

Therapieziele in der Behandlung von Alkoholkrankheit

Eine Qualitative Studie

Therapeutic Goals in the Treatment of Alcoholism

A Qualitative Study

Katrin Wippersberg

Kurzzusammenfassung

Vorliegende Studie präsentiert die Genese der Alkoholkrankheit, die unterschiedlichen Typologien Alkoholkranker sowie Ansätze moderner Behandlungskonzepte. Sie legt zudem Ergebnisse einer qualitativen Inhaltsanalyse vor, die die Therapieziele aus Patient:innensicht thematisiert. Es zeigen sich vier Hauptkategorien: Autonomie, Abstinenz/somatische Gesundheit, Beziehungsgestaltung und Selbst. Zentrales Ergebnis ist, dass Abstinenz – wie moderne Behandlungsansätze postulieren – nicht als oberstes Therapieziel zu werten ist.

Schlüsselwörter

Alkoholkrankheit, Therapieziele, Entwöhnung

Abstract

This study presents the genesis of alcoholism, the different typologies of alcoholics and approaches of modern treatment concepts and presents results of a qualitative content analysis that addresses therapy goals from the patient's perspective. Four main categories emerge: Autonomy, Abstinence/Somatic Health, Relationship Formation and Self. The central result is that abstinence – as postulated by modern treatment approaches – should not be considered the primary therapy goal.

keywords

alcoholism, therapy objectives, withdrawal, alcohol treatment program

Einleitung

Das modernste Schiff seiner Zeit, die Titanic, sank 1912. Als der Dampfer den Atlantik überquerte, um von England nach New York zu gelangen, kollidierte er bei Neufundland mit einem Eisberg. Der tragische Ausgang ist hinlänglich bekannt. Der Umstand, der zur Kollision führte, ist ein profaner: Kapitän E. J. Smith wollte die Atlantiküberquerung unbedingt in neuer Rekordzeit bewerkstelligen und entschied sich deshalb – trotz des Wissens um die in Form von Eisbergen lauenden Gefahren – für die kürzere, nördliche Fahrtroute. Was Smith allerdings unterschätzte, war die Tatsache, dass der größte Teil eines Eisberges immer unter Wasser liegt. Das Sichtbare ist lediglich die Spitze – die Titanic rammte folglich den vermeintlich noch weit entfernten Eisberg. Eine Fahrlässigkeit, die mehr als 1500 Menschen das Leben kostete (Zimmermann, 2019).

Die Entwicklung einer Alkoholkrankheit weist einige Parallelen zum Untergang der Titanic auf. Lindenmeyer (2005, S. 12) schreibt, dass die Alkoholkrankheit lange Zeit „vom Betroffenen und seiner Umwelt nicht bemerkt wird“, da diese – ähnlich einem Eisberg – unter der Oberfläche verläuft. Demnach reagiert man oftmals erst in einem sehr späten Stadium der Abhängigkeit – also vergleichbar mit einer „Kollision“. „Die Titanic ist untergegangen, weil sie unklug geführt und trotz reichlicher Warnungen mit voller Geschwindigkeit in eine Gefahr gebracht wurde, der man leicht hätte ausweichen können“, so die traurige Bilanz des amerikanischen Admirals F. E. Chadwick (Janßen, 1985, S. 27).

Wie man am Vergleich mit dem Unglück der Titanic feststellen kann, gehören übermäßiger Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit zweifelsohne zu den größten Herausforderungen, die Ärzte und Therapeuten täglich zu bewältigen haben. Gemäß der jüngsten Ausgabe des Handbuchs für Alkohol (Bachmayer, Strizek, & Uhl, 2022), das sich auf die Datenlage von 2021 beruft, machen folgende Zahlen im Zusammenhang mit alkoholbedingten Todesursachen und Suiziden auf sich aufmerksam: Im Jahr 2021 starben 46.010 Männer und 45.952 Frauen an Alkoholismus und deren Folgeerscheinungen, 877 Männer und 220 Frauen begingen alkoholinduzierten Suizid. Ca. 280.000 Männer und 98.000 Frauen leiden an chronischem Alkoholismus, das sind 7,5% aller Männer und 2,5 % aller Frauen. Zahlen und Fakten, die bereits erkennen lassen, dass nicht nur eine exakte Frühdiagnostik, sondern auch ein umfassendes Therapieangebot notwendig ist.

Allerdings findet bei der Behandlung von Alkoholkranken ein Umdenken statt. Die vielgefürchtete Abstinenz gilt – sofern keine starke psychische und körperliche Abhängigkeit besteht – nicht mehr als einziges Therapieziel, sondern auch der moderate Konsum. Nach den österreichischen Empfehlungen des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz sollte der moderate Alkoholkonsum auf maximal zwei Standardgläser pro Tag für Männer und maximal einem Standardglas pro Tag für Frauen begrenzt werden. Ein Standardglas enthält in Österreich etwa 20 Gramm Alkohol (Bachmayer, Strizek, & Uhl, 2022). Da bereits das Frühstadium als Krankheit gewertet wird – und nicht wie früher erst das Spätstadium mit all seinen gravierenden Folgeschäden, setzt die Behandlung schon beim problematischen Alkoholkonsum an (Ulrich, 2012, S. 5).

Dieser Paradigmenwechsel wirft natürlich die Frage auf, wie das therapeutische Angebot gestaltet werden sollte. Die Motivationsarbeit in der Behandlung Suchtkranker ist gerade zu Beginn der

Entwöhnung integraler Bestandteil der Therapie. Daher ist es essenziell, sich mit den Therapiezielen sowohl als Quelle für die Motivation zur Aufnahme wie auch zur Durchführung der Therapie zu beschäftigen. Wesentlich für den Erfolg einer Entwöhnung und somit im Sinne einer gezielten Rückfallprophylaxe ist es, den Patient:innen wieder ein gesundes und vor allem freudvolles und autonomes Leben zu ermöglichen. Das Therapieangebot sollte sich mit den Therapiezielen der Betroffenen decken, sie nicht überfordern und realisierbar sein.

1. Theoretischer Hintergrund

1.1 Alkoholkrankheit

Es war der schwedische Arzt Magnus Huss, der 1852 erstmals den Alkoholismus Chronicus beschrieb und von der akuten Alkoholkrankheit oder Vergiftung abgrenzte (Huss, 1852). Erst hundert Jahre später, in den Publikationen von Elvin Morton Jellinek, manifestierte sich dann der Krankheitsbegriff (Jellinek, 1960). Durch seine wegweisende Arbeit zur Klassifikation von Personen mit Alkoholproblemen und dem Verlauf der Erkrankung gelang es ihm, weltweit die Ansicht durchzusetzen, dass Alkoholismus eine Krankheit ist, die behandelbar und sogar heilbar ist (Verein Alkohol ohne Schatten, 2014). Der Alkoholkranke galt endlich nicht mehr als der willensschwache, schlechte Mensch, sondern als jemand, der einer Behandlung oder einer Therapie bedürfe.

Der problematische Alkoholkonsum – im ICD-10 als „schädlicher Gebrauch“ angeführt – definiert sich wie folgt: „Ein Konsummuster psychotroper Substanzen, das zu einer Gesundheitsschädigung führt. Dies kann eine körperliche Störung oder eine psychische Störung, zum Beispiel eine depressive Episode nach massivem Alkoholkonsum sein“ (Dilling, Mombour & Schmidt, 2014, S. 113). Haller (2007, S. 36) schreibt, die Suchtmittleinnahme erfolgt „ohne medizinische Notwendigkeit und in einer Weise, die qualitativ und quantitativ über das übliche Ausmaß hinausgeht“. Der Terminus des problematischen Alkoholkonsums bezieht sich nicht nur auf die Art und Weise der Alkoholeinnahme, sondern auch auf dessen Konsum in unangemessenen Situationen wie am Arbeitsplatz oder im Straßenverkehr (Verein Alkohol ohne Schatten, 2014).

Von Alkoholkrankheit spricht man, wenn eine Abhängigkeit von der psychotropen Substanz Ethanol besteht. Tretter (2012, S. 5) beschreibt, dass Abhängigkeit einen Zustand darstellt, „in dem die betreffende Person dem Impuls, Alkohol zu konsumieren, nicht entgegensteuern kann und nicht (bzw. nicht mehr) in der Lage ist, den Konsum zu kontrollieren oder Abstinenzperioden einzuhalten“. Die diagnostischen Kriterien für Substanzabhängigkeit werden vom ICD-10 wie folgt angeführt (Dilling, Mombour & Schmidt, 2014, S. 115):

- starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren
- verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Substanzkonsums
- körperliches Entzugssyndrom bei Absetzen oder Reduktion des Substanzkonsums oder Substanzkonsum mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern

- Nachweis einer Toleranz; um die ursprünglich durch niedrige Dosen erreichte Wirkung zu erzielen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich
- fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums; erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen
- anhaltender Substanzkonsum trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen

Das „Ausgeliefertsein“ an die Droge wird nochmals in Wankes Definition von Sucht deutlich, welcher festlegt, dass Sucht durch einen „eigengesetzlichen Ablauf und durch den Verlust freier Handlungsfähigkeit und Kontrolle über das eigene Verhalten [gekennzeichnet] ist. Sucht liegt dann vor, wenn eine prozesshafte Abfolge in sich gebundener Handlungen kritisch geprüfte, sorgfältige und folgerichtig gesteuerte Handlungsabläufe ersetzt“ (Wanke & Täschner, 1985, S. 13). Diese, „Fremdbestimmtheit“ durch die Substanz, oder wie Tretter (2012, S. 5) sagt, „das Ausmaß der (gefühlsmäßigen) Bindung der Person an dieses Verhalten“, zeigt sich vor allem in der Reaktion der Patient:innen auf Abstinenz. Unruhe, Reizbarkeit oder Aggression sind Entzugssymptome ebenso wie die Verteidigung dieses Verhaltens bei Kritik sowie die Ausübung im Verborgenen. Nicht zuletzt deshalb ist es unabdingbar, „späte Stadien eines problematischen Alkoholkonsums als frühe Stadien der Alkoholkrankheit zu bewerten, um damit eine Frühdiagnostik und frühe therapeutische Interventionen zu ermöglichen“ (Verein Alkohol ohne Schatten, 2014).

Auf die elementare Frage, wer einmal süchtig wird und wer nicht, in wessen Genen die Suchtkarriere einzementiert ist und welches Umfeld, welche Stressoren darauf schließen lassen, wann und warum Abhängigkeiten entstehen, gibt es bislang keine einheitliche Antwort. Experten sprechen vom sogenannten Suchtdreieck: Merkmale der Droge, der Person und der Umwelt bedingen in ihrem Zusammenspiel die Suchtentwicklung (Tretter, 2012, S. 12). Wanke und Täschner (1985, S. 14) führen ebenso an, dass „die Genese der Sucht als multifaktoriell angesehen werden muss“. Dabei spielen folgende Faktoren beim Zustandekommen von Süchten eine Rolle:

1. die Persönlichkeitsstruktur des Konsumenten; hier dominieren offenbar ängstliche, verschlossene, sensitive, leicht verletzliche Persönlichkeiten, die eine mangelnde Frustrationstoleranz aufweisen
2. die Eigenwirkung der Substanzen, die dem Konsumenten oftmals nur wenig Spielraum für Entscheidungen lässt, wenn der Konsum ein gewisses Ausmaß erreicht hat
3. soziale Faktoren, z. B. Broken-Home in der Familie später süchtig entgleister Persönlichkeiten
4. historisch-kulturelle Faktoren
5. soziokulturelle Umwälzungen
6. erbliche Faktoren im Sinne dispositioneller Anlagen

Lerntheoretische Ansätze postulieren, dass Substanzkonsum ein erlerntes Verhalten ist. Spannungszustände sollen vermindert werden, Alkohol gilt als positiver Verstärker. Aus erwartungstheoretischer Sicht führt das Einnahmeverhalten von Alkohol und dessen Folgen zu einer

bestimmten Erwartung, z. B. die Steigerung des Wohlbefindens, was wiederum die Einnahme fördert (Lesch & Walter, 2009, S. 14). Der psychodynamische Ansatz ist aus den unterschiedlichsten Blickwinkeln zu betrachten. So begriff die Psychoanalyse anfänglich Sucht als einen Ersatz der Sexualtriebbefriedigung – der Rausch als Surrogat für den Orgasmus (Mentzos, 2013, S. 174). Die Ich-Psychologen postulieren, dass Sucht ein Schutz gegen mannigfaltige Gefühle, also intrapsychische Spannungen, die das Ich bedrohen, darstelle (Lesch & Walter, 2009, S. 16). Die selbstpsychologische Auffassung sieht Sucht ebenso als eine Ersatzbefriedigung, allerdings gilt diese narzisstischen Bedürfnissen – Alkohol kompensiert ein mangelhaftes Selbstwertgefühl. Objektbeziehungstheoretische Ansätze gehen noch einen Schritt weiter: Das Suchtmittel wird zum Beziehungsobjekt, welches höchst ambivalent besetzt ist (Mentzos, 2013, S. 174).

Die Entwicklung einer Abhängigkeit findet also immer im Kontext der Persönlichkeit statt. In diesem Zusammenhang ist Abhängigkeit gleichermaßen durch die Persönlichkeit mit ihrer interpersonellen Beziehungsgestaltung, ihren innerpsychischen Konflikten und ihren psychostrukturellen Fähigkeiten (wie der Impulskontrolle) als auch durch ihre Verhaltensweisen in Bezug auf den Konsum selbst bedingt (Arbeitskreis OPD, 2013, S.13). Lesch und Walter (2009, S. 17) wollen auch die Komponente des Systems erwähnt wissen – nicht alleine das Individuum, sondern das gesamte Ökosystem, in dem es lebt, weist eine Störung auf. Reker (2022, S. 25) betrachtet Sucht und Suchtbehandlung sogar im politischen Kontext: „Es geht auch darum, die Umgebungsfaktoren zu ändern, die den übermäßigen Alkoholkonsum antreiben. Deswegen muss Suchtarbeit gemeindeorientiert, letztendlich politisch sein.“

Sucht ist also immer auf somatische, psychische und psychosoziale Komponenten aufzuteilen – überall dort soll auch Therapie sowie deren Ziele ansetzen, die im empirischen Teil näher beschrieben werden.

Erfreulich ist dennoch, dass der Alkoholkonsum entsprechend der Wirtschaftsdaten seit 1970 insgesamt rückläufig ist. 15% der Österreicher und Österreicherinnen (davon 19% männlich und 11% weiblich) konsumieren allerdings Alkohol in einem Ausmaß, das in jeden Fall auf lange Sicht als schädigend betrachtet werden muss (Bachmayer et al., 2022).

1.2 Therapieziele im Wandel bei Alkoholkrankheit – das Orpheus Programm

Einmal Alkoholiker, immer Alkoholiker. Das ist die landläufige Meinung, die sich gegenüber Suchtkranken in stigmatisierender Weise gebildet hat – und auch, dass selbst der Genuss einer Rumkugel den neuerdings Abstinenten zurück in die Hölle der Abhängigkeit wirft. Die Abstinenz als unabdingbares Therapieziel bei Alkoholkranken ist in der Gesellschaft nach wie vor weit verbreitet. Tatsächlich findet in der Behandlung von Alkoholkrankheit bereits seit Längerem ein Umdenken, ein Paradigmenwechsel, statt. Die absolute Abstinenz gilt nur noch bei körperlich und psychisch stark Abhängigen als oberste Prämisse einer erfolgreichen Therapie. Vielmehr jedoch wird eine gezielte Alkoholreduktion – gerade in den frühen Stadien der Alkoholkrankheit – als realistisches Ziel erachtet (Verein Alkohol ohne Schatten, 2014). Diese veränderte Perspektive soll bei einer Rezidivquote von achtzig Prozent den Druck mindern, unter keinen Umständen jemals wieder dem Verlangen nachgeben zu dürfen. Denn dies führt bei einem Rückfall zu einer Art „Jo-Jo-Effekt“ – der Alkoholkranke trinkt danach meist mehr als zuvor (Tinsobin, 2014). Es ist also ein Umdenken im Sinne einer neuen

Bewusstseinsbildung vonnöten. So schreibt Missel (1994, S. 139): „Zentrales Therapieziel muss gleichgewichtig neben der Abstinenz die Vermittlung von Kompetenzen zur Rückfallprävention und Rückfallbewältigung sein.“ Alkoholranke sollen also den sinnvollen Umgang mit ihrem Rauschmittel erlernen und gleichzeitig wieder Freude am Leben, an der neugewonnenen Autonomie finden. „Das oberste Ziel der Suchtbehandlung ist es, dem Patienten wieder einen kompetenten, kritikvollen und zielführenden Umgang mit Wunsch und Verzicht zu ermöglichen“ (Verein Alkohol ohne Schatten, 2014).

Das Wiener Anton-Proksch-Institut hat es sich zur Aufgabe gemacht, Patient:innen mit stoffgebunden oder stoffungebunden Süchten innerhalb dieses Therapiekonzeptes nicht nur von ihrer Abhängigkeit zu befreien, sondern den Betroffenen auch eine Anleitung zur Lebensneugestaltung auf den Weg mitzugeben. Das sogenannte Orpheus-Programm, das innerhalb dieser Arbeit stellvertretend als Behandlungskonzept moderner Institutionen herangezogen wird, besteht aus unterschiedlichen Modulen, die individuell einsetzbar sind. Der Antrieb, ein Leben ohne Suchtmittel führen zu wollen, resultiert nicht allein aus dem Willen der Patient:innen, sondern auch aus dem Angebot, das Leben und die Lebenslust wiederzuentdecken. Die Therapieziele sind (Musalek, 2015):

- Symptombefreiheit/Normalwerte
- besserer Gesundheitszustand
- Verbesserung der Sterberate: Generell verringert chronischer Alkoholkonsum die Lebenserwartung drastisch: Bei Frauen ist diese durchschnittlich um 20, bei Männern um 17 Jahre herabgesetzt (Verein Alkohol ohne Schatten, 2014).
- Compliance/Adherence: Um die Compliance – die Therapietreue des Patienten - zu steigern, gilt es auch, dessen Therapiemotivation zu fördern. Diese ist natürlich von ambivalenten Gefühlen durchzogen – so schreibt Edwards (1986, S. 152): „Einerseits würde er gerne weitertrinken, andererseits will er damit aufhören. Der Patient muss sich seine widerstreitenden Gefühle bewusst machen, anstatt sie vor sich selbst zu verschleiern.“ Wie bedeutend die therapeutische Wirkung der Motivation ist, zeigt die sogenannte COMBINE-Studie, die ursprünglich angelegt wurde, um die Vorteile einer Kombinationstherapie gegenüber einer Monotherapie aufzuzeigen. In dieser Studie wurden vier Gruppen medikamentös und vier verhaltenstherapeutisch behandelt, wobei alle acht Gruppen ein Motivationsprogramm erhielten. Eine neunte Gruppe erhielt nur Verhaltenstherapie ohne Motivationsprogramm. Dabei kam man zu folgendem Ergebnis: Die Unterschiede in den Gruppen waren nicht signifikant hinsichtlich der Zahl der abstinenten Tage der Patienten. In der neunten Gruppe jedoch, die nur Verhaltenstherapie, nicht aber das Motivationstraining erhielt, war die Zahl der abstinenten Tage am geringsten. Das lässt die Schlussfolgerung zu, dass das Element der Motivation wesentlich für den Erfolg der Therapie ist (springermedizin.at, 2015).
- Reduktion der sozialen Probleme (z. B. Familie, Partnerschaft, Beruf, finanzielle Situation)
- Bessere subjektive Lebensqualität: Therapeutische Förderung von Freude, Glück und Vergnügen ist oftmals ein steiniger Weg, denn – so Frank (2011, S. 50) – „sind nicht alle freudvollen Erfahrungen mit Vergnügen verbunden.“ Es ist oftmals gerade die gewünschte Selbstakzeptanz, die sich schwierig gestaltet, wenn vergangene Verletzungen

wiederbelebt und erneut durchlebt werden müssen. Die Lustbefriedigung fällt immer wieder einer Art Ersatzglück zum Opfer – diese bewährte Strategie aufzugeben, ist für die Betroffenen schwer. Durch die Herstellung heilsamer Bedingungen in der Therapie soll es gelingen, diese Prozesse positiv zu beeinflussen – allerdings gilt es hierfür die Ressourcen des Patienten genau zu kennen. Frank (2014, S. 52) weist darauf hin, dass „Therapieziele an den intrapsychischen und nicht an den sozialen oder umweltbezogenen Ressourcen ausgerichtet werden, um einer voreiligen Externalisierung von Lösungen vorzubeugen.“

- Bessere objektive Lebensqualität (z. B. soziale Integration): Der Wunsch nach Liebe, nach engem, zwischenmenschlichem Kontakt wurde uns in die Wiege gelegt und öffnet gleichsam Tür und Tor für Störungen im Bindungsverhalten. Je mehr es an Kontakt und Kontaktfähigkeit mangelt, desto grösser ist das Defizit und somit die Anfälligkeit für Suchtverhalten. Der berühmte Spruch „Hugs, no drugs“ - Liebe statt Drogen - vermittelt bereits die zentrale Botschaft: „Enge zwischenmenschliche Kontakte können als Mittel der Veränderung und Stabilisierung der neurophysiologischen Verfassung eines Menschen eine wirksame Alternative zum Drogenkonsum sein“ (Flores, 2013, S. 55).
- Autonomes und freudvolles Leben: Röhr (2014, S. 102) beschreibt hierzu, dass viele Suchtkranke an einem Autonomie-Abhängigkeitskonflikt, dem Michael-Kohlhaas-Syndrom, leiden. Um diese Benennung zu verstehen, muss man einen kurzen literarischen Exkurs in Kleists Novelle „Michael Kohlhaas“ nehmen: Kohlhaas gilt als reicher Pferdehändler, der glücklich verheiratet ist und einen kleinen Sohn hat. Eines Tages jedoch geht er unfreiwillig einen Handel ein, bei dem er einige seiner Rösser sowie den Knecht als Pfand in die Obhut eines Junkers geben muss, der die edlen Tiere verkommen lässt. Um dies zu rächen, beginnt Kohlhaas einen unerbittlichen Kampf um Gerechtigkeit, der ihm, seiner Frau, seinem Sohn und seinem besten Freund das Leben kostet. Was sich hier zeigt, ist, dass das Ringen um Macht und Akzeptanz dringlicher ist als die Vernunft – die eigene Vernichtung wird paradoxerweise eher in Kauf genommen als die Tatsache, Macht einbüßen zu müssen. Der gefürchtete Verlust der Autonomie wird gerade durch die fortschreitende Selbsterstörung herbeigeführt. Für den suchtkranken Alkoholiker gelten beide Seiten dieses Konfliktes: „Sie wollen sowohl unabhängig als auch abhängig sein, gerade so, wie es ihnen gefällt und wie es gerade für sie von Vorteil ist“ (Röhr, 2014, S. 105). Den Autonomie-Abhängigkeitskonflikt gilt es also verstehen zu lernen, um ihn beilegen zu können. Da es sich jedoch um einen sehr frühen Konflikt handelt – verletzende Kindheitserfahrungen führen verstärkt zu der Angst, dominiert zu werden – ist dieser nicht einfach aufzulösen. Die Flucht nach vorne, indem man selbst Kontrolle und Macht ausübt, ist somit ein probat erscheinendes Mittel, gegen diese frühen Ängste anzukämpfen. Diese Ängste treiben den Betroffenen schlussendlich in den Selbsthass – die Sucht scheint folglich der einfachste Weg, diesen zu betäuben. „Doch Autonomie ist ein Gefühl, das aus sich selbst heraus entwickelt werden muss; man kann es nicht mit Gewalt erzwingen“ (Röhr, 2014, S. 107). Der Weg zur Autonomie muss also als eines der wichtigsten Therapieziele in der Suchterkrankung verstanden werden – es gilt die Angst vor Abhängigkeit mit dem Bedürfnis nach selbiger auszubalancieren.

Zusammengefasst sollen die Patienten erlernen (Musalek, 2015):

- Ihr Leben neu zu gestalten: Dem Patienten werden Lösungsstrategien vermittelt – der verführerischen Komponente des Suchtmittels wird die lustvolle Lebensführung gegenübergestellt. Somit ist die Entscheidung zur Abstinenz kein Zwang, sondern geschieht aus der Überzeugung, dass das Leben mehr Genuss bereithält als die Substanz.
- Ihre Stärken stärken: Im Fokus der Behandlung stehen die Stärken eines Patienten, nicht seine Schwächen. Es wird ressourcenorientiert gearbeitet.
- Ihre Beziehungen fördern: Korrigierende Beziehungserfahrungen sind heilsam. Bedingt durch den emotionalen Rückzug in der Abhängigkeit vermissen Suchtkranke diese oftmals. Im Zuge der Therapie wird die Beziehungsfähigkeit trainiert und das Gefühlsleben reaktiviert, um wieder in Kontakt mit der Umwelt, mit dem Leben treten zu können.

2. Methodik

Die Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) kommt in vorliegender Studie zur Anwendung, um alle innerhalb der Forschungsfrage geführten Interviews nach wissenschaftlichen Kriterien analysieren zu können. Die Wahl der qualitativen Methode ist darin begründet, dass sich diese durch eine größere inhaltliche und methodische Flexibilität auszeichnet, was wiederum einen hohen Informationsgehalt und eine hohe Validität der Inhalte bedingt.

Die Fragen des Interviews wurden so gewählt, dass sie im Stil einer Anamneseerhebung eines therapeutischen Erstgespräches möglichst großzügig den erforderlichen Themenbereich abdecken. Die Fragen beinhalten teilweise beabsichtigte Überschneidungen in den Antworten, um ein breites Spektrum an Patientenäußerungen zu erhalten, ohne ein unter Umständen irritierendes Nachfragen zu erfordern. Das Explorieren der Wünsche, Hoffnungen, Ängste sowie der aktuellen Lebenssituation der Patienten gibt Rückschlüsse auf jene Ziele, die sie nach der Entwöhnung erreichen möchten. Diese Ziele setzt die Autorin den therapeutischen Zielen gleich.

Die Forschungsfrage lautet nach Erläuterung der Theorie und den Behandlungskonzepten bei Alkoholkrankheit folgendermaßen:

- Welche Gründe führen Patient:innen dafür an, dass Abstinenz nicht ihr wichtigstes Therapieziel ist?

Die Auswahl der sieben Interviewpartner:innen wurde vom Anton-Proksch-Institut Wien getroffen. Idealerweise hätte es sich durchwegs um Patient:innen gehandelt, die keine weiteren Suchterkrankungen außer der Abhängigkeit von Alkohol und Nikotin aufweisen. Dies war nicht der Fall. Zwei Patient:innen wiesen in der Vorgeschichte zusätzlich eine Tablettensucht auf. Auch waren bis auf einen alle Patienten zum wiederholten Male und nicht – wie ursprünglich gewünscht – erstmalig im Entwöhnungsprogramm.

Das Setting fand in einem der Therapieräume des Anton-Proksch-Institutes statt. Dadurch wurden die Patient:innen in einem ihnen bereits vertrauten Umfeld befragt. Vor Beginn des Interviews wurden die Patient:innen über die vorliegende Studie informiert und die Einverständniserklärung eingeholt. Das Angebot, aufgezeichnetes Material zu erhalten, wurde von allen abgelehnt.

Die Autorin befragte die Betroffenen mittels eines halbstrukturierten Interviews. Selbiges wird als Leitfadeninterview definiert – der Forschende hat den Ablauf des Interviews also nicht apodiktisch bestimmt, sondern lässt sich Raum für Abweichungen, um adäquat auf sein Gegenüber eingehen zu können. Umgekehrt, so Schlehe (2003, S. 74), soll dadurch auch die Befragten die Möglichkeit erhalten, selbst eine Frage an die Interviewer zu stellen, um deren Meinung zu erfahren. Dies erscheint vor allem im klinischen Kontext als vertrauensbildende Maßnahme sinnvoll. Zusätzlich reiht sich hier noch ein weiterer Aspekt an: „Ein offenes [unstrukturiertes] Interview bietet die Chance, Dinge zu erfahren, nach denen man nicht gefragt hat, weil sie jenseits des eigenen Horizontes liegen“ (Schlehe, 2003, S. 73). Es gilt daher nicht nur das Gesagte, sondern gerade auch das „nicht Gesagte“ zu explorieren.

Da die Autorin in der vorliegenden Studie die Therapieziele der Patient:innen mit Alkoholkrankheit erforschen und kategorisieren will, sind die Interviewfragen so gewählt, dass mit ihrer Beantwortung mögliche therapeutische Zielsetzungen der Betroffenen transparent werden.

1. Was waren die ausschlagenden Gründe für Ihre Entscheidung, sich in Entwöhnung zu begeben? (Körperliche Gründe, drohender Jobverlust, Ehekrise, Änderungsbereitschaft unabhängig von diesen Gründen)
2. Wie sind Sie in Ihre Suchterkrankung hineingerutscht?
3. Was ist das Wichtigste, das Sie mit der Entwöhnung erreichen wollen?
4. Was soll sich mit der Entwöhnung in Ihrem Leben verändern (Verhaltensmuster, Partnerschaft, Familie, Gesundheit, Freunde, Beruf)?
5. Was wünschen Sie sich in den kommenden Wochen von den Therapeuten oder Ärzten?
6. Wovor fürchten Sie sich in der Therapie? Was ist Ihre größte Angst?
7. Wenn Sie jetzt generell in die Zukunft blicken: Wie und wo sehen Sie sich in einem Jahr?
8. Wann hatte Sie das letzte Mal schöne Erlebnisse, bei denen Sie sich richtig glücklich gefühlt haben?

3. Darstellung der Ergebnisse und Interpretation

Die Proband:innen werden in der tabellarischen Auflistung mit Großbuchstaben angeführt, das Geschlecht mit m oder w.

	A/w	B/m	C/w	D/w	E/m	F/m	G/w
1	Motivationsfindung	Somatische Gesundheit	Somatische Gesundheit	Unabhängigkeit	Abstinenz	Abstinenz	Selbstkontrolle
		Selbstkontrolle	Beziehungsaufbau		Intakte Partnerschaft	Intakte Familie	Motivationsfindung
			Motivationsfindung				
2	Beziehungsaufbau	Selbstkontrolle	Unabhängigkeit	Beziehungsaufbau	Selbstbestimmung	Selbstkontrolle	Lösungsstrategien
		Intakte Partnerschaft	Beziehungsaufbau				
3	Sinnfindung	Abstinenz	Genussfähigkeit	Unabhängigkeit	Selbstkontrolle	Intakte Familie	Abstinenz
	Unabhängigkeit	Beziehungsaufbau				Selbstwert	Sinnfindung
							Intakte Familie
4	Nicht gefragt	Vertrauensaufbau	Nicht gefragt	Unabhängigkeit	Selbstbestimmung	Nicht gestellt	Selbstverwirklichung
							Beziehungsaufbau
5	Sinnfindung	Selbstkontrolle	Beziehungsaufbau	Lösungsstrategien	Selbstwert	Lösungsstrategien	Lösungsstrategien
6	Selbstkontrolle	Keine Antwort	Selbstkontrolle	Unabhängigkeit	Unabhängigkeit	Vertrauensaufbau	Beziehungsaufbau
7	Abstinenz	Genussfähigkeit	Unabhängigkeit	Selbstverwirklichung	Unabhängigkeit	Unabhängigkeit	Selbstkontrolle
	Lösungsstrategien				Selbstkontrolle		
					Somatische Gesundheit		
8	Selbstwert	Intakte Familie	Selbstwert	Genussfähigkeit	Intakte Partnerschaft	Genussfähigkeit	Intakte Familie
						Intakte Familie	

Zur Auswertung der Ergebnisse wurden vier Hauptkategorien gebildet. Unter diese ließen sich die durch die Inhaltsanalyse entwickelten Kategorien subsummieren. Die vier Hauptkategorien wurden Autonomie, Gesundheit, Beziehungsgestaltung und Selbst genannt.

- Autonomie umfasst die Kategorien:
 - Unabhängigkeit
 - Selbstkontrolle
 - Lösungsstrategien
 - Selbstbestimmung

Christmann und Anderson (2005) unterscheiden zunächst zwischen personaler und moralischer Autonomie. Moralische Autonomie bedeutet, dass sich ein Subjekt moralische Grenzen setzt, und die personale Autonomie umfasst eine moralisch neutrale Selbstbestimmung des eigenen Lebens. Des

Weiteren differenzieren die Autoren die personale Autonomie in lokale Autonomie – Autonomie in einem bestimmten Handlungsbereich – und globale Autonomie – alle Handlungen sind autonom (Christmann & Anderson, 2005, S. 2). Für die vorliegende Kategorie, welche Unabhängigkeit, Selbstkontrolle, Lösungsstrategien und Selbstbestimmung umfasst, kann die lokale Autonomie als Grundlage herangezogen werden. Der Patient soll lernen, gewisse, für ihn zentrale Bereiche in seinem Leben wieder selbst und moralisch überlegt bestimmen zu können.

- Gesundheit umfasst die Kategorien:

- Somatische Gesundheit
- Abstinenz

Die Autorin wählte Abstinenz bewusst nicht als eigenständige Kategorie, da diese als Teilaspekt der Gesundheit – allerdings psychischer Natur – gesehen wird. Die somatische Komponente erfasst alle physischen, alkoholbedingten Leiden.

- Beziehungsgestaltung umfasst die Kategorien:

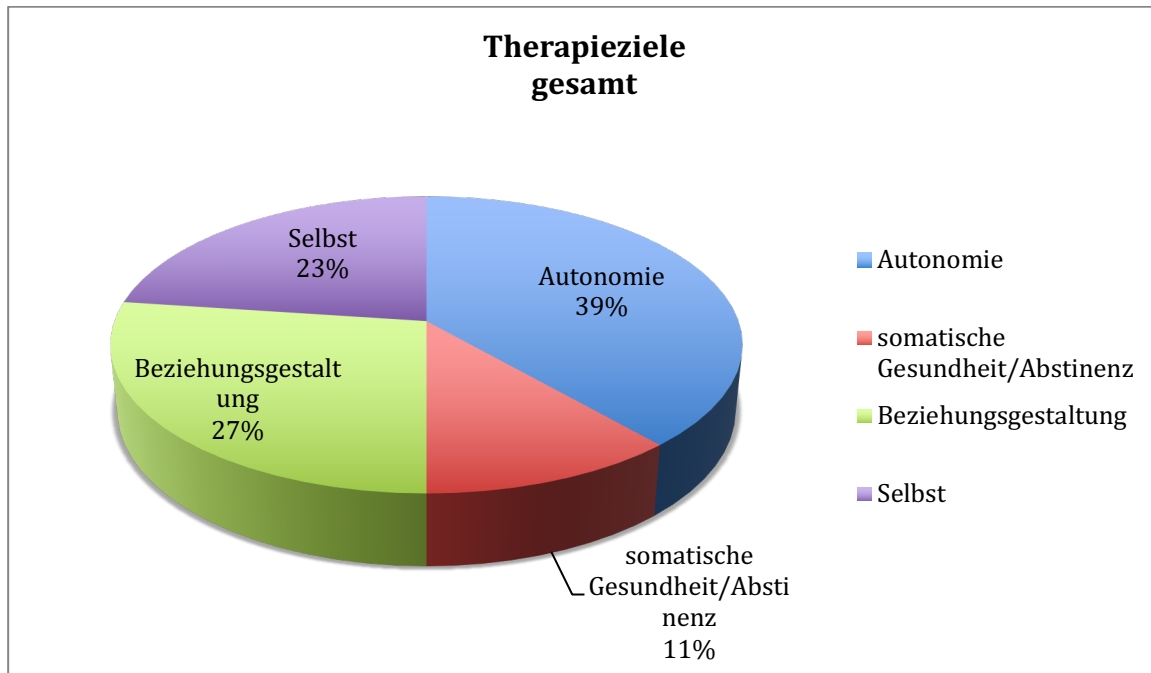
- Intakte Familie
- Intakte Partnerschaft
- Vertrauensaufbau
- Beziehungsaufbau

Die Kategorie Beziehungsgestaltung erschließt sich logisch aus den Reduktionen. Hier werden alle Therapieziele, die auf eine Form der Beziehung verweisen (Familie, Partnerschaft, Freunde etc.), zusammengefasst. Der ausschlaggebende Wirkfaktor innerhalb einer therapeutischen Beziehung ist – vielfach belegt – die therapeutische Beziehung zwischen Therapeut und Patient.

- Selbst umfasst die Kategorien:

- Selbstwert
- Sinnfindung
- Motivationsfindung
- Selbstverwirklichung
- Genussfähigkeit

Die fünf genannten Subkategorien sieht die Autorin als Aspekte des Selbst. Die Idee dazu lieferte Pawelzik (2015), der das Selbst unter anderem auch als Objekt des eigenen Fühlens und Erkennens beschreibt und Bezug auf die psychotherapeutische Zielsetzung nimmt: „Ein nicht geringer Teil psychotherapeutischer Arbeit zielt darauf ab, dem Patienten zu einer adäquaten und hilfreichen Repräsentation seines selbst-konstitutiven, mentalen Geschehens zu verhelfen. Nur wenn dieser in die Lage versetzt wird, sein Erleben und Denken bewusst zu (meta-)repräsentieren, kann er selbstkritisch auf dieses Einfluss nehmen.“



Anhand des Diagramms ist ersichtlich, dass innerhalb der therapeutischen Ziele das Streben nach Autonomie am dringlichsten erscheint. An zweiter Stelle wollen Betroffene den Faktor Beziehungsgestaltung bearbeitet wissen, an dritter Stelle Aspekte ihrer Persönlichkeit therapeutisch beleuchten. An letzter Stelle der Therapieziele liegt der Bereich somatische Gesundheit beziehungsweise Abstinenz.

Bezogen auf die Interviewdaten beschrieben alle Proband:innen, dass es vor allem der psychische Aspekt sei, der zu einem Kontrollverlust über ihr Trinkverhalten geführt habe. Jegliche Entscheidungsfreiheit über Zeitpunkt und Ausmaß des Konsums sei abhanden gekommen. Der Ansatz, nicht völlige Abstinenz anzustreben, verringere den Erfolgsdruck. Zudem ermögliche es, die Trinkgewohnheiten eigenverantwortlich regulieren zu lernen, was viele Patient:innen wiederum als Stärkung ihres Selbstwertes empfinden. Den Suchtimpuls nicht als überwältigend zu erleben, sondern mit freiem Willen gegensteuern zu können, bewirke, dass sie wieder zunehmend ein positives Selbstbild entwickeln können. Das drängende Verlangen bezwingen zu lernen, einerseits durch das Verstehen, wodurch es überhaupt dazu gekommen sei, andererseits durch das Erlernen von adäquaten Strategien, erleben alle Betroffenen als ungemein motivierend.

In diesem Kontext sei allen Proband:innen auch die Verbesserung der sozialen Interaktionen und die Stärkung der familiären Bindungen wichtig. Alle gaben an, dass ihr Suchtverhalten hoch schambesetzt ist und deshalb lange Zeit versucht wurde, dieses im privaten Umfeld zu verleugnen. Der soziale Rückzug sei eine notwendige Konsequenz gewesen, die Angst vor der Stigmatisierung zu groß. Das Eingestehen der Suchtproblematik vor Familie, Partnerschaften oder Freund:innen habe oft zur Forderung nach absoluter Abstinenz geführt. Die meisten Proband:innen gaben an, dass dies für sie zunächst kein realistisches Ziel gewesen sei, der Druck von Außen sogar oftmals Gegenteiliges bewirkt habe.

Zur Verbesserung oder Wiederaufnahme der zwischenmenschlichen Kontakte sei für die Patient:innen vor allem auch wichtig, dass das Umfeld ihre Sucht als Krankheit und nicht als Willensschwäche begreife. Im Rahmen des Entzugsprogrammes empfänden alle das Erreichen eines gemeinsamen Zieles und die Universalität des Leidens (Rogers, 1961) als hilfreich. Letztere Idee betont, dass Menschen in vergleichbaren Situationen ähnliche emotionale und psychische Herausforderungen erleben können und dass die Anerkennung dieses gemeinsamen Leidens eine Grundlage für Verständnis, Empathie und Heilung schaffen kann.

Die somatische Gesundheit sei für alle Proband:innen vergleichsweise nachrangig, wohl auch, weil die meisten anführten, dass ihnen das Ausmaß der nachhaltigen körperlichen Schädigung nicht vollends bewusst war. Die Aufklärung im stationären Setting sei demnach für alle ein wichtiger Aspekt und trage zur Therapiemotivation bei, bliebe aber hinter dem Wunsch innerpsychische Handlungsalternativen zu entwickeln und somit Selbstwirksamkeit zu erfahren.

Diskussion

Das Ergebnis repräsentiert den Anspruch moderner Behandlungskonzepte, wie im theoretischen Teil dieser Arbeit beschrieben. Innerhalb des Orpheus-Programmes liegt der Schwerpunkt auf der Neugestaltung eines freudvollen und autonomen Lebens sowie dem Anspruch, dass Suchtkranke lernen sollen, aus sich heraus eine positive Stimmung und Zufriedenheit zu erfahren. Patient:innen bekommt eine Art Anleitung zur Lebensneugestaltung – Abstinenz ist nicht zwingend das Endziel (Tauss, 2009).

Allerdings soll hier kritisch angemerkt werden, dass die für die Studie befragten Patient:innen zum Großteil nicht zum ersten Mal am Entwöhnungsprogramm des Anton-Proksch-Institutes teilnehmen. In der persönlichen Reflexion der Interviews sei angeführt, dass viele der Befragten äußerst differenziert wirkten – dies lässt wiederum den Rückschluss zu, dass selbige bereits therapeutisch gut instruiert wurden.

Die Limitation dieser Studie ist naturgemäß die geringe Zahl an Interviewpersonen. Eine weitere Studie mit einer größeren Anzahl an Interviewpersonen ist anzustreben, um die vier Hauptkategorien empirisch zu erhärten.

Literatur

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Association.
- Anton Proksch Institut (2014, 26. Dezember): Neue Sicht auf die Sucht. Wegweisende Suchtbehandlung aus Österreich. Abgerufen von http://www.api.or.at/typo3/fileadmin/user_upload/presse/pressekonferenz_2009.pdf
- Ambühl, H., & Strauss, B. (1998). *Therapieziele*. Göttingen: Hogrefe.
- Arbeitskreis OPD (2013). *OPD2: Modul der Abhängigkeitserkrankungen. Das Diagnostik Manual*. Bern: Hans Huber.
- Batra, A., & Bilke Hentsch, O. (2012). *Praxishandbuch Sucht: Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter*. Stuttgart: Thieme.
- Bachmayer, S., Strizek, J., & Uhl, A. (2022). *Handbuch Alkohol – Österreich: Band 1 – Statistiken und Berechnungsgrundlagen. Datenjahr 2021*. Gesundheit Österreich, Wien.
- Christman, J., & Anderson, J. (2005). *Autonomy and the challenges to liberalism*. Cambridge, New York: New Essays.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (2014). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F): Klinisch diagnostische Leitlinien* (9. Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechen ICD-10-GM 2014). Bern: Hans Huber.
- Edugroup (2015, 5. Januar). *Die fünf Säulen der Identität*. Abgerufen von <http://www.edugroup.at/fileadmin/DAM/Bildung/Medienratgeber/Gewalt-Schule-Medien/Info-Die-5-Saeulen-Identitaet.pdf>
- Edwards, G.E. (1986). *Arbeit mit Alkoholkranken: Ein praktischer Leitfaden für die helfenden Berufe*. Weinheim: Beltz.
- Emmelkamp, P., & Oppen, P. (2000). *Zwangsstörungen: Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Flores, P. J. (2013). Die Bindungstheorie in ihrer Relevanz für die Suchtbehandlung. In K. H. Brisch (Hrsg.), *Bindung und Sucht* (S. 33-59). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Frank, R. (2011). *Therapieziel Wohlbefinden: Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie* (2., aktualisierte Auflage). Heidelberg: Springer.
- Gerhards, C. (2008). *Therapieziele und Therapieerfolg*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Osnabrück.
- Hammer (2015, 15. Februar). Regelmäßig Trinken macht Angst. Abgerufen von <http://science.orf.at/stories/1704158>
- Haller, R. (2007). *(Un)Glück der Sucht: Wie Sie Ihre Abhängigkeit besiegen*. Salzburg: Ecowin.
- Haller, R. (2013). *Die Narzissmusfalle: Anleitung zur Menschen- und Selbstkenntnis*. Salzburg: Ecowin.
- Huss, M. (1852). *Alcolismus Chronicus – Ein Beitrag zur Kenntniss der Vergiftungs-Krankheiten, nach eigener und anderer Erfahrung*. Stockholm/Leipzig: C.E.Fritze
- Jannsen, K.-H. (1985, 20. September). Etwas Eis für meinen Whisky. *Die Zeit*, Nr.39.

- Jellinek, E. M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New York: Hillhouse Press.
- Kafka, F. (2012). *Gesammelte Werke: Gedenkausgabe*. Altenmünster: Jazzybee.
- Kienast, T., Stoffers, J., Bempohl, F., & Lieb, K. (2014). Borderline-Persönlichkeitsstörung und komorbide Abhängigkeitserkrankungen: Epidemiologie und Therapie. *Deutsches Ärzteblatt*, 16, 280-286
- Klein, S. (2002). *Die Glücksformel oder wie die guten Gefühle entstehen*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Lesch, O. M., Walter, H. (2013). Alkoholabhängige: Erkennen und individuelles Behandeln nach der Typologie nach Lesch. *Journal für Gastroenterologische und Hepatologische Erkrankungen*, 11(1), 6-13.
- Lindenmeyer, J. (2005). *Lieber schlau als blau* (7., überarbeitete und erweiterte Auflage). Weinheim: Beltz.
- Mauritz, E. (2014, 23. November). Konsum von Alkohol beginnt immer früher. Abgerufen von <http://kurier.at/lebensart/gesundheitsstatistik-konsum-von-alkohol-beginnt-im-kindesalter/14.343.073>
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (11., aktualisierte und überarbeitete Auflage). Weinheim und Basel: Beltz.
- Mentzos, S. (2013). *Lehrbuch der Psychodynamik: Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Michalek, J., Grosse Holforth, M., & Berking, M. (2007). Patientenziele in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 52, 6-15.
- Missel, P. (1994). Abstinenz - unabdingbare Zielsetzung? Zukunftsperspektiven: Therapeutische Mythen oder Psychotherapie beim Abhängigkeitskranken. In *Therapieziele im Wandel? Beiträge des 6. Heidelberger Kongresses 1993* (S. 131-146). Neuland: Gesthacht.
- Musalek, M. (2015, 15. Februar). Modulare Ressourcen-Orientierte Suchttherapie. Das Orpheus-Programm. Abgerufen von http://www.suchthilfe.de/veranstaltung/jt/2011/musalek_orpheus.pdf
- Musalek, M. (2014, 16. November). Pressekonferenz Anton Proksch Institut: Den Teufelskreis Alkohol und Depression durchbrechen. Abgerufen von http://www.api.or.at/typo3/fileadmin/user_upload/presse/Statement_Musalek_2.pdf
- Musalek, M., & Mader, R. (2012, 25. März). „Alkoholabhängigkeit“. *ÖAZ*, 6.
- Paracelsus (1965). Die dritte Defension wegen des Schreibens neuer Rezepte. In *Septem Defensiones 1538*. Werke Bd.2 (S.510). Darmstadt.
- Pawelzik, M. (2015, 18. Jänner). *Das Selbst in der Psychotherapie* (1. Version): Vorbemerkungen zum Symposium „Das Selbst in der Psychotherapie.“ Abgerufen von http://www.eos-klinik.de/uploads/media/Das_Selbst_in_der_Psychotherapie.pdf
- Reker, M. (2022). *Menschen mit Alkoholabhängigkeit begleiten*. Köln: Psychiatrieverlag.
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person: a therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Röhr, H. P. (2014). *Sucht – Hintergründe und Heilung. Wege aus der Abhängigkeit verstehen und überwinden* (5. Auflage). Ostfildern: Patmos.

- Scheibenbogen, O. (2005). *Komorbiditätsstudie*. Anton Proksch Institut Wien.
- Schlehe, J. (2003). Formen qualitativer ethnographischer Interviews. In B. Beer (Hrsg.), *Methoden und Techniken der Feldforschung*. Berlin: Reimer.
- Schütze, M. (2014, 16. November). Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study. Abgerufen von <http://www.bmj.com/content/342/bmj.d1584>
- springermedizin.at (2015, 15. Februar). Motivationsprogramm fördert Compliance von Alkoholkranken. Abgerufen von <http://www.springermedizin.at/artikel/7820-motivationsprogramm-foerdert-compliance-von-alkoholkranken>
- derStandard.at (2014, 16. November). Moderater Alkoholkonsum vermindert Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Abgerufen von <http://derstandard.at/1388650963795/Moderater-Alkoholkonsum-vermindert-Sterberisiko>
- Tauss, M. (2009). Orpheus als Leitbild: Neue Perspektiven auf die Sucht. *Ärzte Woche*, 19.
- Tinsobin, E. (2014, 25. Dezember). Der etwas andere Weg ins Trockene. Abgerufen von <http://derstandard.at/1319181114163/Cut-down-drinking-Der-etwas-andere-Weg-ins-Trockene>
- Tretter, F. (2012). *Suchtmedizin kompakt: Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis* (2. aktualisierte und erweiterte Auflage). Stuttgart: Schattauer.
- Uhl, A., Bachmayer, S., Puhma, A., Strizek, J., Kobra, U., & Musalek, M. (2013). *Handbuch Alkohol – Österreich* (5. vollständig überarbeitete Auflage). Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Ulrich, V. (2012, 10. September). Alkohol-Abhängigkeit: Therapieziel: Reduktion statt Abstinenz. *Österreichische Ärztezeitung*, 17.
- Verein Alkohol ohne Schatten (2014, 12. Oktober). Basisinformation zur Alkoholproblematik in Österreich. Abgerufen von http://www.alkoholohneschatten.at/wp-content/uploads/Basis_Kit_Alkohol.pdf
- Wanke, K., & Täschner, K. L. (1985). *Rauschmittel. Drogen-Medikamente-Alkohol* (6. Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Zimmermann, N. (2019). *Titanic– Chronologie einer Katastrophe*. Norderstedt: Books on Demand.

Angaben zur Autorin

Mag.^a Katrin Wippersberg
Adresse: Semperstrasse 60/18, 1180 Wien
Tel.: +43 (0) 6764171220
E-Mail: k.wippersberg@wienercouch.at

Katrin Wippersberg ist Psychoanalytikerin und Psychotherapeutin in freier Praxis in 1010 Wien tätig.