psychopathologische Kriterien	77
<i>Hackenberg, W.</i> : Die psycho-soziale Situation von Geschwistern behinderter Kinder	163
<i>Herzka, H. St.</i> (Hrsg.): Konflikte im Alltag	165
<i>Hoyler-Herrmann, A., Walter, J.</i> (Hrsg.): Sexualpädagogische Arbeitshilfen für geistigbehinderte Erwachsene	324
<i>Kast, V.</i> : Familienkonflikte im Märchen – Beiträge zur Jungschen Psychologie	199
<i>Lipinski, Ch. G., Müller-Breckwoldt, H., Rudnitzki, G.</i> (Hrsg.): Behinderte Kinder im Heim	199
<i>Loch, W.</i> (Hrsg.): Krankheitslehre der Psychoanalyse	292
<i>Maker, C. J.</i> : Curriculum Development for the Gifted	36
<i>Maker, C. J.</i> : Teaching Models in Education of the Gifted	36
<i>Minuchin, S., Fishman, H. Ch.</i> : Praxis der strukturellen Familientherapie, Strategien und Techniken	161
<i>Nielsen, J., Sillesen, J.</i> : Das Turner-Syndrom. Beobachtungen an 115 dänischen Mädchen geboren zwischen 1955 und 1966	107
<i>Paeslack, V.</i> (Hrsg.): Sexualität und körperliche Behinderung	200
<i>Petermann, U.</i> : Training mit sozial unsicheren Kindern	37
<i>Postman, N.</i> : Das Verschwinden der Kindheit	76
<i>Probst, H.</i> : Zur Diagnostik und Didaktik der Oberbegriffsbildung	38
<i>Reimer, M.</i> : Verhaltensänderungen in der Familie. Home-treatment in der Kinderpsychiatrie	107
<i>Rett, A.</i> : Mongolismus. Biologische, erzieherische und soziale Aspekte	162
<i>Reukauf, W.</i> : Kinderpsychotherapien. Schulbildung-Schulstreit-Integration	164
<i>Richter, E.</i> : So lernen Kinder sprechen	325
<i>Schuschke, W.</i> : Rechtsfragen in Beratungsdiensten	201
<i>Sperling, E., Massing, A., Reich, G., Georgi, H., Wöbbe-Mönks, E.</i> : Die Mehrgenerationen-Familientherapie	198
<i>Stockenius, M., Barbuceanu, G.</i> : Schwachsinn unklarer Genese	245
<i>Tscheulin, D.</i> (Hrsg.): Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie: zur Diskussion um eine differentielle Gesprächspsychotherapie	198
<i>Walter, J.</i> (Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung	324
<i>Zlotowicz, M.</i> : Warum haben Kinder Angst	291

Mitteilungen: 39, 78, 108, 167, 202, 253, 293, 326

Integration und Fehlanpassung Drogenabhängiger nach der Behandlung in einer Therapeutischen Gemeinschaft*

Von Helmut Kampe und Dieter Kunz

Zusammenfassung

Die katamnestiche Untersuchung bezieht sich auf 108 drogenabhängige Klienten, die in einem Zeitraum von 58 Monaten in einem stationären Programm behandelt wurden. Es konnte ein langfristiger Behandlungserfolg von 29% festgestellt werden. Wird bei der Erfolgsberechnung die Drogenfreiheitsrate der Frühabbrecher als nicht-behandlungsbedingte Verhaltensänderung (Spontanremission, vgl. hierzu: *Vaillant*, 1974) berücksichtigt, läßt sich behandlungsbedingt eine Erfolgsrate von 36% schätzen. Es zeigte sich, daß Programmabsolventen die besten Aussichten (70%) haben, ein drogenfreies und zufriedenstellendes Leben zu führen, gefolgt von den Spätabbrechern (24%) und den Frühabbrechern (10%).

Die Ergebnisse der qualitativen Auswertungen legen die Vermutungen nahe, daß rückfällige Klienten im Gegensatz zu den drogenfreien Klienten soziale Informationen aus ihrer Umwelt weniger angemessen verarbeiten können und daß damit eine wesentliche interne Voraussetzung für die Aufrechterhaltung des drogenzentrierten Verhaltens gegeben zu sein scheint.

1. Einleitung

Über die Auswirkungen der Behandlung Drogenabhängiger in Therapeutischen Gemeinschaften auf das Verhalten in natürlichen Umwelten gibt es wenig gesichertes Wissen. Die berichteten Behandlungserfolge liegen zwischen ca. 10% und 40% je nach Drogenfreiheits-Kriterium, Art der Erfolgsberechnung und Länge des Katamnesezeitraumes (vgl. *Vaillant*, 1974; *Sells*, 1979; *Bühringer*, 1981).

In diesem Bericht werden einige Ergebnisse einer Nachuntersuchung an einer Stichprobe von behandelten Drogenabhängigen dargestellt. Außerdem werden Überlegungen zu Nebentbefunden der Befragung angestellt. Die Aussagekraft dieser Befunde bleibt zwar unter methodischen Gesichtspunkten begrenzt, im Hinblick auf einen wichtigen Aspekt der Aufrechterhaltung des drogenzentrierten Verhaltens erscheinen sie jedoch als instruktiv.

Die Untersuchung bezieht sich auf 108 Klienten, die zwischen Mitte 1974 und Mitte 1979 (insgesamt 58 Mo-

nate) das Stufenprogramm einer Therapeutischen Gemeinschaft entweder vollständig absolvierten (Durchläufer, D), teilweise absolviert, d.h. in der zweiten Stufe abgebrochen (Spätabbrecher, S) oder bereits in der ersten Stufe abgebrochen (Frühabbrecher, F) haben.

Insgesamt haben das Programm 25% (N = 27) durchlaufen, 27% (N = 29) können als Spätabbrecher und 48% (N = 52) der Klienten können als Frühabbrecher bezeichnet werden.

2. Das Behandlungsprogramm

Die Therapeutische Gemeinschaft hatte 15 Plätze. Tagesablauf, Arbeit, Beschäftigung und Selbstversorgung wurden durch gemeinsame Vorplanungen innerhalb eines definierten Rahmens fest strukturiert. Insgesamt zwölf Stunden eines Tages waren auf diese Weise mit verschiedenen Aktivitäten ausgefüllt. Die Behandlung selbst war verhaltenstherapeutisch organisiert (Punktesystem, Verhaltenstraining einzeln und in Gruppen u.ä.) und der Behandlungsprozeß wurde als Dreistufenprogramm gegliedert. In der ersten Stufe übten die Mitarbeiter eine hohe therapeutische Fremdkontrolle aus, die in der zweiten Stufe von den Klienten selbst angewendet wurde. In der dritten Stufe mußte die Verständigung zwischen Therapeuten und Klienten schnell und sicher alltagspraktischen Anforderungen genügen. Im Behandlungsverlauf wurde eine gestufte Erhöhung der Anforderung an die Selbstkontrolle und Selbststeuerungsfähigkeiten der Klienten realisiert (*Kampe* und *Kunz*, 1982).

Die Behandlung war an spezifischen Zielen in zwei allgemeinen Verhaltensbereichen orientiert:

1. Ziele im Bereich formaler Sozialbeziehungen:
 - a. Orientierung des Verhaltens an sozialen Regeln:
Z.B. Einhaltung drogenspezifischer Ge- und Verbote, Aufbau von Alternativen zum Drogenjargon, Übernahme von Verantwortung für eigenes Handeln u.ä.
 - b. Selbständigkeit:
Z.B. Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit bei der Einhaltung von Absprachen, Aufbau sachlicher Kooperationsfähigkeiten in Arbeitszusammenhängen, Planung eigener Aktivitäten u.ä.
2. Ziele im Bereich elementarer, zwischenmenschlicher Beziehungen:
 - a. Interaktionsfertigkeiten:
Z.B. Aufbau von Kontaktfertigkeiten, Konfliktlösungsfähigkeiten, Aufrechterhaltung angemessenen Sozialverhaltens in belastenden Situationen u.ä.

* Die Arbeit ist ein Teilergebnis eines von der „Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS)“ geförderten Untersuchungsprogrammes. Die Autoren danken dem Wissenschaftlichen Kuratorium der DHS für die finanzielle Unterstützung.

- b. Realistische Bewertung eigenen und fremden Handelns:
Z.B. Aufrechterhaltung des Austausches von Argumenten in Lob- und Kritiksituationen, selbstsicheres Verhalten, Anerkennung und Lob sich selbst und anderen gegenüber zum Ausdruck bringen, nicht-verletzendes, nicht-abwertendes Kritisieren u.ä.

3. Methodik und Ziel der Untersuchung

Es standen anamnestische und katamnestische Daten in den Zielbereichen der Behandlung zur Verfügung. Die katamnestischen Daten wurden mit einem halbstandardisierten Fragebogen persönlich erhoben.

Von allen 108 Klienten, die im angegebenen Zeitraum behandelt wurden, waren zum Zeitpunkt der jetzigen Untersuchung 10% (N = 11) verstorben. Nur drei der verstorbenen Klienten haben die Behandlung zu einem frühen Zeitpunkt abgebrochen, alle anderen sind z.T. sehr lange Zeit behandelt worden (vgl. zur Sterblichkeit Drogenabhängiger auch: Kurtz, 1981). Von den überlebenden Klienten konnten 77% (N = 75) nachuntersucht werden.

Die Katamnese wurde durchschnittlich nach 32,5 Monate (s = 9,8 Mo) erhoben. Der untersuchte Zeitraum war bei allen Klienten länger als 18 Monate und kürzer als 60 Monate.

Die Daten wurden quantitativ und qualitativ ausgewertet. Die wichtigsten Ergebnisse der quantitativen Auswertungen werden zusammengefaßt dargestellt (vgl. ausführlicher: Kampe und Kunz, im Druck). Der Schwerpunkt liegt hier auf den Ergebnissen der qualitativen Auswertungen. Bei der qualitativen Auswertung wurden die Klientenangaben mit 0,1 oder 2 Punkten von zwei unabhängigen, erfahrenen Auswertern gewichtet. Diese Gewichtungen spiegeln ansteigend den Grad der Fehlanpassung in den Bereichen Drogenverhalten, Verhalten in formalen und elementaren Sozialbeziehungsgefügen wieder. Insbesondere interessierten die Fähigkeiten der erfolgreichen und erfolglosen Klienten hinsichtlich der kognitiven Kompetenz zur Definition ihrer Lebenssituation in diesen Bereichen. Diesbezügliche Ergebnisse scheinen wichtig, da in anderen Untersuchungen festgestellt werden konnte, daß verbal-kognitive Fähigkeiten wesentliche Bedingungen der Rückfälligkeit von drogenabhängigen Patienten darstellen können (vgl. Kampe und Kunz, 1980).

Folgende Kriterien mußten erfüllt sein, damit ein Fall in der katamnestischen Untersuchung als drogenfrei klassifiziert werden konnte:

1. Maximal 20% des Katamnesezeitraumes rückfällig

2. Zum Zeitpunkt der Untersuchung mindestens 6 Monate drogenfrei

3. Institutionalisierungszeiten (Haft u.ä.) gelten als Rückfallzeiten

4. Kein exzessiver Nebendrogenkonsum zum Zeitpunkt der Untersuchung.

Die Erfolgsberechnung erfolgte konservativ, d.h. alle nicht erreichten Klienten galten als Mißerfolge. Die Berechnungen beziehen sich auf alle 108 behandelten Klienten.

4. Beschreibung der Klientel (Ausgangslage)

Tabelle 1 veranschaulicht anhand einiger Daten die tiefgreifende soziale Desintegration der Klienten. So wird die broken-home-Situation deutlich, der hohe Prozentsatz an Schulabbrechern und die hohe Delinquenzbelastung zeigen dies darüber hinaus an. Dem steht eine feste Integration in das Sozialsystem „Drogenmarkt“ gegenüber. Alle Klienten waren Fixer (Heroin-Abhängige) mit einem harten Mißbrauchsmuster.

96% der Klienten konsumierten täglich Opiatprodukte (vorwiegend Heroin). Als Medikamentenkonsumenten wurden jene Klienten klassifiziert, die entweder Umsteiger waren oder Opiatprodukte als Nebendrogen injizierten. Der Anteil derjenigen Klienten, die zusätzlich zum Heroinkonsum andere Drogen i.S. von Nebendrogen konsumierten (z.B. Valoron, Mandrax u.ä.) ist mit 91% sehr hoch.

Tabelle 1: Einige anamnestische Daten zur Beschreibung der Klientel

Stichprobe	N = 108; Geschlecht: 63% m, 37% w. Alter: \bar{x} = 21,0 J., s = 2,3 J.	
Hauptdrogenkonsum:	96% (N = 103) 4% (N = 5)	tgl. Opiatprodukte, vorw. Heroin Medikamente, z. B. Valoron
Dauer des Hauptdrogenkonsums:	19% (N = 20) \leq 2 J. 45% (N = 49) \leq 4 J. 32% (N = 34) \leq 6 J. 4% (N = 5) \geq 7 J.	\bar{x} = 4,2 Jahre s = 2,8 Jahre
Delinquenz:	38% (N = 41) 47% (N = 51) 15% (N = 16)	ohne Verurteilung 1 Verurteilung 2 und mehr Verurteilungen
Schule:	5% (N = 6) 56% (N = 60) 39% (N = 42)	Schule derzeit Schule abgeschlossen Schule abgebrochen
Arbeit:	13% (N = 14) 87% (N = 94)	regelmäßig vor Behandlung Joberfahrung, unregelmäßig
Familie:	45% (N = 49) 30% (N = 32) 25% (N = 27)	vollständig getrennt (Scheidung) 1 Elternteil verstorben

Anhand der anamnestisch erhobenen Daten ergaben sich keine Hinweise auf eine Strukturungleichheit der Gruppen der Durchläufer, Spätabbrecher und Frühabbrecher.

Verhaltensbeobachtungen aus der ersten Woche der Behandlung zeigten jedoch, daß sich die Gruppen D, S und F hinsichtlich ihrer sozialen Verhaltenskompetenz und ihrer verbal-kognitiven Fähigkeiten zur Verarbeitung sozialer Informationen bedeutsam unterschieden. Danach brachten die späteren D die besten Voraussetzungen für die Bewältigung der Therapieanforderungen mit, gefolgt von den Spätabbrechern und diese wiederum gefolgt von den Frühabbrechern (vgl. Kampe und Kunz, 1981, 1982).

5. Ergebnisse

5.1 Quantitative Auswertung

Die wichtigsten Ergebnisse der quantitativen Auswertung werden in Tabelle 2 zusammengefaßt vorgestellt.

Tabelle 2: Einige Ergebnisse der Signifikanzprüfungen der Veränderungen in verschiedenen Variablen des drogenzentrierten Verhaltens, des Verhaltens in formalen und elementaren Beziehungsgefügen. (Prüfung der Unterschiede zwischen anamnestischen und katamnästischen Daten und des Zusammenhanges zwischen Absolvierung von Programmstufen [D, S und F] und Erfolg).

Variable	Anamnese Katamnese	D, S und F Erfolg
Hauptdrogenkonsum	ss	ss
Alkoholkonsum	ss	ss
Verurteilungen	ns	ss
Haftverbüßung	ns	ss
regelm. Arbeit	S	ss
eigener Verdienst	S	ss
feste Bindung	ns	ns
Kompromißbereitschaft	–	ss

ns = nicht signifikant

S/ss = 5%/1% Signifikanzniveau

Die Ergebnisse machen einen Behandlungserfolg auf allen Variablendimensionen der Zielbereiche deutlich. Insgesamt kann ein Behandlungserfolg hinsichtlich Drogenfreiheit von 29% berechnet werden. Wird die Gruppe der Frühabbrecher als unbehandelte Kontrollgruppe betrachtet (vgl. *de Leon* und *Lange*, 1980) und die Drogenfreiheitsrate von 10% dieser Klienten als nicht-behandlungsbedingte Spontanremission aufgefaßt, kann der Gesamterfolg der Behandlung auf 36% geschätzt werden.

Der statistische Vergleich mit der Ausgangslage erreicht in aller Regel statistische Signifikanz. Die Daten zeigen auch einen durchgehend statistisch stabilen und bedeutsamen Zusammenhang mit dem Ausmaß der Absolvierung von den im Programm vorgesehenen Therapiestufen an ($p \leq 0,01$). Diejenigen Klienten, die das Programm vollständig durchlaufen haben (D) haben größere Chancen, ein drogenfreies und zufriedenstellendes Leben zu führen als die Klienten, die das Programm nur teilweise mitgemacht (S) oder frühzeitig abgebrochen (F) haben. So kann z.B. Drogenfreiheit bei 70% der Durchläufer, bei 24% der Spätabbrecher und nur bei 10% der Frühabbrecher festgestellt werden. Vergleichbare Verhältnisse ergeben sich z.B. hinsichtlich Delinquenzbelastung, Arbeit (formale Beziehungen) und Verhalten in zwischenmenschlichen (elementaren) Beziehungen. Dies bedeutet auch, daß eine Gesundung der Therapieabbrecher nicht grundsätzlich ausgeschlossen ist, wie auch, daß eine vollständige Absolvierung eines Therapieprogrammes den Erfolg nicht in jedem Falle sichert (vgl. auch die Ergebnisse von *Dittrich et al.*, 1976; *de Jong* und *Bühringer*, 1978; *Kurtz*, 1981).

5.2 Ergebnisse der qualitativen Auswertung

Anhand der erhaltenen Belastungsindizes aus der qualitativen Auswertung wurde jeder Klient als

- hoch oder gering suchtgefährdet
 - formal angepaßt oder unangepaßt
 - elementar integriert oder nicht integriert
- eingestuft.

Kriterium für die Zuordnung zu einer der Alternativen dieser drei Kategorien war das Über- bzw. Unterschreiten der Hälfte der möglichen Belastungspunkte in jedem Verhaltensbereich. Die Ergebnisse dieser Analyse zeigt das Venn'sche Diagramm.

Die Ergebnisse bestätigen im großen und ganzen die Resultate der quantitativen Analysen:

- 31 Klienten können in allen drei Bereichen als rehabilitiert betrachtet werden,
- 10 Klienten können nur in zwei Bereichen als rehabilitiert betrachtet werden,
- 14 Klienten sind nur in einem Bereich rehabilitiert,
- 20 Klienten können als vollständig fehlangepaßt betrachtet werden.

Die Gruppe der 31 vollständig rehabilitierten Klienten ist weitgehend mit der Gruppe der drogenfreien Klienten aus der quantitativen Analyse deckungsgleich. Auch in den qualitativen Auswertungen zeigt sich, daß die Durchläufer stabiler als die Spätabbrecher und diese wiederum stabiler als die Frühabbrecher angepaßt sind. Die drogenfreie Lebensführung der Klienten geht in aller Regel mit einer sozialen Integration einher.

5.3 Subjektive Erklärungsmuster

Zur Charakterisierung der kognitiven Fähigkeiten wurden subjektive Erklärungsmuster des eigenen Verhaltens analysiert. Hiermit sollen Schwierigkeiten der erfolglosen Klienten und Fähigkeiten der erfolgreichen Klienten bei der kognitiven Verarbeitung der sozialen Bedingungen und Folgen eigenen Handelns in den oben genannten Zielbereichen veranschaulicht werden.

5.3.1 Situationsdefinition im Zusammenhang mit drogenzentriertem Verhalten

In diesem Zusammenhang wurden die Erklärungsmuster für die eigene Rückfälligkeit ausgewertet. Wie die Beispiele verdeutlichen, gaben erfolglose Klienten – neben stereotypen Antwortformeln (z.B. „Was soll ich dazu sagen“; „Das kann niemand erklären“; „Weiß nicht“; ca. $\frac{1}{3}$ der Aussagen) – fast ausschließlich entweder eine Entscheidung zur erneuten Drogeneinnahme aufgrund der herbeigewünschten euphorischen Effekte der Drogeneinnahme, Zufälligkeiten oder aber Ohnmacht gegenüber dem Drogenverlangen an (mehr als die Hälfte aller Aussagen).

Im Gegensatz hierzu betonen die erfolgreichen Klienten die Wichtigkeit persönlicher Willensentscheidungen und heben die Bedeutung einer Art Lebensplanung hervor (ca. $\frac{2}{3}$ aller Aussagen).

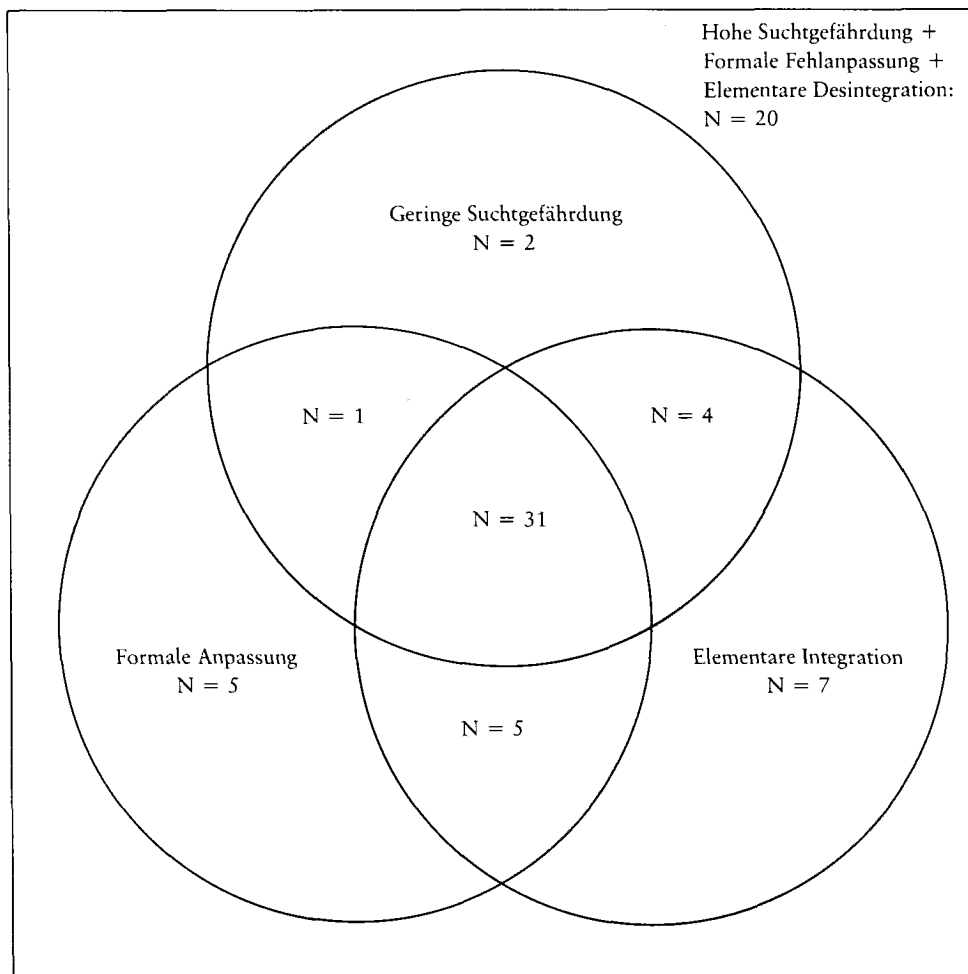


Abbildung 1: Graphische Darstellung der qualitativen Auswertung der Katamnesen anhand des Venn'schen Diagrammes (N = 75)

Einige Beispiele für Aussagen von *erfolglosen* Klienten zu ihrer Rückfälligkeit:

„Ich hatte eine Freundin, die drückte. Eigentlich hatte auch ich keinen Bock, aufzuhören.“ „Weiß nicht, warum ich rückfällig geworden bin – weil's Spaß macht. Könnte auch sagen: Leichtsinn. Genauso gut könnte ich sagen: Gefallen an der Droge.“ „Gefallen am Rauschzustand!“ „Spaß am Gefühl!“ „Will nicht in die Gesellschaft eingegliedert werden. Die ganze Gesellschaft befriedigt mich nicht. Für das Geld, das mit dem Heroinhandel verdient wird, werden Guerillas unterstützt. Ich bin für die Freiheit!“ „So ein Scheißzufall! Wir sind auf der Autobahn gefahren und da hält uns jemand an und gibt uns was auf Kommission.“ „Ich rede mir ein, ich schaffe es, nur einmal zu drücken.“ „Wenn ich rückfällig geworden bin, sage ich mir, jetzt drücke ich weiter, ich kann ja doch nichts dagegen machen!“ „Wenn alles too much ist und mich das voll abtörnt, ist doch klar, daß ich dann drücken will.“

Einige Beispiele für Aussagen *erfolgreicher* Klienten zu deren Rückfälligkeit:

„Das ist nicht so einfach. Großenteils kann ich sie nicht erklären. Ich hatte so unheimlich viele Rückfälle – ich hatte ja schließlich 10 Jahre mit Drogen zu tun. Rückfälle hatte ich eigentlich immer

dann, wenn es mir gut ging. Meiner Meinung nach stand da eine falsche Lebenseinstellung dahinter, kein Lebenswille, keine Zukunftsperspektive.“ „Das kann ich nicht sagen. Ich sträube mich eigentlich dagegen, immer Kindheitsprobleme hierfür anzuführen. Meiner Meinung nach war es meine Ziellosigkeit, meine Langeweile, mein Gefühl, daß ich nicht gebraucht werde, daß ich überflüssig bin und daß ich nicht einbezogen wurde und keine Verantwortung hatte. Ich mußte mich dann entscheiden, ob es so weitergehen sollte mit mir. Habe mir dann einen festen Vorsatz gemacht, etwas Sinnvolles für mich zu erarbeiten. Hatte dann zwar immer noch den Trieb, Drogen zu nehmen – aber das hätte mir ja alles wieder kaputtgemacht!“ „Mir ging mein ewiges Selbstmitleid auf die Nerven, daß ich nicht mit mir klarkomme, daß die Gesellschaft an allem schuld ist, der Haß auf die anderen, die mir keine Chance gegeben haben usw. Habe dann einfach aufgehört zu drücken, weil ich nicht mehr wollte.“ „Weiß nicht so genau, warum ich rückfällig wurde. Alle Gründe gibt es da, die gibt es aber auch, wenn ich nicht rückfällig werde, sehe da nicht ganz klar. Da hilft nur die eigene Perspektive und der Wille, mit der Linkerei, mit der Polizei und dem Gefängnis und dem ewigen Krach mit den Eltern nichts mehr zu tun haben zu wollen.“ „Mache Sachen unter Drogen, die ich sonst nicht mache. Erkenne mich dann selbst nicht wieder, so will ich nicht sein, ich will mich auch gar nicht mehr erinnern. Ich werde wütend über mich, wenn ich an Drogen denke!“

5.3.2 Situationsdefinition im Zusammenhang mit dem Verhalten in formalen Sozialbeziehungen

Anpassung und Fehlanpassung der Klienten an formalisierte Bedingungen des sozialen Lebens lassen sich anhand der Beschreibungen von Arbeitskollegen eindrücklich beleuchten. Formale Arbeitsbedingungen werden in der Kooperation mit Arbeitskollegen und Vorgesetzten realisiert. Charakterisierungen dieser Sozialpartner zeigen daher die Anpassungsmöglichkeit an derartige Sozialbedingungen an.

Sofern rückfällige Klienten im Katamnesezeitraum gearbeitet haben, beschreiben sie ihre Arbeitskollegen vorwiegend negativ (ca. $\frac{4}{5}$ aller Aussagen). In ihren Aussagen werden affektgeladene Abwertungen und Unverständnis ihren Sozialpartnern gegenüber deutlich.

Im positiven Gegensatz hierzu stehen die Beschreibungen der erfolgreichen Klienten. Sie scheinen ihre Arbeitskollegen zu respektieren – jedenfalls können sie mit ihnen auskommen. Ihre Aussagen sind überwiegend positiv gefärbt (ca. $\frac{2}{3}$ aller Aussagen).

Einige Beispiele für Aussagen von *erfolglosen* Klienten im Bereich formaler Sozialbeziehungen:

„Halb Kanaken, halb Deutsche – eben Spießler.“ „Sehr alte Leute, muß mich anpassen, die sind verkalkt, das sind Choleriker.“ „Totale Geschäftsleute. Bezahlen schlecht, beuten die Leute aus.“ „Leute ohne Intelligenz, mit denen komme ich nicht zurecht, sage meine Meinung zu laut.“ „Ich verstehe die nicht. Sind so Neu- reiche. Komme mit deren Lebensauffassung nicht zurecht.“

Einige Beispiele für Aussagen von *erfolgreichen* Klienten im Bereich formaler Sozialbeziehungen:

„Handwerker, ganz normale Leute.“ „Kann mich gut mit ihnen unterhalten, können mir Lebenshaltung vermitteln, meine Kollegen sind ziemlich jung, die wissen, was sie wollen.“ „Das sind normale Leute, wie jeder andere auch. Das sind Leute, mit denen man auskommen kann.“ „Mit meinem Chef komme ich gut aus. Das ist ein ruhiger Typ, trotzdem er manchmal aufgeregt ist, gibt es aber deswegen nicht mehr Ärger als sonst auch – das ist ganz normal.“

5.3.3 Situationsdefinition im Zusammenhang mit dem Verhalten in elementaren Sozialbeziehungen

Bei der Beschreibung des eigenen Verhaltens im Falle eines Konfliktes fällt im allgemeinen auf, daß die erfolglosen Klienten mehrheitlich (ca. $\frac{3}{5}$ aller Aussagen) ihr eigenes Fehlverhalten billigen. Offensichtlich wird eine Tendenz zur aggressiven Ablehnung ihrer Partner und die Unfähigkeit, einen eigenen Standpunkt zu formulieren bzw. den des Partners zu verstehen oder zu akzeptieren. Mitunter zeigen die Reaktionen der erfolglosen Klienten eine direkte gedankliche Flucht in die Drogenwelt.

Der Vergleich dieser Aussagen mit denen der erfolgreichen Klienten zeigt zunächst, daß diese Klienten wissen, was ein Konflikt ist. Darüber hinaus lassen die Aussagen (ca. $\frac{2}{3}$ aller Aussagen) Selbstbeobachtungs- und Selbstkontrollmöglichkeiten in einem wichtigen Verhaltensbereich erkennen.

Einige Beispiele für Aussagen *erfolgloser* Klienten im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen:

„Finde mein Verhalten immer richtig, hab' dann meine Ruhe.“ „Zuerst kommen mir Drogen in den Sinn, weil viele Leute das nicht verstehen und von vornherein ablehnen, das ist ein Konflikt. Dann knalle ich mir den Kopf zu.“ „Konflikt ist eine Meinungsverschiedenheit über materielle Dinge.“ „Oje, kann ich nicht genau sagen – wenn ich nicht klarkomme.“ „Mache alle Leute an, die mir stinken, diese hochnäsigen Arschlöcher, wenn die an mir etwas auszusetzen haben.“ „Konflikt – man muß nur Krach machen, dann klappt das – die Leute geben dann nach.“ „Das ist ein Konflikt mit der Gesellschaft, weil die Gesellschaft mich nicht akzeptiert.“ „Konflikt ist, wenn ich mich provoziert fühle, dann mache ich ihn (den Freund) an, dann knallt's, später akzeptiert er dann meinen Standpunkt.“ „Ein Konflikt ist, wenn man sich durchsetzen muß und die anderen mich nicht verstehen wollen. Besteht dann bei mir aus gefühlsmäßigen Auseinandersetzungen, bei dem anderen aus unkontrollierbaren Ausdrücken – das ist Hysterie.“ „Wenn man anderen recht gibt, obwohl man anderer Meinung ist, ist das nicht gut. Ich bleibe dann bei meiner Meinung und das ist auch nicht gut. Andere wollen halt so eine Führungsrolle übernehmen.“ „Konflikt ist Krach, wenn die was von mir wollen, was mir nicht paßt. Das ist mir dann too much. Geht mir alles zu schnell, ich komm' da nicht mit, dann flippe ich aus.“

Einige Beispiele für Aussagen *erfolgreicher* Klienten im Bereich zwischenmenschlicher Beziehungen:

„Ich finde mein Verhalten in Konfliktsituationen nicht immer richtig. Merke manchmal selbst, daß ich kindisch reagiere, aber dann nicht mehr umschalten kann. Ich kann dann nicht mehr sagen, was ich denke. Da staut sich etwas auf. Und das ist für spätere Situationen nicht günstig.“ „Ein Konflikt entsteht für mich dann, wenn zwei verschiedene Meinungen da sind und keiner Kompromisse eingehen will. Gut ist: Zuhören, warum er das sagt. Man muß dabei sachlich bleiben, seine Meinung ruhig sagen und dem anderen zu verstehen geben, daß man ihn versteht.“ „Wie kommt es zu einem Konflikt? Es ist vielleicht so, daß ich nicht immer die richtige Lösung anstrebe. Ich lasse dann Unklarheiten zurück, um die Sache zu beenden. Habe das Gefühl, daß ich dann den Rest vermeide. Ich habe zuviel Angst, daß es zum Bruch kommt, wenn ich nur auf meinen Vorteil achte. Ich überlege mir dann, was an dem, was der andere sagt, auch für mich richtig sein könnte.“ „Ein Konflikt entsteht dann, wenn man verschiedener Meinung ist und nicht bereit ist, Lösungen zu suchen, wenn man auf den anderen nicht eingeht. Am schlimmsten ist es, wenn das schweigend passiert. Statt aggressiv zu werden, muß man gleich miteinander reden.“

Im Vergleich mit den drogenfreien Klienten scheint rückfälligen Klienten eine schnelle und sichere Verständigung mit ihren Partnern und eine adäquate Beurteilung ihres eigenen Handelns nicht zu gelingen. Die meisten der rückfälligen Klienten haben eine stabile, konfliktträchtige Identität erworben und stehen in einer ständigen, aggressiv-ablehnenden Auseinandersetzung mit ihrer Umwelt.

Die Besonderheiten in den Erklärungsmustern der erfolglosen Klienten weisen auf eine defizitäre kognitive Verarbeitung situativer Informationen. Rückfällige können vermutlich ihr eigenes Handeln kognitiv nicht in einen Zusammenhang mit demjenigen anderer stellen, ihre Wahrnehmung der komplexen Regelmäßigkeiten des sozialen Handelns erscheint als allzu vereinfachend. Dies scheint mit einer ambivalenten Bewußtseinslage verbunden zu sein, in

der einerseits Ohnmacht gegenüber den Drogen und Unfähigkeit zur Änderung des eigenen problematischen Verhaltens eingestanden wird, andererseits aber eine positive Identität bzw. ein positives Selbstbild behauptet und bewahrt werden muß. Für die Lösung der hieraus entstehenden internen Konfliktslagen legen die Aussagen der rückfälligen Klienten zwei Möglichkeiten nahe, die miteinander verbunden sind:

- Rückfällige Klienten versuchen eigene Unzulänglichkeiten durch affektgeladene Abwertungen anderer zu relativieren, womit positive Umdeutungen der eigenen Ohnmacht u.ä. subjektiv plausibel gemacht werden sollen; gegen die Auswegslosigkeit in Situationen, in denen sich Nichtverstehen und Nichtverstandenwerden gegenseitig bedingen, wird der Kommunikationsabbruch beispielsweise durch aggressive Selbstbehauptung ins Feld geführt.
- Ein Dauerkonflikt Drogenabhängiger wird dann offensichtlich, wenn dieses zerbrechliche kognitive Gleichgewicht durch Mißbilligung des einer identischen Selbstdarstellung dienenden Handelns gefährdet wird. Hierauf reagieren rückfällige Klienten auffällig häufig mit Erklärungsversuchen, in denen Entwürfe von subjektiv gültigen, nichtsdestoweniger abweichenden Sinnzusammenhängen deutlich werden. Sie argumentieren auch sich selbst gegenüber in der Form von praktischen Erklärungen (Scott und Lymann, 1978), in denen die Bedingungen des eigenen und fremden Verhaltens bzw. die Merkmale sozialer Situationen verbal in einem Sinne umgedeutet werden, der das eigene Verhalten unter Norm- und Wertgesichtspunkten als akzeptabel erscheinen läßt. Diese kognitive Strategie zur Auflösung von internen Konflikten soll vor Identitätsverlust schützen und den Bestand einer abweichenden Sinnwelt gegen Mißbilligung, Kritik und Veränderungsdruck stabilisieren. Praktische Erklärungen werden angewendet, wenn das Verhalten von der Bewertung her in Frage gestellt wird.

So stellt ein in dieser Weise kognitiv desorganisiertes Verhalten beständig die Bedingungen seiner Aufrechterhaltung wieder her und schafft damit eine wesentliche Voraussetzung für den erneuten Rückfall in das drogenzentrierte Verhalten.

6. Diskussion

Die vorgestellten Erhebungen und Ergebnisse sind im Zusammenhang einer umfangreichen Evaluationsuntersuchung entstanden (Kampe und Kunz, 1982). Es ist daher sinnvoll, sie in diesem Zusammenhang zu diskutieren.

Die quantitativen Auswertungen führten zu dem Ergebnis, daß der Gesamterfolg der Behandlung auf 29% drogenfreie Klienten geschätzt werden konnte. Die Berücksichtigung nicht behandlungsbedingter Spontanremissionen führt zu einer Erfolgsschätzung von 36%. Diejenigen Klienten, die alle Stufen des Programmes durchlaufen haben (Durchläufer), haben die besten Chancen (70%), ein drogenfreies und zufriedenstellendes Leben zu führen. Eine teilweise Absolvierung der Behandlungsstufen führte bei

den Spätabbrechern zu einem Behandlungserfolg von 24% und bei den Frühabbrechern zu einem Erfolg von 10%.

Dieses Ergebnis kann jedoch nicht eindeutig erklärt werden. Geht man trotz methodischer Warnungen (vgl. Cronbach und Furby, 1970) davon aus, daß der berechnete Erfolg der Klienten mit der Behandlung zusammenhängt, so könnten die Ergebnisse entweder auf die von den Klienten in der Behandlung verbrachte Zeit zurückgeführt oder in einen Zusammenhang mit Selbstselektionsprozessen in der Behandlung gestellt werden. Die Ergebnisse aus den Untersuchungen zum Behandlungsprozeß (vgl. Kampe und Kunz, 1982) legen die letztere Argumentation nahe: Bereits zu Beginn der Behandlung waren hinsichtlich der sozialen Handlungskompetenz signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen D, S und F zu beobachten. Dies bedeutet, daß die Durchläufer die besten Voraussetzungen für die Behandlung mitbrachten, gefolgt von den Spätabbrechern und den Frühabbrechern.

Die qualitativen Auswertungen führten zu vergleichbaren Ergebnissen. Drogenfreiheit geht in aller Regel mit der sozialen Integration dieser Klienten einher. Aus diesem Zusammenhang ergab sich die Frage nach möglichen Mechanismen der Aufrechterhaltung des drogenzentrierten Verhaltens.

Die Betrachtung der unterschiedlichen Definitionsweisen sozialer Situationen von rückfälligen und drogenfreien Klienten führte zu der Vermutung, daß Rückfällige Informationen aus ihrer Umwelt auch nach der Behandlung nicht angemessen verarbeiten können. Dies scheint eine wesentliche Bedingung für die Aufrechterhaltung des Drogenkonsums zu sein, denn externe, in der Umwelt der Klienten bestehende Auslösebedingungen für drogenzentriertes Verhalten (z.B. Verfügbarkeit von Drogen, andere Drogenabhängige, mit dem Drogenkonsum assoziierte Musik u.ä.) gehören auch während der Abstinenz zu den oft unvermeidbaren äußeren Reizbedingungen (vgl. de Jong und Bühringer, 1978). Darüber hinaus konnten diese Autoren zeigen, daß rückfällige Klienten häufiger Drogengedanken und Kommunikationsschwierigkeiten angaben als drogenfreie, drogenfreie Klienten dagegen über ausgeprägtere rationale Fähigkeiten zur Problemlösung verfügten. Die Vermutung, daß kognitive Defizite im Sinne einer rationalen Verarbeitung von sozialen Informationen im Sprachverhalten zu beobachten sind und systematisch sowohl mit dem Ausmaß der Absolvierung von Behandlungsstufen als auch mit der Rückfälligkeit während der Behandlung verbunden sind, konnte in anderen Untersuchungen bestätigt werden (Kampe und Kunz, 1980, 1981, 1982). Abbrechende und rückfallgefährdete Klienten beschreiben demnach Handlungsabläufe eher im Sinne von praktischen Erklärungen, während Durchläufer überwiegend rationale Handlungsrekonstruktionen produzieren. Dieser Unterschied in der Ausgangslage begünstigt nicht nur die in diesem Sinne befähigten Klienten zur Bewältigung der Anforderungen in der Behandlung, sondern er wirkt sich auch auf den langfristigen Erfolg deswegen aus, weil Durchläufer bessere Aussichten als Spätabbrecher und diese wiederum bessere Chancen als Frühabbrecher haben, ein drogenfreies und zufriedenes Leben zu führen.

Summary

Adjustment and Maladjustment of Drug Addicts after Treatment in a Therapeutic Community

A follow-up study of 108 heroin addicted patients of a Therapeutic Community (TC) indicate that 29% of these patients remained in a drugfree status over a period of 2–3 years after treatment. Emphasizing the importance of the cognitive labeling process of social informations the results show that patients who relapsed to opioid use are less able to process social informations. This result is discussed with reference to the special verbal habits of drug addicts.

Literatur

Bühringer, G. (1981): Planung, Steuerung und Bewertung von Therapieeinrichtungen für junge Drogen- und Alkoholabhängige. München: Gerhard Röttger Verlag. – Cronbach, L.J. und Furby, L. (1970): How we should measure „change“-or should we? in: Psychological Bulletin. 24, 68–80. – de Jong, R. und Bühringer, G. (1978): Ein verhaltenstherapeutisches Stufenprogramm zur stationären Behandlung von Drogenabhängigen. München: Gerhard Röttger Verlag. – de Leon, G. und Lange, K.-J. (1980): Methodische Probleme bei der Evaluation Therapeutischer Gemeinschaften für Drogenabhängige. In: Suchtgefahren 26, 199–202. – Dittrich,

J., Gnerlich, F., Hünnekens, H., Rometsch, W. und Thomas, B. (1976): Erfolg und Mißerfolg bei der stationären Behandlung von Drogenabhängigen. In: Suchtgefahren 22, 121–140. – Kampe, H. und Kunz, D. (1980): Über die Rückfälligkeit von Drogenabhängigen. In: Suchtgefahren 26, 165–187. – Kampe, H. und Kunz, D. (1981): Sprachliches Interaktionsverhalten Drogenabhängiger als Parameter des therapeutischen Prozesses. In: Keupp, W. (Hrsg.), Behandlung der Sucht und des Mißbrauches chemischer Stoffe. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. – Kampe, H. und Kunz, D. (1982): Evaluation eines stationären Behandlungsprogrammes für Drogenabhängige, Frankfurt: Forschungsbericht (unveröffentlicht). – Kampe, H. und Kunz, D. (1983): Evaluation der Langzeitbehandlung von Drogenabhängigen in einer Therapeutischen Gemeinschaft. In: Suchtgefahren, im Druck. – Kurtz, Ch.D. (1981): Katamnesen bei jugendlichen Opiatabhängigen nach richterlich angeordneter Langzeittherapie. In: Nervenarzt. 52, 669–674. – Scott, M.B. und Lymann, S.M. (1976): Praktische Erklärungen. In: Auwärter, M., Kirsch, E. und Schröter, K. (Hrsg.): Seminar Kommunikation, Interaktion, Identität. Frankfurt: Suhrkamp. – Sells, S.B. (1979): Treatment effectiveness. In: Dupont, R.C. et al. (Eds.). Handbook of drug abuse. Washington: Nida, 105–118. – Vaillant, G.E. (1974): Autonome research in narcotic addiction: Problems and perspectives. In: American Journal of Drug and Alcohol Abuse 1, 25–36.

Anshr. d. Verf.: Dr. Helmut Kampe (Dipl.-Psych.), Dannekerstr. 35, 6000 Frankfurt/M. 70; Dipl.-Psych. Dieter Kunz, Heidelberger Str. 12, 6095 Ginsheim.