**Zeitschrift:** Kriminologisches Bulletin = Bulletin de criminologie

**Herausgeber:** Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie

**Band:** 9 (1983)

**Heft:** 1

**Artikel:** Compliance und institutionelle Sozialisation in der Behandlung von delinquenten Heroinabhaengigen

**Autor:** Meyer-Fehr, Peter / Zimmer-Höfler, Dagmar

**DOI:** https://doi.org/10.5169/seals-1046860

**Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

**Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

**Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

**Download PDF:** 04.12.2025

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch**

# COMPLIANCE UND INSTITUTIONELLE SOZIALISATIO

# DER BEHANDLUNG VON DELINQUENTEN HEROINABHAEN GEN

Peter Meyer-Fehr und Dagmar Zimmer-Höfler

Sozialpsychiatrischer Dienst der
Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich

## 1. Einleitung

In drogenpolitischen Diskussionen scheiden sich die Geister oft an der Frage "Freiwilligkeit oder Zwang in der Behandlung von Heroinabhängigen?". Beide Positionen werden oft recht dogmatisch und radikal vertreten, ohne dass die Erfahrungen verschiedener Behandlungsprogramme zur Kenntnis genommen werden. Die einen Therapeuten gehen davon aus, dass Therapie immer vom Klienten aus freiwillig gewünscht werden muss. Andere Therapeuten betonen, dass von einem schwer süchtigen Opiatabhängigen gar keine echte Therapie-Motivation erwartet werden kann. Therapie-Motivation, und damit eine wirkliche Freiwilligkeit, sei vielmehr ein erstes Behandlungsziel.

Unser Forschungsprojekt "Karriere und Massnahmen-Evaluation bei devianten Jugendlichen" ergibt praktisch relevante Ergebnisse für die Behandlung von Drogenabhängigen. In diesem Artikel untersuchen wir die Freiwilligkeit des Eintritts und der Teilnahme in verschiedenen Behandlungs-Institutionen im Zusammenhang mit der Sozialisation durch die Institution. Es scheint, dass bei Opiatabhängigen die völlige Freiwilligkeit selten und, jedenfalls in der Schweiz, der totale Zwang zur Aufnahme einer therapeutischen Behandlung nie vorkommt. Auch bei Freiwilligen steht ein enormer Problemdruck und damit ein sozialer Druck für eine Behandlung im Hintergrund. Auf der andern Seite gibt es in der Schweiz keine geschlossene Insti-

tution zur Zwangsbehandlung von Drogenabhängigen. Auch gerichtlich verfügte Massnahmen werden in offenen therapeutischen Institutionen vollzogen. Delinquente Fixer, die eine therapeutische Behandlung kategorisch ablehnen, werden zu Gefängnisstrafen verurteilt. In der empirisch fundierten und pragmatisch relevanten Diskussion liegen also die beiden Pole "Freiwilligkeit und Zwang" in der Behandlung von Drogenabhängigen viel näher als in der dogmatischen Diskussion und können sich sogar ergänzen.

Das erwähnte Forschungsprojekt steht unter der Leitung von Prof. Ambros Uchtenhagen und wird vom Schweizerischen Nationalfonds im Rahmen das nationalen Programms "soziale Integration" finanziert. Das Gesamtprojekt umfasst verschiedene Teilstudien. Wir werden im folgenden empirische Resultate aus dem wichtigsten Teil des Projektes präsentieren, nämlich aus der Prospektiv-Studie von 248 Opiatabhängigen in der Deutschschweiz. Bei der Ersterhebung waren die Drogenabhängigen in 16 verschiedenen Institutionen. Bei der Auswahl der Institutionen legten wir das Schwergewicht auf zwei Arten von therapeutischen Institutionen, die auf Drogenabhängige spezialisiert sind, nämlich auf therapeutische Gemeinschaften und auf ambulante Behandlungsprogramme mit dem Suchtersatzmittel Methadon. Ausserdem wurde eine grössere Zahl von Drogenabhängigen in Gefängnissen befragt. Die Zweiterhebung findet 2-3 Jahre später statt und ist noch nicht abgeschlossen.

## 2. Fragestellung und Hypothesen

In diesem Artikel möchten wir die Frage behandeln, welche Auswirkungen verschiedene Behandlungs-Institutionen auf die Motivation von Opiatabhängigen zur sozialen Integration und Rehabilitation haben. Insbesondere interessiert uns, welche Bedeutung dabei die Compliance des Drogenabhängigen mit der

Behandlungs-Institution hat. Wir verwenden den Compliance-Begriff von Etzioni (1961, 1964), der damit die Reaktion von Organisationsmitgliedern auf die Mittel der sozialen Kontrolle (Machtmittel) der Organisation bezeichnet. Etzioni unterscheidet folgende drei Machtmittel:

1. symbolische Belohnung (sog. normative Macht)
2. materielle Belohnung
3. Zwang, besonders physische Sanktion

Die Reaktion oder die Orientierung der Organisationsmitglieder wird ebenfalls in drei Kategorien differenziert:

1. moralische Orientierung als positive Identifikation mit der Organisation
2. berechnende Orientierung mit einer relativ indifferenten Haltung der Organisation gegenüber
3. entfremdete Orientierung als negatives Verhältnis zur Organisation.

Aus der Kombination der institutionellen Machtmittel mit der Orientierung der Mitglieder ergibt sich die sog. Compliance-Struktur einer Organisation. Kongruent ist eine Compliance-Struktur, wenn die Orientierung der Mitglieder den Machtmitteln der Organisation entspricht. Etzioni nennt die drei kongruenten Compliance-Typen erzwungene, utilitaristische und normative Compliance. Die restlichen sog. inkongruenten Typen sind für die organisationelle Integration ineffizient. Etzioni formuliert deshalb die Hypothese, dass Organisationen dazu tendieren, ihre Compliance-Struktur von inkongruenten in kongruente Typen zu verändern.

Generell ist anzunehmen, dass die normative Compliance im Gegensatz zur erzwungenen Compliance ein günstiges therapeutisches Milieu ermöglicht. Aus der Theorie der differentiellen Assoziation von Sutherland (Sutherland und Cressey

19 lässt sich ableiten, dass eine normative Compliance in rmelle Strukturen schafft, die eine Resozialisation ur erstützen, während die Klienten-Subkultur einer Institu- ti n mit erzwungener Compliance das deviante Verhalten so- g fördert (Volkman und Cressey 1963).

der empirischen Analyse untersuchen wir die Relevanz der mpliance beim Eintritt in die Behandlungs-Institution (ge- essen mit der formalen Freiwilligkeit des Eintritts) und lie Relevanz der Compliance während des Aufenthaltes in der Institution (gemessen mit der Freiwilligkeit der Teilnahme in der Institution). Wir untersuchen also Bedingungen einer erfolgreichen institutionellen Sozialisation von Drogenab- hängigen.

Unter Sozialis tion verstehen wir einen Prozess, in dem Sozialisations-Instanzen (z.B. Familie, Peer-Gruppe, Schule, Behandlungs-Institution) ihre sozialen Normen und Werte auf ein Individuum übertragen. Das Individuum internalisiert diese Normen und Werte. Das Resultat einer erfolgreichen Sozia- lisation ist die soziale Kompetenz einer Person, mit der sie verschiedene soziale Rollen in verschiedenen sozialen Kon- texten adäquat und flexibel ausüben kann. Die Entwicklung zur Drogensucht kann mit verschiedenen Störungen im Sozialisa- tions-Prozess in Zusammenhang gebracht werden (Stosberg,1981). Unter Sozialisationsstörung verstehen wir das Resultat einer mangelhaften Sozialisation durch die zentralen Sozialisations- Instanzen, vor allem durch die Familie. Das resultierende Sozialisations-Defizit besteht aus einer mangelhaften sozia- len Kompetenz, die zentralen sozialen Rollen unserer Gesell- schaft auszuüben. Das Sozialisations-Defizit zeigt sich auch in der Schwierigkeit, mit erhöhten sozialen Anforderungen fertig zu werden, in einer verminderten Frustrationstoleranz und in einer geringen Fähigkeit, sich selber adäquat und flexibel zu kontrollieren.

Eine Behandlung kann bei einem Klienten mit einem Sozialisations-Defizit nur dann zu seiner Rehabilitation führen, wenn sie einen Sozialisations-Prozess zur Erhöhung seiner sozialen Kompetenz zumindest in Gang setzt. In diesem Sinne ist die Sozialisation der Klienten die erklärte Absicht therapeutischer Institutionen (Keupp, 1980), während in Gefängnissen Zielkonflikte zwischen den primären Aufgaben Sicherheit und Bestrafung und der sekundären Aufgabe Sozialisation in der Regel zu ungunsten der Sozialisation entschieden werden. Wenn die institutionelle Sozialisation misslingt, ist nach dem Austritt aus der Institution die Rückkehr in die deviante Subkultur (Drogenszene) für den ehemaligen Drogenabhängigen in der Regel attraktiver als der Versuch einer Integration in die dominante Kultur. Einen wichtigen Aspekt des Sozialisations-Prozesses, nämlich die Motivations-Entwicklung, haben wir in einem anderen Bericht unseres Forschungsprojektes detailliert untersucht (Zimmer-Höfler, Meyer-Fehr, Widmer, 1982).

Wir gehen davon aus, dass Sozialisations-Prozesse in verschiedenen Behandlungs-Institutionen unterschiedlich verlaufen und formulieren folgende generelle Hypothesen:

- Therapeutische Institutionen bewirken eine positive persönliche Entwicklung. Unter positiver Entwicklung verstehen wir einen Sozialisations-Prozess, der zu einer wachsenden allgemeinen sozialen Kompetenz des Klienten führt.

- Kustodiale Institutionen bewirken keine Sozialisation in diesem Sinne.

- Punitive Institutionen bewirken eher eine negative persönliche Entwicklung ihrer Insassen.

Empirisch messen wir den Sozialisations-Verlauf mit der Veränderung der Drogenverzichtsbereitschaft und der Zukunfts-Orientierung der (ehemaligen) Drogenabhängigen im Verlaufe der Behandlung.

## 3. Empirische Ergebnisse

### 3.1. Delinquenz bei Opiatabhängigen

Es ist allgemein bekannt, dass Opiatabhängige wegen des Zwangs zur illegalen Drogenbeschaffung weit häufiger delinquent werden als die Durchschnitts-Bevölkerung. In Tabelle 1 vergleichen wir die Verurteilungen der Opiatabhängigen mit den Verurteilungen einer gemachten Zufalls-Stichprobe der Normalbevölkerung.

Tabelle 1

vgl. nächste Seite

Tabelle 1: Delinquenz: Verurteilungen, Selbstangabe
Vergleich Opiatabhängige mit Normalbevölkerung

| | kein Polizei-kontakt | keine Verurteilung oder Busse | nur bedingte Verurteilung | unbedingte Verurteilung, Massnahme |
|---|---|---|---|---|
| Opiatabhängige N=215 | 9% | 16% | 20% | 55% |
| Normalbevölkerung N=515 | 70% | 24% | 4% | 2% |

Kendalls Tau c = .66 Signifikanzniveau = 0.1%

Opiatabhängige: SPD-Prospektivstudie, Altersgruppe 19 bis 27, Durchschnittsalter = 23.1 Jahre
72.6% Männer

Normalbevölkerung: nach Altersverteilung und Geschlecht gematchte Zufallsstichprobe aus der IPSO-Normstudie (Institut für praxisorientierte Sozialforschung, Zürich)

Für eine ausführliche Analyse der Unterschiede zwischen Opiatabhängigen und Normalbevölkerung vergleiche Zimmer-Höfler, Uchtenhagen, Christen, Meyer-Fehr (1982)

Aus Tab. 1 wird deutlich, dass fast alle Opiatabhängigen, die in institutioneller Behandlung sind, schon mit Polizei und Justiz zu tun gehabt haben. 75 % der Opiatabhängigen sind zu bedingten oder unbedingten Freiheitsstrafen oder zu Massnahmen verurteilt worden. 70 % der Kontrollgruppe aus der Normalbevölkerung haben noch nie wegen illegalem Verhalten mit der Polizei zu tun gehabt. Zu Freiheitsstrafen oder Massnahmen sind nur 6 % der Kontrollgruppe verurteilt worden. Die massive Devianz der Opiatsüchtigen zeigt sich also sowohl im Drogenkonsum wie auch in der Delinquenz.

## 3.2. Unterschiede zwischen verschiedenen Behandlungs-Institutionen

Entsprechend unseren Hypothesen verläuft die Motivations-Entwicklung von Drogenabhängigen in verschiedenen Behandlungs-Institutionen unterschiedlich. Die unterschiedlichen Behandlungsverläufe können bei gleichartigen Institutionen auch mit Unterschieden in der Aufnahmepraxis, d.h. mit der institutionellen Klienten-Selektion zusammenhängen. Zum Vergleich der Institutionen verwenden wir folgende 5 Variablen:

Die Variable Drogenverzichts-Bereitschaft (DVB) ist ein intervallskalierter Index für die Bereitschaft des (ehemaligen) Drogenabhängigen, in Zukunft auf Drogen zu verzichten.

Die Variable Zukunftsorientierung (ZOR) ist ein intervallskalierter Index für die Orientierung des Drogenabhängigen auf die zukünftige soziale und insbesondere berufliche Integration. Die Variable drückt also die allgemeine soziale Integrationsbereitschaft und insbesondere die berufliche Rehabilitations-Bereitschaft aus.

Die beiden Variablen DVB und ZOR wurden durch die Addition

verschiedener Antworten auf entsprechende Fragen unserer Fragebögen berechnet. DVB und ZOR können Werte zwischen 0 (geringste Drogenverzichts-Bereitschaft bzw. durchwegs negative Zukunftsorientierung) und 10 (höchste Drogenverzichts-Bereitschaft bzw. positivste Zukunftsorientierung) annehmen. In der Berechnung der beiden Variablen wurden neben den Selbstangaben der Drogenabhängigen die Einschätzung durch den Interviewer und die Einschätzung eines Mitarbeiters der Behandlungs-Institution einbezogen. Dadurch ergibt sich ein zuverlässigeres Bild, als wenn wir nur die Selbstangaben verwenden würden. Details der Index-Konstruktion wie die Auswahl der einzelnen Frage-Items und die Prüfung der Skalen auf interne Konsistenz können hier nicht weiter beschrieben werden; wir möchten dazu auf unseren ausführlichen Forschungsbericht hinweisen (Meyer-Fehr, Zimmer-Höfler, 1982).

Drogenverzichts-Bereitschaft und positive Zukunftsorientierung sind zentrale Therapie-Ziele in therapeutischen Gemeinschaften. Eine Zunahme der Drogenverzichts-Bereitschaft und der Zukunftsorientierung im Verlauf der Therapie verstehen wir als Hinweis auf eine erfolgreiche institutionelle Sozialisation.

Die Variable Freiwilligkeit des Eintritts (FREIE2) drückt aus, ob der Drogenabhängige freiwillig oder unfreiwillig in die Institution eingetreten ist. Mit dieser Variable erfassen wir lediglich die formale, juristische Freiwilligkeit. Ein unfreiwilliger Eintritt heisst hier der Beginn einer gerichtlich angeordneten Massnahme, des Strafvollzugs oder der Untersuchungshaft. Die subjektive Freiwilligkeit wird mit dieser Variable nur teilweise erfasst, da, wie bereits erwähnt, einerseits beim formal freiwilligen Eintritt soziale Zwänge mitspielen und andererseits bei der Anordnung einer Massnahme die Zustimmung des Drogenabhängigen

vorausgesetzt wird. Die Variable ist also nur ein relativ grober Indikator für die Compliance des Drogenabhängigen beim Eintritt in die Behandlungs-Institution.

Die Variable Freiwilligkeit der Teilnahme (FREIT2) zeigt, ob der (ehemalige) Drogenabhängige freiwillig am Programm der Institution mitmacht oder ob er sich zu allem gezwungen fühlt. Diese Variable ist also ein Indikator für die Compliance in der Behandlungs-Institution.

Als Hinweis auf das Ausmass der Delinquenz unterscheiden wir mit der Variable DETOSA2 (Delinquenz-Total, Selbstangabe) die Drogenabhängigen mit schweren Verurteilungen (unbedingte Freiheitsstrafen oder Massnahmen) von den Drogenabhängigen mit weniger schweren oder keinen Verurteilungen.

Tabelle 2

vgl. nächste Seite

Tabelle 2: Uebersicht über institutionelle Unterschiede bei den Variablen Drogenverzichtsbereitschaft (DVB), Zukunftsorientierung (ZOR), Freiwilligkeit des Eintritts(FREIE2), Freiwilligkeit der Teilnahme (FREIT2), Delinquenz: Verurteilungen, Selbstangabe (DETOSA2)

| Institutionstypologie INST4A | N | Varianzanalysen: Kategorien-Mittelwerte DVB | ZOR | aus Kreuztabellen: FREIE2 % freiw. Eintritt | FREIT2 % freiw. Teilnahme | DETOSA2 % unbed.Verurt., Massnahme |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 hierarchische Therapeut. Gemeinschaft | 58 | 6.65 | 6.14 | 5% | 67% | 86% |
| 2 konsensuale Therapeut. Gemeinschaft | 32 | 8.67 | 6.90 | 69% | 100% | 41% |
| 3 Gefängnis (Uhaft, Vollzug) | 53 | 5.83 | 5.96 | 0% | 19% | 66% |
| 4 Methadon (ambulante Programme) | 63 | 6.89 | 7.01 | 84% | 76% | 43% |
| Total | 206 | 6.83 | 6.48 | 38% | 63% | 61% |
| Varianzanalysen: | | | | | | |
| Eta | | .42 | .24 | | | |
| F, Signifikanz | | 14.5*** | 4.3** | | | |
| Kreuztabellen: | | | | | | |
| Cramers V, Signifikanz | | | | .79*** | .57*** | .38*** |

Anmerkung zu den Signifikanzniveaus: ***: 0.1% **: 1% *: 5%

Tab. 2 gibt eine erste Uebersicht über institutionelle Unterschiede inbezug auf die erwähnten 5 Variablen. Wir vergleichen hier nicht Einzelinstitutionen, sondern 4 Typen von Institutionen, die aus 14 untersuchten Einzelinstitutionen gebildet wurden.

Zum Typ Gefängnis gehören sowohl Vollzugsanstalten als auch ein Untersuchungs-Gefängnis.

Der Typ Methadon umfasst verschiedene ambulante Suchtersatzmittel-Programme im Kanton Zürich.

Therapeutische Gemeinschaften (TG) sind stationäre Langzeit-Programme zur psychischen Entwöhnung und Rehabilitation von Drogenabhängigen.

In hierarchischen TG besteht sowohl unter den Klienten als auch unter den Mitarbeitern eine hohe, formell geregelte Hierarchie. Diese Gemeinschaften sind ausserdem durch zahlreiche Regeln und durch strenge soziale Kontrolle gekennzeichnet.

Im Typ konsensuale TG fassen wir demokratische, familiäre und religiöse Gemeinschaften zusammen. Dieser Typ ist nicht sehr homogen. Insbesondere die religiösen Gemeinschaften unterscheiden sich in einzelnen Aspekten deutlich von den demokratischen und den familiären Gemeinschaften. Das charakteristische Merkmal einer konsensualen TG besteht darin, dass Klienten und Mitarbeiter einen hohen Konsens über Konzept und Ziel der Gemeinschaft teilen. Es liegt also eine normative Compliance vor; die Mitglieder identifizieren sich mit dem Programm der Institution. Typisch für konsensuale TG im Unterschied zu hierarchischen TG sind ausserdem folgende 4 Merkmale:

- relativ kleine Institutionen (6-13 Klienten)

- mittlere bis hohe Aufnahmeselektion
- kleine drop-out-Quote
- geringe Hierarchie unter den Klienten

Tab. 2 zeigt die durchschnittliche Drogenverzichts-Bereitschaft und die durchschnittliche Zukunftsorientierung in den 4 Institutionstypen. Die Klienten der konsensualen TG zeigen mit dem Mittelwert 8.67 die höchste DVB, während die Patienten der Methadon-Programme mit 7.01 im Durchschnitt die positivste ZOR haben. Die geringste DVB und die negativste ZOR haben die Drogenabhängigen in den Gefängnissen. Die Varianz-Analysen zeigen, dass die Unterschiede zwischen den Institutionen signifikant sind. Der Koeffizient ETA zeigt die Stärke der Beziehung zwischen einer unabhängigen Variable und der abhängigen Variable einer Varianz-Analyse. Bei der Drogenverzichts-Bereitschaft bestehen stärkere institutionelle Unterschiede (ETA = .42) als bei der Zukunftsorientierung (ETA = .24)

Tab. 2 enthält durchschnittliche Werte von Indikatoren für die Rehabilitations-Motivation. Wichtig zur Beurteilung des Behandlungseffektes ist aber die Veränderung dieser Werte im Verlaufe der Behandlung, die wir mit den nächsten Tabellen zeigen werden. Vorerst aber noch einige Bemerkungen zu den institutionellen Unterschieden inbezug auf die Compliance.

Während ins Gefängnis per Definition niemand freiwillig eintritt (0 % bei FREIE2), sind in den Methadon-Programmen am meisten Eintritte freiwillig (84 %). In konsensualen TG sind gut zwei Drittel der Klienten freiwillig eingetreten, in hierarchischen TG nur 5 %. In diesen Unterschieden spiegeln sich einerseits die verschiedenen Funktionen und Selektionspraktiken der Institutionen, andererseits die unterschiedliche Attraktivität dieser Institutionstypen für die Drogenabhängigen.

Bei der Freiwilligkeit der Teilnahme am Programm der Institution sind die Unterschiede ähnlich wie bei der Freiwilligkeit des Eintritts, auch hier ist die Freiwilligkeit in den Gefängnissen mit 19 % am geringsten. Bemerkenswert sind die Unterschiede zwischen den beiden Indikatoren für Freiwilligkeit bzw. Compliance. In den TG nehmen offensichtlich die meisten Klienten, die (formal) unfreiwillig eingetreten sind, freiwillig am therapeutischen Alltag teil. Bemerkenswert ist insbesondere, dass in hierarchischen TG zwei Drittel der Klienten freiwillig mitarbeiten, obschon nur 5 % freiwillig eingetreten sind. Wir werden weiter unten zeigen, dass dieser Unterschied als Ausdruck einer erfolgreichen institutionellen Sozialisation interpretiert werden kann.

Beim Anteil der Klienten mit schwerer Delinquenz (DETOSA2) zeigen sich ebenfalls hochsignifikante institutionelle Unterschiede. In hierarchischen TG sind am meisten Klienten mit schwerer Delinquenz (86 %), in konsensualen TG am wenigsten (41 %). Die 34 % der Drogenabhängigen in Gefängnissen ohne unbedingte Verurteilungen oder Massnahmen befinden sich in Untersuchungshaft. In den hierarchischen TG haben zahlreiche Drogenabhängige eine zu erwartende Massnahme vorzeitig, d.h. vor der entscheidenden Gerichtsverhandlung, angetreten. Wir werteten den vorzeitigen Massnahme-Antritt als unfreiwilligen Eintritt. Deshalb sind nur 5 % der Klienten freiwillig in die hierarchischen TG eingetreten, aber 14 % sind nicht zu unbedingten Freiheitsstrafen oder Massnahmen verurteilt worden.

## 3.3. Korrelationen der Drogenverzichts-Bereitschaft in verschiedenen Behandlungs-Institutionen

Die zentrale Variable zur Beurteilung der Motivations-Entwicklung und der institutionellen Sozialisation ist die Behandlungsdauer. Eine positive Entwicklung und Sozialisation findet statt, wenn die Drogenverzichts-Bereitschaft

und die Zukunftsorientierung im Verlauf der Behandlung zunimmt. Wenn die Variablen DVB und ZOR nicht positiv mit der Behandlungsdauer korrelieren, findet keine positive Entwicklung statt. Eine negative Korrelation kann als negative, d.h. deviante Sozialisation interpretiert werden, z.B. als Prisonization in einem Gefängnis (Clemmer 1958).

Wir haben jeweils sämtliche Klienten einer Institution in einem Zeitpunkt befragt. Die Variable Behandlungsdauer (BEHDAU) drückt aus, wie lange der befragte Klient schon in der betreffenden Institution ist. In der gesamten Stichprobe unserer Ersterhebung (N=248) beträgt der Median 195 T., der Mittelwert 284 Tage und die Standard-Abweichung 313 Tage. Wir interpretieren die Antworten der Klienten mit unterschiedlicher Behandlungsdauer in unserer Querschnitts-Untersuchung (Ersterhebung) als Etappen eines typischen Behandlungsverlaufes in der jeweiligen Institution, da wir die Klienten nicht mehrmals im Verlaufe der Behandlung befragen konnten. Diese Methode hat den Vorteil, dass nicht durch kurzfristig wiederholte gleichartige Befragungen der gleichen Personen die Antworten beeinflusst werden. Die Auswertung der Querschnittsanalyse (Ersterhebung) hat allerdings den Nachteil, dass wir nicht berücksichtigen können, wie lange der befragte Klient insgesamt in der Behandlungs-Institution bleiben wird. Z.B. befinden sich unter den befragten Klienten einer therapeutischen Gemeinschaft, die erst vor kurzer Zeit in die Institution eingetreten sind (kurze Behandlungsdauer), auch solche, die die Behandlung vorzeitig abbrechen werden. Die Klienten, die schon lange in einer Institution sind (lange Behandlungsdauer), stellen also eine Selektion aller eingetretenen Klienten dar. Das Ausmass der entsprechenden Verzerrung können wir etwa abschätzen, wenn wir wissen, wann und weshalb in der Regel die Behandlung einer Institution abgeschlossen, bzw. abge-

**brochen wird. Die Verzerrungen sind u.E. nicht gravierend. Sie können in der Interpretation statistischer Befunde berücksichtigt werden.**

Tabelle 3: Korrelationen der Variable Drogenverzichtsbereitschaft (DVB) mit folgenden 5 Variablen:

- Zukunftsorientierung (ZOR)
- Behandlungsdauer in Tagen (BEHDAU)

} intervallskaliert

- Freiwilligkeit des Eintritts (FREIE2)
- Freiwilligkeit der Teilnahme (FREIT2)
- Delinquenz: Verurteilungen, Selbsta. (DETOSA2)

} dichotome Variablen

in 3 verschiedenen Institutionstypen

| | ZOR | BEHDAU | FREIE2 | FREIT2 | DETOSA2 |
|---|---|---|---|---|---|
| Therapeut.Gemeins. (hierarch.+konsens.) N=90 | .70*** | .47*** | .29** | .30** | -.18* |
| Gefängnis N=53 | .38** | -.03 | - | .10 | -.04 |
| Methadon N=63 | .65*** | .01 | .18 | .01 | .16 |
| alle 3 Insti.typen N=206 | .60*** | .29*** | .23*** | .28*** | -.02 |

Signifikanzniveaus: ***: 0.1% **: 1% *: 5%

Tab. 3 enthält die Korrelationen der Variable Drogenverzichts-Bereitschaft mit den 5 anderen oben beschriebenen Variablen in 3 verschiedenen Institutionstypen (Produkt-Moment-Korrelationskoeffizienten). Die therapeutischen Gemeinschaften wurden in dieser Tabelle zusammengefasst, Unterschiede zwischen hierarchischen und konsensualen TG analysieren wir weiter unten im Detail. Die entscheidenden Ergebnisse sind die Korrelationen mit der Behandlungsdauer. Die Variable DVB korreliert in den therapeutischen Gemeinschaften hochsignifikant und stark mit der Behandlungsdauer ($r = .47$), während diese beiden Variablen in den Gefängnissen und bei den Methadon-Programmen nicht miteinander korrelieren ($r = -.03$ bzw. $r = .01$). Die DVB nimmt also im Verlaufe der Behandlung in therapeutischen Gemeinschaften zu, während sie sich in den Methadon-Programmen und in den Gefängnissen nicht verändert.

Auf der untersten Zeile der Tab. 3 sind alle Institutionstypen zusammengefasst. Die Korrelationen in dieser umfassenden Stichprobe werden weitgehend durch die Korrelationen in den therapeutischen Gemeinschaften bestimmt und stimmen nicht für die anderen Institutionen. Es ist also unbedingt notwendig, dass wir die Auswertung nach Institutionstyp differenzieren, generelle Aussagen über alle Institutionen wären irreführend.

Die erste Kolonne der Tab. 3 zeigt die sehr starken Korrelationen der Drogenverzichts-Bereitschaft der Zukunftsorientierung. Eine Zunahme der spezifischen Motivation, auf Drogen zu verzichten, ist also in der Regel begleitet mit einer Zunahme der allgemeinen Rehabilitations-Motivation. Zur Vereinfachung dieses Artikels stellen wir im folgenden nur noch die Befunde inbezug auf die Variable DVB dar. Wir haben eine differenzierte und umfangreiche Analyse beider

Variablen durchgeführt, und es hat sich gezeigt, dass die Beziehungen der ZOR im wesentlichen gleich sind wie die Beziehungen der DVB (Meyer-Fehr, Zimmer-Höfler, 1982).

Die Variablen, die die Freiwilligkeit, bzw. die Compliance messen, korrelieren in den TG ebenfalls signifikant mit der DVB, allerdings weniger stark als die Behandlungsdauer. Es stellt sich die Frage, ob die positive Korrelation mit der Behandlungsdauer in Zusammenhang steht mit der positiven Korrelation mit den beiden Variablen der Freiwilligkeit. Um diese Frage zu beantworten, zeigen wir in der folgenden Tabelle die partiellen Effekte dieser Variablen auf die DVB. Auch bei der Freiwilligkeit zeigen sich in den Gefängnissen und in den Methadon-Programmen keine signifikanten Korrelationen mit der DVB.

Unsere Befunde zeigen also, dass es keine Sozialisationseffekte der Gefängnisse und der Methadon-Programme auf die Rehabilitationsmotivation der Drogenabhängigen gibt. Bei diesen Institutionstypen führen wir keine weitere Analyse durch.

## 3.4. Sozialisation zur Drogenverzichts-Bereitschaft in therapeutischen Gemeinschaften

Zur Berechnung des gemeinsamen und der partiellen Effekte von 5 unabhängigen Variablen auf die abhängige Variable Drogenverzichts-Bereitschaft führten wir eine Mehrweg-Varianzanalyse und eine multiple Klassifikations-Analyse mit dem SPSS-Programm ANOVA durch (Nie et al. 1975).

Tabelle 4: Drogenverzichtsbereitschaft (DVB) in den Therapeutischen Gemeinschaften
abhängige Variable: DVB N=90 (hierarchische + konsensuale TG)
Mehrweg-Varianzanalyse und Multiple Klassifikationsanalyse (MCA)

GRAND MEAN = 7.37 (Mittelwert bei N=90)
5 unabhängige Var.:

| VARIABLE + CATEGORY | N | bivariate Effekte UNADJUSTED DEV'N | bivariate Effekte UNADJUSTED ETA | partielle Effekte ADJUSTED FOR INDEPENDENTS DEV'N | partielle Effekte ADJUSTED FOR INDEPENDENTS BETA | F | Signifikanzniveau |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. INST4A (Insti. Typologie) | | | | | | | |
| 1 HIERARCH.TG | 58 | -0.72 | | -0.56 | | | |
| 2 KONSENS.TG | 32 | 1.31 | 0.49 | 1.01 | 0.38 | 10.1 | 1% |
| 2. BEHDAU3 (Behandlungsdauer) | | | | | | | |
| 1 0 BIS 100 TAGE | 20 | -1.49 | | -1.57 | | | |
| 2 BIS 346 TAGE | 36 | -0.29 | | -0.13 | | | |
| 3 UEBER 346 TAGE | 34 | 1.18 | 0.52 | 1.06 | 0.50 | 15.2 | 0.1% |
| 3. FREIE2 (Freiw. des Eintritts) | | | | | | | |
| 1 UNFREIW. EINTRITT | 65 | -0.35 | | 0.13 | | | |
| 2 FREIW. EINTRITT | 25 | 0.91 | 0.29 | -0.35 | 0.11 | 0.5 | - |
| 4. FREIT2 (Freiw. der Teilnahme) | | | | | | | |
| 1 UNFREIW.TEILNAHME | 19 | -1.16 | | -0.16 | | | |
| 2 FREIW.TEILNAHME | 71 | 0.31 | 0.30 | 0.04 | 0.04 | 0.2 | - |
| 5. DETOSA2 (Verurteilungen) | | | | | | | |
| 1 KEINE UNBED.VERURT. | 27 | 0.53 | | 0.62 | | | |
| 2 UNBED.VERURT.,MASSN. | 63 | -0.23 | 0.18 | -0.27 | 0.20 | 2.0 | - |
| Total: | | | | | | | |
| MULTIPLE R SQUARED | | | | | 0.460 | | |
| MULTIPLE R | | | | | 0.678 | | |
| F, Signifikanzniveau | | | | | | 11.8 | 0.1% |

Die erste unabhängige Variable (INST4A) unterscheidet die hierarchischen TG von den konsensualen TG. Die zweite unabhängige Variable (BEHDAU3) misst die Behandlungsdauer in drei Stufen. Die restlichen unabhängigen Variablen sind weiter oben beschrieben worden.

Die multiple Klassifikations-Analyse zeigt einerseits die Mittelwert-Abweichungen der abhängigen Variable (DVB) in jeder Kategorie der unabhängigen Variablen, andererseits die Effektgrössen der unabhängigen Variablen. In der ersten Kolonne stehen die beobachteten Mittelwerts-Abweichungen und daneben ETA, der Koeffizient für die bivariate Effektgrösse. Die folgenden Kolonnen zeigen die partiellen Effekte, d.h. die Auswirkungen der jeweiligen unabhängigen Variable unter Kontrolle der anderen vier unabhängigen Variablen. BETA ist der Koeffizient für die partielle Effektgrösse.

Die Varianzanalyse zeigt die Signifikanz der einzelnen unabhängigen Variablen und des Gesamtmodells. Das Gesamtmodell ist hochsignifikant, der multiple Korrelationskoeffizient beträgt r = . 68, die unabhängigen Variablen des Modells erklären also insgesamt 46 % der Varianz der Variable DVB. Von den unabhängigen Variablen ist nur die Institutionstypologie ( hierarchische gegenüber konsensuale TG) und die Behandlungsdauer signifikant.

Der interessanteste Befund der Tabelle 4 ist das Ergebnis, dass die beiden Variablen Freiwilligkeit des Eintritts (FREIE2) und Freiwilligkeit der Teilnahme (FREIT2) in diesem Modell unsignifikant und für die Drogenverzichtsbereitschaft völlig bedeutungslos werden. Diesen Befund können wir erklären, wenn wir die ETA-Werte mit den BETA-Werten vergleichen. Bei beiden Freiwilligkeits-Variablen ist der BETA-Wert sehr schwach und bedeutend kleiner als der ETA-Wert.

Bei der Institutionstypologie (INST4A) ist der partielle Effekt BETA ebenfalls geringer als der bivariate (ETA), er bleibt aber deutlich und signifikant. Der Effekt der Behandlungsdauer bleibt hingegen unter Kontrolle der andern Variablen praktisch unverändert. Die Behandlungsdauer ist also bei weitem der stärkste Prädiktor der DVB.

Die Freiwilligkeits-Variablen zeigen also nur deshalb einen bivariaten Zusammenhang mit der Drogenverzichtsbereitschaft, weil sie mit den zentralen Bestimmungsfaktoren Institutionstypologie oder Behandlungsdauer korrelieren. Die Freiwilligkeit des Eintritts korreliert hoch mit dem Institutionstyp, die Freiwilligkeit der Teilnahme korreliert hoch mit der Behandlungsdauer. Unter Kontrolle dieser Zusammenhänge sind die Freiwilligkeits-Variablen nicht mehr bedeutsam für die Drogenverzichtsbereitschaft.

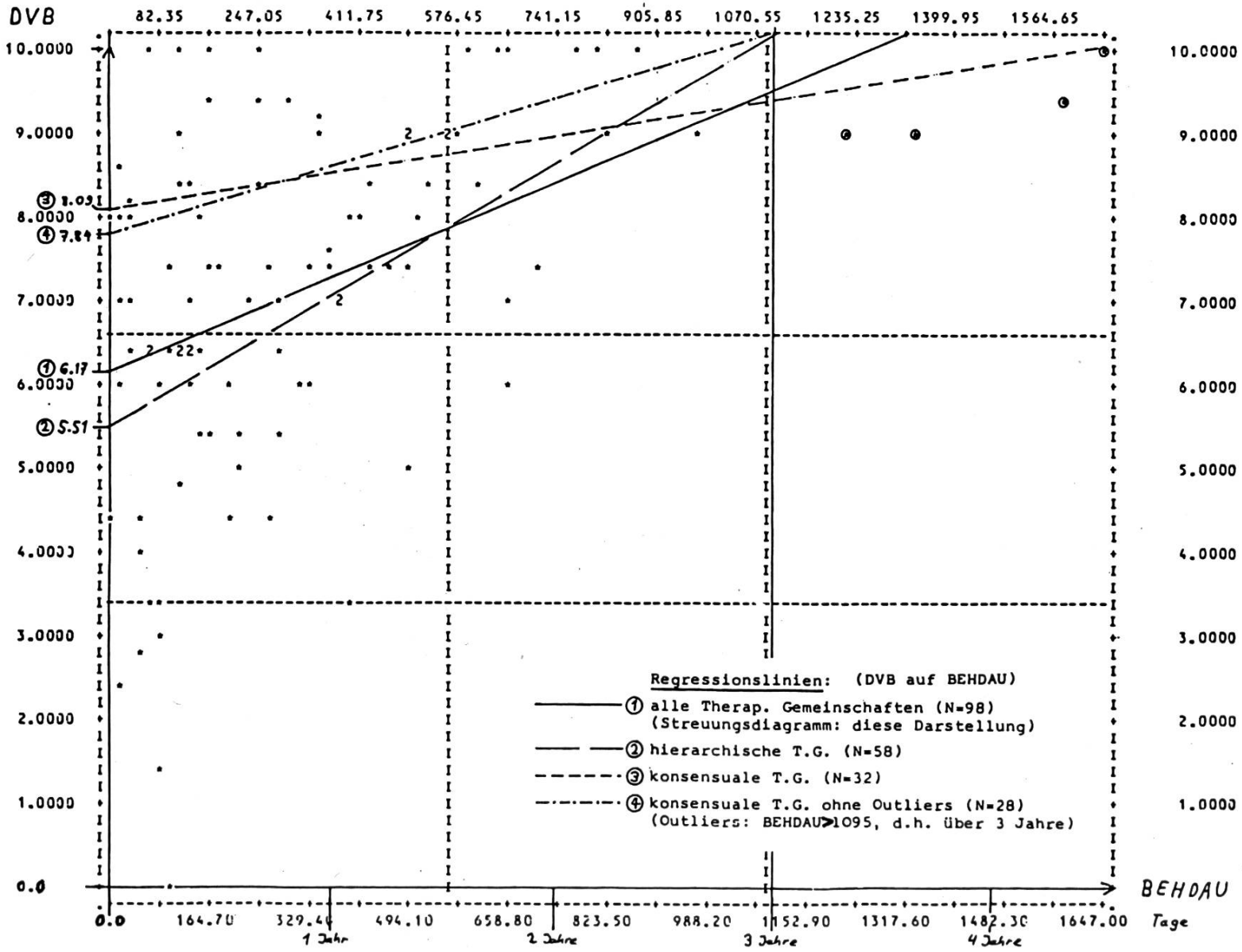
Der Effekt der Verurteilungen (DETOSA2) bleibt unter Kontrolle der andern unabhängigen Variablen unverändert gering.

Mit der folgenden Darstellung können die Beziehungen der beiden Variablen Behandlungsdauer und Institutionstypologie mit der Drogenverzichtsbereitschaft grafisch dargestellt werden. Das Streuungsdiagramm und die Regressionsgleichungen erlauben wieder die Verwendung der Behandlungsdauer als intervallskalierte Variable.

Darstellung 1

vgl. nächste Seite

**Darstellung 1**: Drogenverzichtsbereitschaft (DVB) auf Behandlungsdauer (BEHDAU), Therap. Gemeinschaften (N=98)
Streuungsdiagramm, Regressionslinien



Darstellung 1 ist ein Streuungsdiagramm der Beziehung zwischen den Variablen Drogenverzichtsbereitschaft (DVB) und Behandlungsdauer (BEHDAU) in allen therapeutischen Gemeinschaften (N = 98). Auf der horizontalen Achse ist die Behandlungsdauer in Tagen aufgetragen, auf der vertikalen Achse die Werte des Index DVB ( Wertebereich 0-10). Als Punkte bzw. Sterne sind die Werte aller 98 Klienten von therapeutischen Gemeinschaften eingetragen. Die Zahl 2 bedeutet, dass zwei Punkte am gleichen Ort liegen.

Wir haben ausserdem 4 Regressionslinien der DVB auf die Behandlungsdauer eingezeichnet. Die 4 Linien entsprechen den linearen Regressionsgleichungen in 4 verschiedenen Stichproben. Die Regressionslinien werden mit folgender Formel berechnet:

$$y = a+bx$$

y: Regressionsschätzung der Drogenverzichtsbereitschaft. Die Linie wird so berechnet, dass die Summe der Abstände zu den Punkten minimal ist (geringste Quadratsumme). Der Korrelationskoeffizient r zeigt, wie nahe die Punkte bei der Linie liegen, je höher er ist, desto näher liegen die Punkte.

x: Behandlungsdauer

a: Konstante: Regressionsschätzung der DVB bei BEHDAU = 0, d.h. beim Eintritt in die Institution. a ist also eine Schätzung der durchschnittlichen Anfangsmotivation. Wir können a interpretieren als Ausdruck der <u>institutionellen Selektion</u>. Je höher die Konstante a ist, desto höher ist DVB beim Eintritt, desto höher ist also die institutionelle Selektion.

b: Steigung der Regressionslinie. Die Steigung b zeigt uns, wie stark die DVB zunimmt im Verlaufe der Behandlung. Wir können die Steigung interpretieren als durchschnittliche Intensität der institutionellen Sozialisation. Eine steile Linie zeigt also eine intensive, starke Sozialisation, eine flache Linie zeigt eine geringe Sozialisation.

Wir können nun die 4 Regressionslinien vergleichen.

1. Alle therapeutischen Gemeinschaften (N = 98, ausgezogene Regressionslinie): In dieser Stichprobe sind auch acht Klienten einer "TG im Wandel" enthalten, die weder zu den hierarchischen TG noch zu den konsensualen TG gehört.

2. Hierarchische TG (N = 58, Regressionslinie mit langen Intervallen gezeichnet): Die Konstante ist in dieser Stichprobe am tiefsten (A = 5.51), die Steigung hingegen am stärksten (B = 0.00429). In den hierarchischen TG ist also die Selektion gering und die Sozialisation recht stark.

3. Konsensuale TG (N = 32, Regressionslinie mit kurzen Intervallen gezeichnet): In dieser Stichprobe ist die Konstante am höchsten (A = 8.09), die Steigung aber eher gering (B = 0.00122). Bei der Interpretation der Steigung muss allerdings insbesondere bei den konsensualen TG berücksichtigt werden, dass die Zunahmemöglichkeit bei unserer Operationalisierung von DVB beschränkt ist, da die Skala nur bis zum Wert 10 geht. Da die Klienten der konsensualen TG schon beim Eintritt eine relativ hohe DVB zeigen, kann angenommen werden, dass die institutionelle Selektion relativ hoch ist. Die DVB nimmt im Verlaufe der Behandlung nicht mehr stark zu, die Soziali-

sation ist also (in dem von uns gemessenen Bereich) geringer als in den hierarchischen TG.

4. Konsensuale TG ohne "Langzeit-Klienten" (N = 28, Regressionslinie mit kurzen Intervallen und Punkten gezeichnet). Vier ehemalige Drogenabhängige sind bei unserer Befragung schon seit über drei Jahren in einer konsensualen TG gewesen. Die extrem lange Behandlungsdauer dieser Klienten beeinflusst die Regressionslinie der konsensualen TG ziemlich stark. Wir haben deshalb die Regressionslinie der konsensualen TG ohne diese sogenannten Outliers gezeichnet. Die vier Punkte der "Langzeit-Klienten" (Outliers) sind im Streuungs-Diagramm umkreist. Ohne diese Outliers ist die Steigung bedeutend stärker (B = 0.00217).

## 4. Zusammenfassung und Diskussion

Die empirischen Ergebnisse zeigen, dass ehemalige Drogenabhängige in therapeutischen Gemeinschaften (stationäre Langzeitprogramme) eine starke und positive Entwicklung durchmachen, die unabhängig davon ist, ob sie freiwillig oder unfreiwillig (als Massnahme) in die therapeutische Gemeinschaft eingetreten sind. Die Freiwilligkeit des Eintritts und die Freiwilligkeit der Teilnahme hängen stark vom Typ der therapeutischen Gemeinschaft (hierarchische oder konsensuale TG) ab und sind abgesehen davon wenig relevant für die Wirksamkeit der institutionellen Sozialisation.

In den Methadon-Programmen (ambulante Behandlung mit Suchtersatzmittel) haben die drogenabhängigen Klienten eine stark positive Zukunftsorientierung. Ihre Rehabilitations-Motivation verändert sich im Verlaufe der Behandlung nicht

mehr. Die Methadon-Programme bewirken also in diesem Sinne keine institutionelle Sozialisation. Andere, hier nicht präsentierte Auswertungen zeigen den günstigen Einfluss der Methadon-Behandlung auf die tatsächliche berufliche Integration der Drogenabhängigen (Weber, 1983). Diese Befunde können wir so interpretieren, dass ein Drogenabhängiger seine positive Zukunftsorientierung mit Hilfe der Methadon-Behandlung in eine reale berufliche Stabilisierung umsetzen kann.

Die Möglichkeit, eine positive Rehabilitations-Motivation gleichzeitig, aber ausserhalb der laufenden Behandlung, in der beruflichen Realität anzuwenden, besteht in stationären Institutionen erheblich weniger.
Nach einer stationären Behandlung schafft der Wiedereintritt in das "normale Leben" besondere Probleme. Die in therapeutischen Gemeinschaften erworbene Rehabilitations-Motivation wird dann auf eine harte Probe gestellt. Es hängt u.a. von der Nachbetreuung und den zur Verfügung stehenden persönlichen und materiellen Ressourcen ab, ob ein ehemaliger Drogenabhängiger nach Austritt aus einer therapeutischen Gemeinschaft seine positive Motivation in eine reale soziale Kompetenz und in ein befriedigendes stabilisiertes Alltagsleben umsetzen kann. (Uchtenhagen 1979). Die Frage, ob und unter welchen Umständen dies gelingt, werden wir mit den Untersuchungsergebnissen der Zweiterhebung zu beantworten versuchen.

In den <u>Gefängnissen</u> (Untersuchungshaft, Vollzug, Verwahrung) zeigen die Drogenabhängigen die geringste Drogenverzichtsbereitschaft und die negativste Zukunftsorientierung. Zwischen der Aufenthaltsdauer in Gefängnis und den Variablen Drogenverzichtsbereitschaft, Zukunftsorientierung und Freiwilligkeit der Teilnahme bestehen negative aber nur geringe und unsignifikante Korrelationen. Wir können also

keine deutlich negative persönliche Entwicklung der Drogenabhängigen im Gefängnis nachweisen. Unsere Befunde zeigen keine starke deviante Sozialisation durch den Gefängnisaufenthalt zusätzlich zur vorgängigen Sozialisation durch die Drogensubkultur auf der "Gasse".

Die Sozialisation der therapeutischen Gemeinschaften ist also wirkungsvoll unabhängig davon, ob der Drogenabhängige zu Beginn der Behandlung eine Massnahme opportunistisch als Alternative zum Strafvollzug akzeptiert hat (d.h. utilitaristische Compliance beim Eintritt) oder ob er freiwillig eingetreten ist (d.h. normative Compliance beim Eintritt). Die Methadon-Behandlung führt hingegen nicht zu einer Zunahme der Rehabilitations-Motivation. Die überdurchschnittlich grosse Zahl freiwilliger Methadonbehandlungen hat keine grosse Motivations-Entwicklung der Methadon-Patienten zur Folge. Die erzwungene Compliance in den Gefängnissen entspricht der negativen Selektion dieser Institutionen: Die hoffnungslosesten Drogenabhängigen kommen am längsten in die Gefängnisse und am ehesten in den Strafvollzug.

Wir möchten betonen, dass wir hier nur relativ grobe und globale Resultate vorlegen. Zusätzliche Auswertungen unseres Materials werden präzisere Aussagen ermöglichen. Wichtig ist z.B. die differenzierte Analyse nach verschiedenen Typen von Drogenabhängigen und nach einer weiter differenzierten Institutionstypologie. In nächster Zeit werden wir ausserdem die Daten unserer Zweitbefragung (2-3 jährige Nachbeobachtungsdauer) auswerten.

Trotz diesen Einschränkungen scheinen erste empirische Antworten zur eingangs gestellten Frage "Freiwilligkeit oder Zwang in der Behandlung von Heroin-Abhängigen" mög-

lich zu sein. Es scheint, dass ein gewisser Zwang zur Aufnahme einer therapeutischen Behandlung eine günstige Motivations-Entwicklung während der Behandlung nicht beeinträchtigt. Als Fazit einer katamnestischen Untersuchung bei jugendlichen Opiatabhängigen nach richterlich angeordneter Langzeit-Therapie hält Kurtz fest, " dass eine Therapie mit richterlichem Zwang bei behandlungsunwilligen Patienten dieselben Ergebnisse zeigt wie sie in der Literatur für prognostisch günstigere Patienten genannt werden." (Kurtz, 1981: 673)

Die empirischen Ergebnisse stimmen mit Erfahrungen in der praktischen Arbeit überein, dass ein "helfender Zwang"zu Beginn eines therapeutischen Prozesses bei vielen schwer süchtigen Heroinabhängigen in ihrem eigenen Interesse sein kann und gerade auch ethisch durchaus vertreten werden kann. (Deissler 1977, Kleiner 1980, Kleiner 1982).

## 5. Drogenpolitische Konsequenzen

Wir meinen, dass unsere empirischen Ergebnisse von ausserordentlicher Bedeutung für die Praxis der Justiz gegenüber delinquenten Drogenabhängigen sind. Anwälte und Richter können davon ausgehen, dass stationäre Massnahmen in therapeutischen Gemeinschaften sinnvoll sind, auch wenn der betroffene Drogenabhängige von dieser Lösung nicht gerade begeistert ist. Allerdings muss eine "utilitaristische" Motivation erreicht werden, da eine erzwungene Motivation in therapeutischen Gemeinschaften nicht möglich ist. Gefängnisaufenthalte von Drogenabhängigen sollten nicht als Ultima Ratio betrachtet werden, sondern als Gelegenheit, intensive Motivationsarbeit zu leisten, um die erzwungene Compliance im Gefängnis durch eine utilitaristische für eine therapeutische Gemeinschaft abzulösen.

Die Justiz könnte durch eine grosszügige Förderung des vorzeitigen Massnahme-Antritts und durch die Verkürzung der Untersuchungshaft einen wichtigen Beitrag leisten. Vor allem sollten während des gesamten Gefängnisaufenthaltes Drogenabhängiger Aussprachemöglichkeiten geschaffen und Motivationsarbeit ermöglicht werden. Für diese Tätigkeit könnten neben den Mitarbeitern ambulanter Drogenberatungsstellen auch Mitarbeiter und rehabilitierte ehemalige Drogenabhängige aus therapeutischen Gemeinschaften beigezogen werden, ähnlich der in Holland durchgeführten Experimente im Strafvollzug für Drogenabhängige ( Van der Vaart 1981).

Dies bedeutet Entkriminalisierung von delinquenten Drogenabhängigen mit dem heute geltenden Recht und würde mit Sicherheit zu einer erheblichen Verminderung der Gefängnisaufenthalte Drogenabhängiger führen, die nachgewiesenermassen keinen sozialisierenden Einfluss aufweisen.

Den Methadon-Behandlungen kommt insofern eine Mittelstellung zu, als - für eine Suchtersatz-Behandlung plausiblerweise - keine wesentliche Drogenverzichtsbereitschaft nachgewiesen werden kann, jedoch die positive Zukunftsorientierung Vorbereitung für eine Aenderung des Lebensstils ist. Bei drogenabhängigen Delinquenten, die sich in therapeutischen Gemeinschaften nicht halten können, ist im Einzelfall abzuwägen, ob sich die Methadon-Behandlung als eine Alternative zum Strafvollzug anbietet. Dies setzt jedoch immer eine fundierte und individuell gestaltete Abklärung und Indikationsstellung voraus.

Unsere Vorschläge sind keine Patentrezepte und es gibt keine Radikallösung für das Drogenproblem; aber Drogenabhängigkeit kann erfolgreich behandelt werden. Im konkreten Einzelfall muss die geeignete Behandlungsmethode gesucht werden, je nach Umständen und Verlauf sind zu verschiedenen Zeiten verschiedene Behandlungsansätze angezeigt (Uchtenhagen 1981).

Résumé

Dans cet article on traitera la question suivante, à savoir: quels sont les résultats obtenus par les différentes institutions quant à l'évolution de la réhabilitation ou motivation de cette dernière, pour les dépendants de la drogue.

Nous examinerons en particulier, l'importance ou la signification de la participation des volontaires au développement de la motivation.
Des résultats d'études empiriques, démontrent qu'autrefois les drogués en communauté thérapeutique (Programme stationnaire à long terme) avaient une évolution intensive et positive, et ceci indépendamment de leurs adhésions à ces milieux thérapeutiques, autrement dit, qu'ils y soient entrés d'eux-mêmes comme volontaires ou placés par un cadre sanctionnel.
Dans le Methadon-programme (traitement ambulatoire par substitution) on obtient de la part des drogués une médiocre disponibilité de renoncement par contre, une bonne intégration sociale et professionelle.
Leur motivation de réhabilitation ne se modifie plus au cours du traitement, au contraire, les patients au Methadon mettent durant leur séjour tout en oeuvre pour une bonne intégration à une réelle stabilisation professionelle et sociale.
En milieux fermés, nous constations une très médiocre motivation. Durant un emprisonnement aucune modification n'est constatée.
Pour terminer cet article, nous allons montrer quelques conséquences politiques de la drogue.
Les avocats et juge partent du principe que des mesures stationnaires en milieu thérapeutique n'ont aucun sens, et que les drogués concernés ne sont précisément pas enthousiasmés par cette solution. Le justice pourrait par une généreuse favorisation d'une entrée en mesure prématurée et par une diminution de la détention préventive, apporter une juste contribution. Durant leurs séjours en prisons, les drogués auraient de ce fait, la possibilité de s'exprimer et une motivation au travail.

LITERATUR

Clemmer D. (1958): The Prison Community, New York: Rinehart

Deissler K.J., Feller W., Riesen M. (1977): Freiheit und Zwang in der Rehabilitierung Heroinsüchtiger, Vjschr.Heilpäd. 46, 212-217

Etzioni A. (1961): A Basis for Comparative Analysis of Complex Organizations, in: A. Etzoni (ed.1971): A Comparative Analysis of Complex Organizations: A Sociological Reader, Glencoe, Free Press

Etzioni A. (1964): Modern Organizations, Englewood Cliffs

Keupp Heinrich (1980): Sozialisation in Institutionen der psychosozialen Versorgung, in: Hurrelmann K., Ulich D. (Hg.): Handbuch der Sozialisationsforschung, Weinheim, Beltz, 1980, S.575-602

Kleiner Dietrich (1980): Ueber Motivationsarbeit mit Drogenabhängigen zur Therapieaufnahme, Zentralblatt Jugendrecht Jugendwohlfahrt 67/6, 245-249

Kleiner Dietrich (1982): Zu Begriff und Praxis von "Motiv" und "Motivation" in der Suchtkrankentherapie, Soziale Arbeit 31/2, 49-57

Kurtz Ch.D. (1981): Katamnesen bei jugendlichen Opiatabhängigen nach richterlich angeordneter Langzeittherapie, Nervenarzt 52, 669-674

Meyer-Fehr Peter, Zimmer-Höfler Dagmar (1982): Institutionelle Sozialisation zu Drogenverzichtsbereitschaft und Zukunftsorientierung, wissenschaftlicher Bericht aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst Zürich z.Hd. des Schweiz. Nationalfonds

Nie Norman H. et al. (1975): Statistical Package for the Social Sciences, McGraw-Hill, New York

Stosberg Krista (1981): Sozialisation und Sozialisationsstörungen - ein soziologischer Ansatz,in: Feuerlein W.(Hg.): Sozialisationsstörungen und Sucht, S.5-16

Sutherland E.H., Cressey J.B. (1960): Principles of Criminology, 6th edit., Philadelphia

Uchtenhagen Ambros (1979): Die Eingliederung von Suchtkranken, Therapeutische Umschau 36/2, 91-94

Uchtenhagen Ambros (1981): Pluralistische Ansätze in der Behandlung Drogenabhängiger, Drogenbulletin Kt. Zürich, Nr.9, S. 3-7

Van der Vaart J. (1981): The Treatment of Drug Users in Custody: An Experiment, ICAA-Publications, Wien

Volkman R., Cressey R. (1963): Differential Association and the Rehabilitation of Drug Addicts, American J. Sociolog.69/2, 129-142

Weber Rainer (1983): Die Methadonbehandlung beim Hausarzt, Med. Diss. Iniversität Zürich, im Druck

Zimmer-Höfler Dagmar, Meyer-Fehr Peter, Widmer André (1982): Opiatabhängige in Therapeutischen Gemeinschaften, Compliance und Motivation in verschiedenen Modellen, drogen-report 3, Sonderausgabe Nr. 4, S. 1-23

Zimmer-Höfler Dagmar, Meyer-Fehr Peter, Uchtenhagen Ambros (1982): Studie zur Massnahmenevaluation und zum Karriereverlauf Opiatabhängiger, Projektbeschreibung, Instrumentarium, Stichprobe, wissenschaftlicher Bericht aus dem Sozialpsychiatr. Dienst Zürich z.Hd. des Schweiz. Nationalfonds

Zimmer-Höfler Dagmar, Uchtenhagen Ambros, Christen Stephan, Meyer-Fehr Peter (1982): Normal oder Opiatabhängig. Wissenschaftlicher Bericht aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst Zürich z.Hd. des Schweiz. Nationalfonds