

Aus: Textarchiv H. G. Petzold et al. Jahrgang 1991

<http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Hilarion G. Petzold, Ulrich Hentschel (1991):
**Niedrigschwellige und karrierebegleitende
Drogenarbeit als Elemente einer Gesamtstrategie
der Drogenhilfe ***

Erschienen in: *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 1, 11-19 und in:
Scheiblich, W., Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen,
Freiburg: Lambertus 1994, 89-105.

In diesem Internet-Archiv werden wichtige Texte von Hilarion G. Petzold und MitarbeiterInnen in chronologischer Folge nach Jahrgängen und in der Folge der Jahrgangssiglen geordnet zur Verfügung gestellt. Es werden hier auch ältere Texte eingestellt, um ihre Zugänglichkeit zu verbessern. Zitiert wird diese Quelle dann wie folgt:

Textarchiv H. G. Petzold et al.

<http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>

* Aus der „**Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit**“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>). Der vorliegende Aufsatz von Prof. Petzold gibt im Wesentlichen seine Ausführungen im Vortrag in Tutzing wieder. Der Text enthält aber nicht die Ausführungen von Prof. Petzold zu den „protektiven Faktoren“. Dazu sei hingewiesen auf den Aufsatz: *Hilarion G. Petzold, Joy J. M. Goffin, Jolanda Oudhof*: „Protektive Faktoren und Prozesse - die ‚positive-Perspektive in der longitudinalen, ‚klinischen Entwicklungspsychologie‘ und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie“ in: *Hilarion Petzold, Johanna Sieper* (Hrsg.), *Integration und Kreation*, Band 1, Paderborn 1993

Zusammenfassung: Niedrigschwellige und karrierebegleitende Drogenarbeit als Elemente einer Gesamtstrategie der Drogenhilfe

Der Beitrag diskutierte 1991 die bislang wenig erfolgreichen Versuche der Therapie von Drogenabhängigkeit. Die komplexen Ursachen und Chronifizierungen von Suchterkrankungen machen erfolgreiche Behandlungen schwierig. Unter Rückgriff auf die longitudinale entwicklungspsychologische Forschung wurde das Konzept „intermittierender Behandlungen“ in einer „Karrierebegleitung“ über eine längere Strecke der Suchkarriere vorgestellt, in der Risikofaktoren gemindert und protektive Faktoren eingesetzt werden, die Heilungschancen und Resilienzbildung erhöhen. Es hat immer noch hohe Aktualität.

Schlüsselwörter: Suchttherapie, Entwicklungstherapie in der Lebensspanne, Protektive Faktoren, Intermittierende Karrierebegleitung, Integrative Therapie

Summary: Low-threshold and career-accompanying guidance in drug therapy as elements of an overall strategy of drug assistance

This text was discussing 1991 the attempts – so far with poor results – to develop successful models of therapy for drug addicts. The complex causes and chronification in addiction diseases are rendering treatment with good results difficult. Using results from longitudinal developmental psychology research the concept of “intermittent treatment” and “career accompanying guidance” for a longer stretch of the addiction career is presented to reduce risk factors and to provide protective factors in order to augment chances for recovering and the development of resilience. This concept is still highly relevant.

Keywords: Addiction Therapy, Developmental Therapy in the Lifespan, Intermittent Career-Guidance, Integrative Therapy

Es ist ein bedrückendes Faktum, daß für einen sehr großen Teil drogenabhängiger Menschen bislang noch keine Behandlungsmethoden gefunden wurden, die ihnen ein drogenfreies Leben ermöglichen oder zumindest ein Leben ohne soziale Verelendung, Kriminalität und die schweren physischen und psychischen Folge- oder Begleiteffekte des Drogenkonsums. Die „traditionellen“ Wege der Behandlung, etwa in den Langzeitprogrammen der therapeutischen Wohngemeinschaften, sind nur für einen spezifischen Teil der Drogenpopulation geeignet, und auch bei diesem liegen die Erfolge, was kurzfristige und mittelfristige Drogenfreiheit und psychosoziale Stabilität anbelangt, in einem bescheidenen Rahmen. – Bei der Schwierigkeit der therapeutischen Aufgabe und der Ungesicherheit der Anschlußmaßnahmen an den Aufenthalt in der „Stammphase“ ist das schon sehr viel. Würden die Probleme der Nachsorge in einer mittel- und langfristigen Konzeption durch die Entwicklung geeigneter Modelle gelöst, wäre – davon kann man ausgehen – die Effizienz der stationären Behandlungssequenzen weitaus höher. Bislang aber ist das Thema „Nachsorge“ immer noch ein völlig offenes. Wir haben einen konzeptlosen Raum, von funktionsfähigen Hilfsagenturen einmal ganz zu schweigen. Eine fundierte Kenntnis der Zusammenhänge wird nur durch Longitudinalforschung zu erreichen sein.

Welche Bedeutung z. B. therapeutische Wohngemeinschaften, ja der Mehrfachaufenthalt in ihnen bei mehreren Rückfallphasen, in der

Langzeitperspektive hat, ist bislang nicht ausreichend dokumentiert. Wahrscheinlich werden positive Wirkungen – selbst bei Rückfälligen – „verschenkt“ durch fehlende Kontinuitäten in der Nachsorge. Die Rolle von Beratungsstellen und Hilfsagenturen bei der Nachsorge muß dabei als zentral gesehen werden. Eine eigene Longitudinalstudie bei 62 drogenabhängigen Jugendlichen über den Zeitraum 1970–1976 und 1978 (Petzold 1981) ließ ein deutliches Abnehmen im Hinblick auf die Erwartung von Hilfeleistungen durch Beratungsstellen erkennen: 1971 sehr hilfreich ml. 34,6 % w 33,3 %; gar nicht hilfreich ml. 19,2 % w 11,1 % – 1973 sehr hilfreich ml. 12 % w 0 %; gar nicht hilfreich ml. 68 % w 25 %. Von den Befragten gaben 73,9 % „mangelnde Kontinuität“ als Hauptgrund ihrer Negativerfahrungen mit helfenden Institutionen nach sechs Jahren Karriere an.

Auch ein Substitutionsprogramm erwies sich, was das Ziel der Drogenfreiheit in kurzfristiger und mittelfristiger Hinsicht anbelangte, als nicht erfolgreich – so das erste (von Petzold supervidierte) Methadonprogramm in der BRD im Rahmen der Therapiekette Hannover (Lotze et al. 1974). Nichtsdestotrotz zeigte eine Katamnese nach 11 Jahren überraschende Ergebnisse, was Drogenfreiheit und soziale Stabilität anbelangt: von den 11 Teilnehmern an diesem Programm waren 10 „ausgestiegen“, drogenfrei und konnten eine neue Orientierung finden (Krach, Peschke 1986). Aber es gibt keine Substitutionsprogramme in ausreichender Zahl für Abhängige, für die eine Indikation gegeben ist, und auch von diesen wird nur ein kleiner Teil erreicht. Der Rest fällt durch's Raster.

Das Faktum der Nichterreichbarkeit und einer fehlenden systematischen Langzeitbegleitung von Abhängigen, die erreicht werden könnten, wiegt schwer und führt zu Problemclustern, auf die andere, neue Antworten gefunden werden müssen als die der „traditionellen“ Behandlungswege, ohne daß diese deshalb in ihrem Wert und ihrer Bedeutung für die für sie geeigneten Zielgruppen geringgeschätzt werden dürften. Folgende Problemcluster möchten wir herausstellen:

1. Drogentod

Die Zahl der Drogentoten hat – mit regionalen Schwerpunkten – in den vergangenen Jahren beständig zugenommen, wobei das Problem der Überdosis, des „schlechten Stoffs“ dabei nur ein Moment ist. Der verdeckte Suizid (als „goldener Schuß“ glorifiziert), der mit Cluster 2 und 3 in Verbindung zu bringen ist, muß als äußerst wichtige Dimension mit in alle Überlegungen einbezogen werden und zwar nicht nur mit Blick auf die Öffentlichkeit. Drogentod als Suizid kann in einer

Szene demoralisieren und Kettenreaktionen auslösen. Aus der Suizidforschung sind derartige Wellen aufgrund externaler Auslöser bekannt.

2. Psychosoziale Verelendung

Das Fehlen adäquater Therapie- und Hilfsangebote für eine beträchtliche Population der Abhängigen führt im Verein mit den immer schwieriger werdenden Möglichkeiten, Wohnungen zu finden, und dem Problem der Dauerarbeitslosigkeit zu einer progredierenden Verelendung der Betroffenen, zu Obdachlosigkeit, zu gravierender Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustandes. Notprostitution und Notkriminalität (im Unterschied zur Beschaffungsprostitution und Beschaffungskriminalität) sind die Folgen.

3. Kriminalität und Prostitution

Kriminalität und Prostitution als weitere Problemcluster ergeben sich einmal aus den materiellen und psychosozialen Notlagen und natürlich aus dem Problem, „Stoff“ zu beschaffen, der oft übersteuert, verboten und damit kriminalisierend ist. Es erfolgt in der Regel eine „dreifache Kriminalisierung“: Beschaffungskriminalität, Besitzkriminalität, Dealkriminalität. Der ständig wachsende Problemdruck bei Dauerkarrieren führt zu einer Verschärfung des kriminellen Verhaltens, einem „cycle of crime“.

4. Infektionsrisiko

Im vierten Cluster konstituieren die AIDS-Infektionen eine sehr hochrangige Problemgruppe. Es darf aber nicht übersehen werden, daß durch das „needle sharing“ auch die „Fixer-Hepatitis“ als eine nicht unerhebliche Risikoinfektion mit Langzeitfolgen recht verbreitet ist und durch Not- und Beschaffungsprostitution und durch Verelendungspromiskuität („Kann ich heute bei Dir pennen?“) die klassischen venerischen Infektionen, Herpes progenitalis, aber auch unbehandelte Chlamydien- und Pilzinfektionen häufig sind. Das „spreading“ von Infektionen in heterosexuelle Populationen über das unmittelbare Drogenmilieu hinaus hat hier eine seiner wesentlichen Quellen.

5. Psychische Erkrankungen

Dieser Cluster befaßt sich mit einer differenzierten und vielfach übersehenen Gruppe von Problemen, die häufig aus den vorgenannten Clu-

stern resultieren, (was deren Interdependenz und Vernetzung unterstreicht). Das Drogenmilieu macht psychisch krank, führt zu depressiven Reaktionen, in die Suizidalität, zu psychotischen Dekompensationen, zu schweren Schädigungen der Gesamtpersönlichkeit durch Akkumulation von „critical or stressful life events“ (Newcomb et al. 1981). Die pathogene Valenz der Drogenkarriere im Hinblick auf den weiteren Lebensverlauf wird nicht genügend gewichtet (Stein et al. 1987; Newcomb 1987).

EXKURS LONGITUDINALPERSPEKTIVE:

In der ambulanten und insbesondere in der stationären Behandlung findet sich ein Vorherrschen des psychoanalytischen Paradigmas von der „frühen Genese“ der Drogenabhängigkeit, weitgehend unter Rekurs auf Autoren wie Kohut, Kernberg, Mahler, Masterson, Autoren also, die nie spezifisch mit Drogenpopulationen gearbeitet haben. Ursache für die Popularität des Konzeptes der „frühen Störungen“ ist einerseits das Theoriedefizit im Hinblick auf psychotherapierelevante Konzepte über die Genese von Drogenabhängigkeit (vgl. aber Lettieri, Welz 1983) und zum anderen die weitverbreitete Weiterbildung zum analytisch orientierten Suchtkrankentherapeuten (trotz der fehlenden klinischen und durch empirische Forschungen abgesicherten Grundlagen). Ganz abgesehen davon, daß wichtige theoretische Annahmen der psychoanalytischen Entwicklungstheorie (etwa die der autistischen oder die der symbiotischen Phase M. Mahlers) aufgrund empirischer Forschung an Babys und Kleinkindern sich nicht weiter halten lassen (vgl. Stern 1985; Hopkins et al. 1989), hat die empirische Longitudinalforschung (Rutter 1989; Robins, Rutter 1990) gezeigt, daß die Gesamtheit des Lebensweges pathogene Konstellationen aufweisen kann, die – selbst wenn sie von „frühen Störungen“ ausgelöst oder begünstigt worden sind – doch „Traumatisierungen im eigenen Recht“ sind. In solchen „chains of adverse events“ (Rutter 1989), in solchen Negativkarrieren voller „maligner Narrative“ (Petzold 1990) werden die Zeiten des Drogenkonsums, insbesondere die unter Bedingungen der Verelendung, besonders markierende Abschnitte in einem persönlichen Lebenslauf. Die „Psychologie der Lebensspanne“ (Baltes 1979, 1988; Erikson 1959), ein „life span developmental approach“ (Petzold 1990) muß auch für die Drogenarbeit herangezogen werden.

Durch Erlebnisse in der Drogenszene, durch Obdachlosigkeit, durch männliche oder weibliche Not- und Beschaffungsprostitution (Sado-

szene), durch Erfahrung von Gewalt, physischen und psychischen Mißbrauch, Angsterlebnisse usw. werden schwerste psychische Traumatisierungen gesetzt, und das in der Zeit der Adoleszenz, die als Reorganisations- und Übergangsphase nicht unbedingt die stabilste ist. Das zeitigt Nachwirkungen, wie in differenzierten Anamnesen über diese Lebensstrecken deutlich wird. Die pathogene Valenz solcher Adoleszenzerfahrungen kann gar nicht hoch genug veranschlagt werden. Leider wird diese Lebenssequenz unter dem Diktat des psychoanalytischen Paradigmas „früher Genese“ in der Drogentherapie kaum bearbeitet. Auch über die psychischen Nachwirkungen der Drogenerfahrungen selbst (und hier geht es nicht nur um die „Horrortrips“) besteht noch wenig an gesichertem Wissen.

Insgesamt kann man im Hinblick auf den 5., letztgenannten Cluster der psychischen Schädigungen sagen, daß sie wesentlich durch die Bedingungen der Verelendung und Kriminalisierung der Drogenkonsumenten ausgelöst oder mitbedingt werden. Selbst wo „frühe Schädigungen“ vorliegen, dürfen diese nicht als alleinverursachend oder als prävalent angesehen werden. Vergewaltigungen zwischen 13 und 17 Jahren sind Traumata mit eigenem Gewicht, die schwerer wiegen können als frühe Entbehrungen.

Die Fakten dieser fünf Cluster haben es notwendig gemacht, neue Wege für die Arbeit mit Drogenabhängigen zu entwickeln und zu erproben, nicht unbedingt als Alternativen zu den traditionelleren Formen der Drogenberatung und -therapie, sondern als unerläßliche Ergänzungen. Für diese Unerläßlichkeit sprechen:

- humanitäre Erwägungen (man „kann diesem Elend nicht untätig zusehen“, vgl. R. Süßmuth),
- ökonomische Erwägungen (die Folgekosten durch Krankenhausaufenthalte, Therapiemaßnahmen, ärztliche Versorgung, Frühinvalidität sind immens),
- gesundheitsstrategische Überlegungen (die Risikopopulation der HIV-infizierten Drogenabhängigen muß „eingegrenzt“ bleiben),
- kriminalstrategische Überlegungen (die Drogenkriminalität und die damit verbundene Folgekriminalität muß eingedämmt werden).

Die letztgenannten Argumente gehen natürlich mit in das Ökonomische ein, und die Gesamtheit derartiger Erwägungen schafft einen massiven politischen Handlungsbedarf, besonders, wenn diese Gesamtheit gesehen wird – oft genug finden wir nur fragmentarische Betrachtungsweisen. Auch von seiten der „Helfer“ entstand ein Handlungsbedarf: etwa durch die wachsende „Unlust der Abhängigen an der traditionellen Drogentherapie“, z. B. den therapeutischen Wohngemeinschaften, die ohne das Programm „Therapie statt Strafe“ längst schon

in Schwierigkeiten wären, weiterhin durch das Unbehagen so mancher Berater in den „Drobs“, an den – aus ihrer Sicht – bescheidenen Erfolgen der TWg und an dem Faktum, keine anderen Möglichkeiten zur Verfügung zu haben, den Notpopulationen zu helfen.

Es ist also wichtig, nach Alternativen zu suchen. Folgende seien genannt:

- ambulante Psychotherapie. Einige wenige kompetente Therapeuten in Drogenberatungsstellen und freien Praxen haben Möglichkeiten entwickelt, bei spezifischer Indikation Drogenabhängige über mehrjährige Einzeltherapien (oft unter Einstreuung familientherapeutischer Sitzungen zur Unterstützung des Kontext) erfolgreich zu behandeln (Drogenfreiheit und soziale Integration als Erfolgskriterium);
- niedrigschwellige Drogenarbeit im Sinne einer karrierebegleitenden Langzeitstrategie soziotherapeutischer Intervention mit dem Ziel, letztendlich einen „drogenfreien Lebensstil“ zu erreichen;
- akzeptierende Drogenarbeit, die niedrigschwellige Angebote und soziotherapeutische Maßnahmen einsetzt, um Menschen mit einem „drogengebundenen Lebensstil“ zu stützen, d. h. sie vor den schlimmsten Schäden zu bewahren unter grundsätzlicher Akzeptanz dieses Lebensstils;
- selbsthilfezentrierte Drogenarbeit, die in zwei Richtungen gehen kann: als Clean-Gruppen auf die Zielsetzung eines „drogenfreien Lebensstils“ zentriert und als Supportgruppen im Sinne einer Coping-Gemeinschaft, die sich für einen drogengebundenen Lebensstil entschieden hat. Beide Orientierungen werden auf Modelle zurückgreifen müssen, die im Bereich der Selbsthilfe entwickelt worden sind, z. B. das „Exchange-Learning, Exchange-Helping-Konzept“ (Petzold, Schobert, Schulz 1990). Gerade bei der schlechten Ausgangssituation und Ressourcenlage der Drogenabhängigen wird man auf Außenhilfen verwiesen sein, wie sie auch für andere Selbsthilfeinitiativen vom „gering organisierten Typus“ (ebd) notwendig werden, wenn sie Überlebenschancen haben sollen.

Die neuen Überlegungen und Initiativen, die sich derzeit im Stadium der Konzeptualisierung und Experimentation befinden und für die im politischen Bereich momentan eine gewisse Offenheit besteht, müssen natürlich sorgfältig auf ihre Hintergründe reflektiert werden, um „falsche Kausalitäten“ zu vermeiden: Ist akzeptierende Drogenarbeit nicht nur Ausdruck einer Resignation an bestehenden Ansätzen, die durch neue Modelle überdeckt wird, ohne daß sorgfältig über die Defizite oder das Scheitern alter Modelle nachgedacht wurde? (Petzold hat schon 1974 darauf hingewiesen, daß eine fehlende, stringent konzipierte, perspektivische Integrationsphase und Nachsorge so wirken

würde wie eine Brücke, deren letztes Drittel nicht gebaut wurde und die Klienten abstürzen läßt). Oft genug werden die Schwierigkeiten alter Modelle durch die Entwicklung neuer zugedeckt.

Ist also das Konzept akzeptierender Drogenarbeit und eines „drogengebundenen Lebensstils“ Resignation vor dem Gesamtproblem, und wie weit gehen derartige Momente in strategische Überlegungen zur kontrollierten oder generellen Freigabe von Drogen ein? Was sind die gesellschaftlichen Ideologien, die hinter einem drogenfreien und hinter einem drogengebundenen Lebensstil stehen? Für wen zählt welches Argument? Wo wird die humanitäre Intention akzeptierender Drogenarbeit durch ökonomisches Kalkül verkehrt? Was sind die Steuerungsgrößen in derartigen Strategien und wo drohen sie zu kippen („Akzeptierende Drogenarbeit ist billiger, also werden die Mittel in diese Richtung umverteilt“)? Ohne Auseinandersetzung mit diesen Fragen wird jede Diskussion fragwürdig.

Mit Blick auf die Entwicklung des Drogenkonsums, des Konsumverhaltens, der Konsumpopulation, des Drogenmarktes und der Distributionssysteme in den mitteleuropäischen Staaten in den vergangenen 20 Jahren muß man eine Heterogenisierung der Population und ihrer Bedürfnisse feststellen, und das erfordert als Konsequenz eine Heterogenität der Hilfsangebote. Niedrigschwellige Drogenarbeit in „generell akzeptierender“ oder „temporär akzeptierender“ Ausrichtung, die Förderung von Selbsthilfeinitiativen, die Einrichtung gut konzipierter Substitutionsprogramme sind hier genauso wichtig wie ein diversifiziertes Angebot drogenfreier Programme für unterschiedliche Zielgruppen und ihre Bedürfnisse. Darüber sollte Einigkeit hergestellt werden, um nicht in unfruchtbare Entweder-Oder-Kontroversen mit nachteiligen drogenpolitischen Folgen zu geraten. Dies gilt für die Vertreter der verschiedenen Konzepte in der Drogenarbeit selbst wie für politische Entscheidungsträger. Theoriegeleitete Differenzierung von Zielgruppen, Diversifikation der konzeptbasierten Ansätze der Therapie und der begleitenden Sozialarbeit sowie ihre Abstimmung und Vernetzung im Rahmen einer Region sind ja nach wie vor gefragt. In einer Therapiekette („chaine therapeutique“), so wie Petzold den Terminus 1968 eingeführt und expliziert hatte (einschließlich einer Palette „niedrigschwelliger“ Maßnahmen, vgl. Petzold 1969; 1974, 164 ff) muß auch Raum für akzeptierende Drogenarbeit sein. Nur auf diese Weise ist ein realistisches Interventionskonzept mit Breitenwirkung aufzubauen, das den faktischen psychosozialen Notlagen Drogenabhängiger entspricht.

Von den voranstehend aufgezeigten Ansätzen soll an dieser Stelle ein Konzept herausgestellt werden, das unserer Auffassung nach beson-

dere Beachtung verdient: langzeitige, akzeptierende Karrierebegleitung als Eröffnung einer Chance zu einem drogenfreien Lebensstil und als humanitäre Hilfe in einem „drogengebundenen Lebensstil“.

KARRIEREBEZOGENE LANGZEITSTRATEGIE SOZIO THERAPEUTISCHER INTERVENTION

Wenn man in Rechnung stellt, wie viele Jahre hochfrequenter Psychotherapie (3–5 Wochenstunden) bei einem jugendlichen Borderlinepatienten erforderlich sind (4–7 Jahre, Masterson 1982) oder bei schwerer Neuroseerkrankungen – und da hat man oft genug noch ein gutes Supportsystem im psychosozialen Kontext zur Verfügung –, wenn man weiterhin die Karriereverläufe bei jugendpsychiatrischen Erkrankungen in den Blick nimmt, wird unmittelbar einsichtig, daß mit einer Zwölf- oder Achtzehnmonatstherapie in einer therapeutischen Wohngemeinschaft Drogenfreiheit und soziale Reintegration mit langfristigem Erfolg nur bei sehr spezifisch selektierten Populationen erreicht werden kann.

Macht man sich weiterhin deutlich, daß wir bei Drogenabhängigen mit prolongierten, also mit einer mehrjährigen Karriere in der Regel eine desolate Ressourcenlage vorfinden (abgebrochene Ausbildung, ausgedünnte soziale Netzwerke, fehlender materieller Rückhalt usw., stattdessen aber Hypotheken wie Vorstrafen, Schulden, Erkrankungen), erweisen sich alle Bereiche, die die Identität stützen (vitale Leiblichkeit, integrierte soziale Netzwerke, zufriedenstellende Arbeit und Leistung, ausgewogene materielle Sicherheit und tragfähige Wertorientierung, vgl. Petzold 1984), als mehr oder weniger stark beeinträchtigt und beschädigt (ders. 1982 b; Kaplan 1986). Wenn effektive Hilfe geleistet werden soll, werden deshalb mittel- bis langfristige Interventionsprogramme erforderlich, in denen medizinische, psychotherapeutische, soziotherapeutische und agogische Maßnahmen in einer umfassenden Lebenshilfe zusammenwirken. Das Problem der reinen Substanzabhängigkeit tritt gegenüber dem der „somato-psychosozialen Multimorbidität“ zurück, ja erweist sich nur als ein Faktor derselben. Nicht unerwähnt bleiben soll hierbei auch die schlichte Tatsache, daß es sich in der Regel um Jugendliche handelt, die sich ohnehin in einer labilen Übergangsperiode befinden.

Die Longitudinalforschung hat aufgezeigt, daß „conduct problems“ sich in der Regel im Vorfeld des „substance abuse“ finden (Robins, McEvoy 1990; Candel et al. 1978; Johnston et al. 1987), daß also Drogenmißbrauch ein Folgesymptom sich schon abzeichnender psycho-

sozialer Probleme ist. Es darf aber nicht als unerheblich angesehen werden, daß die Drogen in das prekäre biographische Milieu als verschärfende destruktive Faktoren einbrechen und wann dies geschieht. Die Daten zeigen, daß vor dem 15ten und vor dem 19ten Lebensjahr einsetzender Drogenkonsum negative Langzeitwirkung zeigt (Robins, McEvoy 1990, 203). Die Fixierung der Öffentlichkeit, der Politiker und der Kostenträger auf die „Krankheit Drogenabhängigkeit“ blendet aus, daß es sich hier um ein Symptom – wenngleich um ein prävalentes – einer „somato-psycho-sozialen Multimorbidität“ handelt, die sich bei sorgfältiger Analyse longitudinaler Daten in mehrere größere, komplexe Krankheitsgruppen aufgliedern läßt. Negatives Selbstwertgefühl und schlechte soziale Integration, wie es verschiedene Untersuchungen für das Vorfeld des Drogengebrauchs aufgezeigt haben (Carman 1979, Newcomb, Bentler 1986 a, 1990), psychische Begleitsymptomatik, insbesondere Depressionen (Newcomb, Bentler 1986 b) machen – auch wenn man keine „psychologische Prädisposition“ für bestimmte Drogen annimmt, z. B. für Kokain (Khantzian, Khantzian 1984; 1987) – einen über Psychotherapie hinausgehenden und sie zugleich einschließenden umfassenden Behandlungsansatz erforderlich (Petzold 1982).

Nur ... wie können derartige „Integrative Interventionen“ realisiert werden, wie treffen wir die Lebenssituation und die motivationale Lage von Drogenabhängigen? (Uchtenhagen, Zimmer-Höfler 1985). Mit Blick auf diese Fragen wird akzeptierende Drogenarbeit, wenn man nicht den größten Teil der Abhängigen von Hilfsangeboten ausgrenzen will, neben den Substitutionsprogrammen zum einzigen möglichen Ansatz, ganz gleich, ob man bei einer „Komm-Struktur“ bleibt, wie in einer Drogenberatungsstelle oder „aufsuchende Drogenarbeit“ betreibt, etwa Streetwork (Steffan 1988). Akzeptieren bedeutet in diesem Zusammenhang, die „Sprache der Fakten“ zu akzeptieren: die Drogenabhängigkeit besteht – oder weiterreichend: aufgrund seiner Lebensgeschichte und aktuellen Situation hat dieser Mensch einen „drogengebundenen Lebensstil“ gewählt und ist nicht motiviert und motivierbar, diesen in absehbarer Zeit aufzugeben, trotz aller Schwierigkeiten, Belastungen und Risiken, die ihm daraus erwachsen. Hier ist Anlaß für eine karrierebezogene Begleitung gegeben. Dafür müssen gute Kenntnisse der aktuellen Lebenssituation von Klienten vorhanden sein und diese sind oft genug unzureichend. Wichtiger noch wird ein Wissen um die Muster des Drogengebrauchs und der Verlaufskarriere „psycho-sozialer Multimorbidität“ von der Adoleszenz ins junge Erwachsenenalter (Kandel et al. 1978, 1985, 1986; Yamaguchi, Kandel 1984) und darüber hinaus (Frykholm 1979). Hier

liegt ein erhebliches Defizit an Forschung und damit an gesichertem Wissen vor. Der Therapeut, der die Karrierebegleitung praktiziert, kommt in die Situation eines „Ko-Rescarchers“ (Moreno 1941), der aus dem Kontakt mit der Situation seines Klienten zusammen mit ihm selbst die Kenntnisse und Daten gewinnen muß. Diese Daten und Erkenntnisse beziehen sich auf die Gestaltung des Kontaktes, die praktische Lebenshilfe, die Krisenintervention, die Lebensberatung im Sinne einer Hilfe zur Formung des Lebensstils.

Die sozialarbeiterische-soziotherapeutische Hilfe zur Bewältigung kritischer Lebenssituationen und die Bereitstellung einer materiellen Grundversorgung dürften im Zentrum aller Aktivitäten stehen. Hier ist der Anknüpfungspunkt für weiterführende Maßnahmen, ganz gleich ob ein Substitutionsprogramm oder eine ambulante oder stationäre Therapie angesagt ist. Die „Basis“ für die Karrierebegleitung sind niedrigschwellige Einrichtungen, Straßensozialarbeit oder Beratungsstellen, die ein Programm mit akzeptierender Drogenarbeit durchführen. Sind die Probleme des Kontaktaufbaus z. T. schon erheblich, so wird das „keeping contact“ zur zentralen Frage, die nicht allein von der Motivation der Betroffenen entschieden wird, nicht nur von den Wechselfällen ihres oft chaotischen Lebenskontextes, sondern mehr noch von der Konstanz der professionellen Begleitung (befristete ABM-Stellen in niedrigschwelligen Projekten, hohe Mitarbeiterfluktuation) und dem Fehlen von „Plattformeinrichtungen“, da die Schwelle zu den „traditionellen“ Einrichtungen oft zu hoch ist oder diese an Glaubwürdigkeit verloren haben (Petzold 1980).

Ist Kontakt hergestellt, so wird die „Metareflexion über Karriere“ unerläßlich. Der Abhängige muß kognitiv verstehen, was eine Karriere ist, wie sie verläuft usw. Er muß wissen, daß sie sich über 5 bis 15 Jahre erstrecken kann, daß in ihr eine Reihe von Entzügen, vorübergehende Aufenthalte in therapeutischen Wohngemeinschaften, Therapieabbrüche, Wechsel der Therapieansätze normal sind. Ihm muß klar sein, daß eine Negativkarriere als Kette „widriger Umstände“ (chain of adverse events, Rutter 1989) sich nur langsam und in mühevoller Kleinarbeit verändern läßt, und daß eine solche Karriere auch ein normaler „persönlicher Entwicklungsprozeß“ ist, der sich aber unter negativen, erschwerenden Umständen vollziehen muß. Eine solche „Metaperspektive“ auf die eigene Situation, die eigene Entwicklung, das eigene Leben ermöglicht eine gewisse „Exzentrizität“ zum Geschehen (Frühmann 1986).

Ein Wissen um die Typik von Karriereverläufen wird oft als äußerst entlastend erlebt und vermag auch in schwierigen Situationen Hoffnung und Perspektivität zu gewährleisten. Es stützt die Motivation

„Kontakt zu halten“. Im übrigen sollte eine solche Metaperspektive auch ein zentrales Moment der Therapie in Wohngemeinschaften und stationären Einrichtungen sein. Es wäre dies vielstimmiger und sinnvoller, als Abhängige auf eine Abstinenz einzuschwören, an der sie scheitern müssen. Enttäuschung, Schuldgefühle, Selbstzweifel, Resignation werden oft genug durch Falschideologien in stationären, therapeutischen Einrichtungen vorprogrammiert.

Intensivere Beratungssequenzen in Drogenberatungsstellen, Aufenthalte in therapeutischen Wohngemeinschaften gehören genauso zu einer Karriere, wie Phasen der Drogenfreiheit oder wie Knastzeit. „Exzentrizität zur Karriere“ und Information über Hilfsangebote – auch das der Karrierebegleitung – vermag Möglichkeiten zu eröffnen, daß bestehende Hilfen systematischer genutzt, „Langzeit-Begleitung-Kontrakte“ abgeschlossen werden und damit zu massive Abstürze vermieden werden, denn diese verringern die Chancen zu „abgekürzten Negativkarrieren“. Wenngleich die Ergebnisse der „Selbstheilstudien“ (Schneider 1988) noch nicht genügend Aufschluß über „protective factors“ (Rutter 1985, Wolff et al. 1990) und spezifische Copingstrategien (Snyder, Ford 1987) bieten (auch hier besteht weiterer Forschungsbedarf), läßt sich doch aufgrund der Praxiserfahrung sagen, daß die Zugriffsmöglichkeiten auf Ressourcen, supportive soziale Netzwerke, gelungene situative Krisenhilfe (durch Freunde oder professionelle Hilfsagenturen) und Hilfen bei der Problemverarbeitung (durch Freunde, Beratung, Therapie) Faktoren waren, durch die verhindert wurde, daß sich Negativkarrieren zu „malignen Karrieren“ verschärften, sondern sich in Karrieren mit positiver Charakteristik umwandeln konnten. Akzeptierende, karrierebezogene Drogenarbeit muß deshalb darauf gerichtet sein, für Menschen in Negativkarrieren protektive Faktoren bereitzustellen und weitere Risikofaktoren zu vermindern. Bereitgestellt werden muß damit zunächst einmal die Basisversorgung, um dem akuten Ressourcenmangel zu begegnen: z. B. durch Sleep-Ins, Treffs, medizinische Versorgung, Unterstützung bei der Beschaffung von Wohnung, Sozialhilfe, Arbeit, weiterhin durch Aufbau supportivsozialer Netzwerke (Keupp, Röhrle 1987), z. B. Selbsthilfegruppen mit akzeptierender Ausrichtung oder drogenfreier Ausrichtung als Clean-Gruppen, Bereitstellung von professioneller Krisenhilfe (Kriseninterventionszentren), Bereitstellung von Verarbeitungshilfen für traumatische Erfahrungen (Beraubung, Vergewaltigung, zerbrechende Beziehungen etc.) durch professionelle Helfer aber auch durch Selbsthelfer, die z. B. Co-Counseling praktizieren.

Karrierebezogene Soziotherapie stellt als solche einen Beitrag zum

Aufbau eines supportiven sozialen Netzwerkes (Sarason, Sarason 1975) dar, indem die Hilfsagentur und die in ihr arbeitenden professionellen Bezugspersonen Teile dieses Netzwerkes werden. Leider wird die Arbeit in bestehenden Hilfsagenturen, z. B. Drogenberatungsstellen, wie aus langjährigen Beobachtungen durch Supervision in verschiedensten Einrichtungen zu ersehen ist, noch zu wenig im Sinne einer theoretisch und methodisch durchkonzipierten Langzeitstrategie betrieben. Erfolgreiche Karrierebegleitung ergeben sich mehr oder weniger zufällig durch Beziehungen, die langjährig tätige Mitarbeiter aufgebaut haben und zu halten vermögen. Eine „nachgehende Begleitung“, die darum bemüht ist, auch zum Patienten/Klienten Kontakt zu halten, wenn er wegbleibt, besteht selten. Das „Keeping contact“ muß ein wechselseitiges sein. Ohne „nachgehende“ Ausrichtung müssen mittel- und langfristige Karrierebegleitungen scheitern. Das bedeutet, daß sie auch nicht nur an eine Bezugsperson gebunden werden dürfen, sondern daß eine Einrichtung, die akzeptierende Karrierebegleitung als Konzept der Drogenarbeit vertritt, als solche das Prinzip des „Keeping contact“ praktisch umsetzen muß. Sie muß Klienten/Patienten systematisch betreuen und gewährleisten, daß, auch wenn ein Mitarbeiter die Einrichtung verläßt, sein Klientenstamm vom Nachfolger bzw. der Nachfolgerin weiter mittel- bis langfristig betreut wird.

Die Initiierung von und die Kooperation mit Selbsthilfeprojekten – ein im Drogenbereich noch vernachlässigter Sektor (Konkurrenz professioneller Helfer?) – wird dabei unerlässlich. Die Selbsthilfe repräsentiert die „Expertise der Betroffenen“, z. B. ihre Fähigkeit zu überleben, mit Problemsituationen in der Drogenszene umzugehen, Geld zu beschaffen usw. In einer Zusammenführung der „doppelten Expertise“, die der Betroffenen und die der professionellen Helfer (Petzold 1990), liegt die besondere Chance, Muster der „erlernten Hilflosigkeit“ (Seligman 1975) und der Inszenierung familiärer Probleme, Konstellationen der „Parentifizierung“ zu durchbrechen und den „Locus of control“ wieder in die Hände der Betroffenen zu legen (Berzins, Ross 1979; Caliccia 1974).

Die Vereinbarung kurzfristiger fokaler Beratungs- bzw. Therapiesequenzen im ambulanten Setting ist ein weiteres wichtiges Moment, um die seelische Verarbeitung aktueller Probleme und „stressful life events“ zu gewährleisten. Forderung nach nahtloser therapeutischer Kontinuität wird im Feld der Drogenarbeit oft zu einem „Fetisch“, der alles andere als hilfreich ist („Nur wenn du regelmäßig kommst, kann ich Therapie mit dir machen!“). Ein mittelfristig bzw. langfristig angelegtes Konzept intermittierender Fokalintervention (jeweils 1–10

Std.) erweist sich als praktikabler und erfolgsversprechender – ganz gleich, ob es sich nun um Einzelgespräche handelt oder um „Intensives“ (offene oder halboffene Behandlungsgruppen, die drei bis fünfmal jährlich als „Marathons“ stattfinden).

FAZIT

Es dürfte deutlich geworden sein, daß hier ein Konzept der Vernetzung mittel- und langfristiger sozialarbeiterisch-soziotherapeutischer, agogischer und psychotherapeutischer Maßnahmen im Sinne „Integrativer Interventionen“ (Petzold 1982) vertreten wird. Die Geringschätzung der Sozialarbeit von Seiten der Psychotherapeuten oder die Skepsis der Sozialarbeiter gegenüber der Psychotherapie ist mit Blick auf die Komplexität der „somato-psychosozialen Multimorbidität“, die ihren Ausdruck in Formen von Drogenabhängigkeit und anderen Begleitsymptomen gefunden hat, unangebracht. Leider muß man im Feld immer wieder das Entweder-Oder-Paradigma beobachten, je nachdem, wo gerade der Höhepunkt der Frustration erreicht ist (Wohngemeinschaften mit einer dezidiert psychotherapeutischen gegen eine ohne jegliche psychotherapeutische Ausrichtung oder vice versa und gar der Kampf zwischen diesen Gruppierungen). Aufgrund von nunmehr 25jähriger Erfahrung als Therapeut und Supervisor in den verschiedensten Einrichtungen der Drogentherapie fühlt sich der Seniorautor dieses Beitrages in seinem Plädoyer für eine ganzheitliche und differentielle Angebotsstruktur, die akzeptierende und drogenfreie Programme bereitstellt und vernetzt (Petzold 1969, 1972, 1974, 160 ff, 1989) bestätigt. Nur so können effiziente Copinghilfen und protektive Faktoren eingebracht und gefördert werden. Nur so wird es möglich sein, die Zahl „maligner Karrieren“ in den Drogentod, die Psychose, die Aidserkrankung zu verringern und die Zahl der Negativkarrieren, die sich durch Reduzierung der „chain of adverse events“ in „konstruktive Karrieren“ verwandeln lassen, zu erhöhen. Als Kernfrage bleibt bestehen: Wie lassen sich die Risiken in Drogenkarrieren vermindern? Es werden hier nicht die Einstiegsrisiken angesprochen, die in den Bereich der Prävention oder der präaddiktiven Therapie fallen, z. B. die Behandlung von Kindern mit „conduct disorders“ (Jonston et al. 1978; Candel et al. 1978; Yessor, Yessor 1977; Robins, McEvoy 1990) und ihrer Familien (Kaufmann, Kaufmann 1983; Stanton, Todd 1982; Hirsch, Imhof 1975), sondern es ist hier von den Risiken innerhalb der Drogenkarriere die Rede, die zu ihrem malignen Verlauf beitragen, d. h. schwere psychische und physische

Erkrankungen oder gegebenenfalls den Tod im Gefolge haben. Diese Risiken liegen nicht allein in der „substance“, die gebraucht bzw. mißbraucht wird. Das ist ein falscher Blickwinkel, der in der Öffentlichkeit, bei Politikern, aber auch bei professionellen Helfern immer noch überwiegt. Die Schäden, die durch Not- und Beschaffungskriminalität und -prostitution entstehen, durch das Verelendungsmilieu bestimmter Drogenszenen sind oft gravierender und „volkswirtschaftlich relevanter“ als der Gebrauch der Droge selbst.

Drogenarbeit, Drogentherapie und Rehabilitation haben es, schaut man auf die Wirklichkeit unserer Patienten/Klienten, mehr mit der Hilfe für schwergeschädigte Persönlichkeiten, für Menschen mit zerbrochenen Lebenskarrieren und „somato-psychosozialer Multimorbidität“ zu tun als mit der Frage der Drogenabstinenz. Selbst wenn man von den komplexen Ursachen im gesellschaftlichen und familiären Bereich für Drogenabhängigkeit einmal absieht und nur auf die aktuelle Situation von Menschen mit prolongierten Drogenkarrieren blickt (vier Jahre oder länger), wird es eine falsche Perspektive, die Droge als die „Ursache allen Übels“ anzusehen. Sie ist Symptom, das allerdings neue Kausalwirkungen zeitigt. Es genügt nicht, sich ausschließlich oder überwiegend mit diesen Sekundäreffekten zu befassen. Substitutionsprogramme sind hier nur ein Weg, niedrigschwellige Angebote und akzeptierende Drogenarbeit ein anderer, die traditionellen Ansätze der Drogenarbeit weitere, ... aber die Fragen müssen grundsätzlicher angesetzt werden, sowohl was die Ursachen als auch was die Maßnahmen anbetrifft. Die Diskussion etwa über eine differentielle Freigabe von Drogen, über akzeptierende Drogenarbeit oder über die Entkriminalisierung des Drogenmilieus muß geführt werden, wenn man Risikofaktoren wie Not- und Beschaffungskriminalität und -prostitution mit all ihren gravierenden Folgen für die physische und psychische Gesundheit der Betroffenen und ihre sozialen Netzwerke, aber auch für die Gesellschaft in ökonomischer und moralischer Hinsicht einigermaßen in den Griff bekommen will. Von Lösungen sind wir noch weit entfernt. Die Diskussionen stehen immer noch in den Anfängen ... oder wieder einmal. Die Forschungsgrundlage, derartige Diskussionen zu führen, ist noch immer weitgehend unzureichend. Es bleibt noch viel zu tun.

LITERATUR

Baltes, P.B., Brim, G. O., Life-span development and behavior, New York 1979.

- Baltes, P.B., Reese, H.W., Lipsitt, L.P., Life-span developmental psychology, *Annual Review of Psychology* 31 (1980) 65–110.
- Baltes, P.B., Fethermen, D.L., Lerner, M., Life-span development and behavior, Vol. 8, Hillsdale 1990.
- Berzins, J.I., Ross, W.F., Locus of control among opiate addicts, *Journal of Consult. and Clin. Psychol.* 40 (1973) 84–91.
- Calicchia, J.P., Narcotic addiction and perceived Locus control, *Journal Clin. Psychol.* 30 (1974) 499–504.
- Carman, R.S., Motivations for drug use and problematic outcomes among rural junior high school students, *Addictive Behaviors* 4 (1979) 91–93.
- Erikson, E.H., Identity and the life cycle, New York 1959.
- Frühmann, R., Das mehrperspektivische Gruppenmodell im „Integrativen Ansatz“ der Gestalttherapie, in: Petzold, H., Frühmann, R., Modelle der Gruppe, Bd. 1, Paderborn 1986, 255–283.
- Frykholm, B., Termination of the drug carrier: an interview study of 58 ex-addicts, *Acta Psychiat. Scand.* 59 (1979) 370–380.
- Hirsch, R., Imhof, J., A Family therapy approach to the treatment of drug abuse and addiction, *Journal of Psychedelic. Drugs* 2 (1975) 181–185.
- Jessor, R., Jessor, S.L., Problem behavior and psychosocial development – a longitudinal study of youth, New York 1977.
- Johnston, L.D., O'Malley, P.M., Bachmann, J.G., National trends in drug use and related factors among American high school students and young adults. National Institute on Drug Abuse, Rockville 1987.
- Kandel, D.B., Kessler, H., Margulies, R., Adolescent initiation into stages of drug use: An developmental analysis, in: Kandel, D., Longitudinal research on drug use: Empirical findings and methodological issues, Hemisphere Wiley, Washington 1978.
- Kandel, D.B., Davies, M., Karus, D., Yamaguchi, K., The consequences in young adulthood of adolescent drug involvement: an overview, *Archives of General Psychiatry* 43 (1986) 746–754.
- Kandel, D.B., Murphy, D., Karus, D., Cocain use in young adulthood: Patterns of use and psychosocial correlates, in: Kozel, N.J., Adams, E.H., Cocain use in America: Epidemiological and clinical Perspectives, National Institute on Drug Abuse, Rockville 1985.
- Kaplan, H.D., Social Psychology and Self-referent Behavior, New York 1986.
- Kaufmann, I., Kaufmann, P.L., Familientherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit, Freiburg 1983.
- Khantzian, E.J., Psychiatric and psychodynamic factors in cocain dependence, in: Washton, A.M., Gold, M.S., Cocain: A clinician's handbook, New York 1987, 229–240.
- Khantzian, E.J., Khantzian, M.J., Cocain addiction: is there a psychological predisposition? *Psychiatric Annals* 14 (1984) 753–759.
- Krach, Ch., Peschke, H., Elf Jahre danach. Drogenberatungsstelle Hannover, Hannover 1986.
- Ladewig, D., Graw, P., Sozialisationschancen und Sozialisationsbedingungen

- gen Opiatabhängiger: Bericht an den schweizerischen Nationalfonds, Psychiatrische Universitätsklinik Basel, Basel 1983.
- Lettieri, D.J., Welz, R., Drogenabhängigkeit. Ursachen und Verlaufsformen. Ein Handbuch, Weinheim 1983.
- Lotze, J. u. a., Konzeption des ambulanten Therapieprogramms unter Verwendung von Methadon (ATM), in: Petzold, H. (Hrsg.), Drogentherapie (1974), Frankfurt 1983.
- Masterson, B., *The Borderline Adolescent*, New York 1982.
- Moreno, J.L., *The Function of the Social Investigator in Experimental Psychodrama*, in: *Sociometry* 4, 392–417, 1941.
- Nowcomb, M.D., Consequences of teenage drug use: The transition from adolescents to younger adulthood, *Drugs and Society* 1 (1987) 25–60.
- Nowcomb, M.D., Bentler, P.M., Drug use, educational aspirations, and work force involvement: The transition from adolescence to young adulthood, *American Journal of Community Psychology* 14 (1986) 303–321.
- Nowcomb, M.D., Bentler, P.M., Cocain use among young adults, *Advances in Alcohol and Substance Abuse* 6 (1986 a) 73–96.
- Nowcomb, M.D., Bentler, P.M., Impact of adolescent drug use and social support on problems of young adults: a longitudinal study, *Journal of Abnormal Psychology* 97 (1988) 64–75.
- Nowcomb, M.D., Bentler, P.M., Antecedents and consequences of cocaine use: an eight-years study from early adolescence to younger adulthood, in: Robins, Rutter (1990) 158–181.
- Nowcomb, M.D., Huba, G.J., Bentler, P.M., Multidimensional assessment of stressful life events among adolescents: Derivation and correlates, *Journal of Health and Social Behavior* 22 (1981) 400–415.
- Petzold, H.G., *Les Quatre Pas. Concept d'une communauté thérapeutique*, Paris, 1969 c, mimeogr.
- Petzold, H.G., Möglichkeiten der Psychotherapie bei drogenabhängigen Jugendlichen, in: Birdwood, G., *Willige Opfer*. Rosenheim 1971 c, 212–245.
- Petzold, H.G., Methoden in der Behandlung Drogenabhängiger. Vierstufen-therapie, Komplexes katathymes Erleben, Psychosynthesis, Gestalttherapie, Psychodrama, Kassel 1972 f.
- Petzold, H.G., *Drogentherapie – Methoden, Modelle, Erfahrungen*. Paderborn 1974 b. (Repr. 1983)
- Petzold, H.G., Das Vierstufenmodell der Therapeutischen Kette in der Behandlung Drogenabhängiger, 1974 f, in: Petzold (1974 b) 133–222; Frankfurt 1985, 4. Aufl.
- Petzold, H.G., Zum Konzept der Therapiekette und zur Karriere Drogenabhängiger, 1980 c, in: Petzold, Vormann (1980) 208–228.
- Petzold, H.G., Integrative Intervention – a system approach to the planning and realisation of drug therapy programs. Proceedings of the 12th Int. Conf. on Drug Dependence, 22.–26. 3. 1982, Bangkok, International Council on Alcohol and Addictions, Lausanne/Genf 1982 u, 48–80.
- Petzold, H.G., An integrated model of identity and its impact on the treatment of the Drug addict. Proceedings of the 12th Int. Conf. on Drug Dependence

- 22.–26. 3. 1982, Bangkok, International Council on Alcohol and Addictions, Lausanne/Genf 1982 v. 260–276.
- Petzold, H.G., Vorüberlegungen und Konzepte zu einer integrativen Persönlichkeitstheorie, *Integrative Therapie* 1/2 (1984 i) 73–115.
- Petzold, H.G., Die Persönlichkeit des Drogenabhängigen und ihre Therapie – ein ganzheitlicher Ansatz. Vortrag auf der Fachtagung des Vereins Therapiehilfe e. V. Do It. Hamburg 1988 (mimeogr.).
- Petzold, H.G., Integrative Therapie in der Lebensspanne – zur entwicklungspsychologischen Fundierung aktiver und leibzentrierter Interventionen bei „frühen Schädigungen“. *Integrative Therapie* (1990), im Druck.
- Petzold, H.G., Vormann, G., *Therapeutische Wohngemeinschaften, Erfahrungen – Modelle – Supervision*, München 1980.
- Rutter, M., Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorders, *British Journal of Psychiatry* 147 (1985) 598–611.
- Robins, L.N., Rutter, M., *Straight and devious pathways from childhood to adulthood*, Cambridge, Cambridge 1990.
- Robins, L.N., McEvoy, L., Conduct problems as predictors of substance abuse. In: Robins, Rutter (1990) 182–204.
- Sarason, G., Sarason, B.R., *Social Support: Theory, research, and application*. The Hague, 1975.
- Schneider, W., Zur Frage von Ausstiegchancen und Selbstheilung bei Opiatabhängigkeit. Auswertung von Ergebnissen aus Langzeitforschung in: *Suchtgefahren* 34, 472–490 (1988).
- Schneider, W., Zur Frage von Ausstiegchancen und Selbstheilung bei Opiatabhängigkeit. Auswertung von Ergebnissen aus Langzeitforschung. In: *Suchtgefahren* 34 (1988) 472–490.
- Seligmann, M.G., *Helplessness. On depression, development and death*. San Francisco 1975.
- Snyder, C., Ford, C.E., *Coping with negative life events, clinical and social psychological perspectives*, New York 1987.
- Stanton, M.D., Todd, Th. C., *The family therapy of drug abuse and addiction*, New York 1982.
- Steffan, W., *Streetwork in der Drogenszene*, Freiburg 1988.
- Stein, J.A., Newcomb, M.D., Bentler, P.M., An eight-year study of multiple influences on drug use and drug use consequences. *Journal of Personality and Social Psychology* 53 (1987) 1094–1105.
- Uchtenhagen, A., Zimmer-Höfler, *Heroinabhängige und ihre „normalen“ Altersgenossen*, Bern 1985.
- Wolff, J., Masten, A., Cicchetti, D., Nuechterlein, K., Weintraub, S., *Risk and protective factors in the development of psychology*, New York 1990.
- Yamaguchi, K., Kandel, D.B., Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: II. Sequences of progressions. *American Journal of Public Health* 74 (1984) 668–672.