

Diplomarbeit

**Wirkfaktoren der Therapeutischen Gemeinschaft bei
der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen:
Ein systematischer Überblick**

eingereicht von

Alexandra Kirschner

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktorin der gesamten Heilkunde

(Dr.ⁱⁿ med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin

unter der Anleitung von

PD DDr. Human-Friedrich Unterrainer

Graz, 15.01.2018

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 15.01.2018

Alexandra Kirschner eh

Zusammenfassung

Hintergrund

Als Alternative zur herkömmlichen medikamentösen Suchttherapie beschränkt sich die Therapeutische Gemeinschaft für Abhängigkeitserkrankungen nicht nur auf die Genesung hinsichtlich einer Substanzabstinenz, sondern strebt eine Änderung der Lebensweise an. Ziel meiner Diplomarbeit ist es, die Wirkfaktoren der Therapeutischen Gemeinschaft in Form einer systematischen Übersichtsarbeit darzustellen. Besonderes Augenmerk liegt auf der Wirksamkeit der stationären Therapeutischen Gemeinschaft in Bezug auf den Behandlungserfolg der Betroffenen. Darüber hinaus wird überprüft, ob sich die Länge des Aufenthalts sowie etwaige Modifikationen des Behandlungskonzeptes auf den Therapieerfolg auswirken.

Methoden

Die für die Literaturrecherche verwendeten Datenbanken waren „Web of Knowledge“ und „PubMed“. Mithilfe festgelegter Ein- und Ausschlusskriterien wurden die für die systematische Übersichtsarbeit relevanten Studien eruiert, aus welchen die Wirksamkeit der Therapeutischen Gemeinschaft erarbeitet wurde. Zu den untersuchten Outcome-Kategorien gehörten Aufenthaltsdauer, Therapieabschluss, Drogenkonsum, Kriminalität, Arbeit beziehungsweise Bildung und psychische beziehungsweise physische Gesundheit.

Ergebnisse

Die Trefferzahl lag nach Anwendung der festgelegten Schlagwörter und Filter in der Datenbank „Web of Knowledge“ bei 62 Treffern und in der Datenbank „PubMed“ bei 35 Treffern. Es wurden zusätzlich zwei Arbeiten aus der Referenzliste einer externen Übersichtsarbeit hinzugefügt. Nach Entfernen der Duplikate, Analyse von Titel und Zusammenfassung sowie einem Volltextscreening wurden 14 Arbeiten in die systematische Übersichtsarbeit eingeschlossen. Bezüglich der Kategorie Drogenkonsum konnten 54% (7/13 Studien) der diese Outcome-Kategorie untersuchenden Arbeiten ein signifikant besseres Ergebnis für die stationäre Therapeutische Gemeinschaft im Vergleich zur jeweiligen Kontrollgruppe, welche einer anderen Therapiemethode oder einer ambulanten Form der Therapeutischen Gemeinschaft entsprochen hatte, nachweisen. Auch hinsichtlich der Kriminalitätsrate (56%; 5/9 Studien), Erwerbstätigkeit (56%; 5/9 Studien) und Gesundheit (67%; 6/9 Studien) der Betroffenen konnte ein Vorteil für die stationäre Therapeutische Gemeinschaft in den Verlaufskontrollen festgemacht werden.

Diskussion

Durch die vorliegende Arbeit kann gezeigt werden, dass die Therapeutische Gemeinschaft als eine wirksame Therapieform anzusehen und in Teilbereichen anderen Therapieverfahren überlegen ist. Zudem zeigt sich eine Korrelation zwischen der tatsächlichen Therapielänge beziehungsweise eines Therapieabschlusses und dem Therapieerfolg der Betroffenen. Aufgrund der Heterogenität der eingeschlossenen Studien ergibt sich jedoch eine eingeschränkte Gültigkeit der Ergebnisse.

Abstract

Background

As an alternative to conventional drug addiction treatment, the therapeutic community is not limited to the recovery from substance dependency, but aims to change the way of life. The purpose of my diploma thesis is to present the impact factors of the therapeutic community in form of a systematic review. Particular attention will be paid to the effectiveness of the inpatient therapeutic community regarding the treatment success of the affected persons. In addition, it is examined whether the length of stay as well as any modifications of the treatment concept affect the therapy outcome.

Methods

Databases used were "Web of Knowledge" and "PubMed". By means of established inclusion and exclusion criteria, the relevant studies for the systematic review were determined from which the efficacy of the therapeutic community was elaborated. Among the investigated outcome categories were length of stay, therapy conclusion, drug use, crime, work or education and mental or physical health.

Results

The hit number found in the database "Web of Knowledge" was 62 and in the "PubMed" database 35 using the defined keywords and filters. Two additional works were included from the reference list of an external review. After removing the duplicates, conducting an analysis of title and abstract as well as doing a full-text screening, 14 papers were included in the systematic review. For the drug use category, 54% (7/13 studies) of papers investigating this outcome category could demonstrate a significantly better outcome for the inpatient therapeutic community compared to the respective control group, which corresponded to another therapy modality or outpatient form of the therapeutic community. A benefit for the inpatient therapeutic community was also identified in the follow-up checks of the crime rate (56%, 5/9 studies), employment (56%, 5/9 studies) and health (67%, 6/9 studies).

Discussion

The present work shows that the therapeutic community is an effective form of therapy and, in some areas, is superior to other therapeutic modalities. In addition, a correlation is shown between the actual length of therapy as well as a therapy conclusion and the therapy success of the affected persons. However, due to the heterogeneity of the included studies, the validity of the results is limited.

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: BEHANDLUNGSKETTE (9)	5
ABBILDUNG 2: FLOW-DIAGRAMM (51)	24

Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: SURVEY OF ESSENTIAL ELEMENTS QUESTIONNAIRE (27).....	12
TABELLE 2: SERVICE-STANDARDS DER THERAPEUTISCHEN GEMEINSCHAFT (28).....	14
TABELLE 3: NORMEN UND ZIELE DER „WORLD FEDERATION OF THERAPEUTIC COMMUNITIES“ (29).....	15
TABELLE 4: WIRKSAMKEIT DER THERAPEUTISCHEN GEMEINSCHAFT	27

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	II
Abstract.....	IV
Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	VI
1. Einleitung	1
1.1 Fragestellung.....	1
1.2 Substanzabhängigkeit	2
1.2.1 Definition	2
1.2.2 Entstehung und Aufrechterhaltung von Sucht	2
1.2.3 Allgemeines Therapiekonzept der Sucht.....	3
1.3 Therapeutische Gemeinschaft.....	5
1.3.1 Definition	5
1.3.2 Therapieelemente	6
1.3.3 Geschichte	8
1.3.4 Richtlinien der Gemeinschaft.....	11
1.3.4.1 Survey of Essential Elements Questionnaire	11
1.3.4.2 Normen der Therapeutischen Gemeinschaft.....	12
1.3.4.3 Standards und Ziele der „World Federation of Therapeutic Communities“	15
1.3.5 Modifizierungen	15
1.3.5.1 Menschen mit psychiatrischen Komorbiditäten.....	16
1.3.5.2 Jugendliche.....	16
1.3.5.3 Frauen.....	17
1.3.5.4 Häftlinge.....	18
2. Methoden.....	19
2.1 Auswahlkriterien.....	20
2.2 Informationsquellen	21
2.3 Suche.....	21
2.4 Auswahl der Studien	21
2.5 Prozess der Datengewinnung und Datendetails.....	22
3. Ergebnisse.....	23
3.1 Auswahl der Studien	23
3.2 Studienmerkmale	25
3.3 Ergebnisse der einzelnen Studien	38
3.3.1 Therapieerfolg	38

3.3.1.1 Therapieabschluss und tatsächliche Aufenthaltsdauer.....	38
3.3.1.2 Drogenkonsum	38
3.3.1.3 Kriminalität	40
3.3.1.4 Arbeit und Bildung.....	40
3.3.1.5 Psychische und physische Gesundheit	41
3.3.1.6 Globaler Outcome	42
3.3.2 Einflussfaktoren	42
4. Diskussion	45
4.1 Beurteilung der Studien	45
4.1.1 Wirksamkeit der Therapeutischen Gemeinschaft	45
4.1.2 Bedeutsame Therapieelemente und Einflussfaktoren	47
4.2 Einschränkungen der Arbeit	47
4.2.1 Studienauswahl.....	48
4.2.2 Studienergebnisse.....	48
4.3 Konklusion.....	49
5. Literaturverzeichnis.....	51

1. Einleitung

1.1 Fragestellung

Die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen nimmt in der Medizin einen hohen Stellenwert ein. Bei der Therapie von Suchterkrankungen ist das Behandlungskonzept und das Vertrauensverhältnis zwischen den an der Therapie beteiligten Personen von großer Bedeutung. Die Erkrankten sollten nicht nur von ihrer Sucht geheilt, sondern Rückfälle, welche auch Jahre nach einer erfolgreichen Therapie auftreten können, sollen durch Festigung der Persönlichkeit und Re-Integration in die Gesellschaft verhindert werden.

Da es bei Suchterkrankungen große Unterschiede im Behandlungserfolg gibt und es bei einer beträchtlichen Anzahl an Betroffenen zu einem erneuten Auftreten der Erkrankung kommt, soll die umfassende Behandlungsweise der Therapeutischen Gemeinschaft als Alternative zum ambulanten beziehungsweise herkömmlichen stationären Entzug beleuchtet werden.

Ziel meiner Diplomarbeit ist es, die Wirkfaktoren der Therapeutischen Gemeinschaft in Form eines systematischen Überblicks darzustellen. Der Schwerpunkt soll vor allem auf die Wirksamkeit der Therapeutischen Gemeinschaft in Bezug auf den Behandlungserfolg der Betroffenen gelegt werden. Da sich die Therapeutische Gemeinschaft hinsichtlich der Therapiedauer wesentlich von anderen Therapieverfahren unterscheidet, wird besonders auf die Frage Bezug genommen, ob sich die Länge des Aufenthalts auf den Therapieerfolg der Suchterkrankten auswirkt. Weiters soll der Einfluss von Modifikationen des Behandlungskonzepts der Therapeutischen Gemeinschaft beleuchtet werden. Anders als bei bisher zu diesem Thema verfassten Übersichtsarbeiten werden im Gefängnis durchgeführte Therapeutische Gemeinschaften nicht berücksichtigt, da sie meiner Meinung nach nicht mit dem auf Freiwilligkeit basierenden Therapiekonzept der Therapeutischen Gemeinschaft vereinbar sind.

Bevor auf die genannte Fragestellung eingegangen wird, möchte ich einen Überblick über Substanzabhängigkeit im Allgemeinen und die Therapeutische Gemeinschaft als ganzheitliches Behandlungskonzept im Besonderen geben.

1.2 Substanzabhängigkeit

1.2.1 Definition

Rothenhäusler und Täschner (1) zufolge besitzen Menschen ein natürliches Verlangen sich in Rauschzustände zu begeben. Sie sehnen sich nach einer veränderten Wahrnehmung von Erlebnissen. Rauschmittel dienen seit Anbeginn der Menschheit dazu, Zustände von Ekstase auszulösen (1).

Prinzipiell unterscheidet man nach ICD-10, der internationalen Klassifikation von Krankheiten, den schädlichen Gebrauch von Substanzen, bei welchem der Konsum für somatische, psychische und zwischenmenschliche Konsequenzen verantwortlich ist, jedoch die Kriterien einer Abhängigkeit nicht erfüllt sind, von der Abhängigkeitserkrankung (2). Die Abhängigkeitserkrankung zeigt sich durch eine Unfähigkeit zur Abstinenz, einen Kontrollverlust in Bezug auf den Substanzkonsum, eine Toleranzentwicklung betreffend die Substanzwirkung, ein Auftreten von körperlichen Entzugserscheinungen, eine fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Substanzkonsums und einen anhaltenden Konsum trotz eindeutiger schädlicher Folgen. Um von einer Abhängigkeit ausgehen zu können, müssen mindestens drei dieser sechs Kriterien über einen Zeitraum von einem Monat erfüllt sein oder bei kürzerem Auftreten, innerhalb von zwölf Monaten wiederholt bestehen (3).

1.2.2 Entstehung und Aufrechterhaltung von Sucht

Um die ursächlichen Faktoren für die Entwicklung und Aufrechterhaltung von Suchterkrankungen zu verstehen, müssen unterschiedliche Erklärungsansätze betrachtet werden. Aus neurobiologischer Sicht spielt das Zusammenwirken von genetischen Einflüssen, Umweltfaktoren, Lernprozessen und neuroadaptiven Umgestaltungen eine zentrale Rolle. Betreffend genetische Dispositionen konnte man nachweisen, dass hierbei einer erblich veranlagten Unempfindlichkeit gegenüber der akuten Substanzwirkung große Bedeutung beigemessen werden muss. Des Weiteren wird durch eine frühe soziale Stressaussetzung mit einer daraus folgenden Veränderung der Erregungstransmission das Risiko im Laufe des Lebens an einer Abhängigkeitserkrankung zu erkranken, erhöht. Bei der Aufrechterhaltung von Sucht sind Lernprozesse bedeutsam. Abhängige assoziieren einst neutrale Reize mit dem Substanzkonsum und so können diese Reize, auch nach jahrelanger Substanzabstinenz, einen Rückfall der Betroffenen verursachen. Zur Aufrechterhaltung des zentralnervösen Gleichgewichts kommt es im Rahmen der chronischen Substanzeinnahme

zu neuroadaptiven Prozessen, welche zur Ausbildung einer Toleranz gegenüber der Substanzwirkung und zu Entzugserscheinungen bei Reduktion oder Beendigung des Substanzkonsums führen (4).

Neben den naturwissenschaftlichen Theorien zur Suchtentstehung gibt es auch eine Vielzahl anderer Erklärungsansätze wie es zur Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung kommen kann. Die individualpsychologische Theorie geht davon aus, dass der Mensch auf seinem Lebensweg verschiedenste Aufgaben zu meistern hat und der Substanzmissbrauch als Versuch gesehen werden kann, die in der Entwicklung auftretenden Konflikte zu bewältigen. Der psychoanalytische Erklärungsansatz versteht Substanzabhängigkeit als Rückentwicklung in die frühkindliche orale Entwicklungsstufe, um die durch Störungen in der Eltern-Kind-Beziehung entstandenen Konfliktspannungen zu umgehen. Bei sozialen, gesellschaftsbezogenen Theorien werden die Familie und die Lebensbedingungen zum Zeitpunkt des Aufwachsens als ursächliche Faktoren verstanden. Man betrachtet Sucht als Folge einer mangelhaften psychosozialen Balance, entstanden durch sich negativ auswirkende Entwicklungsumstände der Suchterkrankten. Auch gibt es Erklärungsmodelle, welche soziokulturelle und wirtschaftliche Aspekte mit Suchtentstehung in Verbindung bringen (5). Es ist jedoch hervorzuheben, dass kein einzelnes Erklärungsmodell die Entstehung der Abhängigkeitserkrankung vollständig darstellen kann und man von einer multifaktoriellen Ursache für die Suchtentwicklung ausgehen muss (6,7).

1.2.3 Allgemeines Therapiekonzept der Sucht

Durch Substanzkonsum verursachte Störungen, allen voran das Abhängigkeitssyndrom, werden in allen Ländern Europas als behandlungswürdige Erkrankungen angesehen (8). Rothenhäusler und Täschner (1) sind der Ansicht, dass jede Therapie einer Abhängigkeitserkrankung drei Grundsätzen folgen sollte. Unter jenen Richtlinien versteht man das Totalitätsprinzip, welches die Integration der Lebenspartnerin und des Lebenspartners, der Familie und des sozialen Umfelds in die Therapie berücksichtigt, das Pluralitätsprinzip, das die Beteiligung verschiedener Professionen an der Behandlung einschließt und das Permanenzprinzip, welches eine über eine längere Zeit währende Therapie für Suchterkrankte als notwendig erachtet. Die Grundlage der Behandlung bildet die Substanzabstinenz. Ziel der Therapie ist es, die Möglichkeit zu einem Leben in Autonomie wiederzuerlangen und eine für die Betroffenen bestmögliche soziale Integration zu erreichen. Prinzipiell unterscheidet man in der Therapie von Alkoholabhängigkeit, aber

auch bei Drogen- und Medikamentenabhängigkeit zwischen drei grundlegenden Behandlungsansätzen. Zu jenen zählen die medikamentöse Therapie, psychotherapeutische Ansätze und soziotherapeutische Therapieverfahren. Die Pharmakotherapie hat vor allem in der Phase des Entzugs, in welcher es zu einer Entgiftung der Betroffenen kommt, einen großen Stellenwert. Überdies gibt es auch die Möglichkeit einem Rückfall durch Einnahme von Medikamenten vorzubeugen. Bei den psychotherapeutischen Verfahren sind vor allem die kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung und die auf die Klientin beziehungsweise den Klienten zentrierte Gesprächspsychotherapie von Bedeutung. Psychoanalytischen und tiefenpsychologischen Behandlungsansätzen wird ein geringerer Stellenwert zugeschrieben. Des Weiteren können auch Psychoedukation, Suggestiv- und Entspannungsverfahren angewandt werden. Die soziotherapeutische Behandlung nutzt die Methoden der traditionellen Sozialarbeit (1).

Eine Suchttherapie kann unter Berücksichtigung des Ausmaßes der Abhängigkeitserkrankung, der Art des konsumierten Suchtmittels und der Einbeziehung der Betroffenen in ihr zwischenmenschliches Umfeld in einem ambulanten, teilstationären oder stationären Rahmen erfolgen. Die Behandlung besteht aus einzelnen Therapiephasen, welche eine sogenannte Therapiekette bilden. Jeder Abschnitt einer Therapiekette weist seine spezifischen Eigenheiten und Herausforderungen auf und wird von den jeweiligen Professionen betreut (9).

Die einzelnen Behandlungsphasen mit den jeweils zuständigen Institutionen beziehungsweise Berufsgruppen und die in der jeweiligen Phase notwendigen Interventionen sind in Abbildung 1 dargestellt und wurden größtenteils originalgetreu von Müller (9) übernommen.



Abbildung 1: Behandlungskette (9)

Einrichtungen zur Behandlung von Suchterkrankungen nutzen im Allgemeinen unterschiedliche Verfahrensweisen, zeigen aber bestimmte Gemeinsamkeiten. So bildet die Substanzfreiheit die Grundlage der Therapie. Als weitere gemeinsame Charakteristika sind unter anderem ein geregelter Tagesablauf, der Einsatz von Gruppentherapien, regelmäßige Überprüfungen des Therapiefortschrittes, der Aufbau von Aktivitäten und zwischenmenschlichen Beziehungen, ein Ersetzen des Substanzkonsums durch für die Betroffenen befriedigende Lebensinhalte sowie die Unterstützung bei der Veränderung und Reifung der Persönlichkeit der Suchterkrankten zu nennen. Jene Behandlungselemente finden in den meisten Institutionen Anwendung, jedoch häufig in abgeänderter Weise (1).

1.3 Therapeutische Gemeinschaft

1.3.1 Definition

Die Therapeutische Gemeinschaft ist ein sich auf den Menschen in seiner Gesamtheit fokussierendes Behandlungsverfahren, demzufolge Personen mit einer vergleichbaren Erkrankung über einen längeren Zeitraum zusammenleben (10). Prinzipiell unterscheidet man zwischen zwei Behandlungsmodellen der Therapeutischen Gemeinschaft. Einerseits gibt es die Therapeutische Gemeinschaft für Suchterkrankungen, welche auch als hierarchisch aufgebaute, konzept-basierte Gemeinschaft gesehen wird und andererseits die Therapeutische Gemeinschaft für psychiatrische Erkrankungen, welche sich durch ein verstärktes Mitspracherecht und größere persönliche Freiheit der Bewohnerinnen und

Bewohner auszeichnet. Beide Modelle haben prinzipiell dieselben Ziele, unterscheiden sich aber durch die jeweils angewandten Methoden (11).

Die Therapeutische Gemeinschaft für Abhängigkeitserkrankungen ist eine Behandlungsform, welche sich nicht nur auf die Genesung hinsichtlich einer Substanzabstinenz beschränkt, sondern eine Änderung der Lebensweise anstrebt. Die Gemeinschaft hat das Ziel, durch unterstützende Interventionen verschiedener Berufsgruppen eine kognitive Veränderung der Betroffenen herbeizuführen. Die Mitglieder werden ermutigt ihr persönliches Handeln zu reflektieren, um so ihr soziales Verhalten zu stärken und einen gesellschaftsfähigen Lebensstil zu erlangen (12).

1.3.2 Therapieelemente

George De Leon, ein international anerkannter Experte hinsichtlich der Behandlung von Suchterkrankungen und geachteter Spezialist auf dem Gebiet der Therapeutischen Gemeinschaft, ist der Ansicht, dass die Therapeutische Gemeinschaft ihre Suchtbehandlung auf der Annahme aufbaut, dass die Sucht keine Erkrankung im eigentlichen Sinne ist, sondern eine Störung des Menschen in seiner Gesamtheit. Die Therapie fokussiert sich deshalb nicht auf den Drogenkonsum per se, sondern bezieht sich immer auf die betroffene Person (10,13). Die Behandlungsmethoden der Therapeutischen Gemeinschaft richten sich danach, dass jeder Mensch therapeutische Fähigkeiten aufweist, durch welche er sein Leben in eine positive Richtung lenken kann (10,13,14). Betroffene erfahren durch die Gemeinschaft keine Heilung ihrer Störung, sondern erhalten eine Schulung zur Neugestaltung ihres Lebens. Die für ein gesellschaftsfähiges Leben als notwendig erachteten Werte, nach welchen die Bewohnerinnen und Bewohner der Therapeutischen Gemeinschaft streben sollen, sind unter anderem Ehrlichkeit, Verantwortungsbewusstsein und Arbeitsmoral (10,13). Um ein besseres Verständnis für das Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft zu erlangen ist es bedeutsam, die Hauptmerkmale der Gemeinschaft, beschrieben von Vanderplassen et al. (13), zu kennen. Zu den zentralen Elementen der Therapeutischen Gemeinschaft zählen die Selbsthilfe, die Hierarchie, die Gemeinschaft als Therapiemethode und die Konfrontation. Selbsthilfe bedeutet, dass die Betroffenen die zentralen Figuren in ihrer Behandlung sind und die anderen Mitglieder lediglich als Unterstützung fungieren (13). Die Therapeutische Gemeinschaft ist hierarchisch aufgebaut (15). Die alltäglichen Aktivitäten finden in einer strukturierten Weise statt, in welcher die Bewohnerinnen und Bewohner als Vorbilder für andere Mitglieder dienen. Wie bereits erwähnt, spielt die

Gemeinschaft eine signifikante Rolle in der Behandlung von Suchterkrankungen. Das Zusammenleben und die Förderung der Zusammengehörigkeit werden als wesentliche Faktoren für die positive Veränderung der Persönlichkeit und für soziales Lernen angesehen. Im Rahmen von Gruppentreffen und Seminaren werden Konfrontationen zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern gefördert. Die Mitglieder der Gemeinschaft geben sich gegenseitig Feedback. Sie teilen sich Beobachtungen und ihre eigenen Empfindungen in Bezug auf Verhaltensweisen und Einstellungen anderer Mitglieder, welche nicht den Gemeinschaftsregeln und dem Wertesystem der Therapeutischen Gemeinschaft entsprechen, mit (13).

Die Aufenthaltsdauer in einer Therapeutischen Gemeinschaft beträgt meist 12 bis 18 Monate. Angepasst an die Bedürfnisse und Lebensumstände der Betroffenen sowie an sozioökonomische Anforderungen, werden im Rahmen von modifizierten Therapeutischen Gemeinschaften auch kürzere Aufenthalte von drei oder sechs Monaten sowie auch Tageseinrichtungen, welche sich an dem Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft orientieren, angeboten (10). Das Therapieprogramm der Therapeutischen Gemeinschaft besteht in der Regel aus drei Stufen, zu welchen die Induktionsphase (1-60 Tage), die Phase der eigentlichen Behandlung (2-12 Monate) und die Phase der Wiedereingliederung in die Gesellschaft (13-24 Monate) zählen. Die Bewohnerinnen und Bewohner der Gemeinschaft erlangen durch Absolvieren der einzelnen Phasen Verantwortung und Privilegien. Einen großen Stellenwert im Behandlungsprozess nimmt die Arbeit ein. Tätigkeit soll zu einem persönlichen Wachstum der Bewohnerinnen und Bewohner führen, wobei dem Arbeitsprozess größere Bedeutung beigemessen wird als dem Ergebnis selbst. Sowohl die Betroffenen als auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Therapeutischen Gemeinschaft sind an einen strikt strukturierten Tagesablauf gebunden und werden angehalten, Sitzungen, Gemeinschaftstreffen und gemeinsamen Mahlzeiten beizuwohnen. Diese Maßnahmen sollen das Gemeinschaftsgefühl und den Zusammenhalt in der Gruppe stärken (10,13). Ein bedeutsamer Therapiebestandteil der Therapeutischen Gemeinschaft sind die Begegnungsgruppen. Die einzelnen Gruppen weisen eine Größe von acht bis zehn Personen auf, sind nicht hierarchisch aufgebaut und finden dreimal die Woche für etwa zwei Stunden statt. Begegnungsgruppen dienen dazu, Mitglieder anzuhalten sich gegenseitig hinsichtlich ihres negativen Verhaltens oder ihrer Einstellungen zu konfrontieren (13). Unter einem Gemeinschaftstreffen versteht man eine Diskussionsgruppe, an der alle Mitglieder sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gemeinschaft beteiligt sind. Ziel ist es, den

Bewohnerinnen und Bewohnern sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern das Gefühl zu vermitteln sich frei ausdrücken zu können. Anders als bei herkömmlichen therapeutischen Gruppen, in welchen nur die Betroffenen ihre Gefühle verbalisieren, ist es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in einer Gemeinschaftssitzung möglich, ihre eigenen, auf die Gemeinschaft bezogenen Ängste zu offenbaren (16).

1.3.3 Geschichte

Ogleich Süchte die Menschen seit Anbeginn begleiten, ist der Begriff der „Therapeutischen Gemeinschaft“ ein junger. Erstmals traten Therapeutische Gemeinschaften in Großbritannien während der 1940er Jahre auf. Die Therapeutischen Gemeinschaften in psychiatrischen Kliniken, gegründet unter anderem von Maxwell Jones im Vereinigten Königreich, entstanden 15 Jahre vor der Entwicklung der Therapeutischen Gemeinschaft für Suchterkrankungen. Die Entstehung der psychiatrischen Therapeutischen Gemeinschaften wird oft als eine der Revolutionen in der Psychiatrie gesehen (10). Diese ersten Therapeutischen Gemeinschaften gaben dem Therapiekonzept ein primäres Format (17). Inwiefern diese britischen psychiatrischen Gemeinschaften die später entwickelte Therapeutische Gemeinschaft für Abhängigkeitserkrankungen beeinflusst haben, ist bis heute nicht vollkommen geklärt (10).

Die Entwicklung der Therapeutischen Gemeinschaft für Abhängigkeitserkrankungen begann in den USA (18). In Nordamerika gründete Charles Dederich 1958 als ehemaliger Alkoholabhängiger und Mitglied der „Anonymen Alkoholiker“ erste Selbsthilfegruppen für Opiatsüchtige. Dederich erschuf eine Gemeinschaft namens „Synanon“. Angeregt wurde er hierbei unter anderem von den Werken des Schriftstellers und Philosophen R. W. Emerson und einer religiösen Organisation namens „Die Oxford-Gruppe“, gegründet von Frank Buchman, die sich als moralischer Gegenpol zur internationalen Kriegsaufrüstung verstand. Auch beeinflussten ihn die „Anonymen Alkoholiker“ und ihre Zwölf-Schritte-Methode zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit. Es entwickelten sich sogenannte Synanon-Häuser und Synanon-Dörfer, in welchen die Menschen ihrem alten Leben abschworen, sich auf das gegenwärtige gemeinsame Leben und Arbeiten konzentrierten und sich an Werten wie Wahrheit und Aufrichtigkeit orientierten (13, 19). Im Unterschied zum Zwölf-Schritte-Programm der „Anonymen Alkoholiker“ sieht die Therapeutische Gemeinschaft Sucht nicht als eine Erkrankung, sondern versteht sich selbst als Reaktion auf das medizinische Suchtmodell. Darüber hinaus sind Konfrontationen ein bedeutsamer Therapiebestandteil der

Begegnungsgruppen innerhalb einer Gemeinschaft, jedoch nicht Wesen des Behandlungskonzeptes der „Anonymen Alkoholiker“. Ein weiterer großer Unterschied liegt darin, dass Therapeutische Gemeinschaften eine Lebensstiländerung der Menschen erreichen wollen, die „Anonymen Alkoholiker“ sich primär nur auf die Substanzabstinenz fokussieren. Trotz der eindeutigen Unterschiede wurden in einigen amerikanischen Therapeutischen Gemeinschaften bestimmte Therapieansätze der „Anonymen Alkoholiker“ in die Behandlung integriert (13,20).

In Europa etablierten sich die durch amerikanische Vorbilder geprägten Therapeutischen Gemeinschaften erst einige Jahre später als Behandlungseinrichtungen für Suchterkrankte. Gründe dafür waren der Umstand, dass die Drogenprobleme hier erst ab Mitte der 1960er Jahre das überschaubare Maß überschritten sowie ideologische Bedenken, die ein Hindernis in der Entwicklung europäischer Therapeutischer Gemeinschaften darstellten. Als erster europäischer Lösungsversuch der Drogenproblematik entstand 1967 in England eine Selbsthilfegruppe namens „Release“. Ausgehend davon, aber auch eigenständig, wurden ab den 1960er und 1970er Jahren Therapeutische Gemeinschaften in mehreren Ländern in ganz Europa entwickelt (19).

Die Anfänge der Therapeutischen Gemeinschaft in Europa fanden in einer Zeit statt, in welcher die Inzidenz an Heroinsüchtigen dramatisch zunahm (21). In den 1980er Jahren kam es durch einen erleichterten Zugang zu illegalen Drogen zu einem eklatanten Anstieg an Infektionserkrankungen. Des Weiteren nahm die Zahl an Todesopfern infolge einer Substanzüberdosierung drastisch zu. Die europäischen Länder Belgien, Deutschland, Griechenland, Frankreich sowie die meisten skandinavischen Länder bedienten sich bis in die 1990er Jahre einem Behandlungskonzept, welches auf die Abstinenz der Suchterkrankten fokussiert war. Die Niederlande, Großbritannien und die Schweiz versuchten die Suchtproblematik mit Programmen zu bewältigen, welche auf die Minimierung der gesundheitlichen und sozialen Schäden ausgerichtet waren. Die Therapeutische Gemeinschaft musste als Behandlungsform für Suchterkrankungen einen Teil ihres Stellenwerts einbüßen. Vor allem Budgetkürzungen und eine hohe Zahl an rückfälligen Betroffenen stellten die Therapeutische Gemeinschaft vor große Herausforderungen. Man spezialisierte sich mehr auf die Vermeidung von durch Drogen verursachten Schäden und weniger auf ein ganzheitliches, langfristiges Behandlungskonzept. Darüber hinaus kam es zu einem Wechsel von privaten, unabhängigen Institutionen zu staatlichen Organisationen, was zu einer Schließung vieler Gemeinschaften führte. Aufgrund von wachsenden Bedenken hinsichtlich der Vorteile einer

Langzeitbehandlung für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, wurde die Therapeutische Gemeinschaft als optimale Behandlungsform in vielen Ländern in Frage gestellt. Um sich diesen Herausforderungen zu stellen und um als Alternative zur herkömmlichen Suchttherapie bestehen zu können, öffnete sich die Therapeutische Gemeinschaft gegenüber anderen Behandlungsverfahren und bezog auch Elemente der Standard-Drogenbehandlung mit ein. So kam es beispielsweise zur Einführung von Therapeutischen Gemeinschaften, welche eine medikamentöse Therapie mit Methadon in ihr Behandlungsverfahren integrierten. Des Weiteren wurden Therapeutische Gemeinschaften zum Teil auch verkleinert und modifiziert, um auf Bedürfnisse spezieller Patientinnen- und Patientengruppen wie Häftlinge eingehen zu können (13). Obgleich sich die europäische Therapeutische Gemeinschaft aus der Psychiatrie entwickelt hat und historisch in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen verankert ist, bedient sie mittlerweile dieselbe Zielpopulation von Drogenabhängigen wie ihr amerikanisches Vorbild (22). Die europäische Therapeutische Gemeinschaft entstand zwar unter dem Einfluss der nordamerikanischen Gemeinschaft, konnte aber durch Ergänzungen ihren eigenen Charakter entwickeln. Der verhaltensorientierte Ansatz wurde durch europäische Bildungstheorien und psychoanalytisches Denken ergänzt (13). Um den im Laufe der Zeit veränderten Anforderungen von Suchterkrankten gerecht zu werden, kam es zu einigen Umstrukturierungen in den Behandlungsverfahren der Therapeutischen Gemeinschaft. So begannen einige Gemeinschaften ausgebildete Fachkräfte ehemaligen Süchtigen als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vorzuziehen (23). Des Weiteren nahm die Rolle der Familienangehörigen in der Behandlung einen viel größeren Stellenwert ein als beim amerikanischen Pendant und brachte neue therapeutische Techniken und eine menschlichere Herangehensweise an die Suchterkrankung mit sich (22). Die strikten Behandlungstechniken und harten Konfrontationen in den Begegnungsgruppen der Therapeutischen Gemeinschaft führten zu Kritik, was zu einem eigenen Behandlungsmodell führte, welches sich auf deeskalierende Dialoge und gegenseitiges Verständnis konzentrierte (13,24).

Heutzutage arbeiten Therapeutische Gemeinschaften aus verschiedenen europäischen Ländern in der „European Federation of Therapeutic Communities“ zusammen. In der „World Federation of Therapeutic Communities“ findet zudem ein Austausch mit außereuropäischen Therapeutischen Gemeinschaften statt (13).

Um den Bedenken von Kritikerinnen und Kritikern entgegen zu wirken, wurde und wird bis heute versucht, die Wirksamkeit des Behandlungskonzepts wissenschaftlich zu belegen (13). Trotz dieser Bemühungen wird das Therapiekonzept der Therapeutischen Gemeinschaft

aufgrund fehlender randomisiert durchgeführter, klinischer Studien in Bezug auf den Therapieerfolg in Frage gestellt (25).

1.3.4 Richtlinien der Gemeinschaft

Zur Qualitätssicherung und Prozessoptimierung ist die Entwicklung und Umsetzung von evidenzbasierten klinischen Leitlinien von großer Bedeutung. Dennoch fürchten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Therapeutischen Gemeinschaften durch die Einführung von Richtlinien einen Autonomieverlust der Gemeinschaften herbeizuführen. Des Weiteren sehen sie die Therapeutische Gemeinschaft als ein zu umfassendes, sich ständig im Wandel befindendes Therapieverfahren und stellen die Anwendung allgemeingültiger Standards in Frage (13). De Leon (10) ist hingegen der Ansicht, dass Guidelines die Umsetzung und das Management von sich an dem Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft orientierenden Programmen positiv beeinflussen können. Zudem würden Standards als ein Kriterium für Genehmigungen und Lizensierungen von Programmen und Personal zur Qualitätssicherung dienen.

Vanderplasschen et al. (13) konnten in der Literatur drei Gruppen von länderunspezifischen Leitlinien und Normen identifizieren. Dazu zählen die „Survey of Essential Elements Questionnaire“, die „Service Standards for European TCs for Addiction“ der „Community of Communities“ und die „Standards and Goals“ der „World Federation of Therapeutic Communities“.

1.3.4.1 Survey of Essential Elements Questionnaire

Die „Survey of Essential Elements Questionnaire“ ist eine Erhebung, welche von George De Leon und Gerald Melnick entwickelt wurde, um die Grundlagen des Behandlungsmodells der Therapeutischen Gemeinschaft zu identifizieren und dokumentieren. Durch Auswertung dieses Fragenkatalogs ist es möglich, Therapeutische Gemeinschaften auf ihre Güte hin zu überprüfen und zwischen modifizierten und traditionellen Programmen zu differenzieren (26). Die „Survey of Essential Elements Questionnaire“ wurde erstellt, um den zunehmenden Bedenken hinsichtlich Qualität und Effektivität des Behandlungskonzepts der Therapeutischen Gemeinschaft entgegenzuwirken (13). Sie besteht aus 139 Fragen und die Befragten haben die Möglichkeit aus einer Skala von 1 (wenig wichtig) bis 5 (extrem wichtig) zu wählen. Die Zahl 0 wird verwendet, um Behandlungselemente zu identifizieren, die sich negativ auf das Behandlungskonzept der

Therapeutischen Gemeinschaft auswirken könnten oder keine Anwendung finden (27). Die Umfrage besteht aus sechs übergeordneten Kategorien, welche jeweils in eine Anzahl an Unterpunkten unterteilt sind. Die Hauptpunkte beinhalten die Grundstrukturen der Therapeutischen Gemeinschaft, während die Unterpunkte die wesentlichsten Behandlungsmerkmale der Therapeutischen Gemeinschaft widerspiegeln (13). Eine Übersicht über den Inhalt des Fragenkatalogs wird in der folgenden Tabelle (Tabelle 1) gegeben und wurde wortgetreu aus der Arbeit von Melnick und De Leon (27) entnommen.

1.TC Perspective
includes the domains <i>View of the Addictive Disorders, View of the Addict, View of Recovery and View of Right-Living</i>
2.The Agency: Treatment Approach and Structure
includes <i>Agency Organization, Agency Approach to Treatment, Staff Roles and Functions, Clients' Role and Functions and Health Care</i>
3.Community as Therapeutic Agent
includes <i>Peers as Gatekeepers, Mutual Help, Community Belonging, Outside Community Contact, and Community/Clinical Management-Privileges, Sanctions and Surveillance</i>
4.Educational and Work Activities
consists of <i>Formal Educational Elements, Therapeutic-Educational Elements and Work as Therapy</i>
5.Formal Therapeutic Elements
consists of <i>General Therapeutic Techniques, Groups as Therapeutic Agents, Counseling Techniques and the Role of the Family</i>
6.Process
includes <i>Stages of Treatment, Introductory Period, Primary Treatment Stage and Community Re-entry Period</i>

Tabelle 1: Survey of Essential Elements Questionnaire (27)

1.3.4.2 Normen der Therapeutischen Gemeinschaft

„The Community of Communities“ ist ein qualitatives Netzwerk und wurde 2002 gegründet. Es verbindet Mitglieder der Therapeutischen Gemeinschaft in Großbritannien und anderen Teilen Europas über standardisierte Qualitätsverbesserungsverfahren, die sich der Methode von Self-Review und Peer-Review bedienen (28). Die Service-Standards der Therapeutischen Gemeinschaft für Suchterkrankungen in Europa wurden als Kooperationsprojekt unter der Leitung des „Royal College of Psychiatrists“ mit Beteiligung von internationalen Interessensvertreterinnen und Interessensvertretern entwickelt (13). Sie bilden die Möglichkeit, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Bewohnerinnen und

Bewohner der Therapeutischen Gemeinschaft Dienstleistungen der Gemeinschaft bewerten und bewährte Verfahren verbreitet werden können (28). Prinzipiell stellen die Standards ideale Handlungsweisen dar. Da nicht jede Therapeutische Gemeinschaft in der Lage ist jeden Standard zu erfüllen, sind sie als Leitlinien zu betrachten (13).

Die in Tabelle 2 dargestellten Normen beziehen sich auf wesentliche Therapiemerkmale, dessen Ausführung alle Therapeutischen Gemeinschaften anstreben sollten (13). Sie schaffen standardisierte Rahmenbedingungen für unterschiedliche Therapeutische Gemeinschaften. 2006 wurde die erste Version dieser Regeln veröffentlicht, welche sowohl für die psychiatrische Therapeutische Gemeinschaft als auch für die Therapeutische Gemeinschaft für Suchterkrankungen gültig sind (13). Folgend findet sich eine 2015 überarbeitete Version der Normen, welche, um einem Sinnverlust vorzubeugen, unverändert übernommen wurde.

Core Standards

CS1	There is a clear Therapeutic Community model of practice that is consistently applied across the service	<p>1.1.1 All staff members can describe the model of practice used by their Therapeutic Community</p> <p>1.1.2 [service users] can describe the model of practice used by their Therapeutic Community</p> <p>1.1.3 The Therapeutic Community leadership functions in a way that is consistent with the Therapeutic Community model</p>
CS2	Community Members are aware of the expectations of Community Membership	<p>1.2.1 The Therapeutic Community provides information to new staff and [service users] that describes the expectations of membership</p> <p>1.2.2 The community can demonstrate that all new staff and [service users] understand and accept the expectations as conditions of membership. For example, a signed contract</p> <p>1.2.3 Staff and [service users] can describe the expectations of Community Membership</p>
CS3	Community Members are encouraged to form a relationship with the Community and with each other as a significant part of Community life	<p>1.3.1 Staff and [service users] work together to keep a clean, wellmaintained physical environment</p> <p>1.3.2 Staff and [service users] routinely share informal time together, including meal times and recreation</p> <p>1.3.3 Staff and [service users] encourage each other to share their life experiences</p> <p>1.3.4 Issues of power and authority in relationships are openly discussed. For example, bullying or structural hierarchies</p> <p>1.3.5 Staff and [service users] value and accommodate each others' different abilities and are sensitive to these differences</p>
CS4	Community Members work together to review, set and maintain Community rules and boundaries	<p>1.4.1 Staff and [service users] can describe and evidence the process of reviewing and setting community rules and boundaries</p> <p>1.4.2 Staff and [service users] can describe the process that follows breaking rules and boundaries</p> <p>1.4.3 Staff and [service users] can describe their involvement when someone breaks the rules and boundaries</p> <p>1.4.4 There is a record of community involvement in maintaining rules and boundaries</p>
CS5	There is a structured timetable of activities that reflects the needs of Community Members	<p>1.5.1 The timetable includes a group meeting which all staff and [service users] are expected to attend, commonly called the Community Meeting</p> <p>1.5.2 The timetable of activities is reviewed regularly (minimum annually) with input from current staff and [service users]</p> <p>1.5.3 There is a process for monitoring and addressing attendance at timetabled activities</p>
CS6	All behaviour and emotional expression is open to discussion within the Community	<p>1.6.1 Staff and [service users] are encouraged and supported to put thoughts and feelings into words</p> <p>1.6.2 Staff and [service users] support each other to be reflective and non judgemental when responding to issues raised in the Community</p> <p>1.6.3 Staff and [service users] talk to one another about their own behaviour and the effect it has on others</p> <p>1.6.4 Staff and [service users] consider and discuss their attitudes and feelings towards each other</p>
CS7	Community Members take part in the day to day running of the community	<p>1.7.1 Decisions that affect the functioning of the community are made in collaboration with staff and [service users]</p> <p>1.7.2 Staff and [service users] take on a variety of roles within the community</p> <p>1.7.3 Community roles with increasing levels of responsibility are achievable by all staff and [service users]</p>
CS8	Everything that happens in the Community is treated as a learning opportunity	<p>1.8.1 Staff and [service users] discuss problems and their solutions before action is taken</p> <p>1.8.2 There are reparative and non-punitive ways of resolving hurt, conflict and damage which work towards a meaningful outcome</p> <p>1.8.3 Staff and [service users] are encouraged to identify parallels between their relationships, behaviour and perceptions outside of the Community and similar situations within the Community</p>
CS9	Community Members share responsibility for the emotional and physical safety of each other	<p>1.9.1 Staff and [service users] offer one another advice on ways of coping with conflict and frustration</p> <p>1.9.2 There are clear procedures in place if the community needs to address concerns/difficulties outside the timetable of activities e.g. emergency meetings</p> <p>1.9.3 Staff and [service users] share an agreed understanding of the use of physical contact in supporting each other, expressing warmth and building healthy relationships</p> <p>1.9.4 Staff and [service users] are encouraged to bring concerns about each other to groups, fears around "telling tales" or "grassing" are openly discussed</p>
CS10	Community Members are active in the personal development of each other	<p>1.10.1 Staff and [service users] encourage each other to take on jobs and responsibilities in the community based on their development needs</p> <p>1.10.2 Staff and [service users] are encouraged to give feedback to each other</p> <p>1.10.3 There is a process in place to gain input from staff and [service users] into each others' reviews or appraisals. For example, using 360 degree feedback</p>

Tabelle 2: Service-Standards der Therapeutischen Gemeinschaft (28)

1.3.4.3 Standards und Ziele der „World Federation of Therapeutic Communities“

Therapeutische Gemeinschaften, die sich um eine Mitgliedschaft bei der „World Federation of Therapeutic Communities“ bemühen, sind verpflichtet, die Normen und Ziele der „World Federation of Therapeutic Communities“ zu unterzeichnen und diese auch einzuhalten. Die „European Federation of Therapeutic Communities“ bedient sich der gleichen Vorgaben (13).

Die sowohl für die „World Federation of Therapeutic Communities“ als auch für die „European Federation of Therapeutic Communities“ gültigen Normen und Ziele sind in Tabelle 3 aufgelistet und wurden von der Webseite der „World Federation of Therapeutic Communities“ originalgetreu übernommen (29).

Standards and Goals for Therapeutic Communities
Recognize the human and civil rights of all persons associated with their therapeutic community and clearly state the rights, privileges and responsibilities of clients and staff.
Vest in each individual within the Therapeutic Community the right to be free from the threat of the negative use of power by any individual or group.
Develop a statement on the philosophy and goals of the program.
Adopt regulations for their Therapeutic Community which afford protection from apparent or actual abrogation of local and national laws.
Function within environments which provide maximum opportunity for physical, spiritual, emotional and aesthetic development and which will ensure the safety of everyone.
Facilitate the structure of a society/community based on the optimal use of the integrity, good will and humanity of all its members in which the dignity of persons is a priority value.
Train and provide adequate supervision for staff.
Be accountable to an external Executive or Community Board with meetings predetermined and at regular intervals during the year for the purpose of maintaining supervision and responsibility for the activities of the program and each facility.
Produce an annual audited financial report, authorized by the member's Executive or Community Board.

Tabelle 3: Normen und Ziele der „World Federation of Therapeutic Communities“ (29)

1.3.5 Modifizierungen

Um den veränderten Anforderungen in der Suchtbehandlung gerecht zu werden, wurden traditionelle Programme der Therapeutischen Gemeinschaft modifiziert. Es kam zur Anpassung der Therapeutischen Gemeinschaft an die Bedürfnisse spezieller Subgruppen wie Frauen, Jugendliche, Menschen mit psychischen Komorbiditäten und Kriminelle. Um eine optimale Therapie zu gewährleisten, beschäftigen einige Gemeinschaften eine größere Zahl von speziell ausgebildetem Personal und weisen einen weniger auf Konfrontation fokussierten Behandlungsstil auf. Des Weiteren bieten modifizierte Einrichtungen den

Bewohnerinnen und Bewohnern mehr Handlungsfreiraum und eine vermehrt auf das Individuum bezogene Therapie. Obgleich die Therapeutische Gemeinschaft als Langzeitbehandlung entwickelt worden ist, bieten viele Gemeinschaften zeitlich verkürzte und ambulante Therapieprogramme an (26).

1.3.5.1 Menschen mit psychiatrischen Komorbiditäten

Betroffene, welche neben der Substanzabhängigkeit psychiatrische Komorbiditäten aufweisen, stellen eine große Herausforderung hinsichtlich ihrer Behandlung dar. Schätzungen zufolge leiden 50 bis 70% der Betroffenen in Drogenbehandlungsprogrammen neben ihrer Suchterkrankung auch an einer oder mehreren psychischen Erkrankungen (30).

Menschen mit psychischen Erkrankungen leiden häufig unter sozialer Isolation, kognitiven Beeinträchtigungen, extremen Stimmungsschwankungen und Depressionen, was ihre Behandlung in traditionellen Abhängigkeitsprogrammen beträchtlich erschwert (31).

Die modifizierten Therapeutischen Gemeinschaften für substanzabhängige Menschen mit psychiatrischen Komorbiditäten wurden in den frühen 1990er Jahren gegründet. Ihr therapeutischer Ansatz basiert auf den Theorien der traditionellen Therapeutischen Gemeinschaft. Strukturierte Tagesabläufe, die Förderung der persönlichen Verantwortung, das Agieren von Mitgliedern als gegenseitige Vorbilder und der Wandel des Lebensstils gehören wie bei der traditionellen Therapeutischen Gemeinschaft zum Therapiegrundstein. Die meisten zentralen Behandlungselemente wurden beibehalten, jedoch an die Bedürfnisse und Schwächen von Menschen, welche zusätzlich zur Abhängigkeit eine psychische Erkrankung aufweisen, adaptiert. Modifikationen wurden durchgeführt, um auf die krankheitsbedingten Symptome und kognitiven Beeinträchtigungen der Betroffenen adäquat reagieren zu können. Im Gegensatz zum traditionellen Ansatz der Therapeutischen Gemeinschaft weisen modifizierte Gemeinschaften mehr Flexibilität, weniger Sanktionen und Konfrontationen in Bezug auf fehlerhaftes Verhalten und eine größere Sensibilität hinsichtlich individueller Unterschiede und spezieller Bedürfnisse der einzelnen Bewohnerinnen und Bewohner auf (32).

1.3.5.2 Jugendliche

Die Adoleszenz ist ein Lebensabschnitt, in welchem Menschen besonders anfällig für die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung sind (33). In der Behandlung von Suchterkrankungen im Rahmen einer Therapeutischen Gemeinschaft liegt der Anteil an

Jugendlichen bei 20 bis 25% (34). Jugendliche, welche eine Therapie in einer Therapeutischen Gemeinschaft beginnen, weisen neben der Suchterkrankung meist auch Störungen in ihrem Verhalten auf. Häufig auftretende Probleme sind unter anderem Schwangerschaften, schlechte Schulleistungen, Aufmerksamkeitsdefizite und Hyperaktivitätsstörungen sowie Autoritätsprobleme. Bei der Behandlung von Jugendlichen spielt, wie bei Erwachsenen, die Gemeinschaft eine zentrale Rolle in der Genesung. Obgleich Jugendlichen häufig eine primär für sie zuständige Betreuerin beziehungsweise ein Betreuer zu Verfügung steht, von welcher beziehungsweise welchem sie individuell betreut werden, müssen sie ebenso wie Erwachsene Verantwortung in der Gemeinschaft übernehmen und fungieren als gegenseitige Vorbilder. Für junge Menschen hat die Gemeinschaft meist eine noch größere Bedeutung als für Erwachsene, da die Gemeinschaft häufig die Rolle der Familie übernimmt (35).

Um den speziellen Bedürfnissen von jugendlichen Suchterkrankten gerecht zu werden, wurde das Therapiekonzept der traditionellen Therapeutischen Gemeinschaft modifiziert. Die Veränderungen im Behandlungsansatz beinhalten eine kürzere Dauer des Aufenthalts und eine Zunahme der Familienbeteiligung im Therapieprozess (36). Des Weiteren wird der Konfrontation als Therapiemethode eine geringere Bedeutung beigemessen als bei Therapieprogrammen für Erwachsene. Außerdem unterliegen Jugendliche einer größeren Kontrolle seitens der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Da die Schulbildung einen beträchtlichen Stellenwert in der Gemeinschaft einnimmt, ist die Arbeitsbelastung für Bewohnerinnen und Bewohner einer auf Jugendliche ausgerichteten Therapeutischen Gemeinschaft deutlich geringer als für Menschen, die die Volljährigkeit bereits erreicht haben (35). Auch versucht man durch den Einsatz von speziell für junge Menschen modifizierte Therapeutische Gemeinschaften neben der Senkung des Substanzkonsums eine Reduktion krimineller Aktivitäten zu erzielen (37).

1.3.5.3 Frauen

Sucht stellt für Frauen ein multidimensionales Problem dar, welches mit komplexen psychosozialen Herausforderungen verbunden ist (38). Der Anteil an Frauen in Therapeutischen Gemeinschaften liegt bei etwa 30 %. Aktuelle Studien konnten zeigen, dass es geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen substanzabhängigen Männern und Frauen gibt und dass traditionelle Therapeutische Gemeinschaften, welche sich einem überwiegend

auf Männer ausgerichteten Therapiemodell bedienen, für Frauen weniger geeignet sind (38,39).

Betrachtet man das Patientinnen- und Patientenkollektiv in einer Therapeutischen Gemeinschaft, weisen Frauen eine höhere Rate an Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen auf (39). Sie erleben häufiger traumatische Erfahrungen, wie körperlichen und sexuellen Missbrauch und leiden häufig an geringem Selbstwertgefühl. Im Gegensatz zu Männern zeigen sie jedoch eine deutlich geringere kriminelle Aktivität (38,39). Frauen, welche eine Therapie in einer Therapeutischen Gemeinschaft beginnen, stammen typischerweise aus einem von Armut geprägten Umfeld und aus zerrütteten Familienverhältnissen (40). Des Weiteren konsumieren Frauen häufiger intravenös verabreichende Drogen, was mit einem erhöhten Risiko für Infektionserkrankungen einhergeht, haben häufig Partnerinnen und Partner, die ebenfalls Drogen konsumieren, und prostituieren sich häufiger für Drogen als Männer (41).

Um sich den speziellen Bedürfnissen von an Substanzabhängigkeit leidenden Frauen anzupassen, bieten modifizierte, nur Frauen behandelnde oder gemischt geschlechtliche Therapeutische Gemeinschaften erweiterte Dienstleistungen an. Es werden Programme offeriert, welche sich auf psychische Gesundheit, Substanzmissbrauch, Bildung, Beruf, Recht und Wohnungsvermittlung spezialisiert haben (42). Der Konfrontation als Therapiemethode wird hingegen ein geringerer Stellenwert zugemessen (33). Ein weiteres wesentliches Problem bei der Behandlung von substanzabhängigen Frauen ist, dass eine beträchtliche Zahl der Frauen entweder schwanger oder bereits Mutter ist. Sie haben Angst, ihre Kinder zu Pflegeeltern geben zu müssen oder ihr Sorgerecht zu verlieren und lehnen aus diesem Grund häufig eine Therapie ihrer Erkrankung ab. Um diese Frauen zu unterstützen, entstanden Gemeinschaften, in welchen Kinder in die Behandlung miteinbezogen werden (43). Als Ziele der Integration von Kindern in die Suchttherapie können die Entwicklung von Problemlösungskompetenzen, eine Verbesserung der Kommunikation zwischen Mutter und Kind und das Erlernen der Interaktion auf emotionaler Ebene angesehen werden. Frauen, welche das Sorgerecht für ihr Kind verloren haben, werden unter anderem in der Vorbereitung auf eine Familienzusammenführung unterstützt (33,43).

1.3.5.4 Häftlinge

Substanzabhängigkeit ist eine bei Kriminellen häufig auftretende Störung und verhindert möglicherweise eine erfolgreiche Wiedereingliederung der Insassinnen und Insassen in die

Gesellschaft nach ihrer Freilassung. Substanzabhängige Häftlinge weisen ohne adäquate Behandlung ein erhöhtes Risiko auf, nach ihrer Entlassung ihren Drogenmissbrauch fortzuführen und ihr Risiko erneut verhaftet zu werden, ist beträchtlich höher als bei Insassinnen und Insassen ohne Substanzabhängigkeit in der Anamnese. Behandlungsverfahren, die auf dem Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft basieren, können diesen Kreislauf durchbrechen und senken die Inzidenz weiterer Inhaftierungen sowie die Drogenrückfallrate (44).

Aufgrund des meist jahrelangen Drogenkonsums und einer langandauernden Abhängigkeitsanamnese der Gefängnisinsassinnen und Gefängnisinsassen bedarf es einer umfassenden Behandlung, welche eine Neugestaltung des Denkens und Handelns erreichen soll. Das Ziel Therapeutischer Gemeinschaften in Gefängnissen ist es, einen ganzheitlichen Wandel des Lebensstils, welcher die Abstinenz von illegalen Substanzen, das Vermeiden von kriminellen Aktivitäten und das Erlangen von in der Arbeitswelt notwendigen Fähigkeiten und sozialen Werten einschließt, zu erreichen (45). Wie das Konzept der traditionellen Therapeutischen Gemeinschaft basieren die Therapieverfahren der Therapeutischen Gemeinschaften in Gefängnissen auf dem Prinzip der Selbsthilfe. Das Leben ist nach klaren Regeln strukturiert und durch verantwortungsvolles Verhalten kann eine Zunahme von Autorität und Wertschätzung innerhalb der Gruppe erreicht werden. Werte wie Selbstdisziplin, Gewaltlosigkeit, Annahme von Autoritäten und Ehrlichkeit werden gefördert und durch Akzeptanz von Einschränkungen kommt es allmählich zur Re-Integration in die Gesellschaft (46). Die Häftlinge müssen Verantwortung für ihren Veränderungsprozess übernehmen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, zu welchen auch ehemalige Insassinnen und Insassen zählen, fungieren als Vorbilder. Häufig führen die Insassinnen und Insassen nach ihrer Entlassung die Therapie mit Hilfe von auf dem Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft basierenden Nachbehandlungsprogrammen fort. So soll es zu einer Festigung der im Gefängnis erarbeiteten Verhaltensweisen kommen (45).

2. Methoden

Die vorliegende systematische Übersichtsarbeit orientiert sich an den „PRISMA“-Leitlinien. „PRISMA“ steht für „Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses“ und liefert Guidelines für systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen. Mithilfe einer Checkliste, welche 27 Punkte umfasst, und einem Flow-Diagramm zur für die Leserinnen und Leser übersichtlichen Darstellung der Literaturrecherche, sollen Autorinnen

und Autoren bei der Erstellung systematischer Übersichtsarbeiten und Metaanalysen unterstützt werden (47).

2.1 Auswahlkriterien

Die Auswahl der relevanten Studien erfolgte nach vorab definierten Ein- und Ausschlusskriterien. Als Einschlusskriterium wurde festgelegt, dass die berücksichtigten Studien entweder in englischer oder deutscher Sprache verfasst sein mussten. Die Betroffenen konnten auch psychische Komorbiditäten aufweisen, solange bei allen Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmern eine Suchterkrankung vorhanden war. Des Weiteren wurden ausschließlich Personen berücksichtigt, welche ihre Volljährigkeit bereits erreicht hatten.

Das Studiendesign musste einer klinisch kontrollierten Studie mit oder ohne Randomisierung entsprechen, welche prospektiv die stationäre Form der Therapeutischen Gemeinschaft mit einer Kontrollgruppe, die entweder einer Standardtherapie ohne Elemente der Therapeutischen Gemeinschaft, einer ambulanten Therapeutischen Gemeinschaft oder einer Patientinnen- und Patientengruppe ohne laufende Therapie entsprochen hatte, verglich. Um die Frage nach dem Einfluss der Therapielänge auf den Behandlungserfolg beantworten zu können, wurden auch Studien eingeschlossen, welche zwei Therapeutische Gemeinschaften mit unterschiedlicher Behandlungsdauer miteinander verglichen hatten.

Die verwendeten Studien mussten sich mit dem Therapieerfolg der Betroffenen in Bezug auf den Therapieabschluss, die Aufenthaltsdauer, den Drogenkonsum, die Kriminalität, die Arbeit beziehungsweise Bildung und die psychische beziehungsweise physische Gesundheit der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer beschäftigen. Es wurden ausschließlich Arbeiten, welche mindestens zwei dieser Outcome-Kategorien untersucht hatten, in die Übersichtsarbeit eingeschlossen.

Ausgeschlossen wurden Studien, welche sich auf Therapeutische Gemeinschaften in Gefängnissen fokussiert hatten. Des Weiteren galt es Arbeiten, in welchen das Patientinnen- und Patientenkollektiv zwar an einer psychischen, aber an keiner Abhängigkeitserkrankung gelitten hatte, auszuschließen. Studien, welche sich mit Therapeutischen Gemeinschaften für Jugendliche beschäftigt hatten, sowie Arbeiten, welche sich primär auf die Nachbehandlung der Betroffenen nach einem Aufenthalt in einer Therapeutischen Gemeinschaft spezialisiert hatten, wurden ebenfalls nicht in der systematischen Übersichtsarbeit berücksichtigt. Des

Weiteren wurden Arbeiten, welche sich ausschließlich auf Therapeutische Gemeinschaften für Frauen fokussiert hatten, nicht beachtet. Übersichtsarbeiten und Metaanalysen wurden aus der Recherche ausgeschlossen.

2.2 Informationsquellen

Die für die systematische Übersichtsarbeit verwendeten Datenbanken waren „PubMed“ und „Web of Knowledge“. Der Zugriff auf die Datenbanken erfolgte über Lizenzen der Medizinischen Universität Graz. Zusätzlich wurden die Referenzlisten vorhandener Übersichtsarbeiten und Metaanalysen sowie relevanter Studien nach für die systematische Übersichtsarbeit bedeutsamen Arbeiten überprüft. Auch wurde auf den Webseiten der „World Federation of Therapeutic Communities“, der „European Federation of Therapeutic Communities“ und des „National Institute on Drug Abuse“ nach relevanten Studien gesucht. Als Zeitpunkt für die letzte systematische Suche kann der 22.01.2017 genannt werden.

2.3 Suche

Um eine Replizierbarkeit der Suche zu gewährleisten, wird im folgenden Kapitel eine vollständige Suchstrategie, welche in beiden Datenbanken Anwendung fand, beschrieben. Sowohl für „Web of Knowledge“ als auch für „PubMed“ wurden die Begriffe „*therapeutic community*“ AND *outcome* AND *addiction* OR „*substance use disorder*“ OR *misuse* OR „*substance abuse*“ verwendet. In beiden Datenbanken wurden Filter zur Limitierung der Suche benutzt. Als Dokumentenart wurde jeweils der Filter *clinical trial* verwendet, um nur evidenzbasierte Studien zu berücksichtigen. Des Weiteren wurde in „PubMed“ *English* und *German* als berücksichtigte Sprachen ausgewählt. In der Datenbank „Web of Knowledge“ konnte hingegen nur *English* ausgewählt werden. Bezüglich des Publikationsdatums und der Textverfügbarkeit wurden keine Limitationen gesetzt.

2.4 Auswahl der Studien

Alle Studien, welche nach Anwendung der Suchbegriffe und Filter als relevante Resultate präsentiert worden waren, wurden einer Duplikationsprüfung unterzogen und mehrfach vorhandene Studien wurden ausgeschlossen. Hierfür wurde das Zitierprogramm „Refworks“ verwendet. Anschließend wurden die Arbeiten einem Screening hinsichtlich Titel und Zusammenfassung unterzogen. Dabei wurden Studien, welche nicht alle bereits erläuterten Einschlusskriterien aufwiesen beziehungsweise eines der Ausschlusskriterien enthielten,

ausgeschlossen. Studien, die nach Überprüfung von Titel und Zusammenfassung eingeschlossen wurden, wurden entweder direkt über die jeweilige Datenbank bezogen oder wenn nicht verfügbar, wurde das Internet nach der jeweiligen Arbeit durchsucht. Bei Studien, welche nicht frei zugänglich waren, wurden die jeweiligen Autorinnen und Autoren per E-Mail um die benötigte, von ihnen verfasste Studie, gebeten. Arbeiten, die weder über die Lizenzen der Medizinischen Universität Graz noch über das Internet oder die jeweiligen Autorinnen und Autoren verfügbar waren, wurden über die Bibliothek der Medizinischen Universität Graz kostenpflichtig angefordert. Studien, die trotz der bereits beschriebenen Bemühungen nicht verfügbar waren, wurden ausgeschlossen.

Die nach Lesen des Titels und der Zusammenfassung ausgewählten Studien wurden anschließend einem Screening ihres Volltextes unterzogen. Hierbei kamen wieder die festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien zur Anwendung und Arbeiten, welche nicht den Auswahlkriterien zur Gänze entsprachen, wurden nicht weiter berücksichtigt.

2.5 Prozess der Datengewinnung und Datendetails

Aus den eingeschlossenen Arbeiten wurden folgende Punkte herausgearbeitet:

- Autorinnen und Autoren der Studie und Jahr der Publikation
- Studiendesign
- Studienpopulation: Zahl der Probandinnen und Probanden (alle Betroffenen, welche eine Therapie begonnen hatten) und Charakteristika der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer (Geschlecht, durchschnittliches Alter, Art des Substanzkonsums)
- Zeitpunkte der Verlaufskontrollen und Zahl der Probandinnen und Probanden zum Zeitpunkt der Verlaufskontrollen
- Interventions- und Kontrollgruppen: Art der Therapeutischen Gemeinschaften und Art der Kontrollgruppen (unter Berücksichtigung der jeweiligen Therapielänge und der jeweiligen Probandinnen- und Probandenzahl)
- Therapieerfolg: Therapieabschluss, tatsächliche Aufenthaltsdauer, Drogenkonsum, Kriminalität, Arbeit und Bildung, psychische und physische Gesundheit
- Faktoren, welche Einfluss auf den Therapieerfolg hatten (vor allem Modifizierungen und Therapielänge)

3. Ergebnisse

3.1 Auswahl der Studien

Die Trefferzahl lag nach Anwendung aller eingangs erwähnten Filter in der Datenbank „Web of Knowledge“ bei 62 Treffern und in der Datenbank „PubMed“ bei 35 Treffern. Es wurden zusätzlich zwei Arbeiten aus der Referenzliste einer zu diesem Thema von Vanderplasschen et al. (48) verfassten systematischen Übersichtsarbeit hinzugefügt. Aus den primären Ergebnissen wurden mit Hilfe des Zitierprogramms „Refworks“ 35 Artikel als Duplikate identifiziert und ausgeschlossen. Nach Lesen von Titel und Zusammenfassung der verbliebenen Studien (62 aus der Datenbank „Web of Knowledge“ und zwei aus der von Vanderplasschen et al. (48) veröffentlichten Arbeit) wurden weitere 46 Studien aufgrund der bereits beschriebenen Ein- und Ausschlusskriterien ausgeschlossen und 17 Arbeiten zum Volltextscreening ausgewählt.

Nach der Volltextauswertung wurden weitere drei Studien nicht weiter berücksichtigt. Zwei Studien (49,50) entsprachen nicht den Kriterien eines kontrollierten Studiendesigns. Die dritte Studie (39) bezog sich primär auf genderspezifische Einflussfaktoren auf den Therapieerfolg der Therapeutischen Gemeinschaft und nicht auf Outcome-Unterschiede zwischen den jeweiligen Therapiemethoden. Die verschiedenen Phasen der Studienextraktion sind unter Verwendung eines Flow-Diagramms in Abbildung 2 dargestellt. Als Vorlage diente das „PRISMA 2009 Flow Diagram“ (51) in deutscher Sprache.

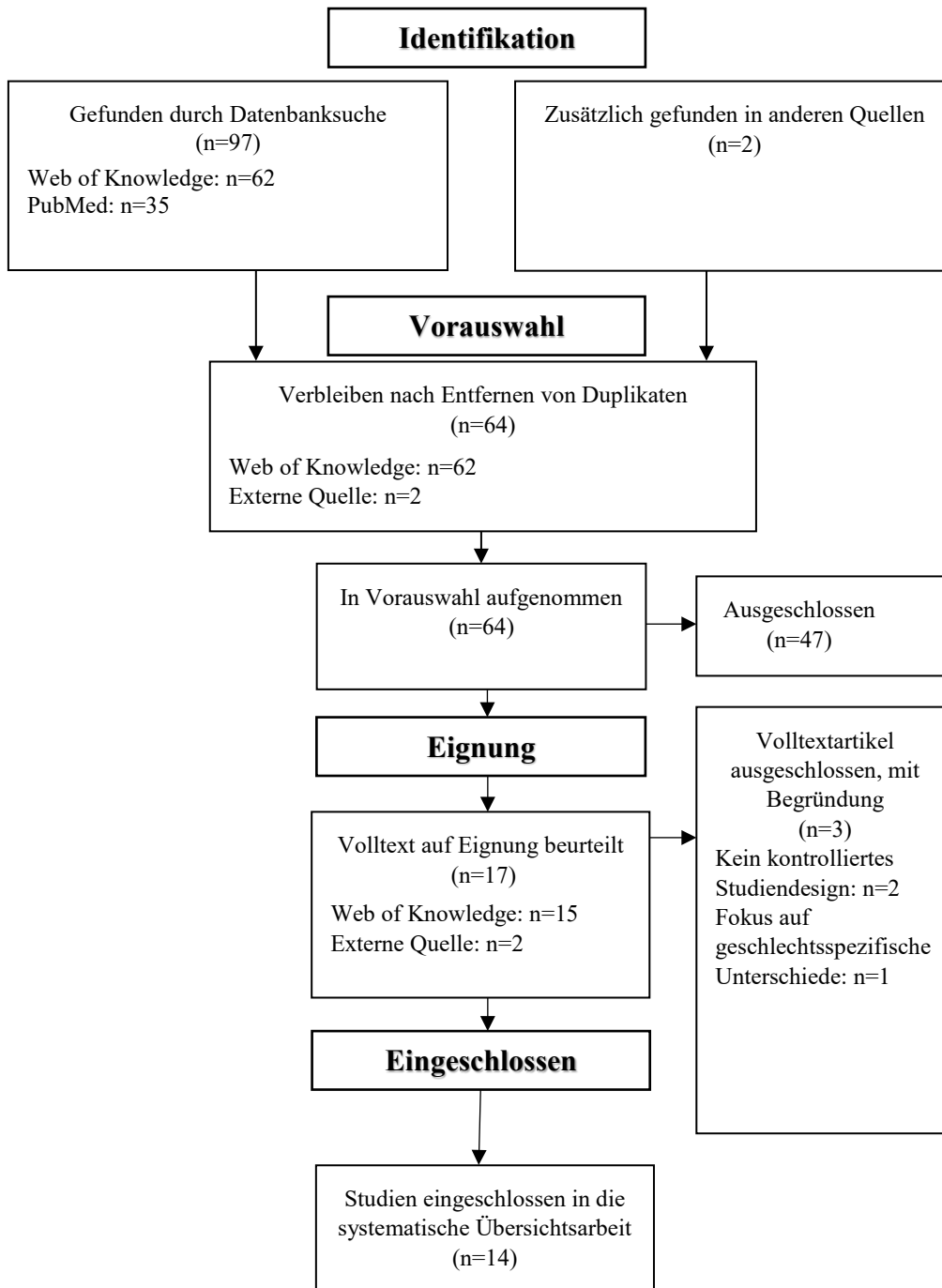


Abbildung 2: Flow-Diagramm (51)

3.2 Studienmerkmale

Die in die Übersichtsarbeit eingeschlossenen Studien sind in Tabelle 4 aufgelistet. Die Tabelle fasst das in den Arbeiten verwendete Studiendesign, die Studienpopulation inklusive der Zahl der Probandinnen und Probanden und der Charakteristika der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer hinsichtlich Geschlecht, Alter und Art des Substanzkonsums, die Zeitpunkte der Verlaufskontrollen sowie die Zahl der Probandinnen und Probanden zum Zeitpunkt der Verlaufskontrollen, die Interventions- und Kontrollgruppen inklusive der jeweiligen Therapielänge und der jeweiligen Probandinnen- und Probandenzahl, die Ergebnisse bezüglich des Therapieerfolgs und die Einflussfaktoren auf den Therapieerfolg übersichtlich zusammen.

Durch die bereits beschriebene systematische Literaturrecherche wurden 14 Studien für die systematische Übersichtsarbeit ausgewählt. Die eingeschlossenen Studien, ausschließlich in englischer Sprache verfasst, wurden zwischen 1980 und 2001 publiziert. Den Einschlusskriterien entsprechend, erfüllten alle Arbeiten die Vorgabe eines prospektiven kontrollierten Studiendesigns, eine Randomisierung der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer lag bei zehn Studien vor. Vier dieser zehn Studien (52,53,60,62) wiesen lediglich eine eingeschränkte Randomisierung auf, da die Randomisierung nur teilweise aufrechterhalten werden konnte beziehungsweise eine randomisierte Zuteilung der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer nur innerhalb einer Therapieeinrichtung stattgefunden hatte.

Die ausgewählten Arbeiten unterschieden sich des Weiteren hinsichtlich ihrer Interventions- und Kontrollgruppen, der geplanten Therapielänge, der Eigenschaften der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer und der untersuchten Outcome-Kategorien. Sechs der eingeschlossenen Studien (52-55,64,65) verglichen jeweils eine oder mehrere Therapeutische Gemeinschaften mit einer anderen Therapieform, sechs Arbeiten (56-60,62) stellten der Standardform der Therapeutischen Gemeinschaft eine Kontrollgruppe im Sinne einer modifizierten Therapeutischen Gemeinschaft gegenüber und zwei Studien (61,63) verglichen Therapeutische Gemeinschaften unterschiedlicher Therapiedauer miteinander. Entsprechend den Einschlusskriterien handelte es sich bei den betrachteten Interventionsgruppen um stationäre Therapeutische Gemeinschaften (52-55,57-65). Bei lediglich einer Studie (56) umfasste die Therapie eine zusätzliche ambulante Komponente. Die geplante Therapielänge in den Therapeutischen Gemeinschaften erstreckte sich über einen Zeitraum von 3 bis 18 Monaten. Die Studienpopulation war überwiegend männlich

(66,9-100%), das durchschnittliche Alter lag zwischen 24,0 und 35,4 Jahren und die zum Aufnahmezeitpunkt am häufigsten konsumierten Drogen waren Kokain und Heroin.

Die tatsächlich in der jeweiligen Therapieeinrichtung verbrachte Zeit und/oder die Häufigkeit eines Therapieabschlusses wurden, mit Ausnahme der von French et al. (64) verfassten Arbeit, in allen Studien beleuchtet. Des Weiteren untersuchten, bis auf Rahav et al. (54), alle Studien die Auswirkungen der Therapeutischen Gemeinschaft auf den Drogenkonsum der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer. Neun Arbeiten (52,53,56-58,62-65) analysierten den Therapieerfolg hinsichtlich der Kriminalität und ebenso viele bezüglich Arbeit und Bildung. Neun weitere Studien (54,55,57,58,60-62,64,65) untersuchten den Effekt der Therapieeinrichtung auf die psychische und physische Gesundheit der Probandinnen und Probanden. Eine Studie (52) enthielt zusätzlich eine globale Outcome-Kategorie. Zehn Arbeiten (52,53,55-59,61,63,65) eruierten relevante Einflussfaktoren auf den Therapieerfolg.

Studie	Studiendesign	Studienpopulation	Verlaufskontrollen	Interventions-und Kontrollgruppen	Therapieerfolg	Einflussfaktoren
Bale et al. 1980 (52)	Kontrolliertes Studiendesign; prospektiv; eingeschränkt randomisiert	585 Heroinabhängige <u>Charakteristika:</u> Geschlecht: 100% Männer Alter: 30,6 Jahre Substanzkonsum: 100% Heroin	Therapieerfolg 12 Monate nach Therapiebeginn zum Zeitpunkt der Verlaufskontrolle: 93,2% der Teilnehmenden (n=545)	<u>Interventionsgruppen:</u> TG (1 Standard-TG + 2 modifizierte TG) Kurzzeit-TG (<50 Tage; n=75) + Langzeit-TG (≥50 Tage; n=75) <u>Kontrollgruppen:</u> Methadontherapie (n=59); Entzugstherapie (n=224); Entzugstherapie + andere Therapie (n=112)	<u>Aufenthaltsdauer / Therapieabschluss:</u> Durchschnittliche Aufenthaltsdauer: 21,3 Tage (Kurzzeit-TG) vs. 143,5 Tage (Langzeit-TG); nach 12 Monaten: 4% (Langzeit-TG) vs. 74,5% (Methadontherapie) noch in Therapie (geringe Aussagekraft aufgrund geplanter Therapiedauer von 6 Monaten für TG) <u>Drogenkonsum:</u> Heroin + andere illegale Drogen: Langzeit-TG sign. seltener Drogenkonsum als reine Entzugstherapie (37,3% vs. 65,5% + 29,3% vs. 46,9%)**; TG kein sign. besseres Ergebnis als Methadontherapie (52,0% vs. 46,6% + 38,6% vs. 38,6%) <u>Kriminalität:</u> Verhaftung + Verurteilung + Inhaftierung: Langzeit-TG sign. geringere Kriminalitätsrate als reine Entzugstherapie (37,3% vs. 54,5%** + 21,3% vs. 38,0%** + 4,0% vs. 21,1%**); kein sign. Unterschied zur Methadontherapie (49,2% + 22,0% + 10,2%) <u>Arbeit & Bildung:</u> Langzeit-TG sign. besseres Ergebnis als reine Entzugstherapie (65,3% vs. 38,4%***; kein sign. Unterschied zur Methadontherapie (50,9%) <u>Globaler Outcome:</u> Langzeit-TG sign. höherer pauschaler Outcome-Score als reine Entzugstherapie (64,0% vs. 33,8%)**; kein sign. Unterschied zur Methadontherapie (54,4%)	≥50 Tage in TG: besseres Ergebnis hinsichtlich Drogenkonsum, Kriminalität + Arbeit & Bildung als reine Entzugstherapie; <50 Tage in TG: kein sign. besseres Ergebnis im Vergleich zur reinen Entzugstherapie

TG: Therapeutische Gemeinschaft; sign.: signifikant; vs.: versus / vergleiche; bzw.: beziehungsweise; Statistisches Signifikanzniveau: *p≤0,05 / **p≤0,01 / ***p≤0,001

Tabelle 4: Wirksamkeit der Therapeutischen Gemeinschaft

Studie	Studiendesign	Studienpopulation	Verlaufskontrollen	Interventions-und Kontrollgruppen	Therapieerfolg	Einflussfaktoren
Bale et al. 1984 (53)	Kontrolliertes Studiendesign; prospektiv; eingeschränkt randomisiert	363 Heroinabhängige <u>Charakteristika:</u> Geschlecht: 100% Männer Alter: TG1: 27,0 Jahre TG2: 27,4 Jahre TG3: 30,4 Jahre Kontrollgruppe: 31,6 Jahre Substanzkonsum: 100% Heroin	Therapieerfolg 24 Monate nach Therapiebeginn zum Zeitpunkt der Verlaufskontrolle: 95,6% der Teilnehmenden (n=347)	<u>Interventionsgruppen:</u> 1 Standard-TG1 (n=25) + 2 modifizierte TG (TG2: n=77 + TG3: n=79) Therapiedauer: 6 Monate <u>Kontrollgruppen:</u> Entzugstherapie (n=166)	<u>Aufenthaltsdauer / Therapieabschluss:</u> TG2 sign. kürzere Aufenthaltsdauer als TG1 + TG3 (6,0 Wochen vs. 10,4 Wochen + 11,5 Wochen)* <u>Drogenkonsum:</u> Heroinabstinenz: TG + Entzugstherapie kein sign. Unterschied (40,0% bzw. 48,1% bzw. 35,4% vs. 33,3%); andere illegale Drogen: TG sign. häufiger abstinent als reine Entzugstherapie (40,0% bzw. 41,6% bzw. 53,2%* vs. 39,3 %); Alkoholproblem: TG sign. häufiger Alkoholprobleme als Entzugstherapie (40,0 % bzw. 47,3%** bzw. 30,8% vs. 22,4%) <u>Kriminalität:</u> TG sign. häufiger fehlender krimineller Rückfall als Entzugstherapie (44,0%* bzw. 32,5% bzw. 59,5%*** vs. 31,3%) <u>Arbeit & Bildung:</u> TG sign. größerer Therapieerfolg als Entzugstherapie (48,0%* bzw. 46,8% bzw. 51,9%** vs. 34,0%)	TG mit größerem Anteil an professionellem Personal + Standard-TG besseres Ergebnis hinsichtlich Kriminalität + Arbeit & Bildung als reine Entzugstherapie; TG mit eklektischem Programm kein besseres Ergebnis als reine Entzugstherapie; TG1+TG3: mehr Struktur, Ordnung, Kontrolle + Fokussierung auf individuelle Probleme; je länger die Aufenthaltsdauer in TG desto bessere Ergebnisse

TG: Therapeutische Gemeinschaft; sign.: signifikant; vs.: versus / vergleiche; bzw.: beziehungsweise; Statistisches Signifikanzniveau: *p≤0,05 / **p≤0,01 / ***p≤0,001

Studie	Studiendesign	Studienpopulation	Verlaufskontrollen	Interventions- und Kontrollgruppen	Therapieerfolg	Einflussfaktoren
Rahav et al. 1995 (54)	Kontrolliertes Studiendesign; prospektiv; randomisiert	272 obdachlose, psychisch beeinträchtigte Männer mit einer Abhängigkeitserkrankung <u>Charakteristika:</u> Geschlecht: 100% Männer Alter: 33,4 Jahre Substanzkonsum: 21,6% Alkohol 10,4% Marihuana 7,0% Heroin 13,3% Kokain 47,7% Crack	Therapieerfolg innerhalb eines Jahres nach Therapiebeginn zum Zeitpunkt der Verlaufskontrolle: 12 Monate: 29,8% der Teilnehmenden (n=81)	<u>Interventionsgruppen:</u> 1 modifizierte TG (n=154) <u>Kontrollgruppen:</u> 4 modifizierte Wohneinrichtungen (n=118)	<u>Aufenthaltsdauer / Therapieabschluss:</u> Nach 12 Monaten noch in Therapie bzw. Therapieabschluss: 31% (TG) vs. 44% (Wohneinrichtung); kürzere Aufenthaltsdauer in TG <u>Psychische & physische Gesundheit:</u> Depression: im zeitlichen Verlauf (0 Monate / 2 Monate / 6 Monate / 12 Monate): sign. größere Abnahme der CES-D-Scale für TG im Vergleich zur Wohneinrichtung (27,0% bzw. 17,2% bzw. 14,7% bzw. 13,4% vs. 19,2% bzw. 18,3% bzw. 17,7% bzw. 16,8%)**; GAF-Scale: im zeitlichen Verlauf sign. besseres Ergebnis für TG als für Kontrollgruppe (41,9% bzw. 46,6% bzw. 51,4% bzw. 56,9% vs. 42,8% bzw. 44,4% bzw. 49,8% bzw. 52,3%***)	
Nuttbrock et al. 1998 (55)	Kontrolliertes Studiendesign; prospektiv; quasi-experimentell	290 obdachlose, psychisch beeinträchtigte Männer mit einer Abhängigkeitserkrankung <u>Charakteristika:</u> Geschlecht: 100% Männer Alter: 31 Jahre Substanzkonsum: 43,9% Crack 21,2% Alkohol 13,2% Kokain	Therapieerfolg innerhalb eines Jahres nach Therapiebeginn zum Zeitpunkt der Verlaufskontrollen: Interventionsgruppe: 2 Monate: 73% der Teilnehmenden (n=123) 6 Monate: 43% (n=72) 12 Monate: 25% (n=43) Kontrollgruppe: 2 Monate: 88% (n=106) 6 Monate: 55% (n=67) 12 Monate: 37% (n=45)	<u>Interventionsgruppen:</u> 1 modifizierte TG (n=169) Therapiedauer: 18 Monate <u>Kontrollgruppen:</u> 2 modifizierte Wohneinrichtungen (n=121) Therapiedauer: 18 Monate	<u>Aufenthaltsdauer / Therapieabschluss:</u> siehe Verlaufskontrollen <u>Drogenkonsum:</u> Nach 12 Monaten: TG seltener Drogenkonsum als Kontrollgruppe (Alkoholkonsum: 0% vs. 14,3%* bzw. Marihuana: 2,6% vs. 2,9% bzw. Crack: 7,7% vs. 14,2%*); positives Drogenscreening sign. seltener für TG als für Kontrollgruppe (4,1% vs. 30,1%*) <u>Psychische & physische Gesundheit:</u> Im zeitlichen Verlauf (0 Monate / 2 Monate / 6 Monate / 12 Monate): TG: Verbesserung aller psychischen Parameter; sign. verbessertes Ergebnis im zeitlichen Verlauf hinsichtlich CES-D + Angststörung + BPRS + GAF **, Angststörung + GAF: TG nach 12 Monaten sign. besseres Ergebnis als Kontrollgruppe**	Keine sign. Einflussfaktoren bezüglich vorzeitigen Therapieabbruchs in Interventionsgruppe (2 bis 12 Monate nach Therapiebeginn); vorzeitiger Therapieabbruch in Kontrollgruppe (6 bis 12 Monate nach Therapiebeginn) sign. abhängig von Schwere des Substanzkonsums*

TG: Therapeutische Gemeinschaft; sign.: signifikant; vs.: versus / vergleiche; bzw.: beziehungsweise; Statistisches Signifikanzniveau: *p≤0,05 / **p≤0,01 / ***p≤0,001
CES-D-Scale: Center for Epidemiological Studies Depression Scale; GAF-Scale: Global Assessment of Functioning Scale; BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale

Studie	Studiendesign	Studienpopulation	Verlaufskontrollen	Interventions- und Kontrollgruppen	Therapieerfolg	Einflussfaktoren
Nemes et al. 1999 (56)	Kontrolliertes Studiendesign; prospektiv; randomisiert	412 drogenabhängige Probandinnen und Probanden <u>Charakteristika:</u> Geschlecht: Interventionsgruppe: 77% Männer 23% Frauen Kontrollgruppe: 67% Männer 33% Frauen Substanzkonsum: Crack Kokain Alkohol Heroin Marihuana	Therapieerfolg 18 Monate nach Therapiebeginn (6 Monate nach Therapieabschluss) Zum Zeitpunkt der Verlaufskontrolle: 93% der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer (n=383)	<u>Interventionsgruppen:</u> Standard-TG (10 Monate stationär / 2 Monate ambulant; n=194) Therapiedauer: 12 Monate <u>Kontrollgruppen:</u> Modifizierte TG (6 Monate stationär / 6 Monate ambulant; n=218) Therapiedauer: 12 Monate	<u>Aufenthaltsdauer / Therapieabschluss:</u> Therapieabschluss: 33% (Standard-TG) vs. 38% (modifizierte TG); Kontrollgruppe beendete sign. häufiger nur stationären Part (32% vs. 9%)**; Interventionsgruppe sign. länger im stationären Abschnitt + kürzer im ambulanten Abschnitt als Kontrollgruppe (7,4 Monate + 1,9 Monate vs. 5,5 Monate + 4,5 Monate)**; ähnlicher Gesamtaufenthalt in beiden Gruppen (8,2 Monate vs. 8,6 Monate) <u>Drogenkonsum:</u> Kokain + Crack + Alkohol + Marihuana: TG seltener Drogenkonsum als Kontrollgruppe (37% vs. 41% + 33% vs. 40% + 34% vs. 35% + 16% vs. 18%); sign. seltener Heroinkonsum für TG im Vergleich zur Kontrollgruppe (9% vs. 15%)* <u>Kriminalität:</u> Von Betroffenen angegebene Verhaftungen + protokollierte Verhaftungen + Zeit bis zur Verhaftung: TG sign. geringere Kriminalitätsrate als Kontrollgruppe (14% vs. 25%** + 17% vs. 26%* + 9,4 Monate vs. 6,9 Monate*) <u>Arbeit & Bildung:</u> Sign. häufiger Arbeit für Standard-TG im Vergleich zur Kontrollgruppe (72% vs. 56%)**	Therapieabschluss: besseres Ergebnis betreffend Drogenkonsum + Kriminalität; positive Korrelation zwischen Kokainkonsum + alleinigem Kokainkonsum bei Aufnahme, Therapieabbruch, positivem Opiatest; positive Korrelation zwischen Opiatkonsum + weiblichem Geschlecht, alleinigem Kokainkonsum bei Aufnahme, positivem Test auf Kokain; Kriminalitätsrückfallrate niedriger bei höherem Alter + Therapieabschluss; Kriminalitätsrückfallrate höher bei Strafdelikten in Anamnese + hoher Zahl an Verhaftungen; positive Korrelation zwischen Arbeit + männlichem Geschlecht, Therapieabschluss, stationärer Therapie

TG: Therapeutische Gemeinschaft; sign.: signifikant; vs.: versus / vergleiche; bzw.: beziehungsweise; Statistisches Signifikanzniveau: *p≤0,05 / **p≤0,01 / ***p≤0,001

Studie	Studiendesign	Studienpopulation	Verlaufskontrollen	Interventions-und Kontrollgruppen	Therapieerfolg	Einflussfaktoren
Guydish et al. 1998 (57)	Kontrolliertes Studiendesign; prospektiv; randomisiert	261 drogenabhängige Probandinnen und Probanden <u>Charakteristika:</u> Geschlecht: 70% Männer 30% Frauen Alter: 32,9 Jahre Substanzkonsum: 67% Kokain 13% Heroin 10% Alkohol	Therapieerfolg 6 Monate nach Therapiebeginn Zum Zeitpunkt der Verlaufskontrolle: 83% der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer (n=216)	<u>Interventionsgruppen:</u> Stationäre TG (n=114) Therapiedauer: 12 Monate <u>Kontrollgruppen:</u> Ambulante TG (n=147) Therapiedauer: 12 Monate	<u>Aufenthaltsdauer / Therapieabschluss:</u> Nach 6 Monaten: 29% (stationäre TG) vs. 34% (ambulante TG) noch in Therapie; Zeit bis zum Therapieabbruch: 109,8 Tage (Interventionsgruppe) vs. 102,7 Tage (Kontrollgruppe) <u>Drogenkonsum:</u> Im zeitlichen Verlauf (0 Monate / 6 Monate): für stationäre TG sign. Abnahme des Alkohol- + Drogenkonsums** <u>Kriminalität:</u> Im zeitlichen Verlauf: für stationäre TG sign. Abnahme von kriminellen Aktivitäten** <u>Arbeit & Bildung:</u> Im zeitlichen Verlauf: für stationäre TG sign. verbessertes Ergebnis hinsichtlich Erwerbstätigkeit** <u>Psychische & physische Gesundheit:</u> Im zeitlichen Verlauf: für stationäre TG sign. verbessertes Ergebnis hinsichtlich BDI**; für stationäre TG sign. weniger soziale Probleme* + sign. seltener psychiatrische Symptome (SCL-90-R Global Severity) ** als für Kontrollgruppe	Therapielänge >6 Monate: besseres Ergebnis hinsichtlich Kriminalität*, Alkoholkonsum***, Drogenkonsum** + soziale Probleme**; Schwere des Alkoholkonsums geringer bei Therapiedauer >6 Monate + stationärer TG

TG: Therapeutische Gemeinschaft; sign.: signifikant; vs.: versus / vergleiche; bzw.: beziehungsweise; Statistisches Signifikanzniveau: *p≤0,05 / **p≤0,01 / ***p≤0,001
BDI: Beck Depression Inventory; SCL-90-R: Symptom Checklist-90-Revised

Studie	Studiendesign	Studienpopulation	Verlaufskontrollen	Interventions- und Kontrollgruppen	Therapieerfolg	Einflussfaktoren
Guydish et al. 1999 (58)	Kontrolliertes Studiendesign; prospektiv; randomisiert	188 drogenabhängige Probandinnen und Probanden <u>Charakteristika:</u> Geschlecht: 68% Männer 32% Frauen Alter: 33,6 Jahre Substanzkonsum: 68% Kokain 14% Heroin 10% Alkohol	Therapieerfolg 6, 12 & 18 Monate nach Therapiebeginn zum Zeitpunkt der Verlaufskontrollen: 6 Monate: 83% der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer (n=216) 12 Monate: 82% (n=215) 18 Monate: 82% (n=215) Alle Messpunkte: 72% (n=188)	<u>Interventionsgruppen:</u> Stationäre TG (n=99) Therapiedauer: 12 Monate <u>Kontrollgruppen:</u> Ambulante TG (n=89)	<u>Aufenthaltsdauer / Therapieabschluss:</u> Aufenthaltsdauer: 119,7 Tage (stationäre TG) vs. 108,1 Tage (ambulante TG); nach 6 Monaten: 38% (stationäre TG) vs. 37% (ambulante TG) bzw. nach 12 Monaten: 9% vs. 17% bzw. nach 18 Monaten: 0 Betroffene vs. 2 Betroffene noch in Therapie <u>Drogenkonsum:</u> Im zeitlichen Verlauf (0 Monate / 6 Monate / 12 Monate / 18 Monate): sign. geringerer Alkohol- und Drogenkonsum*** <u>Kriminalität:</u> Im zeitlichen Verlauf: sign. Abnahme der Kriminalitätsrate*** <u>Arbeit & Bildung:</u> Im zeitlichen Verlauf: sign. höherer Anteil an Erwerbstätigkeit*** <u>Psychische & physische Gesundheit:</u> Im zeitlichen Verlauf: sign. verbessertes Ergebnis betreffend physische Gesundheit*** + soziale Probleme**; sign. Abnahme von Depressionen (BDI)***, psychiatrischen Symptomen (SCL-90-R) *** + Zunahme an sozialer Unterstützung ***; nach 6, 12 + 18 Monaten: sign. bessere Ergebnisse hinsichtlich SCL-90-R**/** als Kontrollgruppe; nach 12 Monaten: sign. seltener Depressionen (BDI)* als Kontrollgruppe; nach 18 Monaten: im Vergleich zur Kontrollgruppe sign. besseres Ergebnis betreffend soziale Unterstützung*; sign. Abnahme an sozialen Problemen für Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe*	Aufenthaltsdauer >6 Monate: positiver Effekt auf Ergebnis bezüglich Arbeit + BDI; größte Outcome-Verbesserung in den ersten 6 Monaten

TG: Therapeutische Gemeinschaft; sign.: signifikant; vs.: versus / vergleiche; bzw.: beziehungsweise; Statistisches Signifikanzniveau: *p≤0,05 / **p≤0,01 / ***p≤0,001
BDI: Beck Depression Inventory; SCL-90-R: Symptom Checklist-90-Revised

Studie	Studiendesign	Studienpopulation	Verlaufskontrollen	Interventions- und Kontrollgruppen	Therapieerfolg	Einflussfaktoren
Greenwood et al. 2001 (59)	Kontrolliertes Studiendesign; prospektiv; randomisiert	261 drogenabhängige Probandinnen und Probanden <u>Charakteristika:</u> Geschlecht: 70% Männer 30% Frauen Alter: 32,9 Jahre Substanzkonsum: 67% Kokain 13% Heroin 10% Alkohol	Therapieerfolg 6, 12 & 18 Monate nach Therapiebeginn Zum Zeitpunkt der Verlaufskontrollen: 6 Monate: 82,8% der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer (n=216) 12 Monate: 82,4% (n=215) 18 Monate: 82,4% (n=215) Alle Messpunkte: 72% (n=188)	<u>Interventionsgruppen:</u> Stationäre TG (n=147) Therapiedauer: 12 Monate <u>Kontrollgruppen:</u> Ambulante TG (n=114)	<u>Aufenthaltsdauer / Therapieabschluss:</u> Nach 6 Monaten: 29% (stationäre TG) vs. 34% (ambulante TG) noch in Therapie; Zeit bis zum Therapieabbruch: 109,8 Tage (Interventionsgruppe) vs. 102,7 Tage (Kontrollgruppe) <u>Drogenkonsum:</u> Nach 6 Monaten: sign. geringere Rückfallrate für stationäre TG im Vergleich zur ambulanten TG* (Odds ratio: 3,06); kein sign. Unterschied nach 12 bzw. 18 Monaten; verändertes Ergebnis hinsichtlich neuerlichen Substanzkonsum im zeitlichen Verlauf nur für stationäre TG: sign. geringere Rückfallrate nach 6 Monaten im Vergleich zu 12 Monaten*** bzw. 18 Monaten**	Rückfallrate 12 + 18 Monate nach Therapiebeginn erhöht bei: Erwerbstätigkeit vor Aufnahme***, intravenösem Drogenkonsum**, Risikoverhalten hinsichtlich HIV und STD** + keine homosexuellen Sexualpartnerinnen und Sexualpartner 6 Monate vor Therapiebeginn*
McCusker et al. 1995 (60)	Kontrolliertes Studiendesign; prospektiv; eingeschränkt randomisiert	628 drogenabhängige Probandinnen und Probanden	Therapieerfolg 2 bis 6 Monate nach Entlassung Zum Zeitpunkt der Verlaufskontrollen: Interventionsgruppe: 84% der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer Kontrollgruppe: 74% der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer	<u>Interventionsgruppen:</u> 2 Standard-TG (6 Monate: n=97 + 12 Monate: n=87) <u>Kontrollgruppen:</u> 2 modifizierte TG (3 Monate: n=223 + 6 Monate: n=221)	<u>Aufenthaltsdauer / Therapieabschluss:</u> Nach 40 Tagen: Standard-TG: 70% bzw. 85% Modifizierte TG: 73% bzw. 72% Nach 80 Tagen: Standard-TG: 76% bzw. 73% Modifizierte TG: 76% bzw. 75% Nach 160 Tagen: Standard-TG: 65% bzw. 65% Modifizierte TG: -% bzw. 59% noch in Therapie; Therapieabschluss seltener für Programme mit längerer Laufzeit: 33% bzw. 21% (Standard-TG) vs. 56% bzw. 30% (modifizierte TG) <u>Drogenkonsum:</u> Annähernd idente Rückfallrate (50% vs. 44%); kein sign. Unterschied betreffend Therapielänge <u>Psychische & physische Gesundheit:</u> Sign. Verbesserung des Ergebnisses hinsichtlich Depression, Selbstwert + Selbsteffektivität im Vergleich zum Therapiebeginn für beide Therapiegruppen***; kein sign. Unterschied bezüglich Therapielänge	

TG: Therapeutische Gemeinschaft; sign.: signifikant; vs.: versus / vergleiche; bzw.: beziehungsweise; Statistisches Signifikanzniveau: *p≤0,05 / **p≤0,01 / ***p≤0,001
STD: Sexually Transmitted Diseases; HIV: Human Immunodeficiency Virus

Studie	Studiendesign	Studienpopulation	Verlaufskontrollen	Interventions- und Kontrollgruppen	Therapieerfolg	Einflussfaktoren
McCusker et al. 1996 (61)	Kontrolliertes Studiendesign; prospektiv; randomisiert	444 drogenabhängige Probandinnen und Probanden <u>Charakteristika:</u> Geschlecht: 68% Männer 32% Frauen Alter: 25-34 Jahre (57%) Substanzkonsum: 71% Kokain/ Heroin 51% intravenöse Drogen	Therapieerfolg 6 Monate nach Entlassung Zum Zeitpunkt der Verlaufskontrolle: 74% der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer (n=329)	<u>Interventionsgruppen:</u> Langzeit-TG (n=221) Therapiedauer: 6 Monate <u>Kontrollgruppen:</u> Kurzzeit-TG (n=223) Therapiedauer: 3 Monate	<u>Aufenthaltsdauer / Therapieabschluss:</u> Therapieabschluss: 30% (Langzeit-TG) vs. 56% (Kurzzeit-TG) <u>Drogenkonsum:</u> Kurze Aufenthaltsdauer (<40 Tage): Langzeit-TG sign. seltener Drogenkonsum in der ersten Woche nach Entlassung als Kontrollgruppe (33% vs. 70%)*	Drogenkonsum: Langzeitaufenthalt (≥80 Tage) sign. seltener Drogenkonsum als bei mittlerer (40-79 Tage) bzw. kurzer (<40 Tage) Aufenthaltsdauer***; sign. besseres Ergebnis bei Therapieabschluss*** Psychische Gesundheit: Depression: sign. besseres Ergebnis für Langzeitaufenthalt im Vergleich zu kürzeren Aufhalten***; Verhaltensänderung: sign. besseres Ergebnis für Betroffene, die Langzeitaufenthalt beendet hatten **; sign. Unterschied zwischen Langzeitaufenthalt (≥80 Tage) + mittlerer oder kurzer Aufenthaltsdauer***

TG: Therapeutische Gemeinschaft; sign.: signifikant; vs.: versus / vergleiche; bzw.: beziehungsweise; Statistisches Signifikanzniveau: *p≤0,05 / **p≤0,01 / ***p≤0,001

Studie	Studiendesign	Studienpopulation	Verlaufskontrollen	Interventions- und Kontrollgruppen	Therapieerfolg	Einflussfaktoren
McCusker et al. 1997 (62)	Kontrolliertes Studiendesign; prospektiv; eingeschränkt randomisiert	628 drogenabhängige Probandinnen und Probanden <u>Charakteristika:</u> Geschlecht: 67-77% Männer 23-33% Frauen Alter: 25-34 Jahre (48-62%) Substanzkonsum: 10-27% Kokain + Heroin 9-25% Heroin 26-37% Kokain 26-59% intravenöse Drogen	Therapieerfolg 18 Monate nach Therapiebeginn Zum Zeitpunkt der Verlaufskontrolle: 86% der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer (n=539)	<u>Interventionsgruppen:</u> 2 Standard-TG (6 Monate: n=86 + 12 Monate: n=75) <u>Kontrollgruppen:</u> 2 modifizierte TG (3 Monate: n=192 + 6 Monate: n=186)	<u>Aufenthaltsdauer / Therapieabschluss:</u> Aufenthaltsdauer: Standard-TG längere Aufenthaltsdauer als Kontrollgruppe (≥80 Tage: 56% [6 Monate] bzw. 64% [12 Monate] vs. 50% [3 Monate] bzw. 53% [6 Monate]) + geringere Rate an Therapieabschlüssen (34% bzw. 23% vs. 56% bzw. 31%) <u>Drogenkonsum:</u> Sign. geringerer Drogen- + Alkoholkonsum im zeitlichen Verlauf für Interventions- + Kontrollgruppe***; kein sign. Unterschied hinsichtlich Zeit bis zum ersten Drogenkonsum nach Aufnahme (weder zwischen den beiden Standard-TG, noch zwischen Standard TG + modifizierter TG [6 Monate]) <u>Kriminalität:</u> Sign. Abnahme der Kriminalität für Standard-TG + modifizierte TG im Vergleich zum Therapiebeginn*** <u>Arbeit & Bildung:</u> Sign. verbessertes Ergebnis im Vergleich zum Therapiebeginn ***; sign. besseres Ergebnis hinsichtlich Beschäftigung für Standard-TG im Vergleich zur modifizierten TG* <u>Psychische & physische Gesundheit:</u> Risikoverhalten betreffend intravenösen Drogenkonsum: sign. Abnahme im zeitlichen Verlauf für Interventions*- + Kontrollgruppe***	

TG: Therapeutische Gemeinschaft; sign.: signifikant; vs.: versus / vergleiche; bzw.: beziehungsweise; Statistisches Signifikanzniveau: *p≤0,05 / **p≤0,01 / ***p≤0,001

Studie	Studiendesign	Studienpopulation	Verlaufskontrollen	Interventions- und Kontrollgruppen	Therapieerfolg	Einflussfaktoren
Coombs 1981 (63)	Kontrolliertes Studiendesign; prospektiv	207 drogenabhängige Probandinnen und Probanden <u>Charakteristika:</u> Geschlecht: 66,9% Männer 33,1% Frauen Alter: 24 Jahre Substanzkonsum: 57,3% Heroin 25,0% Barbiturate 15,0% Amphetamine	Therapieerfolg 11 bis 18 Monate nach Therapieende Zum Zeitpunkt der Verlaufskontrollen: 78,5% der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer	<u>Interventionsgruppen:</u> Langzeit-TG (n=77) Therapiedauer: 10-12 Monate <u>Kontrollgruppen:</u> Kurzzeit-TG (n=130) Therapiedauer: 3 Monate	<u>Aufenthaltsdauer / Therapieabschluss:</u> Therapieabschluss: 63,6% (Langzeit-TG) vs. 74,6% (Kurzzeit-TG) <u>Drogenkonsum:</u> Rückfallrate bei Therapieabschluss geringer als bei Therapieabbruch (39,0% vs. 55,7%); Langzeit-TG seltener Heroinkonsum als Kurzzeit-TG (28,6% vs. 53,1%) <u>Kriminalität:</u> geringere Rate an Verhaftungen für Langzeit-TG im Vergleich zur Kontrollgruppe <u>Arbeit & Bildung:</u> Langzeit-TG generell bessere Ergebnisse als Kurzzeit-TG (86,3% bzw. 43,0% vs. 55,6% bzw. 37,3%)	Therapieabschluss + längere Therapiedauer: positiver Effekt auf Ergebnisse in Bezug auf Drogenkonsum, Kriminalität + Erwerbstätigkeit
French et al. 1999 (64)	Kontrolliertes Studiendesign; prospektiv; quasi-experimentell	342 obdachlose, psychisch beeinträchtigte Probandinnen und Probanden mit einer Abhängigkeitserkrankung	Therapieerfolg 24 Monate nach Therapiebeginn Zum Zeitpunkt der Verlaufskontrolle: 82% der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer (n=281)	<u>Interventionsgruppen:</u> 2 modifizierte TG (n=228) Therapiedauer: 12 Monate <u>Kontrollgruppen:</u> Standardtherapie (n=53)	<u>Drogenkonsum:</u> Beide Behandlungseinrichtungen: seltener Drogenkonsum, jedoch nicht sign. im Vergleich <u>Kriminalität:</u> Sign. geringere Anzahl an verübten Straftaten** + Zahl an verschiedenen Strafdelikten* für TG im Vergleich zur Kontrollgruppe <u>Arbeit & Bildung:</u> Besseres Ergebnis für TG im Vergleich zur Kontrollgruppe, nicht sign. <u>Psychische & physische Gesundheit:</u> Sign. besseres Ergebnis betreffend Depression (BDI) im Vergleich zur Standardtherapie*	

TG: Therapeutische Gemeinschaft; sign.: signifikant; vs.: versus / vergleiche; bzw.: beziehungsweise; Statistisches Signifikanzniveau: *p<0,05 / **p<0,01 / ***p<0,001
BDI: Beck Depression Inventory

Studie	Studiendesign	Studienpopulation	Verlaufskontrollen	Interventions- und Kontrollgruppen	Therapieerfolg	Einflussfaktoren
De Leon et al. 2000 (65)	Kontrolliertes Studiendesign; prospektiv; quasi-experimentell	342 obdachlose, psychisch beeinträchtigte Probandinnen und Probanden mit einer Abhängigkeitserkrankung <u>Charakteristika:</u> Geschlecht: 75% Männer 25% Frauen Alter: 35,4 Jahre	Therapieerfolg 12 & 24 Monate nach Therapiebeginn Zum Zeitpunkt der Verlaufskontrollen: Interventionsgruppe: TG1: 12 Monate: 65% der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer (n=119) 24 Monate: 81% (n=149) TG2: 12 Monate: 70% (n=65) 24 Monate: 85% (n=79) Kontrollgruppe: 12 Monate: 73% (n=48) 24 Monate: 80% (n=53)	<u>Interventionsgruppen:</u> 2 modifizierte TG (TG1: n=183 + TG2: n=93) Therapiedauer: 12 Monate <u>Kontrollgruppen:</u> Standardtherapie (n=66)	<u>Aufenthaltsdauer / Therapieabschluss:</u> Therapieabschluss: 34% (TG1) + 56% (TG2) <u>Drogenkonsum:</u> Nach 12 Monaten: sign. seltener Drogenkonsum für TG2 im Vergleich zur Kontrollgruppe: Alkoholkonsum*, Häufigkeit illegaler Drogen** + Anzahl an illegalen Drogen**; nach 24 Monaten: sign. seltener Drogenkonsum für TG2 im Vergleich zur Kontrollgruppe: Alkoholkonsum*, Häufigkeit illegaler Drogen** + Anzahl an illegalen Drogen* <u>Kriminalität:</u> Nach 24 Monaten: sign. geringere Kriminalitätsrate für TG2 im Vergleich zur Kontrollgruppe: Anzahl verübter Straftaten*** + Zahl an verschiedenen Strafdelikten***; auch für TG1 nach 24 Monaten sign. geringere Anzahl verübter Straftaten* + Zahl an verschiedenen Strafdelikten* <u>Arbeit & Bildung:</u> Nach 12 + 24 Monaten: sign. besseres Ergebnis betreffend Erwerbstätigkeit für TG1***/** + TG2*** im Vergleich zur Kontrollgruppe <u>Psychische & physische Gesundheit:</u> Nach 24 Monaten: sign. besseres Ergebnis für TG2 betreffend Depression*** + Angststörung* im Vergleich zur Kontrollgruppe	Therapieabschluss: TG bessere Ergebnisse als bei Therapieabbruch oder bei Standardtherapie

TG: Therapeutische Gemeinschaft; sign.: signifikant; vs.: versus / vergleiche; bzw.: beziehungsweise; Statistisches Signifikanzniveau: *p≤0,05 / **p≤0,01 / ***p≤0,001

3.3 Ergebnisse der einzelnen Studien

3.3.1 Therapieerfolg

3.3.1.1 Therapieabschluss und tatsächliche Aufenthaltsdauer

Obgleich die Zeit in Therapie für Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer in einer stationären Therapeutischen Gemeinschaft mit jener in den Kontrollgruppen annähernd vergleichbar war, wiesen sie deutlich schlechtere Ergebnisse hinsichtlich des Therapieabschlusses auf (siehe Tabelle 4).

Die in den Studien beschriebene durchschnittliche Aufenthaltsdauer in einer Therapeutischen Gemeinschaft erstreckte sich über einen Zeitraum von 21,3 Tagen (52) bis 8,6 Monaten (56). Zwei Studien (54,55) beschrieben eine kürzere durchschnittliche Aufenthaltsdauer für Betroffene in einer Therapeutischen Gemeinschaft im Vergleich zu Teilnehmenden in einer anderen Therapieeinrichtung. In drei Arbeiten (57,58,59) fand sich eine längere tatsächliche Therapiedauer für die stationäre Standardform der Therapeutischen Gemeinschaft im Vergleich zum ambulanten, auf den gleichen Behandlungsprinzipien beruhenden Therapieprogramm. In einer Studie (62) konnte eine tatsächliche längere Aufenthaltsdauer für Probandinnen und Probanden in Therapeutischen Gemeinschaften mit längerer geplanter Behandlungsdauer verglichen mit Probandinnen und Probanden in Therapeutischen Gemeinschaften mit kürzerer geplanter Behandlungsdauer nachgewiesen werden. Zwei Studien (56,60) fanden keine relevanten Unterschiede hinsichtlich der in Therapie verbrachten Zeit.

Auf die Therapieabschlussrate Bezug nehmend, zeigten sich deutlich bessere Ergebnisse für Betroffene, die sich in einer nicht auf dem Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft basierenden Therapieeinrichtung befunden hatten (54). Des Weiteren schlossen Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer in modifizierten Gemeinschaften (56) und in Therapeutischen Gemeinschaften mit einer verkürzten vorgegebenen Therapiezeit (60-63) häufiger die Behandlung ab als jene in einer stationären Standardform der Therapeutischen Gemeinschaft.

3.3.1.2 Drogenkonsum

Der Effekt der Therapeutischen Gemeinschaft auf den Drogenkonsum der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer stellte sich in den eingeschlossenen Studien uneinheitlich dar. Lediglich in 7 von 13 Arbeiten konnte ein signifikant besseres Ergebnis für die stationäre Therapeutische Gemeinschaft im Vergleich zu den Kontrollgruppen

nachgewiesen werden. Bale et al. (52) zeigten einen signifikant geringeren Konsum von Heroin und anderen illegalen Drogen für Teilnehmende, die in einer Langzeit-Therapeutischen Gemeinschaft (≥ 50 Tage) betreut worden waren, verglichen mit Personen, die nur eine alleinige Entzugstherapie erhalten hatten. Jedoch konnte die stationäre Therapeutische Gemeinschaft kein signifikant besseres Ergebnis verglichen mit einer Kontrollgruppe, die eine Methadontherapie erhalten hatte, erzielen. Bale et al. (53) beschrieben einen signifikant geringeren Konsum von illegalen Drogen für Betroffene, welche sich in einer Therapeutischen Gemeinschaft befunden hatten, im Vergleich zu Personen, die nur eine alleinige Entzugstherapie erhalten hatten. In dieser Studie konnte jedoch kein signifikant besseres Ergebnis betreffend den Heroinkonsum nachgewiesen werden. Des Weiteren wiesen Personen, welche sich in einer Therapeutischen Gemeinschaft befunden hatten, häufiger Alkoholprobleme zum Zeitpunkt der Verlaufskontrolle auf als jene, welche lediglich eine Entzugstherapie erhalten hatten. In einer Studie von Nuttbrock et al. (55) zeigten Betroffene in einer Therapeutischen Gemeinschaft signifikant seltener eine positiv auf Drogen getestete Urinprobe als Personen in einer Wohneinrichtung, welche nicht einer Therapeutischen Gemeinschaft entsprochen hatte. Des Weiteren gaben Personen, welche in einer Therapeutischen Gemeinschaft behandelt worden waren, signifikant seltener an Alkohol und Crack zu konsumieren. Auch Nemes et al. (56) präsentierten in der Verlaufskontrolle einen geringeren Heroinkonsum für Probandinnen und Probanden in der Standardform der Therapeutischen Gemeinschaft als für jene in einer zeitlich modifizierten Variante der Therapieeinrichtung mit größerem ambulanten Therapieanteil. Greenwood et al. (59) beschrieben eine signifikant geringere Rückfallrate für Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer, die in einer stationären Therapeutischen Gemeinschaft behandelt worden waren, im Vergleich zu Probandinnen und Probanden in einer ambulanten Therapeutischen Gemeinschaft. Der signifikante Unterschied konnte nach sechs Monaten Therapie, jedoch nicht nach 12 oder 18 Monaten festgestellt werden. In einer von McCusker et al. (61) verfassten Arbeit zeigte sich ein signifikant besseres Ergebnis bezüglich des Drogenkonsums in der ersten Woche nach Therapieende für Bewohnerinnen und Bewohner einer Langzeit-Therapeutischen Gemeinschaft (sechs Monate) verglichen mit Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmern in einer Kurzzeit-Therapeutischen Gemeinschaft (drei Monate). Dieser signifikante Unterschied konnte jedoch nur bei einer tatsächlichen Aufenthaltsdauer von unter 40 Tagen präsentiert werden. De Leon et al. (65) beschrieben einen signifikant geringeren Alkoholkonsum, eine geringere Anzahl unterschiedlicher illegaler Drogen und

einen selteneren Konsum illegaler Drogen für Personen in einer Therapeutischen Gemeinschaft im Vergleich zu Probandinnen und Probanden in einer Standardtherapie.

3.3.1.3 Kriminalität

Ein signifikant besseres Ergebnis bezüglich der Kriminalitätsrate der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer nach Therapie in einer stationären Form der Therapeutischen Gemeinschaft konnte in fünf von neun diese Outcome-Kategorie untersuchenden Arbeiten nachgewiesen werden. Bale et al. (52) beschrieben eine signifikant geringere Rate an Verhaftungen, Verurteilungen und Inhaftierungen für Personen, welche in einer Langzeit-Therapeutischen Gemeinschaft (≥ 50 Tage) betreut worden waren als für Betroffene, die eine reine Entzugstherapie erhalten hatten. Jedoch konnte die stationäre Therapeutische Gemeinschaft kein signifikant besseres Ergebnis verglichen mit einer Kontrollgruppe, die lediglich eine Methadontherapie erhalten hatte, erzielen. Auch die von Bale et al. (53) verfasste Studie zeigte ein signifikant besseres Ergebnis betreffend die Kriminalitätsrückfallrate für Betroffene in einer Therapeutischen Gemeinschaft im Vergleich zu Personen, die lediglich eine Entzugstherapie erhalten hatten. Nemes et al. (56) dokumentierten eine geringere Rate an von Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmern angegebenen Verhaftungen, von der Justiz protokollierten Verhaftungen und einen längeren Zeitraum bis zur Verhaftung für Personen in einer Standardform der Therapeutischen Gemeinschaft im Vergleich zu Probandinnen und Probanden, die in einer modifizierten Therapeutischen Gemeinschaft mit verlängerter ambulanter Therapiekomponente behandelt worden waren. Sowohl French et al. (64) als auch De Leon et al. (65) beschrieben eine signifikant geringere Anzahl an insgesamt verübten Straftaten und eine kleinere Zahl an unterschiedlichen Strafdelikten für Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer in einer Therapeutischen Gemeinschaft im Vergleich zu jenen in einer Standardtherapie.

3.3.1.4 Arbeit und Bildung

Fünf Studien der insgesamt neun Arbeiten, die sich mit dieser Outcome-Kategorie befassten, zeigten für die stationäre Form der Therapeutischen Gemeinschaft ein signifikant besseres Resultat hinsichtlich Erwerbstätigkeit und Bildung der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer nach ihrer Entlassung. Bale et al. (52) beschrieben ein signifikant besseres Ergebnis betreffend Arbeit und Bildung für Personen in einer Langzeit-Therapeutischen Gemeinschaft (≥ 50 Tage) im Vergleich zu Personen, die nur eine Entzugstherapie erhalten hatten. Ein signifikanter Unterschied zwischen Betroffenen in einer Therapeutischen

Gemeinschaft und Personen mit einer Methadontherapie konnte nicht nachgewiesen werden. Bale et al. (53) dokumentierten ebenfalls ein signifikant besseres Ergebnis für Personen in einer Therapeutischen Gemeinschaft im Vergleich zu Betroffenen, welche nur mit einer Entzugsbehandlung therapiert worden waren. Die Studie von Nemes et al. (56) zeigte eine signifikant höhere Rate an Erwerbstätigkeit bei Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmern in einer Standard-Therapeutischen Gemeinschaft verglichen mit Teilnehmerinnen und Teilnehmern in einer modifizierten Therapeutischen Gemeinschaft mit einem größeren Anteil an ambulanter Betreuung. McCusker et al. (62) beschrieben eine signifikant höhere Rate an Erwerbstätigkeit nach Therapieende bei Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmern, die ihre Behandlung in einer Standard-Therapeutischen Gemeinschaft erhalten hatten, im Vergleich zu Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmern, welche in einer modifizierten Therapeutischen Gemeinschaft untergebracht worden waren. Auch De Leon et al. (65) konnten in der Verlaufskontrolle eine signifikant höhere Beschäftigungsrate für Probandinnen und Probanden in einer Therapeutischen Gemeinschaft verglichen mit Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmern in einer Standardtherapie ohne Therapieelemente der Therapeutischen Gemeinschaft zeigen.

3.3.1.5 Psychische und physische Gesundheit

Ein signifikanter Unterschied in den Ergebnissen zwischen der stationären Form der Therapeutischen Gemeinschaft und den Kontrollgruppen hinsichtlich der Outcome-Kategorie psychische und körperliche Gesundheit wurde zum Zeitpunkt der Verlaufskontrollen in sechs von neun Studien beschrieben. Rahav et al. (54) beschrieben für Betroffene in einer Therapeutischen Gemeinschaft eine stärkere Abnahme in der Depressionsskala („Center for Epidemiological Studies Depression Scale“) im Vergleich zu Personen in einer Wohneinrichtung, welche nicht den Prinzipien der Therapeutischen Gemeinschaft entsprochen hatte. Des Weiteren zeigten Personen in einer Therapeutischen Gemeinschaft signifikant bessere Ergebnisse in der „Global Assessment of Functioning Scale“, welche das psychosoziale Funktionsniveau misst. Auch in einer von Nuttbrock et al. (55) verfassten Studie wiesen Personen in einer Therapeutischen Gemeinschaft signifikant bessere Resultate hinsichtlich des psychosozialen Funktionsniveaus auf und litten signifikant seltener an Angststörungen als Personen der Kontrollgruppe, welche in einer modifizierten Wohneinrichtung untergebracht worden waren. Guydish et al. (57,58) beschrieben eine signifikant größere Abnahme von sozialen Problemen und verbesserte

Ergebnisse in der „Symptom-Checklist-90-Revised“ (Werkzeug zur Messung subjektiv empfundener Beeinträchtigungen durch psychische und körperliche Beschwerden [66]) für Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer in einer stationären Therapeutischen Gemeinschaft im Vergleich zu jenen in einer ambulanten Therapeutischen Gemeinschaft. Darüber hinaus zeigte sich in der von Guydish et al. (58) verfassten Arbeit eine signifikant größere Zufriedenheit mit der vorhandenen sozialen Unterstützung für Personen in einer stationären Therapeutischen Gemeinschaft und ein signifikant selteneres Auftreten von Depressionen. French et al. (64) und De Leon et al. (65) beschrieben ein signifikant geringeres Auftreten von Depressionen, welche mit dem „Beck-Depressions-Inventar“ ermittelt worden waren, bei Probandinnen und Probanden in einer Therapeutischen Gemeinschaft verglichen mit Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmern in einer Standardtherapie. De Leon et al. (65) dokumentierten zusätzlich auch eine signifikant größere Abnahme an Angststörungen bei Probandinnen und Probanden in einer Therapeutischen Gemeinschaft im Vergleich zur Standardtherapie.

3.3.1.6 Globaler Outcome

Eine einzige Studie (52) untersuchte ergänzend zu den bereits beschriebenen Outcome-Kategorien den pauschalen Therapieerfolg der Betroffenen in einer Therapeutischen Gemeinschaft. In der von Bale et al. (52) verfassten Arbeit konnte ein signifikant höherer pauschaler Outcome-Score für Personen in einer Langzeit-Therapeutischen Gemeinschaft (≥ 50 Tage) im Vergleich zu Personen mit reiner Entzugstherapie, jedoch nicht für Betroffene mit einer Methadontherapie, nachgewiesen werden.

3.3.2 Einflussfaktoren

Als primäre auf den Therapieerfolg der Therapeutischen Gemeinschaft einflussnehmende Faktoren können unter Berücksichtigung der zehn sich mit diesem Thema auseinandersetzen Studien die Aufenthaltsdauer und der Therapieabschluss genannt werden. Sechs der berücksichtigten Arbeiten (52,53,57,58,61,63) präsentierten bessere Ergebnisse für Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer, welche sich über einen längeren Zeitraum in einer Therapeutischen Gemeinschaft befunden hatten als für jene Betroffene mit kürzerer Aufenthaltsdauer. Vier Studien (56,61,63,65) konnten den Therapieabschluss als Einflussfaktor identifizieren. Zudem fanden drei Arbeiten weitere auf den Therapieerfolg einwirkende Größen wie eine Variation hinsichtlich angewandter Therapieverfahren (53), das Substanzkonsumverhalten der Betroffenen, die

Kriminalitätsanamnese, das Alter und das Geschlecht der Probandinnen und Probanden (56) sowie die Erwerbstätigkeit vor Therapiebeginn, einen intravenösen Drogenkonsum in der Anamnese, sexuelles Risikoverhalten und sexuelle Neigungen der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer (59).

Bale et al. (52) konnten in ihrer Arbeit zeigen, dass Personen, welche sich für mindestens 50 Tage in einer Therapeutischen Gemeinschaft befunden hatten, bessere Behandlungserfolge in den Bereichen Drogenkonsum, Kriminalität und Arbeit beziehungsweise Bildung aufweisen konnten als Personen, welche eine deutlich kürzere Entzugstherapie ohne weiterführende Behandlung erhalten hatten. Betroffene, welche sich weniger als 50 Tage in Behandlung befunden hatten, konnten kein signifikant besseres Ergebnis als die Kontrollgruppe mit alleiniger Entzugstherapie erzielen. Auch in der von Bale et al. (53) verfassten Studie wurde die Länge des Aufenthalts als Einflussfaktor genannt. Zusätzlich zeigten Personen in der Standardform der Therapeutischen Gemeinschaft, die sich auf ehemalige Süchtige und Freiwillige als betreuendes Personal beschränkt hatte und in einer modifizierten Therapeutischen Gemeinschaft mit einem größeren Anteil an professionellem Personal und einer mehr demokratisiert ausgelegten Umgangsweise bessere Ergebnisse als Personen in einer modifizierten Therapeutischen Gemeinschaft mit einem eklektischen Therapieprogramm und einem gemischt professionellen und paraprofessionellen Team. Nemes et al. (56) beschrieben ein besseres Therapieergebnis betreffend den Drogenkonsum und die Kriminalität für Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer, die ihre Behandlung abgeschlossen hatten. Betroffene beendeten umso häufiger die Therapie je älter sie waren, bei alleiniger Heroinabhängigkeit zum Zeitpunkt ihrer Aufnahme und wenn sie sich bei Therapiebeginn auf Bewährung, Haftaussetzung oder in Untersuchungshaft befunden hatten. Darüber hinaus zeigte sich eine positive Korrelation zwischen Kokainkonsum im Therapieverlauf und alleinigem Kokainkonsum zum Zeitpunkt der Aufnahme, vorzeitigem Behandlungsabbruch und positivem Test auf Opiate im Behandlungsverlauf. Der Opiatkonsum korrelierte positiv mit dem Geschlecht (Frauen wurden häufiger positiv getestet), alleinigem Kokainkonsum zum Zeitpunkt der Aufnahme und positivem Test auf Kokain im Therapieverlauf. Zudem konnte gezeigt werden, dass das Therapie-Outcome bezüglich der Kriminalität von dem Alter der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer, der Anzahl an früheren Verhaftungen, dem Kriminalstatus bei der Aufnahme und einem Therapieabschluss abhängig war. Jene Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer, welche ein höheres Alter aufgewiesen und ihre Therapie beendet hatten,

erlitten seltener einen kriminellen Rückfall. Kriminaldelikte in der Anamnese bei Therapiebeginn und eine hohe Anzahl an früheren Verhaftungen wirkten sich jedoch negativ auf den Behandlungserfolg aus. Betrachtete man die Erwerbstätigkeit der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer nach Therapieende, konnten das männliche Geschlecht, ein Therapieabschluss und die stationäre Standardform der Therapeutischen Gemeinschaft als positive Einflussfaktoren angesehen werden. Betroffene, die im Therapieverlauf positiv auf Kokain getestet worden waren, hatten eine geringere Wahrscheinlichkeit nach ihrer Entlassung Arbeit zu finden. Gydish et al. (57) präsentierten in ihrer Studie eine geringere Rate an Kriminalität, Alkohol- und Drogenkonsum und sozialen Problemen bei einer Therapielänge von mehr als sechs Monaten. Des Weiteren konnte nachgewiesen werden, dass die Schwere des Alkoholkonsums mit der Therapiedauer und Therapieart korrelierte. Bei Betroffenen, die sich länger als sechs Monate in stationärer Therapie befunden hatten, sank der Schweregrad der Alkoholabhängigkeit signifikant. In der von Gydish et al. (58) verfassten Arbeit konnte nachgewiesen werden, dass in den meisten Outcome-Bereichen der größte Fortschritt in den ersten sechs Behandlungsmonaten nachweisbar gewesen und danach konstant geblieben war. Ausnahmen bildeten hierbei zwei Größen, die Erwerbstätigkeit und die Depression. So befanden sich Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer, welche mehr als sechs Monate in Therapie verbracht hatten nach ihrer Entlassung häufiger in einem Beschäftigungsverhältnis und litten seltener an Depressionen. Greenwood et al. (59) beschrieben eine erhöhte Drogenrückfallrate 12 und 18 Monate nach Therapiebeginn bei Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmern, welche innerhalb von drei Jahren vor ihrer Aufnahme erwerbstätig gewesen waren, bei intravenösem Drogenkonsum in der Anamnese, sexuellem Risikoverhalten mit multiplen Sexualpartnerinnen und Sexualpartnern und bei Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmern, die keine homosexuellen Sexualpartnerinnen und Sexualpartner innerhalb von sechs Monaten vor Therapiebeginn aufweisen konnten. Wie bereits andere schon beschriebene Studien konnten auch McCusker et al. (61) zeigen, dass sich eine längere Aufenthaltsdauer und ein Therapieabschluss auf den Drogenkonsum und die psychische Gesundheit der Betroffenen positiv auswirkten. Auch Coombs (63) konnte eine Korrelation zwischen längerer Behandlungsdauer beziehungsweise Therapieabschluss und geringerer Rate an Drogenkonsum, Kriminalität und höherer Zahl an Erwerbstätigkeit nach Therapieende nachweisen. De Leon et al. (65) beschrieben bessere Ergebnisse für Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer, die ihre Therapie in einer modifizierten

Therapeutischen Gemeinschaft abgeschlossen hatten als für jene, die ihre Behandlung vorzeitig abgebrochen hatten.

4. Diskussion

Ausgehend von einer hierarchisch strukturierten Behandlungsweise hat sich die Therapeutische Gemeinschaft in den letzten Jahrzehnten in ein modifiziertes Therapiemodell gewandelt, welches sich an die spezifischen Bedürfnisse von Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten anpasst und als vielversprechende Alternative zur medikamentösen Suchttherapie gesehen werden kann (13).

Ziel dieser Arbeit war es, einen systematischen Überblick über die Wirkfaktoren der Therapeutischen Gemeinschaft zu bieten. Der Schwerpunkt lag auf der Überprüfung der Wirksamkeit der Therapeutischen Gemeinschaft als Behandlungsverfahren zur Therapie von Abhängigkeitserkrankungen. Um die praktischen Anwendungsmöglichkeiten der Ergebnisse für Psychiaterinnen und Psychiater, psychiatrisch interessierte Ärztinnen und Ärzte sowie Psychologinnen und Psychologen zu erhöhen, wurden anders als bei bisher zu diesem Thema veröffentlichten Übersichtsarbeiten (48,67-70) nur kontrollierte, prospektive Studien berücksichtigt und Arbeiten, welche sich mit Therapeutischen Gemeinschaften in Gefängnissen beschäftigten, aus der Recherche ausgeschlossen.

4.1 Beurteilung der Studien

4.1.1 Wirksamkeit der Therapeutischen Gemeinschaft

Um die Frage zu beantworten, ob die Behandlung einer Abhängigkeitserkrankung im Rahmen einer stationären Therapeutischen Gemeinschaft erfolversprechend ist, und inwieweit sich die bio-psycho-sozialen Parameter der Betroffenen durch die Behandlung verändern, wurden 14 klinisch kontrollierte Studien bezüglich des Therapieerfolgs der Therapeutischen Gemeinschaft in den Bereichen Drogenkonsum, Kriminalität, Arbeit beziehungsweise Bildung und psychische beziehungsweise physische Gesundheit untersucht. Die geplante Therapielänge erstreckte sich über einen Zeitraum von 3 bis 18 Monaten. Die Studienpopulation war überwiegend männlich (66,9-100%), das durchschnittliche Alter lag zwischen 24,0 und 35,4 Jahren und die am häufigsten konsumierten Drogen zum Aufnahmezeitpunkt waren Kokain und Heroin. Etwa 54% (7/13 Studien) der den Drogenkonsum der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer untersuchenden Arbeiten konnten ein signifikant besseres Ergebnis für die stationäre

Therapeutische Gemeinschaft im Vergleich zu den Kontrollgruppen nachweisen. Auch bezüglich der Kriminalitätsrate (56%; 5/9 Studien), Erwerbstätigkeit (56%; 5/9 Studien) und Gesundheit (67%; 6/9 Studien) der Betroffenen konnte ein Vorteil für die stationäre Therapeutische Gemeinschaft in den Verlaufskontrollen festgemacht werden. Aufgrund der Heterogenität der Studien hinsichtlich ihrer Fragestellungen, dem untersuchten Patientinnen- und Patientenkollektiv, dem Beobachtungszeitraum, aber auch bezüglich der eruierten Outcome-Kategorien, ist es nicht möglich, diese Resultate als uneingeschränkt gültige, allgemeine Überlegenheit der stationären Therapeutischen Gemeinschaft zu interpretieren. Diese Meinung teilen auch andere zu diesem Thema publizierte Übersichtsarbeiten. Vanderplasschen et al. (48) kamen ebenso zu dem Ergebnis, dass die stationäre Therapeutische Gemeinschaft verglichen mit anderen Therapieverfahren signifikant bessere Ergebnisse aufweist (zwei von drei Studien zeigten in der ersten Verlaufskontrolle signifikant bessere Ergebnisse in den Kategorien Drogenkonsum und Kriminalität; fünf Studien fanden jeweils einen größeren Therapieerfolg für die Bereiche Arbeit und psychische Gesundheit), jedoch aufgrund der Uneinheitlichkeit der Studien keine uneingeschränkte Gültigkeit besteht. Smith et al. (70) konnten, basierend unter anderem auf dem Mangel an replizierten Ergebnissen, kaum Beweise dafür erbringen, dass die Therapeutische Gemeinschaft im Vergleich zu anderen stationären Therapieverfahren wesentlich bessere Ergebnisse erzielen kann, oder dass eine Form der Therapeutischen Gemeinschaft einer anderen überlegen ist.

In die Interpretation der Ergebnisse bezüglich der Wirksamkeit des Konzeptes der Therapeutischen Gemeinschaft muss die Tatsache miteinfließen, dass, wenn die einzelnen Resultate der stationären Therapeutischen Gemeinschaft im zeitlichen Verlauf betrachtet werden, es beinahe ausschließlich zu einer Verbesserung der Ergebnisse gekommen ist, und dass in einigen Studien zwar keine signifikante Überlegenheit der stationären Therapeutischen Gemeinschaft in allen Outcome-Bereichen im Vergleich zu den Kontrollgruppen nachgewiesen werden konnte, jedoch ein nicht signifikanter Unterschied vorhanden war. Auch Vanderplasschen et al. (48) beschrieben die gleiche Problematik hinsichtlich der oft fehlenden Signifikanz der Ergebnisse, welche ihrer Meinung nach jedoch nicht mit einem fehlenden Therapieerfolg gleichgesetzt werden darf.

4.1.2 Bedeutsame Therapieelemente und Einflussfaktoren

Unter Berücksichtigung aller Ergebnisse sind als vordergründige Einflussfaktoren die tatsächliche Therapielänge und der Therapieabschluss zu nennen. In allen fünf Outcome-Kategorien konnten Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer, welche sich länger in Behandlung befunden beziehungsweise die vorgegebene Therapie beendet hatten, bessere Resultate erzielen als Betroffene, welche eine kürzer geplante Behandlung erhalten oder ihre Therapie vorzeitig abgebrochen hatten. Auch Vanderplasschen et al. (48), Malivert et al. (67) und Smith et al. (70) kamen zu dem Resultat, dass eine längere tatsächliche Behandlungsdauer und ein Therapieabschluss mit besseren Ergebnissen assoziiert sind. Die Frage, ob inhaltliche Modifikationen des Therapiekonzepts der Therapeutischen Gemeinschaft Einfluss auf den Therapieerfolg haben, lässt sich aufgrund fehlender signifikanter Resultate unzureichend beantworten. Betrachtet man das Ergebnis der von Bale et al. (53) verfassten Studie, in welcher eine Standardform der Therapeutischen Gemeinschaft und zwei modifizierte Therapeutische Gemeinschaften mit einer reinen Entzugstherapie verglichen worden waren, sieht man, dass die Standardform der Gemeinschaft, die sich auf ehemalige Süchtige und Freiwillige als betreuendes Personal beschränkt hatte und jene modifizierte Variante, welche einen größeren Anteil an professionellem Personal eingesetzt und sich einer mehr demokratisiert ausgelegten Umgangsweise bedient hatte, deutlich bessere Resultate aufweisen konnten als eine modifizierte Therapeutische Gemeinschaft, welche eklektisch aufgebaut und durch ein gemischt professionelles und paraprofessionelles Team betreut worden war und nicht die gleiche Ordnung, Kontrolle und Empathie hinsichtlich der individuellen Probleme aufgewiesen hatte wie die anderen beiden Therapieprogramme. Dieses Resultat führt zur Schlussfolgerung, dass sich Modifikationen positiv auf den Therapieerfolg der Therapeutischen Gemeinschaft auswirken können, das Fehlen einer gewissen Struktur, Ordnung und Kontrolle sowie eines empathischen Umgangs mit den Betroffenen hingegen die Wirksamkeit der Behandlung schmälern können. Dieses Fazit muss jedoch, wie bereits beschrieben, aufgrund einer fehlenden Untermauerung durch weitere signifikante Ergebnisse mit Vorbehalt betrachtet werden.

4.2 Einschränkungen der Arbeit

Trotz der Bemühungen allen Kriterien einer systematischen Übersichtsarbeit gerecht zu werden und eine möglichst vollständige Übersicht über die für die Fragestellung relevante

Literatur zu bieten, traten im Arbeitsprozess einige Schwierigkeiten auf, welche zu einer reduzierten Aussagekraft der Ergebnisse führen.

4.2.1 Studienauswahl

Als einer der schwerwiegendsten Limitationsfaktoren ist die Heterogenität des vorhandenen Studienmaterials zu sehen. Da sich die in Frage kommenden Studien sowohl hinsichtlich ihrer Fragestellungen, dem untersuchten Patientinnen- und Patientenkollektiv, dem Beobachtungszeitraum, aber auch bezüglich der eruierten Outcome-Kategorien unterschieden hatten, musste die Möglichkeit einer Metaanalyse bereits zu Beginn der Arbeit verworfen werden. Des Weiteren war die Literaturrecherche auf Datenbanken beschränkt, welche über die Lizenzen der Medizinischen Universität Graz frei zugänglich waren, was zur Folge gehabt haben könnte, dass trotz der Bemühung, durch eine zusätzliche Recherche im Internet und in den Literaturlisten vorhandener, zu diesem Thema verfassten Übersichtsarbeiten, in Frage kommende Arbeiten fälschlicherweise nicht in die Übersichtsarbeit aufgenommen wurden. Hinsichtlich des Neuheitswertes der durch die Übersichtsarbeit dargestellten Ergebnisse ergab sich die Problematik, dass trotz fehlender zeitlicher Einschränkungen keine Studien gefunden werden konnten, welche nach 2001 veröffentlicht worden waren und den Einschlusskriterien entsprachen. Auch in anderen zu diesem Thema veröffentlichten systematischen Übersichtsarbeiten (48,67-70) konnten nur dann aktuellere Studien in die Analyse miteinbezogen werden, wenn auch retrospektive Studien, ein nicht kontrolliertes Studiendesign oder Therapeutische Gemeinschaften in Gefängnissen in Betracht gezogen wurden.

4.2.2 Studienergebnisse

Die Beantwortbarkeit der Frage nach der Wirksamkeit der stationären Therapeutischen Gemeinschaft als Therapiemethode für Abhängigkeitserkrankungen war mithilfe der in die Übersichtsarbeit eingeschlossenen Studien nur eingeschränkt möglich. Aufgrund der Heterogenität der Studien war es nicht möglich, alle Studien hinsichtlich derselben Outcome-Kategorien zu untersuchen und deren Ergebnisse miteinander zu vergleichen. So mussten die Ergebnisse jeder Studie separat bewertet werden und eine allgemein gültige Aussage war nur mit Vorbehalt möglich. Ein weiteres beträchtliches Problem war, dass jene Studien, welche zwei Therapeutische Gemeinschaften mit unterschiedlicher Therapiedauer, unterschiedlichen Therapieelementen oder eine stationäre Form mit einer ambulanten Variante, verglichen hatten, nur unzureichende Aussagekraft darüber aufweisen, ob die

Therapeutische Gemeinschaft als Therapiemethode per se anderen Therapieverfahren gegenüber zu bevorzugen ist. Darüber hinaus wurden zwar alle Studien unter kontrollierten Bedingungen durchgeführt, aber infolge der realen Verhältnisse, unter welchen die Untersuchungen durchgeführt worden waren, wurde eine echte Randomisierung der Studienpopulation unmöglich. So wurden in den meisten Arbeiten die Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer zwar zu Beginn der Therapie den einzelnen Therapieeinrichtungen randomisiert zugeteilt, wechselten dann jedoch häufig das Behandlungsverfahren oder wurden aus Platzmangel einer anderen Einrichtung zugewiesen. Des Weiteren führt die hohe Rate an Therapieabbrecherinnen und Therapieabbrechern zur Frage, ob die Ergebnisse als gültig beziehungsweise verwertbar anzusehen sind.

4.3 Konklusion

Die vorliegende Arbeit kann trotz einer geringen Zahl an aktuellen klinisch kontrollierten, randomisierten Studien und der vorliegenden Heterogenität der untersuchten Arbeiten aufzeigen, dass die Therapeutische Gemeinschaft als eine effektive Therapiemethode zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen anzusehen ist. Die Therapeutische Gemeinschaft präsentierte sich nicht nur in Teilbereichen der Outcome-Kategorien als signifikant besseres Behandlungsverfahren, sondern zeigte auch eine Verbesserung der Ergebnisse im zeitlichen Verlauf. Die Frage nach dem Einfluss von Modifikationen auf den Therapieerfolg lässt sich auf Basis nur einer Studie, welche signifikante Unterschiede zwischen modifizierten und Standard-Therapeutischen Gemeinschaften aufzeigen konnte, nicht klären und führt zur Notwendigkeit, speziell auf diese Fragestellung abgestimmte Übersichtsarbeiten durchzuführen. Da es vor allem aufgrund der Uneinheitlichkeit der eingeschlossenen Studien, aber auch infolge fehlender aktueller, klinisch kontrollierter, randomisierter Arbeiten zu einer eingeschränkten Gültigkeit der Resultate kommt, wäre es erforderlich, weitere kontrollierte, randomisierte Studien hinsichtlich des Therapieerfolgs der Therapeutischen Gemeinschaft durchzuführen, um deren Wirksamkeit zu belegen und damit eine Zukunft der Therapeutischen Gemeinschaft als Alternative zur medikamentösen Suchttherapie zu gewährleisten. Der Fokus sollte vor allem auf kontrollierte, randomisierte Studien, welche die Therapeutische Gemeinschaft mit anderen Therapieverfahren vergleichen, gelegt werden, da jene eine unlimitierte Interpretation bezüglich der Effektivität der Therapeutischen Gemeinschaft ermöglichen. Darüber hinaus sollten systematische

Übersichtsarbeiten publiziert werden, welche auch die Effizienz der Therapeutischen Gemeinschaft im Vergleich zu anderen Therapieverfahren beleuchten.

5. Literaturverzeichnis

1. Rothenhäusler HB, Täschner KL, editors. Kompendium praktische Psychiatrie und Psychotherapie. 2nd ed. Wien: Springer; 2013.
2. Bilke O, Batra A. Diagnostik und Klassifikation. In: Batra A, Bilke-Hentsch O, editors. Praxisbuch Sucht: Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter. Stuttgart: Thieme; 2012. p. 1-7.
3. Hasin D, Hatzenbuehler ML, Keyes K, Ogburn E. Substance use disorders: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV) and International Classification of Diseases, tenth edition (ICD-10). *Addiction*. 2006 Sep;101(Suppl. 1):59-75.
4. Müller CA, Heinz A. Biologische Grundlagen der Suchtentwicklung. In: Batra A, Bilke-Hentsch O, editors. Praxisbuch Sucht: Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter. Stuttgart: Thieme; 2012. p. 16-20.
5. Schay P. Integrative Therapie in der Drogenhilfe. In: Schay P, Lojewski I, Siegele F, editors. Integrative Therapie in der Drogenhilfe: Theorie-Methoden-Praxis in der sozialen und medizinischen Rehabilitation. Stuttgart: Thieme; 2013. p. 18-28.
6. Camí J, Farré M. Drug addiction. *N Engl J Med*. 2003 Sep 4;349(10):975-86.
7. Cardinal RN, Everitt BJ. Neural and psychological mechanisms underlying appetitive learning: links to drug addiction. *Curr Opin Neurobiol*. 2004 Apr;14(2):156-62.
8. Sonntag D, Künzel J. Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? *Sucht*. 2000 Dez;46(2):92-176.
9. Müller R. Suchterkrankungen. In: Leucht S, Förstl H, editors. Kurzlehrbuch Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Thieme; 2012. p. 55-75.
10. De Leon G. The therapeutic community: theory, model and method. New York: Springer Publishing Company; 2000.
11. Kennard D, Haigh R. Therapeutic communities. In: Gelder M, Andreasen N, Lopez-Ibor J, Geddes J, editors. *New Oxford textbook of psychiatry*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2012. p. 1391-8.
12. National institute on drug abuse. Therapeutic communities: what is a therapeutic community's approach [Internet]. Bethesda, MD: national institute on drug abuse; undated [updated 2015 July; cited 2017 January 4th]. Available at: <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/therapeutic-communities/what-therapeutic-communitys-approach>
13. Vanderplasschen W, Vandeveld S, Broekaert E. Therapeutic communities for treating addictions in Europe: evidence, current practices and future challenges. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2014.
14. Vormann G. Therapeutische Gemeinschaft. In: Fenger J, editor. *Handbuch der Suchtbehandlung: Beratung, Therapie, Prävention*. Landsberg/Lech: Ecomed; 2002. p. 555-61.
15. Veale D, Gilbert P, Wheatley J, Naismith I. A new therapeutic community: development of a compassion-focussed and contextual behavioural environment. *Clin Psychol Psychother*. 2015 Jul-Aug;22(4):285-303.
16. Jones M. The concept of a therapeutic community. *Am J Psychiatry*. 1956 Feb;112(8):647-50.
17. Haigh R, Lees J. Fusion TCs: divergent histories, converging challenges. *Ther Communities*. 2008;29(4):347-74.

-
18. Debaere V, Vanheule S, Inslegers R. Beyond the “black box” of the therapeutic community for substance abusers: a participant observation study on the treatment process. *Addict Res Theory*. 2014;22(3):251-62.
 19. Heckmann W. Geschichte der Therapeutischen Gemeinschaften in Europa. In: Yablonsky L, editor. *Die Therapeutische Gemeinschaft: Ein erfolgreicher Weg aus der Drogenabhängigkeit*. Weinheim: Beltz; 1990. p. 11-28.
 20. Troyer TN, Acampora AP, O'Connor LE, Berry JW. The changing relationship between therapeutic communities and 12-step programs: a survey. *J Psychoactive Drugs*. 1995 Apr-Jun;27(2):177-80.
 21. Hedrich D, Pirona A, Wiessing L. From margin to mainstream: the evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe. *Drugs: Educ Prev Polic*. 2008 Dec;15(6):503-17.
 22. Goethals I, Vanderplasschen W, Vandevelde S, Broekaert E. Core characteristics, treatment process and retention in therapeutic communities for addictions: a summary of four studies. *Ther Communities*. 2015;36(2):89-102.
 23. Broekaert E, Van der Straten G, D'Oosterlinck F, Kooyman M. The therapeutic community for ex-addicts: a view from Europe. *Therapeutic Communities: The International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations*. 1999 Jan;20(4):255-66.
 24. Broekaert E, Vandevelde S, Soyez V, Yates R, Slater A. The third generation of therapeutic communities: the early development of the TC for addictions in Europe. *Eur Addict Res*. 2006;12(1):1-11.
 25. De Leon G. "The gold standard" and related considerations for a maturing science of substance abuse treatment. *Therapeutic communities; a case in point. Subst Use Misuse*. 2015;50(8-9):1106-9.
 26. Dye MH, Ducharme LJ, Johnson JA, Knudsen HK, Roman PM. Modified therapeutic communities and adherence to traditional elements. *J Psychoactive Drugs*. 2009 Sep;41(3):275-83.
 27. Melnick G, De Leon G. Clarifying the nature of therapeutic community treatment. The Survey of Essential Elements Questionnaire (SEEQ). *J Subst Abuse Treat*. 1999 Jun;16(4):307-13.
 28. Paget S, Throne J, Das A, editors. *Service standards for therapeutic communities*. 9th ed. London: RC Psych; 2015.
 29. World federation of therapeutic communities. *TC standards* [Internet]. Morristown, Pennsylvania: world federation of therapeutic communities; undated [updated (no date); cited 2017 January 4th]. Available at: <http://www.wftc.org/standards.html>
 30. Dye MH, Roman PM, Knudsen HK, Johnson JA. The availability of integrated care in a national sample of therapeutic communities. *J Behav Health Serv Res*. 2012 Jan;39(1):17-27.
 31. Van Stelle KR, Blumer C, Moberg DP. Treatment retention of dually diagnosed offenders in an institutional therapeutic community. *Behav Sci Law*. 2004;22(4):585-97.
 32. Sacks S, Banks S, McKendrick K, Sacks JY. Modified therapeutic community for co-occurring disorders: a summary of four studies. *J Subst Abuse Treat*. 2008 Jan;34(1):112-22.
 33. National institute on drug abuse. *Therapeutic communities: how do therapeutic communities treat populations with special needs?* [Internet]. Bethesda, MD: national institute on drug abuse; undated [updated 2015 July; cited 2017 January 5th]. Available at: <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/therapeutic-communities/how-do-therapeutic-communities-treat-populations-special-needs>

-
34. Jainchill N. Therapeutic communities for adolescents: the same and not the same. In: De Leon G, editor. *Community as method: therapeutic communities for special populations and special settings*. Westport, CT: Greenwood; 1997. p. 161–78.
35. Center for substance abuse treatment. *Treatment of adolescents with substance use disorders* [Internet]. Rockville, MD: substance abuse and mental health services administration (US); 1999 [updated (no date); cited 2017 January 10th]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64342/>
36. Foster M, Nathan S, Ferry M. The experience of drug-dependent adolescents in a therapeutic community. *Drug Alcohol Rev*. 2010 Sep;29(5):531-9.
37. Jainchill N, Hawke J, De Leon G, Yagelka J. Adolescents in therapeutic communities: one-year posttreatment outcomes. *J Psychoactive Drugs*. 2000 Jan-Mar;32(1):81-94.
38. Covington SS, Bloom BE. Gender-responsive treatment and services in correctional settings. In: Leeder E, editor. *Inside and out: women, prison, and therapy*. New York: Haworth Press; 2006. p. 9-24.
39. Messina N, Wish E, Nemes S. Predictors of treatment outcomes in men and women admitted to a therapeutic community. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2000 May;26(2):207-27.
40. Stevens SJ, Glider PJ. Therapeutic communities: substance abuse treatment for women. *NIDA Res Monogr*. 1994;144:162-80.
41. Lewis CF. *Oxford textbook of correctional psychiatry: gender-specific treatment* [Internet]. Oxford, UK: Oxford University Press; 2015 [updated 2015 May; cited 2017 January 28th]. Available at: <http://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199360574.001.0001/med-9780199360574-chapter-51>
42. Sacks S, Sacks JY, McKendrick K, Pearson FS, Banks S, Harle M. Outcomes from a therapeutic community for homeless addicted mothers and their children. *Adm Policy Ment Health*. 2004 Mar;31(4):313-38.
43. Stevens SJ, Arbiter N, McGrath R. Women and children: therapeutic community substance abuse treatment. In: De Leon G, editor. *Community as method: therapeutic communities for special populations and special settings*. Westport, CT: Praeger; 1997. p. 129-42.
44. Galassi A, Mpofu E, Athanasou J. Therapeutic community treatment of an inmate population with substance use disorders: post-release trends in re-arrest, re-incarceration, and drug misuse relapse. *Int J Environ Res Public Health*. 2015 Jun 19;12(6):7059-72.
45. Wexler HK, Prendergast ML. Therapeutic communities in United States' prisons: effectiveness and challenges. *Ther Communities*. 2010;31(2):157-75.
46. Vandavelde S, Broekaert E, Yates R, Kooyman M. The development of the therapeutic community in correctional establishments: a comparative retrospective account of the 'democratic' Maxwell Jones TC and the hierarchical concept-based TC in prison. *Int J Soc Psychiatry*. 2004 Mar;50(1):66-79.
47. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Ann Intern Med*. 2009 Aug 18;151(4):264-9.
48. Vanderplasschen W, Colpaert K, Autrique M, Rapp RC, Pearce S, Broekaert E et al. Therapeutic communities for addictions: a review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective. *ScientificWorldJournal*. 2013;2013:427817.
49. Ravndal E, Vaglum P. Psychopathology, treatment completion and 5 years outcome. A prospective study of drug abusers. *J Subst Abuse Treat*. 1998 Mar-Apr;15(2):135-42.
50. Bankston SM, Carroll DD, Cron SG, Granmayeh LK, Marcus MT, Moeller FG et al. Substance abuser impulsivity decreases with a nine-month stay in a therapeutic community. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2009;35(6):417-20.

-
51. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med.* 2009 Jul 21;6(7):e1000097.
 52. Bale RN, Van Stone WW, Kuldau JM, Engelsing TM, Elashoff RM, Zarcone VP Jr. Therapeutic communities vs methadone maintenance. A prospective controlled study of narcotic addiction treatment: design and one-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry.* 1980 Feb;37(2):179-93.
 53. Bale RN, Zarcone VP, Van Stone WW, Kuldau JM, Engelsing TM, Elashoff RM. Three therapeutic communities. A prospective controlled study of narcotic addiction treatment: process and two-year follow-up results. *Arch Gen Psychiatry.* 1984 Feb;41(2):185-91.
 54. Rahav M, Rivera JJ, Nuttbrock L, Ng-Mak D, Sturz EL, Link BG et al. Characteristics and treatment of homeless, mentally ill, chemical-abusing men. *J Psychoactive Drugs.* 1995 Jan-Mar;27(1):93-103.
 55. Nuttbrock LA, Rahav M, Rivera JJ, Ng-Mak DS, Link BG. Outcomes of homeless mentally ill chemical abusers in community residences and a therapeutic community. *Psychiatr Serv.* 1998 Jan;49(1):68-76.
 56. Nemes S, Wish ED, Messina N. Comparing the impact of standard and abbreviated treatment in a therapeutic community. Findings from the district of Columbia treatment initiative experiment. *J Subst Abuse Treat.* 1999 Dec;17(4):339-47.
 57. Guydish J, Werdegar D, Sorensen JL, Clark W, Acampora A. Drug abuse day treatment: a randomized clinical trial comparing day and residential treatment programs. *J Consult Clin Psychol.* 1998 Apr;66(2):280-9.
 58. Guydish J, Sorensen JL, Chan M, Werdegar D, Bostrom A, Acampora A. A randomized trial comparing day and residential drug abuse treatment: 18-month outcomes. *J Consult Clin Psychol.* 1999 Jun;67(3):428-34.
 59. Greenwood GL, Woods WJ, Guydish J, Bein E. Relapse outcomes in a randomized trial of residential and day drug abuse treatment. *J Subst Abuse Treat.* 2001 Jan;20(1):15-23.
 60. McCusker J, Vickers-Lahti M, Stoddard A, Hindin R, Bigelow C, Zorn M et al. The effectiveness of alternative planned durations of residential drug abuse treatment. *Am J Public Health.* 1995 Oct;85(10):1426-9.
 61. McCusker J, Stoddard A, Frost R, Zorn M. Planned versus actual duration of drug abuse treatment. Reconciling observational and experimental evidence. *J Nerv Ment Dis.* 1996 Aug;184(8):482-9.
 62. McCusker J, Bigelow C, Frost R, Garfield F, Hindin R, Vickers-Lahti M et al. The effects of planned duration of residential drug abuse treatment on recovery and HIV risk behavior. *Am J Public Health.* 1997 Oct;87(10):1637-44.
 63. Coombs RH. Back on the streets: therapeutic communities' impact upon drug users. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 1981;8(2):185-201.
 64. French MT, Sacks S, De Leon G, Staines G, McKendrick K. Modified therapeutic community for mentally ill chemical abusers: outcomes and costs. *Eval Health Prof.* 1999 Mar;22(1):60-85.
 65. De Leon G, Sacks S, Staines G, McKendrick K. Modified therapeutic community for homeless mentally ill chemical abusers: treatment outcomes. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2000 Aug;26(3):461-80.
 66. Prinz U, Nutzinger DO, Schulz H, Petermann F, Braukhaus C, Andreas S. Comparative psychometric analyses of the SCL-90-R and its short versions in patients with affective disorders. *BMC Psychiatry.* 2013 Mar 28;13:104.

-
67. Malivert M, Fatséas M, Denis C, Langlois E, Auriacombe M. Effectiveness of therapeutic communities: a systematic review. *Eur Addict Res.* 2012;18(1):1-11.
 68. Magor-Blatch L, Bhullar N, Thomson B, Thorsteinsson E. A systematic review of studies examining effectiveness of therapeutic communities. *Therapeutic Communities: The International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations.* 2014;35(4):168-84.
 69. Mohd Azizi Salleh, Aidalina M. Therapeutic community approach in drug abuse treatment: a systematic review. *IJPHCS.* 2015 Jan-Feb;2(1):81-91.
 70. Smith LA, Gates S, Foxcroft D. Therapeutic communities for substance related disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Jan 25;(1):CD005338.