

## Zur Situation und Entwicklung von Drogenabhängigen nach einer qualifizierten Entzugsbehandlung

Schulz, Wolfgang; Müller-Schöppel, Sabine

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Schulz, W., & Müller-Schöppel, S. (1999). Zur Situation und Entwicklung von Drogenabhängigen nach einer qualifizierten Entzugsbehandlung. *Journal für Psychologie*, 7(2), 63-75. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-28692>

### Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. 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 der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

## Zur Situation und Entwicklung von Drogenabhängigen nach einer qualifizierten Entzugsbehandlung

Wolfgang Schulz und Sabine Müller-Schöppel

### Zusammenfassung

In dieser Studie wird die Entwicklung von jugendlichen Drogenabhängigen nach einer qualifizierten Entzugsbehandlung untersucht. Dabei wird vor allem nach dem Einfluß kritischer Lebensereignisse, der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und dem Stellenwert nachfolgender Behandlungen für den Ausstiegsprozeß gefragt. Die Stichprobe besteht aus 30 Patienten des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Königslutter. Innerhalb eines Jahres wurden diese Patienten in monatlichen Abständen aufgesucht und interviewt. Das methodische Vorgehen orientiert sich an dem Paradigma der qualitativen Sozialforschung. Zunächst werden die Einzelfälle unter den oben genannten Gesichtspunkten ausgewertet und dann hinsichtlich verschiedener Kriterien verglichen. Ein wichtiges Ergebnis ist, daß der Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit einen langfristigen Prozeß darstellt, der alles andere als gradlinig verläuft, sondern durch Behandlungsabbrüche, Rückfälle und Inhaftierungen immer wieder unterbrochen wird. Wartezeiten auf Behandlungen unterbrechen diesen Prozeß ebenfalls immer wieder. Der Ausstiegsprozeß ist offensichtlich so vielfältig wie die Erscheinungsformen der jeweils individuellen Situation des Abhängigen. Aus diesem Grunde ist es auch nicht sinnvoll, den Erfolg einer Entzugsbehandlung ausschließlich anhand des Drogenkonsums zu beurteilen. Die Existenz von Clean-Phasen und die Inanspruchnahme von weiterführenden Behandlungen sind demgegenüber wesentliche Erfolgsindikatoren. Die abschließende Diskussion macht deutlich, daß sowohl die Einschätzung von Behandlungsmaßnahmen als auch die Bewertung der Behandlungsergebnisse von den vorherrschenden gesellschaftlichen Werten und dem vorhandenen Behandlungssystem abhängig sind.

### PROBLEMHINTERGRUND: BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN UND WEGE AUS DER DROGENABHÄNGIGKEIT

In den 70er und 80er Jahren wurden in der Bundesrepublik Deutschland mit der Zunahme des Drogenproblems spezifische Konzepte und Angebote zur Behandlung Drogenabhängiger entwickelt. Kennzeichnend für diese Entwicklung der Drogenhilfe war die Orientierung an dem Prinzip der Abstinenz. Weiterhin wurde davon ausgegangen, daß ein Drogenabhängiger nur dann erfolgreich behandelt werden kann, wenn sein Leidensdruck sehr hoch ist und er über ein sehr hohes Ausmaß an Therapiemotivation verfügt. Als »Königsweg« zum Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit wurde der stationäre Entzug mit anschließender Langzeittherapie angesehen. Es zeigte sich, daß diese *hochschwellige und abstinenzorientierte Drogenhilfe* nicht dazu beitrug, die wachsende Drogenproblematik unter Kontrolle zu bringen. Denn nur ein Teil der Drogenabhängigen nahm dieses System der Drogenhilfe auch in Anspruch bzw. wurde durch dieses erreicht. Der Entschluß zur Aufnahme einer stationären Entzugsbehandlung wurde durch eine Reihe von Voraussetzungen mit Schwellenwirkung erschwert. Dazu gehörten u.a. der Nachweis eines Therapieplatzes in einer Entwöhnungseinrichtung, lange Wartezeiten auf den Aufnahmetermin und bei der Aufnahme weder high noch betrunken zu erscheinen. Diese und weitere Kriterien mußten erfüllt sein, um in der jeweiligen Institution aufgenommen zu werden, ansonsten galt der Leidensdruck als zu gering und die Therapiemotivation als unzureichend. Dabei wurde allerdings kaum berücksichtigt, daß damit bereits im Vorfeld ein Verhalten gefordert wurde, das im Grunde Ziel ei-

ner qualifizierten Entzugsbehandlung sein sollte, wie beispielsweise das Erarbeiten eines ausreichenden Einsichts- und Steuerungsvermögens oder einer Motivation für eine langfristige Entwöhnungsbehandlung.

Dieses offensichtliche Scheitern einer ausschließlich abstinenzorientierten Drogenhilfe rief Mitte der 80er Jahre vielfältige Kritik sowie die Forderung nach einer Veränderung der damaligen hochschwelligigen Drogenpolitik hervor. Dem folgte der Aufbau sogenannter *niedrigschwelliger und suchtbegleitender Hilfsangebote*, vielfach wird auch von akzeptierender Drogenhilfe gesprochen. Darunter werden verschiedene Praxisansätze subsumiert, die Hilfeleistungen mit geringen Zugangsvoraussetzungen für Drogenabhängige anbieten. Die Schwellen zur Annahme dieser Hilfsangebote werden verringert, indem vor allem nicht die Abstinenzorientierung im Vordergrund steht, sondern eher eine Orientierung an den gegenwärtigen Grundbedürfnissen und Zielen des Abhängigen wie Ernährung, Unterbringung und Beteiligung am gesellschaftlichen Leben.

Am Anfang eines Ausstiegs aus der Drogenabhängigkeit steht der Entzug. Die während des Entzugs gemachten Erfahrungen bestimmen entscheidend, welche weiteren Hilfsangebote in Anspruch genommen werden, damit auch wesentlich den weiteren Verlauf der Drogenkarriere. In der Vergangenheit wurde der Entzug entweder hochschwellig auf wenigen Spezialstationen durchgeführt oder auf nichtspezialisierten Stationen psychiatrischer Kliniken oder Allgemeinkrankenhäusern. Die Entzugsbehandlung wurde häufig abgebrochen, und es konnten kaum weitergehende Therapieziele entwickelt werden. Diesen Defiziten versuchte man Ende der 80er/Anfang der 90er Jahre durch die Entwicklung von Konzepten zur niedrigschwelligen Entzugbehandlung zu begegnen. Heute spricht man allerdings überwiegend nicht mehr von nie-

drigschwelliger, sondern zutreffender von *qualifizierter Entzugsbehandlung*. Unter qualifizierter Drogenentzugsbehandlung wird eine Krankenhausbehandlung verstanden, die in erster Linie die Sicherung des somatischen und sozialen Überlebens zum Ziel hat. Entlastet von körperlichem und sozialem Druck können weitergehende Behandlungsziele entwickelt und verfolgt werden. Schadensbegrenzung, Risikominimierung und Überlebenshilfe sind die wichtigsten Therapieziele. Qualifizierte Entzugsbehandlung beinhaltet einen schnellen und unbürokratischen Zugang zum Entzug und sieht mit Ausnahme des Vorhandenseins einer Bereitschaft zur Behandlung keine weitergehenden Eingangsvoraussetzungen vor, vor allem wird keine stabile Motivation zur dauerhaften Abstinenz vorausgesetzt.

Der Vielfalt der Erscheinungsformen der Drogenabhängigkeit wird durch ein differenziertes Behandlungsangebot Rechnung getragen, in dem der Abhängige entsprechend seiner körperlichen und psychischen Verfassung aktiv in die Behandlung einbezogen wird.

Während die Wirkungsweise und der Erfolg von Entwöhnungsbehandlungen bei Drogenabhängigen mittlerweile vergleichsweise gut dokumentiert und untersucht wurden, liegen zur niedrigschwelligen bzw. qualifizierten Entzugsbehandlung erst sehr wenige *Erfahrungsberichte und empirische Studien* vor.

In den publizierten Berichten und Studien werden die Zielgruppen, die Behandlungsziele, der Behandlungsverlauf sowie erste Ergebnisse beschrieben (u.a. Behrendt et al., 1993; Kuhlmann, Hasse & Sawalies, 1994; Luedtke, 1991; Stohler et al., 1994; Trüg, 1992a, 1992b). Katamnestiche Studien, die Aussagen über den Ausstiegsprozeß erlauben, liegen u. E. bislang nicht vor. Genau diese Lücke soll mit der vorliegenden Verlaufsstudie geschlossen werden.

## PROBLEMSTELLUNG: ENTWICKLUNG VON DROGENABHÄNGIGEN NACH ERFOLGTER ENTZUGSBEHANDLUNG

Die zentrale *Fragestellung* dieser Studie lautet: Wie sieht die Entwicklung jugendlicher Drogenabhängiger nach erfolgter Entzugsbehandlung aus, und welche Bedingungen beeinflussen diese Entwicklung? Dabei wird zwischen Drogenentwicklung und Behandlungskarriere, Entwicklung der beruflichen Situation und der Wohnsituation sowie der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und kritischen Lebensereignissen unterschieden. Bei der Beantwortung dieser Frage wird ein besonderes Augenmerk auf die nachfolgende Inanspruchnahme medizinischer, psychologischer und sozialer Behandlungs- und Versorgungsangebote gelegt.

Theoretischer Hintergrund dieser Fragestellung sind die Konzepte »*Entwicklungsaufgaben*« (Havighurst, 1972) und »*Kritische Lebensereignisse*« (Filipp, 1981). Gelingt es einem jugendlichen Drogenabhängigen nach Klinikentlassung nicht, noch nicht gelöste Entwicklungsaufgaben in Angriff zu nehmen (z.B. die Lösung von der Familie oder die Entwicklung einer beruflichen Perspektive) und ggf. auftretende kritische Lebensereignisse zu meistern (z.B. Trennung vom Partner oder Arbeitsplatzverlust), besteht die Gefahr von erneutem Drogenkonsum, der wiederum negative körperliche, psychische und soziale Veränderungen zur Folge haben kann. Von einer gelungenen Auseinandersetzung kann man sprechen, wenn der Drogenabhängige Aktivitäten entwickelt, die konstruktiv auf seine eigene Person und sein soziales Umfeld gerichtet sind (z.B. Einleitung von Schritten zur Aufnahme einer weiterführenden Behandlung oder Aufbau einer eigenen Wohnform verbunden mit einer Lösung von den Eltern). Bei diesen Überlegungen ist zu berücksichtigen, daß es sich auch bei der Entlassung aus einer Drogenentzugsstation um ein kritisches Lebensereignis handelt,

denn der Schutz der Klinik geht verloren, und der Drogenabhängige muß sich mit seiner sozialen Wirklichkeit auseinandersetzen.

## METHODISCHES VORGEHEN

### Methodischer Hintergrund

Das methodische Vorgehen dieser Untersuchung ist qualitativ ausgerichtet (Mayring, 1990) und orientiert sich an den Paradigmen der Biographieforschung (Jüttemann & Thomae, 1987) und der komparativen Kasuistik (Jüttemann, 1981, 1990). Wir haben ein qualitatives Vorgehen gewählt, weil zum einen die Vielfalt der individuellen Entwicklungen aufgezeigt werden soll und zum anderen die Lebenssituation Drogenabhängiger durch extreme Wechselhaftigkeit gekennzeichnet ist. In dieser Untersuchung geht es primär um die Beschreibung und die Rekonstruktion von Entwicklungsverläufen und nicht um die Überprüfung von Hypothesen (Bohnsack, 1993). Die Datenerhebung erfolgte durch »problemzentrierte Interviews« (Mayring, 1990; Witzel, 1985). Nach Abschluß jedes Interviews wurde ein »selektives Protokoll« erstellt, das die Grundlage für die Auswertung bildete. Die Auswertung orientierte sich an der Methodik der »qualitativen Inhaltsanalyse« (Mayring, 1988, 1990).

### Auswahl und Beschreibung der Stichprobe

Bei den untersuchten Patienten handelt es sich um 30 jugendliche Drogenabhängige, die in der Zeit von Februar bis April 1993 auf der Drogenentzugsstation des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Königsutter aufgenommen wurden. In die Untersuchungsstichprobe wurden nur die Patienten einbezogen, die sich nach Darstellung der Erhebungsmodalitäten zur Mitarbeit bereit erklärten. Die Teilnahmequote lag bei 46,9%. Es handelt sich um 18 Männer und 12 Frauen mit einem Durchschnittsalter von 24,6 Jahren. Mit einer Ausnahme haben alle Patienten einen Schulabschluß, 60,0%

einen Hauptschulabschluß, 40,0% der Patienten haben eine abgeschlossene Berufsausbildung, die Beschäftigungsquote liegt (zum Zeitpunkt der Klinikentlassung) bei 13,3%. Bis auf zwei geschiedene Frauen sind alle Patienten ledig, 63,3% der Patienten gaben bei Klinikaufnahme an, eine mindestens einjährige Partnerschaft zu führen. Auffallend ist, daß die Hälfte der Patienten noch bei ihren Eltern wohnt, ohne festen Wohnsitz ist ein Patient.

Alle Patienten sind heroinabhängig und von mehreren Drogen gleichzeitig abhängig. Die Heroinabhängigkeit besteht im Durchschnitt seit 4,7 Jahren. Bei den Patienten ist ein hohes Ausmaß an Ko- bzw. Multimorbidität zu verzeichnen. Bei 53,3% der Patienten sind Drogennotfälle und bei 13,3% Suizidversuche in der Vergangenheit zu verzeichnen. 56,7% der Patienten haben eine Vorstrafe, 23,3% Hafterfahrung. Die meisten Patienten haben bereits mehrere Ausstiegsversuche unternommen. 50,0% der Patienten haben mindestens eine stationäre Drogenentzugsbehandlung hinter sich, 30,0% waren mindestens einmal in einer stationären Langzeittherapie.

Ein Vergleich mit den nicht in die Untersuchung einbezogenen Patienten zeigt, daß die untersuchten Patienten hinsichtlich soziodemographischer und krankheitspezifischer Daten weitgehend repräsentativ sind (vgl. Esse, Schulz & Wild, 1994).

### **Beschreibung der Entzugsbehandlung**

Die Drogenentzugsstation des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Königslutter verfügte im Untersuchungszeitraum über 10 Planbetten. Voraussetzung für die Aufnahme war der Wunsch nach einer Entzugsbehandlung. Eine weitergehende Therapiemotivation oder ein zugesagter Therapieplatz in einer Entwöhnungseinrichtung mit Kostenzusage wurden nicht vorausgesetzt. Neben den Patienten, die sich ohne

äußeren Druck für einen Entzug entschieden, wurden auch Patienten aufgenommen, die eine richterliche Auflage (z.B. nach § 35 BtmG) erfüllen mußten. Die Behandlungsdauer reichte bis zu maximal sechs Wochen. Während der ersten 14 Tage der Behandlung bestand eine Kontaktsperre, die in begründeten Ausnahmefällen aufgehoben werden konnte. Vorrangige Behandlungsziele waren 1. die körperliche Entgiftung, 2. die Verbesserung der körperlichen und psychischen Verfassung, 3. eine erste Klärung der sozialen Situation sowie 4. die Verstärkung der Motivation auf ein drogenfreies Leben, ggf. die Entwicklung weiterführender Behandlungsziele und die Einleitung von Schritten zur Aufnahme weiterführender Behandlungen. Die Behandlung erfolgte medikamentengestützt, insbesondere durch Antidepressiva und Benzodiazepine, aber ohne L-Polamidon. Auf der Station arbeitete ein multiprofessionelles Team, bestehend aus einem Arzt, einem Diplompsychologen, einem Sozialarbeiter sowie mehreren Pflegekräften. Der Behandlung wurde durch verschiedene Angebote eine zeitliche Struktur gegeben. Neben den verpflichtenden Angeboten wie Gruppengespräche, Entspannungsübungen, Beschäftigungstherapie und Sport wurden Einzelgespräche angeboten.

### **Durchführung der Interviews und Beschreibung des Interviewleitfadens**

Vorgesehen war, im Abstand von etwa 4 Wochen Interviews mit den Patienten zu führen. Der Gesprächsabstand von 4 Wochen erschien sinnvoll, um möglichst auch kleine Veränderungen erfassen zu können. Von den geplanten 12 Interviews pro Patient kamen - trotz erheblicher Bemühungen unsererseits - nur die folgenden Interviews zustande: mit 1 Patienten 9 Interviews, mit 3 Patienten 8 Interviews, mit 2 Patienten 7 Interviews, mit 4 Patienten 6 Interviews, mit je 3 Patienten 5, 4 und 3 Interviews, mit 4 Patienten 2 Interviews und mit 1 Patienten 1 Interview. Mit sechs

Patienten haben wir keine Interviews geführt, wir erhielten aber mehr oder weniger regelmäßig Informationen von Dritten. Die Interviews fanden überwiegend im häuslichen Bereich des Abhängigen statt, aber auch in öffentlichen Cafés oder in verschiedenen Drogenberatungsstellen, Therapieeinrichtungen oder Justizvollzugsanstalten. Die Interviews wurden von uns in der Regel zu zweit durchgeführt und dauerten etwa eine Stunde.

Den »problemzentrierten Interviews« lag ein Interviewleitfaden zugrunde, der Fragen zu den folgenden Bereichen enthielt:

1. Wohnsituation, 2. Arbeitssituation und Arbeitsmotivation (Beschäftigungsverhältnis und Art der Tätigkeit, Verdienst, Arbeitslosigkeit, Interesse an einer Berufstätigkeit), 3. finanzielle Situation (Versorgung durch eigenen Verdienst und/oder durch andere, Schulden), 4. strafrechtliche Situation, 5. Partnerbeziehung (feste, wechselnde oder keine Partnerschaft, Drogenkonsum des Partners), 6. Elternbeziehung (Akzeptanz, Unterstützung, Probleme), 7. Sozialkontakte (Kontakte zu drogenfreien Freunden und Bekannten, Kontakte zur Szene), 8. Drogenkonsum (Art der Droge, Häufigkeit und Intensität, Drogengedanken), 9. Befindlichkeit und Grundstimmung, 10. Behandlungsmotivation, 11. Inanspruchnahme weiterer Behandlungs- und Versorgungsangebote, 12. soziale Kompetenzen sowie 13. Interessen und Aktivitäten. Zusätzlich wurde der persönliche Eindruck von der Gesprächssituation protokolliert. Im Verlauf der Untersuchung wurde der Interviewleitfaden mehrmals ergänzt und modifiziert. Da sich relativ schnell herausstellte, daß ein großer Teil der Patienten nach kurzer Zeit ein zweites Mal auf der Drogenentzugsstation im Landeskrankenhaus Königslutter behandelt wurde, wurde zusätzlich nach diesem Aufenthalt ausführlich gefragt. Weiterhin wurde der Interviewleitfaden um das Thema Kindheit und Jugend erweitert, da sich für das Verständnis der aktuellen

Entwicklung die vergangenen Erfahrungen zunehmend als wichtig erwiesen. Die Erfahrung, daß Drogenabhängige überwiegend in der Gegenwart leben und sich wenig Gedanken um die Zukunft machen, führte zur Aufnahme einer Frage nach den Perspektiven. Im letzten Interview wurde noch einmal Rückschau auf das vergangene Jahr gehalten. Das »selektive Protokoll« wurde analog dem Interviewleitfaden erstellt.

### PROBLEME UND BEHINDERUNGEN BEI DER ERHEBUNG

Da das Leben eines Drogenabhängigen bestimmt ist durch die Beschaffung und den Konsum von Drogen und damit für die Betroffenen kaum planbar ist, war es nicht einfach, die Patienten regelmäßig zu erreichen. Wir konnten den Kontakt oft erst nach vielen vergeblichen telefonischen Versuchen und Briefen, häufig auch erst über Eltern oder andere Angehörige herstellen.

Das nachfolgende Beispiel der Kontaktaufnahme zu Joana verdeutlicht zum einen den Zeitaufwand, der oft erforderlich war, bis ein Interview zustande kam. Zum anderen läßt dieses Beispiel erahnen, wie wenig vorhersagbar das Leben und die weitere Entwicklung eines Drogenabhängigen auch nach erfolgter Behandlung ist.

Di 15.6. 11.00 Uhr

Gespräch mit Joanas Mutter. Sie sagt, Joana kommt um 13.00 Uhr nach Hause.

13.00 Uhr Joana ist nicht gekommen, ihre Mutter ist verärgert.

Do 17.6. 11.40 Uhr

Joanas Mutter sagt, Joana sei am Nachmittag zu Hause.

15.20 Uhr Es meldet sich niemand.

Di 22.6. 11.30 Uhr

Es meldet sich niemand.

13.50 Uhr Es meldet sich niemand.

18.10 Uhr Joanas Mutter sagt, Joana komme um 19.30 Uhr.

19.50 Uhr Joana ist nicht da. Wir sollen bei ihrer Schwester anrufen (Gespräch mit der Mutter).

19.55 Uhr Joanas Schwager sagt, Joana sei noch nicht da, wir sollen später noch einmal anrufen.

20.30 Uhr Joana ist da, aber sie ist zur Zeit zu keinem Gespräch bereit, weil sie verreisen will.

Erst beim 10. Versuch bekamen wir Joana selbst ans Telefon. Einen Gesprächstermin hatten wir noch lange nicht. Nach Joanas Urlaub benötigten wir weitere 5 Versuche bis es zu einer Terminabsprache kam. Zum Interviewtermin trafen wir nur die Mutter an. Das Gespräch kam erst am 11. November zustande.

Eine weitere Schwierigkeit stellte auch die Kontaktaufnahme in einigen Therapieeinrichtungen dar. Diese verhielten sich unserem Interviewvorhaben gegenüber äußerst unkooperativ, so daß während der anfänglichen Kontaktsperren nicht einmal ein brieflicher Kontakt möglich war. Auch nach Beendigung der Kontaktsperre erhielten wir nur spärliche Informationen. Viel Zeit kostete auch das Auffinden unserer Patienten in den Justizvollzugsanstalten, da die Drogenabhängigen anscheinend von einer Anstalt zur anderen »reisen«.

Einige unserer Patienten waren zu Untersuchungsbeginn nicht auffindbar, sie tauchten unmittelbar nach ihrem Klinikaufenthalt in der Drogenszene unter. Den einen oder anderen haben wir in einer Drogenberatungsstelle oder auch in der Drogenszene wiedergetroffen.

Unsere zahlreichen Versuche, die Patienten zu erreichen, wären nicht so häufig gelungen, wenn nicht fast alle noch irgendwie in ihren Familien eingebunden wären.

Von Zeit zu Zeit hatten sie immer wieder Kontakt zu den Familien, von denen etliche Eltern meist sehr auskunftsbereit waren.

## ERGEBNISSE: ENTWICKLUNG VON DROGENABHÄNGIGEN NACH ERFOLGTER ENTZUGSBEHANDLUNG

### Ein Fallbeispiel: Jens

Jens ist zu Beginn des Untersuchungszeitraumes 22 Jahre alt. Er kommt aus einer vollständigen Familie und hat sehr engen Kontakt zu seinen Eltern. Das Verhältnis zu seiner Mutter beschreibt er als recht gut, das zu seinem Vater als eher schlecht. Seit sechs Jahren lebt Jens mit seiner Freundin in einer gemeinsamen Wohnung. Seine Freundin ist ebenfalls drogenabhängig. Vor vier Jahren haben sie gemeinsam begonnen, Heroin zu konsumieren. Jens hat einen Hauptschulabschluß und eine abgeschlossene Ausbildung zum Schlosser. In seinem Beruf ist er seit mehreren Jahren, immer wieder mit Unterbrechungen, tätig. Mit 15 Jahren begann Jens, Alkohol zu trinken und Haschisch zu rauchen. Mit 18 Jahren begann er, Heroin zu spritzen, zwei Jahre später kamen Kokain und Speed dazu. Er hat zwei stationäre Entzüge und zwei Selbstentzüge hinter sich. Seine längste Abstinenzzeit betrug acht Tage. Jens hat ein offenes Verfahren laufen.

*Situation bei Klinikentlassung:* Jens beabsichtigt, im Anschluß an die Entzugsbehandlung (Mitte April 1993) mit einer Langzeittherapie zu beginnen. Er hat auch schon eine Zusage für einen Therapieplatz, aber zwei Tage vor der geplanten Verlegung wird er disziplinarisch entlassen, weil er auf der Entzugsstation mit anderen Patienten Alkohol getrunken hat. Er wird sofort rückfällig und mit einer Überdosis als Notfall wieder in das Landeskrankenhaus Königslutter eingeliefert. Nach kurzer Zeit ist er wieder auf der Entzugsstation.

*1. Kontakt (persönlich auf der Entzugsstation, Anfang Mai 1993):* Jens beabsichtigt, nach Klinikentlassung mit der Langzeittherapie zu beginnen. Seine Therapiemotivation ist allerdings ambivalent. Er weiß, daß »etwas passieren muß«, gleichzeitig äußert er aber Bedenken und rechnet mit einem

Abbruch der Therapie. Er ist weiterhin krankgeschrieben. Nach der Langzeittherapie möchte er an seinen alten Arbeitsplatz zurückkehren. Jens hat etwa 10.000 DM Schulden, sein gerichtliches Verfahren ist noch nicht abgeschlossen. Es ist geplant, daß sich auch seine Freundin einer Entzugsbehandlung unterzieht, sobald Jens sich in der Langzeittherapie befindet. Jens fühlt sich mit Ausnahme seiner Zahnprobleme (ihm wurden fünf Zähne gezogen) körperlich und psychisch relativ gut.

*2. Kontakt (Telefonat mit Jens Vater, Mitte Juni 1993):* Jens ist von der Entzugsstation erneut wegen Alkoholmißbrauch entlassen worden. Er wurde sofort wieder rückfällig und konsumiert wieder regelmäßig Heroin.

*3. Kontakt (telefonisch, Anfang Juli 1993):* Jens nimmt wieder regelmäßig Drogen. Jeden Tag ist er mit dem Ein- und Verkaufen von Drogen beschäftigt. Er wirkt sehr niedergeschlagen. Ihm geht es körperlich und psychisch nicht gut. Mittlerweile hat er eine Bewährungsstrafe von 1 1/2 Jahren und eine Therapieauflage bekommen. Seine Situation erscheint ihm ziemlich aussichtslos, zumal ein weiteres Strafverfahren gegen ihn eingeleitet wurde und er mit einer Gefängnisstrafe rechnen muß. Von seiner langjährigen Freundin hat er sich getrennt. Jens hat zwar seine eigene Wohnung noch, wohnt jetzt aber bei seinen Eltern. Seine Freundin ist auch wieder zu ihren Eltern gezogen. Nach seiner Klinikentlassung hat er auch seine Arbeit verloren. Ihm wurde aber zugesichert, daß er nach einem Jahr »Cleansein« wieder eingestellt wird. Jens hat Kontakt zur Drogenberatungsstelle und zu seiner Bewährungshelferin, zu der er aber kein gutes Verhältnis hat. Er ist weiterhin an einer Langzeittherapie interessiert.

*4. Kontakt (persönlich in der Wohnung von Jens Eltern, Ende August 1993):* Jens benötigt täglich 1/4 Gramm Heroin. Er hat erneut eine Zusage für einen Therapieplatz,

allerdings mit einer sehr langen Wartezeit. Er möchte gerne die Zeit bis zum Beginn der Therapie mit Tabletten überbrücken, findet aber keinen Arzt, der ihm ein entsprechendes Rezept ausstellt (er war bereits bei sieben Ärzten). Er geht regelmäßig zur Drogenberatungsstelle. Jens wohnt jetzt bei seinen Eltern, da er seine Stromrechnung nicht bezahlt hat und man ihm den Strom abgestellt hat. Jens wirkt sehr hoffnungslos und frustriert, mit seinem Vater gibt es immer wieder Streit, er weiß nichts mit sich anzufangen und langweilt sich. Auch sein körperlicher Zustand scheint sich verschlechtert zu haben. Finanziell wird er von seinen Eltern unterstützt, da er noch kein Arbeitslosengeld bekommen hat.

*5. Kontakt (persönlich in der Wohnung von Jens Eltern, Oktober 1993):* Im Moment nimmt Jens kein Heroin, nur Codein und Alkohol. Er wirkt niedergeschlagen und verwahrlost. Er möchte seinem Leben ein Ende setzen. Er bemüht sich um eine andere Therapieeinrichtung, da die Wartezeit in der anderen Einrichtung zu lang ist. Dies auch deshalb, weil er seine Therapieauflage jetzt auch schriftlich bekommen hat. Er lebt weiterhin bei seinen Eltern.

*6. Kontakt (persönlich in der Wohnung von Jens Eltern, November 1993):* Jens hat einen Haftantrittstermin, muß aber die Haft nicht antreten, da er inzwischen einen Therapieplatz hat. Es geht ihm körperlich und psychisch besser, er freut sich auf seine Entzugsbehandlung und die anschließende Langzeittherapie. Der Hauptfaktor für seine Therapiemotivation ist die gerichtliche Therapieauflage. Er trinkt weiterhin Codeinsaft. Er hatte einen einmaligen Rückfall mit Heroin.

*7. Kontakt (telefonisch, Anfang Dezember 1993):* In ein paar Tagen beginnt die Entzugsbehandlung. Dort erfährt er, in welche Langzeittherapieeinrichtung er nach Abschluß der Entzugsbehandlung kommt.

Jens sieht den nächsten Wochen mit Unbehagen und Angst entgegen. Er hat vor allem Angst vor der Entgiftung, da eine Coe-  
dein-Entgiftung angeblich sehr schlimm sein soll.

*8. Kontakt (persönlich in der Langzeittherapieeinrichtung, Mai 1994):* Jens ist bis Ende des Jahres in Langzeittherapie. Seine Wohnung hat er aufgegeben, nach der Therapie möchte er aber wieder eine eigene Wohnung haben. Die Arbeitstherapie in der Tischlerei macht ihm Spaß. Nach der Therapie möchte er seinen Meister machen, um das Jahr bis zur Rückkehr an seinen Arbeitsplatz zu überbrücken. Er hängt immer noch an seiner Freundin, die sich ebenfalls in einer Langzeittherapie befindet. Die räumliche Distanz zu seinen Eltern tut ihm gut. Er sieht sie nur zu gemeinsamen Therapiegesprächen. Jens arbeitet intensiv und aktiv in der Therapie mit. Sowohl sein körperlicher als auch sein psychischer Zustand scheinen sich stabilisiert zu haben.

*Fazit:* Insgesamt hat sich die Lebenssituation von Jens zum Positiven verändert. Nach mehreren Anläufen hat er endlich den Weg in die Langzeittherapie geschafft und sich dort eingelebt. Außerdem blieb ihm ein Gefängnisaufenthalt erspart. Inwieweit seine vielfältigen Schwierigkeiten am Ende der Langzeittherapie bearbeitet sein werden und inwieweit er seine Probleme nach Therapieende bewältigen wird, bleibt abzuwarten.

#### **ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG DER KARRIEREN UNTER DEN ASPEKTEN DROGENENTWICKLUNG UND SOZIALE ENTWICKLUNG**

##### **Drogenentwicklung und Behandlungskarrieren**

Die Drogenentwicklung und die Behandlungskarrieren der 30 untersuchten Patienten beinhalten die unterschiedlichsten Wege aus der Abhängigkeit. Von den 30 Patienten haben sieben im Anschluß an die Entzugsbehandlung mit einer Therapie be-

gonnen, 23 sind ohne Anschlußbehandlung entlassen worden. Aber die meisten dieser Patienten ohne Anschlußbehandlung, insgesamt mindestens 13 (in nicht allen Fällen waren die Informationen vollständig), haben zu einem späteren Zeitpunkt, in der Regel nach erneuter Entzugsbehandlung, mit einer Therapie begonnen. Im Laufe des Untersuchungsjahres waren mindestens 20 Patienten in mindestens einer Therapieeinrichtung, viele Patienten unternahm mehrere Therapieversuche. Insgesamt wurde 18mal mit einer Langzeittherapie begonnen, dreimal mit einer Kurzzeittherapie und zweimal mit einer außerstationären Therapie. Hinzu kommen noch zwei Methadon-Behandlungen, drei Patienten nahmen ein Nachsorgeangebot in Anspruch. Weiterhin wurden bei mindestens 16 Patienten erneut mindestens 22 Entzugsbehandlungen durchgeführt. Interessant in diesem Zusammenhang ist, daß bei mehrmaliger Entzugsbehandlung die Wahrscheinlichkeit für die Aufnahme einer Anschlußbehandlung steigt. Fünf Patienten waren während des Untersuchungsjahres in Haft. Nach einem Jahr befinden sich 16 Patienten entweder in einer Therapie oder in einer Nachsorgemaßnahme und sind zum Befragungszeitpunkt clean. Weitere fünf Patienten sind clean, entweder ohne Anschlußbehandlung, nach beendeter Therapie oder in Haft. Neun Patienten sind entweder rückfällig, oder es liegen keine zuverlässigen Informationen vor, so daß von einem Rückfall, möglicherweise auch von weiteren Behandlungsversuchen, auszugehen ist.

Die Ergebnisse zeigen, daß der Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit einen langfristigen Prozeß darstellt, der in den meisten Fällen alles andere als gradlinig verläuft, sondern durch Behandlungsabbrüche, Rückfälle, Inhaftierungen usw. immer wieder unterbrochen wird. Wartezeiten unterbrechen diesen Prozeß ebenfalls immer wieder. Der Ausstiegsprozeß ist ebenso vielfältig wie die Erscheinungsformen der individuellen Situation des Abhängigen.

### Entwicklung der beruflichen Situation

Auch in der beruflichen Situation ergeben sich große individuelle Unterschiede. Es bestehen keine systematischen Zusammenhänge zwischen dem Ausbildungsstatus, der beruflichen Situation bei Klinikentlassung bzw. bei Untersuchungsbeginn und dem beruflichen Verlauf innerhalb des Untersuchungszeitraumes. Arbeitslosigkeit und Beschäftigung wechseln nach kurzer Zeit und werden von Behandlungs- und Therapiemaßnahmen immer wieder unterbrochen.

### Entwicklung der Wohnsituation

Die Wohnsituation eines Menschen sagt viel über seine Selbständigkeit und seine soziale Integration aus. Im Laufe des untersuchten Jahres gibt es bei fast allen Patienten Wohnortwechsel, hauptsächlich bedingt durch Aufenthalte in Therapieeinrichtungen und Justizvollzugsanstalten. Hervorzuheben ist, daß zu Beginn der Entzugsbehandlung die Hälfte der Patienten noch bei den Eltern wohnt, am Untersuchungsende ist das aber nur noch bei drei Patienten der Fall. Wesentlich für den Ausstiegsprozeß scheint der Aufbau einer eigenen Wohnform zu sein. Vor allem die Trennung von der elterlichen Wohnung und die damit oft verbundene emotionale Lösung von den Eltern scheint sich positiv auf den Ausstiegsprozeß auszuwirken. Wohnungslosigkeit scheint demgegenüber den Ausstiegsprozeß zu erschweren.

### ZUSAMMENFASSENDE ANALYSE DER BEDINGUNGEN DER KARRIEREN UNTER DEN ASPEKTEN BEWÄLTIGUNG VON ENTWICKLUNGSAUFGABEN UND KRITISCHEN LEBENSEREIGNISSEN

#### Bewältigung von Entwicklungsaufgaben

Die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben wurde in die folgenden vier Bereiche unterteilt (siehe auch Kindermann, 1992):

- *Wohnsituation*: Die Entwicklungsanforderungen im Bereich Wohnen beinhalten den Aufbau und die Aufrechterhaltung einer eigenständigen Wohnform, entweder allei-

ne, in einer Wohngemeinschaft oder mit einem Partner. Diese Aufgabe wird als bewältigt angesehen, wenn die räumliche Ablösung vom Elternhaus vollzogen und eine eigenständige Wohnform gefunden ist.

- *Ausbildung und Beruf*: Die Bewältigung dieser Entwicklungsaufgabe umfaßt eine abgeschlossene Berufsausbildung und eine regelmäßige Beschäftigung entweder im erlernten oder in einem anderen Beruf.

- *Partnerschaft*: Die Entwicklungsanforderungen im Bereich Partnerschaft beinhalten den Aufbau einer stabilen Partnerschaft mit einem drogenfreien Partner. Diese Entwicklungsaufgabe wird auch dann als bewältigt angesehen, wenn der Partner zum Untersuchungszeitraum nicht clean ist, die Partnerschaft aber bereits seit mehreren Jahren besteht und der Partner einen Ausstieg aus dem Drogenkonsum anstrebt.

- *Beziehungen zur Herkunftsfamilie*: Die Bewältigung dieser Entwicklungsaufgabe beinhaltet die emotionale Lösung von den Eltern.

Im folgenden wird exemplarisch für den Patienten Jens (s.o.) die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben dargestellt:

- *Wohnsituation*: Diese Entwicklungsaufgabe ist von Jens bereits bewältigt worden, da er einige Jahre zusammen mit seiner Freundin in einer eigenen Wohnung gelebt hat. Nach dem Therapieaufenthalt möchte er wieder in eine eigene Wohnung ziehen.

- *Ausbildung und Beruf*: Jens hat eine abgeschlossene Schul- und Berufsausbildung und war längere Zeit in seinem erlernten Beruf tätig gewesen. Seinen Arbeitsplatz verlor er im Untersuchungsjahr, allerdings mit der Gewißheit, nach einem Jahr »Cleansein« im Anschluß an die Langzeittherapie wieder eingestellt zu werden.

- *Partnerschaft*: Die Partnerschaft zu seiner Freundin bestand sechs Jahre. Aufgrund dieser langen Zeit des Zusammenlebens, zu Beginn in cleaner Partnerschaft, kann auch diese Entwicklungsaufgabe als bewältigt angesehen werden.

- *Beziehungen zur Herkunftsfamilie:* Jens ist emotional und teilweise finanziell (insbesondere nach seiner Kündigung) von seinen Eltern abhängig. Diese Abhängigkeit wird von ihm selbst als Problem angesehen. Diese Entwicklungsaufgabe ist noch nicht bewältigt. In der Langzeittherapie ist diese Abhängigkeit von seinen Eltern immer wieder thematisiert worden, es kam auch häufiger zu Familientherapiesitzungen.

Die Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die gesamte Untersuchungsgruppe. Die Ergebnisse zeigen, daß es immer wieder Aufgaben gibt, die von den Patienten nicht bewältigt worden sind, nur drei Patienten haben alle Entwicklungsaufgaben erfolgreich

abgeschlossen. Am häufigsten wurden die Entwicklungsaufgaben Partnerschaft, gefolgt von der emotionalen Ablösung von den Eltern nicht bewältigt. Weiterhin wird deutlich, daß zwischen der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und der Bewertung der Entwicklung im Untersuchungs-jahr kein systematischer Zusammenhang besteht. Es kann nicht ohne weiteres von der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben auf einen positiven Ausstiegsprozeß geschlossen werden. Die tatsächlichen Verhältnisse scheinen wesentlich komplizierter zu sein. Es muß immer die individuelle Lebensgeschichte und das Entwicklungsstadium im einzelnen betrachtet werden.<sup>1</sup>

**Tabelle 1: Kritische Lebensereignisse**

Patient Nr.	Wohnen	Ausbildung/ Arbeit	Partnerschaft	Herkunfts- familie	Bewertung der Entwicklung
1	+	+ +	-	+	+
5	+	- +	-	-	+
6	-	- -	-	-	--
7	-	- +	-	-	+
8	-	- -	-	-	o
9	-	+ +	-	-	+
10	+	- -	o	o	++
11	+	- +	+	+	++
12	+	+ +	+	+	+
13	+	+ +	+	o	+
14	+	+ +	+	+	o
15	+	+ +	+	-	+
16	-	- -	-	-	++
17	-	+ +	-	o	o
19	-	- -	-	+	+
20	-	- -	-	+	+
21	+	- +	+	-	+
23	-	- -	-	-	+
25	+	+ +	+	+	++
26	-	- -	-	-	+
27	-	- +	-	-	+
28	+	- +	-	o	-
29	+	+ +	-	o	-
30	+	+ +	-	+	++

### Kritische Lebensereignisse

In der *Kindheit und Jugend* treten gehäuft die folgenden kritischen Lebensereignisse auf:

- Sehr häufig ist eine frühe »brocken-home-Situation« zu verzeichnen. Viele Patienten erlebten die Scheidung ihrer Eltern oder auch den Tod eines Elternteils.
- Es gab Mißbrauch und Abhängigkeit von Suchtmitteln in der Familie. Häufig war der Vater Alkoholiker, dies war des öfteren mit Gewalt in der Familie gekoppelt.
- Im jungen Erwachsenenalter begann dann auch meist der eigene Einstieg in den Drogenkonsum. Zunächst wurde häufig Alkohol und/oder Haschisch konsumiert, später erfolgte dann der Erstkonsum von Heroin.

Das *Erwachsenenalter* (bis zum Untersuchungsbeginn) ist gekennzeichnet durch:

- Drogennotfälle in Form von Überdosierung und Suizidversuche
- Beginnende Kriminalisierung
- Weiterhin hatten viele Abhängige Partnerschaftsprobleme während dieses Lebensabschnittes.
- Viele Frauen erlebten in frühem Erwachsenenalter Abtreibungen oder die Geburt von Kindern und waren zu diesem Zeitpunkt damit total überfordert.

Im *Untersuchungsjahr* waren die folgenden kritischen Lebensereignisse relevant:

- Das häufigste kritische Ereignis ist die Trennung vom Partner. Dies deckt sich auch mit den Ergebnissen zu den Entwicklungsaufgaben, auch hier stehen die Schwierigkeiten mit der Partnerschaft an erster Stelle. Die Trennung vom Partner wurde von den Patienten auch als häufigster Grund für den Rückfall genannt.
- Verurteilungen und Verhaftungen stehen an zweiter Stelle. Strafrechtliche Probleme nehmen im Leben vieler Abhängiger einen breiten Raum ein. Auch in diesem Fall ist es für viele eine Ursache für den Rückfall.
- Arbeit ist ein wichtiges Lebensereignis,

sowohl im positiven als auch im negativen Sinne bei Arbeitsplatzverlust.

Im Gegensatz zu den Entwicklungsaufgaben hat das Eintreten von kritischen Lebensereignissen einen Einfluß auf den Ausstiegsprozeß. Viele kritische Lebensereignisse behindern den Ausstiegsprozeß. Dabei gibt es für viele Drogenabhängige nur eine Bewältigungsstrategie: die Droge. Insbesondere das Zerbrechen von Partnerschaften führt oft zu Rückfällen. Die Inanspruchnahme einer Langzeittherapie wird häufig als einziger Weg angesehen, neue Bewältigungsstrategien zu erlernen.

### DISKUSSION UND SCHLUSSFOLGERUNG

Die Probleme und Behinderungen beim Erreichen der Patienten wurden hier so ausführlich dargestellt, weil sie - genauso wie die Interviewergebnisse selbst - viele Hinweise auf das Leben des Drogenabhängigen in unserer Gesellschaft und die Schwierigkeiten beim Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit geben. Nur knapp 1/3 der geplanten Interviews (116 von 360) konnten trotz erheblicher Anstrengungen durchgeführt werden. Diese Schwierigkeiten sind zum einen Folge der Tatsache, daß die meisten Drogenabhängigen nach erfolgter Entzugsbehandlung rückfällig wurden. Der Rückfall gehört genauso wie der Behandlungsabbruch zum Krankheitsbild dazu, jedenfalls vor dem Hintergrund unserer Gesellschaft und unseres Behandlungssystems. Zum anderen zeigen diese Schwierigkeiten, daß das Leben eines Drogenabhängigen durch die Beschaffung und den Konsum von Drogen bestimmt und damit selbst für die Betroffenen kaum planbar ist. Beim Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit handelt es sich um einen sehr langen, oft jahrelangen und kaum vorhersagbaren Prozeß, der in den meisten Fällen alles andere als linear verläuft, sondern durch Behandlungsabbrüche, Rückfälle, Inhaftierungen usw. immer wieder unterbrochen wird. Auch diese *Langfristigkeit* und *Nichtvorher-*

*sagbarkeit* gehört zum Krankheitsbild des Drogenabhängigen.

Langfristigkeit und Nichtvorhersagbarkeit implizieren aber nicht, daß es überhaupt keine Regelmäßigkeiten gibt. Die Ergebnisse lassen einige Regelmäßigkeiten erkennen, die aber nicht im Sinne einer Naturgesetzlichkeit und damit Vorhersagbarkeit zu verstehen sind. Zunächst einmal ist festzuhalten, daß es große individuelle Unterschiede in der Entwicklung von Drogenabhängigen nach erfolgter Entzugsbehandlung gibt. Ob ein Drogenabhängiger sofort im Anschluß an eine Entzugsbehandlung in eine weiterführende Therapie geht oder die Klinik ohne Anschlußmaßnahme verläßt, scheint keinen Einfluß auf eine positive Entwicklung und einen Cleanstatus zu haben. Viele Drogenabhängige brauchen einfach mehrere Anläufe, um das Ziel einer weiterführenden Behandlung (in der Regel eine Langzeittherapie) zu erreichen. So waren z.B. 11 Abhängige im Untersuchungszeitraum zweimal auf der Entzugsstation, weitere drei Abhängige sogar dreimal; von einer Ausnahme abgesehen haben alle diese Patienten mit einer Anschlußhandlung begonnen.

Es ist sehr schwierig, die Bedeutung der *Arbeitssituation* für die Entwicklung eines Drogenabhängigen zu erfassen. Sicherlich ist für viele der Neubeginn einer Arbeit ein wichtiger Schritt im Ausstiegsprozeß. Eine positive Entwicklung kann aber auch ohne das Vorhandensein eines Arbeitsplatzes erfolgen. Zu berücksichtigen ist hierbei der unterschiedliche Stellenwert der Arbeit bei Männern und Frauen. Aber selbst bei den Männern findet man unterschiedliche Bewertungen. Dauerarbeitslosigkeit hingegen wirkt sich fast immer negativ auf den Ausstiegsprozeß aus. Ähnlich ist die Situation bei dauerhafter Wohnungslosigkeit, die sich ebenfalls negativ auswirkt. Auch das *Wohnen* bei den Eltern, vor allem bei gleichzeitigen Ablösungsschwierigkeiten vom Elternhaus wirkt sich hemmend auf die Gesamtentwicklung und den Ausstiegsprozeß aus.

Sicher hat die Bewältigung von *Entwicklungsaufgaben* insgesamt einen positiven Einfluß auf die Entwicklung unserer Patienten, man kann aber nicht - jedenfalls nicht im untersuchten Zeitraum von einem Jahr - von der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben auf einen positiven Ausstiegsprozeß schließen. Demgegenüber behindern viele *kritische Lebensereignisse* den Ausstiegsprozeß. Insbesondere das Zerbrechen von Partnerschaften führt häufig zu Rückfällen. Die Inanspruchnahme einer Entwöhnungsbehandlung wird häufig als einziger Weg gesehen, neue Bewältigungsstrategien zu erlernen.

Warum ist der Ausstiegsprozeß im Einzelfall nicht vorhersagbar? Warum lassen sich höchstens einige Regelmäßigkeiten erfassen? Dies liegt ganz sicher nicht daran, daß bisher zu wenig empirisch geforscht wurde, ganz sicher auch nicht daran, daß das methodische Vorgehen noch nicht genügend entwickelt ist, auch bei hervorragenden Untersuchungsbedingungen wäre der Erkenntniszugewinn gering. Die Entwicklung eines Drogenabhängigen ist - wie die eines jeden Menschen - nicht durch objektive Faktoren derart determiniert, daß ein bestimmtes Ereignis unausweichlich eintreten wird. Vielmehr ist die Entwicklung sowohl von *zufälligen Gegebenheiten* als auch von der *Fähigkeit zur Selbstreflexion* und der damit verbundenen Möglichkeit, sich auch anders entscheiden zu können, nicht unwesentlich beeinflusst. Beim Drogenabhängigen handelt es sich - systemtheoretisch gesprochen - um ein *dynamisches System*, das durch *Rekursivität* (der Output des Systems wirkt auf den Input zurück), *Nichtlinearität* (Systemeingang und Systemausgang sind intern durch nichtlineare Prozesse miteinander verknüpft) und *Offenheit* (zwischen System und Umwelt finden Austauschprozesse statt) gekennzeichnet ist. Daraus ergibt sich zwangsläufig, daß es gesicherte Erkenntnisse im Sinne eines Ursache-Wirkungs-Zusammenhangs nicht geben kann. Die klassischen Naturwissen-

schaften haben sich längst von ihren deterministischen und reduktionistischen Modellen getrennt und berücksichtigen darüber hinaus, daß es sich beim Menschen um ein soziales, kulturelles und historisches Wesen handelt. Suchtforscher konzipieren ihre Untersuchungen allerdings immer noch zu häufig vor dem Hintergrund solcher Modelle.

Was läßt sich aus diesen Ergebnissen zur *Bewertung von Drogentherapien* ableiten? Diese langfristigen und kaum vorhersagbaren Ausstiegsprozesse gehören zum Krankheitsbild des Drogenabhängigen in unserer Gesellschaft. Aus diesem Grunde ist es auch nicht sinnvoll, den Erfolg einer Drogenbehandlung in erster Linie anhand des Drogenkonsums z.B. nach einem Jahr zu beurteilen. Die Existenz von Clean-Phasen und die Inanspruchnahme von weiterführenden Behandlungen sind die wichtigsten Erfolgsindikatoren. Wir müssen unsere Ansprüche auf ein realistisches Maß reduzieren und unsere Resultate mit denen anderer chronischer Erkrankungen vergleichen. Bei manchen Krebsarten wird z.B. dann von einem Erfolg gesprochen, wenn 20% der Patienten noch nach fünf Jahren leben, von einem Erfolg einer Kopfschmerzbehandlung wird häufig schon dann gesprochen, wenn eine Medikamentenreduktion vorliegt oder der Patient in die Lage versetzt wird, seine Beschwerden zu akzeptieren, und von der Behandlung einer Alzheimer Erkrankung erwartet niemand eine Verbesserung seiner Leistungsfähigkeit. So müssen auch in der Behandlung Drogenabhängiger neue Bewertungen von Erfolg gefunden sowie gesellschaftlich anerkannt werden.

#### Anmerkung

1 Weitere Tabellen und Abbildungen zu den Forschungsergebnissen können direkt bei uns angefordert werden.

#### Literatur

BOHSACK, R. (1993): Rekonstruktive Sozialforschung. Opladen: Leske und Budrich (2. Auflage)

BEHRENDT, K., BONORDEN-KLEIJ, K., KRAUSZ, M., DEGWITZ, P. & KELLERMANN, B. (1993): Niedrigschwelliger Drogenentzug. Konzepte, Erfahrungen, Konsequenzen. Deutsches Ärzteblatt, 4, 122-126

ESSE, S., SCHULZ, W. & WILD, A. (1994): Evaluation des qualifizierten Drogenentzugs im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Königslutter. Schriftenreihe der Suchtforschungstelle Ostniedersachsen, Heft 22. Königslutter: Verein zur Hilfe für seelisch Behinderte

FILIPP, S.-H. (Hrsg.) (1981): Kritische Lebensereignisse. München: Urban und Schwarzenberg

HAVIGHURST, R.J. (1972): Developmental tasks and education. New York: McKay (3. Edition)

JÜTTEMANN, G. (1981): Komparative Kasuistik als Strategie psychologischer Forschung. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 29, 101-118

JÜTTEMANN, G. (Hrsg.) (1990): Komparative Kasuistik. Heidelberg: Asanger

JÜTTEMANN, G. & THOMAE, H. (Hrsg.): (1987): Biographie und Psychologie. Heidelberg: Springer

KINDERMANN, W. (1992): Drogenabhängig: Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit. Freiburg im Breisgau: Lambertus

KUHLMANN, T., HASSE, H. E. & SAVALIES, D. (1994): Die qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger in NRW. Psychiatrische Praxis, 21, 13-18

LUEDTKE, U. (1991): Clean okay - Der sanfte Drogenentzug. Deutsches Ärzteblatt, 10, 434-436

MAYRING, P. (1988): Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim: Beltz (2. Auflage)

MAYRING, P. (1990): Einführung in die qualitative Sozialforschung. München: Psychologie Verlags Union

STOHLER, R., PETIJEAN, S., HÖRLER, CHR., VON BARDELEBEN, U. & LADEWIG, D. (1994): Entzugsbehandlung Drogenabhängiger mit dem Ziel der Abstinenz. Psychiatrische Praxis, 21, 10-12

TRÜG, E. (1992a): Evaluationsstudie zum niedrigschwelligen Drogenentzug opiatabhängiger Patienten in Hamburg - eine empirische Studie. Sucht, 38, 323 - 335

TRÜG, E. (1992b): Evaluationsstudie zum niedrigschwelligen Drogenentzug opiatabhängiger Patienten in Hamburg - eine empirische Studie. Unveröff. Dissertation, Universität Hamburg

WITZEL, A. (1985): Das problemzentrierte Interview. In: G. Jüttemann (Hrsg.), Qualitative Sozialforschung in der Psychologie (S. 227-256). Weinheim: Beltz