

Empirische Befunde aus der Katamnese studie der Forel Klinik

Thomas MEYER*

* Dr. med., Chefarzt und Direktor der Forel Klinik, Ellikon an der Thur

Die Anfänge der Katamnese studie der Forel Klinik gehen in die Mitte der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts zurück. Mein Vorgänger Gottfried Sondheimer lancierte damals drei Initiativen mit dem Ziel, das Wissen um die Alkoholismusverläufe zu vertiefen und damit die Debatte über die Alkoholkrankheit zu versachlichen und vom damals noch weit verbreiteten Lasterkonzept wegzuführen.

1. Gottfried Sondheimer beauftragte die Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme in Lausanne mit der Durchführung einer Katamnese studie über die Patientinnen und Patienten, die zwischen 1975 und 1984 in der Forel Klinik behandelt worden waren.
2. Er regte den Zusammenschluss der deutschschweizerischen Fachkliniken für Alkoholranke zur SAKRAM (Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Alkohol- und Medikamentenabhängige) an, mit dem Ziel, eine gemeinsame statistische Basis der beteiligten Institutionen zu etablieren. Für die damalige Zeit handelte es sich dabei um eine Pioniertat, wurden doch beispielsweise in der Psychiatrie vergleichbare Datenbasen erst in den 90er Jahren geschaffen.
3. Er regte einen seiner Mitarbeiter, Werner Deinlein, zur Ausarbeitung einer Dissertation zum Thema des Trinkverhaltens nach Klinikaustritt an. Diese Dissertation (Deinlein, 1998) war das erste Element der heutigen grossen Katamnese studie der Forel Klinik. Gottfried Sondheimer gewann Martin Sieber vorerst einmal für die fachliche Begleitung dieser Dissertation und ab 1991 engagierte er ihn in einer Teilzeitanstellung als Forschungsmitarbeiter der Forel Klinik.

Ich werde im Folgenden einige zentrale Befunde dieser Katamnese vorstellen. Es ist allerdings unmöglich, in einem halbstündigen Referat sämtliche Aspekte dieser grossen Studie darzustellen. Neben der Darstellung zentraler Resultate möchte ich aber auch aufzeigen, dass es sich dabei nicht bloss um nüchterne Statistiken von akademischem Interesse handelt, sondern dass sich daraus neue Alkoholismuskonzepte von praktischer Relevanz herleiten lassen.

Methodik

In der Katamnese studie der Forel Klinik wurden 1303 Patientinnen und Patienten einbezogen, die zwischen dem 10.6.1987 und dem 30.4.1995 aus der Klinik ausgetreten waren. Die Gesamtstudie setzt sich aus vier Teilstudien von Deinlein (1998), Baumann (1993), Schiess (1994), Christoffel (1997) und Liechti (1997) zusammen. Schliesslich konnten die Antworten von 669 Personen ausgewertet werden (Sieber et al., 2003) (Tab.1).

Tabelle 1

Stichprobe der Katamnese studie der Forel Klinik

	N	Verstorben	Nicht Antwortende	Katamnesedauer < 12 Monate	Wiedereinglieder ungsabteilung
Verschickte Fragebogen	1303				
	1238	65			
	692		546		
	683			9	
	669				14

Die Stichprobenrepräsentativität bezüglich der Faktoren Zivilstand, Alter, Geschlecht, Arbeitsstatus, Vorbehandlungen, Aufenthaltsdauer, wurde durch Christoffel (1997) überprüft. Die Katamnesedauern lagen zwischen 12 und 50 Monaten mit einem Mittelwert von 26.8 Monaten.

Das Trinkverhalten

Die häufigste Frage, mit der man sich als Leiter einer Fachklinik für Alkoholabhängige konfrontiert sieht, ist diejenige nach der Abstinenz oder der Rückfälligkeit. Dies ist zwar verständlich, weil die meisten problematischen Verhaltensweisen bzw. Schwierigkeiten Alkoholabhängiger von der Bevölkerung mit dem Alkoholkonsum gekoppelt werden, greift aber zu kurz. Das Konsumverhalten wird zum ausschliesslichen Erfolgskriterium hochstilisiert. In der Fragestellung kommt ein symptomorientiertes Denken zum Ausdruck, das unseres Erachtens längst überholt sein sollte (Meyer, 2001). Der Behandlungserfolg sollte sich deshalb (Wdh.) eher an der sozio-psycho-physischen Gesamtbefindlichkeit, denn an einer Verhaltensweise orientieren.

Bezüglich des Trinkverhaltens nach einem stationären Aufenthalt haben sich in der Katamnese studie der Forel Klinik (Sieber et al., 2003) bei einer mittleren Katamnesedauer von 27 Monaten folgende Resultate ergeben (Tab. 2):

Tabelle 2

Alkoholkonsumverlauf bei ehemaligen Patientinnen und Patienten der Forel Klinik (nach Sieber, 2000)

N=669=100 %*	Totalabstinen z	Kontrolliert es Trinken	Mind. 6 Monate abstinent	Mässiger Konsum	Starker Konsum
	38.6%	5.8%	12.3%	16.6%	11.2%

* Restgruppe 15.5%: Aufgrund der Antworten nicht den mässig oder stark Konsumierenden zuordenbar

Abstinenz

38,6% der Befragten gaben an, seit Klinikaustritt totalabstinent zu leben. Dieser Anteil von immerhin fast zwei Fünfteln Totalabstinenter verblüfft insofern, als Spinatsch und Chilvers (1991) bei ihrer Untersuchung lediglich 27,1% Totalabstinenten gefunden haben, obwohl die von ihnen untersuchten Patienten und Patientinnen noch durchwegs während 6 oder mehr Monaten in Behandlung gestanden hatten, während die Abstinenten der aktuellen Katamnesestudie eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 102,4 Tagen aufwiesen.

Einmal mehr wird deshalb durch diese Ergebnisse die Frage nach der Korrelation zwischen Abstinenzrate und Behandlungsdauer aufgeworfen. Auch wenn darauf auf Grund der hier vorgelegten Daten keine abschliessende Antwort möglich ist, so gibt es zumindest keinerlei Hinweis darauf, dass markant längere Behandlungsdauern auch zu eindeutig höheren Abstinenzraten führen.

Kontrolliertes Trinken

Wir wollen an dieser Stelle nicht auf die Kontroverse um den Begriff des kontrollierten Trinkens (KT) eingehen. Einen kurzen Einblick in die Problematik dieses Begriffs wollen wir, gewissermassen als gedankliche Klammer, doch nehmen:

- Nach Petry (1999), verwischen sich im Begriff des KT zwei begriffliche Ebenen: Während es sich bei «Kontrolle» um einen Theoriebegriff handelt, ist das «Trinken» ein phänomenologischer Begriff.
- Auf dem Hintergrund neurophysiologischer Überlegungen kann der Begriff des KT als Paradoxon verstanden werden, da der Konsum von Alkohol die natürliche Funktion der Kontrolleinschränkung hat, also das Ziel, bestehende Hemmungen abzubauen (Petry, 1999)
- Im Weiteren besteht bekanntlich eine Vielfalt von Definitionen, die vom normalen Trinken, notabene ohne eigentliche Kontrolle, über das Trinken in gesundheitlich unbedenklichem Rahmen bis hin zum Trinken nach Plan und zur Trinkreduktion reichen.

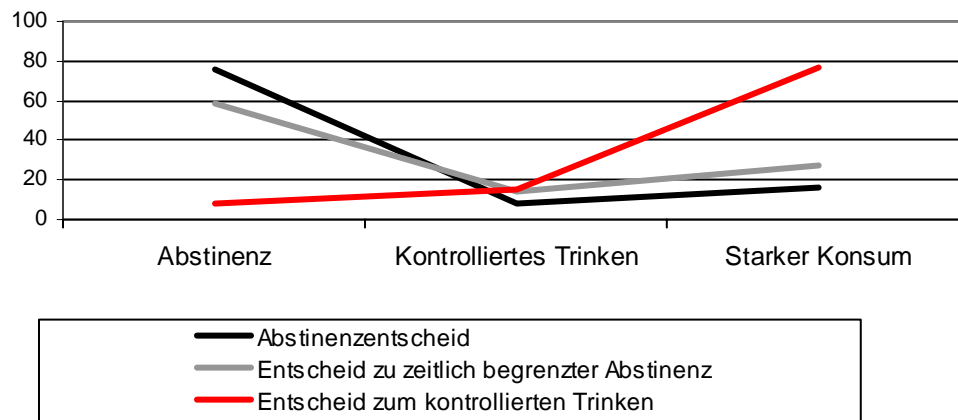
In den Katamnesestudien der Forel Klinik wird folgende Konzeptualisierung des KT verwendet:

1. max. Trinkmenge pro Tag = 2 Standarddrinks bei Frauen, 3 bei Männern (der gemäss der British Medical Association (1996) als gesundheitlich unbedenklich geltende Konsum)
2. nicht abstinent während der letzten 6 Monate
3. max. eine Intoxikation innerhalb der letzten 6 Monate
4. max. (aus subjektiver Sicht) ein «Rückfall» nach Klinikaustritt sowie keine mit dem Rückfall verbundene Trinkphase von mehr als 3 Tagen
5. keine «Filmrisse», kein Alkoholkonsum zur Milderung von körperlichen Entzugserscheinungen und kein Kontrollverlust

5,8% der befragten Patientinnen und Patienten gaben an, kontrolliert Alkohol zu konsumieren. Diese Gruppe der kontrolliert Trinkenden ist erstaunlich klein, wenn man bedenkt, dass ein Grossteil der in die Klinik eintretenden Patientinnen und Patienten so trinken möchten, wie andere Leute auch.

Abbildung 1

Zusammenhang zwischen Trinkentscheid bei Austritt und Konsumverhalten zum Katamnesezeitpunkt.



Von den Patientinnen und Patienten, die sich bei Austritt für KT entschieden hatten, erreichten lediglich 13% dieses Ziel. 80,5% tranken zum Katamnesezeitpunkt stark, während 6,5% abstinent waren. Der Wunsch nach KT bei Austritt deutet also eher auf einen ungünstigen Verlauf hin (Abb. 1).

Zusammengefasst heisst das:

- Nur etwa jeder 20. austretende Patient gibt in der katamnestischen Befragung an, kontrolliert zu trinken.
- Rund vier Fünftel der Patientinnen und Patienten, die bei Austritt kontrolliertes Trinken zum Ziel haben, zeigen schliesslich einen starken Alkoholkonsum.
- Bezüglich positiver Outcome-Kriterien wie hohe Lebenszufriedenheit, Zufriedenheit mit der Gesundheit und keine Arbeitslosigkeit erreichen kontrolliert Trinkende fast gleich hohe Werte wie Abstinente (79,5% gegenüber 83,7%).
- 73,7 % der kontrolliert Trinkenden sind Spiegeltrinkerinnen und -trinker gegenüber 63,8% bei den Abstinente und 61,6% bei den stark Konsumierenden.
- Kontrolliert Trinkende sind im Weiteren diejenigen, die nach Klinikaustritt mit 379,6 Abstinenztagen am längsten keinen Alkohol konsumiert haben (Mässig Konsumierende: 281,4 Tage, stark Konsumierende: 180 Tage), seit mindestens sechs Monaten Abstinente: 246,5 Tage)

Mehr als 6-monatige Abstinenz

13,2% aller Befragten gaben an, seit ihrer Klinikentlassung zwar Alkohol konsumiert zu haben, aber zum Zeitpunkt der katamnestischen Befragung erneut seit mehr als einem halben Jahr alkoholabstinent zu sein. Diese Gruppe ist also mehr als doppelt so gross wie diejenige der kontrolliert Trinkenden und sie macht immerhin ein Achtel aller ehemaligen Patientinnen und Patienten aus. Diese Befunde decken sich recht gut mit den Befunden der Studie von Spinatsch und Chilvers (1991) an Patientinnen und Patienten der Forel Klinik aus den Jahren 1975-1984.

Die Existenz dieser Gruppe belegt einmal mehr, dass ein altes Vorurteil, nicht mehr

aufrechtzuerhalten ist, nämlich die pauschalisierende Aussage, wonach abstinente Alkoholabhängige, sobald sie je wieder Kontakt zu Alkohol haben, in ihre ursprünglichen Trink- und anderen Verhaltensmuster zurückfallen und fast gezwungenermaßen dem körperlichen, psychischen und sozialen Zerfall entgegenreiben. Dazu wird ja meist die Geschichte jenes Alkoholabhängigen erzählt, der nach 10-jähriger Abstinenz ein alkoholhaltiges Praliné gegessen hatte, sich unmittelbar danach in einem Restaurant betrank und fortan wieder in seine alten Trinkgewohnheiten verfiel. Am Wahrheitsgehalt dieser Anekdote muss nicht unbedingt gezweifelt werden. Dagegen ist nach heutigem Kenntnisstand eher die Frage zu stellen, ob bei diesem Betroffenen, aus welchen Gründen auch immer, die psychische Bereitschaft zur Rückfälligkeit vorhanden war und das berühmte Praliné eher der Auslöser als die Ursache der weiteren Entwicklung war. Während in Fachkreisen dieser zwangsläufige Verlauf bereits mit den Studien von Sobell et al. (1973) und Sanchez-Craig (1984) in Frage gestellt wurde und spätestens seit den Publikationen zum Rückfallgeschehen von Körkel und Kruse (1997) als haltlos gilt, genießt er in Politik und Bevölkerung ungebrochene Popularität.

Die Gruppe mit mehr als halbjähriger Abstinenz bestätigt die Vermutung, dass es sich bei der Alkoholabhängigkeit um eine Krankheit mit fluktuierendem Verlaufsmuster handelt. So schreibt zum Beispiel Cahalan (1987), dass das häufigste Verlaufsmuster das Hinein- und Hinausgleiten aus Perioden von Alkoholproblemen unterschiedlicher Ausprägung mit dazwischen liegenden Perioden von Abstinenz oder von Low-risk-Konsum sei. Und Dawson (1996) fand bei seiner Nachuntersuchung von früheren Alkoholabhängigen nur noch Alkoholmissbrauch oder gar keine substanzbezogene Diagnose mehr. Noch weiter gehen Autoren wie Pattison (1977) und Nowinsky (1992), nach denen bis heute keine empirischen Belege für das Progressivitätskonzept der Alkoholabhängigkeit vorliegen.

Aus wissenschaftlicher, aber auch aus therapeutischer Sicht wirft diese Outcome-Gruppe denn auch v.a. die Frage nach den soziodemografischen Moderatorvariablen, den verlaufsbestimmenden Life-Events, den biologischen Traitmarkern und Selbstheilungsfaktoren auf. (s. Artikel von H. Klingemann in diesem Heft).

Mässiger Konsum

Zu dieser Gruppe gehören Personen, welche die Bedingungen für «kontrolliertes» Trinken nicht erfüllen, mengenmässig jedoch auch nicht zu den stark Trinkenden gezählt werden können. Zur Gruppenbildung wird der QF-Index (Quantity-frequency-Index) mit einer Menge von 0,1-21 Drinks/Woche verwendet. Beim Vorliegen von Phänomenen wie Filmrissen, körperlichen Entzugserscheinungen oder einzelnen Kontrollverlusten ist das Kriterium des mässigen Konsums nicht erfüllt.

Von der *Konsummenge* her betrachtet, ist die Gruppe der mässig Trinkenden praktisch identisch mit derjenigen der kontrolliert Trinkenden. Aber das Kriterium der Rauschhäufigkeit liegt bei dieser Gruppe zwischen mehr als einem Rausch im letzten halben Jahr (Kriterium für kontrolliertes Trinken) und weniger als einem Rausch pro Woche (Kriterium für starken Konsum).

Etwas unpräzise, aber dafür verständlich ausgedrückt, erfüllt die Gruppe der mässig Konsumierenden die strengen Kriterien unserer Studie für kontrolliertes Trinken nicht, zeigt aber einen deutlich reduzierten Konsum im Vergleich zur Zeit vor der stationären Behandlung.

Wir werden weiter unten der Frage nachgehen, wie sich die Lebenszufriedenheit dieser Gruppe darstellt.

Starker Konsum

Bei den ehemaligen Patientinnen und Patienten mit starkem Alkoholkonsum übersteigt der wöchentliche Alkoholkonsum 14 SD (bei den Frauen), respektive 21 SD (bei den Männern) und/oder beinhaltet mindestens einen Rausch pro Woche. Der Anteil der stark Konsumierenden beträgt 11,2%. Auch bei dieser Gruppe wurde der Alkoholkonsum durch die Behandlung nachhaltig beeinflusst: Der QF-Index (der angibt, wie viele Standarddrinks eine Person pro Woche konsumiert hat) dieser Gruppe lag bei Eintritt bei 138,7 gegenüber 42,7 in der Nachuntersuchung.

Lebenszufriedenheit

Aufgrund des bisher Gesagten wird offensichtlich, dass die Frage «Abstinenz oder erneuter Alkoholkonsum?» nicht ausreicht, um in irgendeiner Weise die aktuelle Befindlichkeit behandelter Alkoholkranker oder den Therapieerfolg beurteilen zu können. Man wird ja wohl kaum einen Diabetiker, bei dem man nach Monaten wieder einmal Zuckerspuren im Urin gefunden hat, pauschal als schlecht auf Insulin eingestellt bezeichnen. Ebenso wenig würde man einen Migränepatienten, der nur noch monatliche anstelle von wöchentlichen Attacken erleidet, als therapierefraktär bezeichnen. Ein wesentlicher Bereich der katamnistischen Untersuchung betrifft deshalb die Lebenszufriedenheit. Dabei zeigten sich folgende Resultate:

Tabelle 3

Lebenszufriedenheit und Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand nach stationärer Behandlung, verändert nach Sieber et al. (1996)

	Deinlein (1996)	Baumann (1993)	Schiess (1994)
Gesundheitszustand			
Sehr/eher zufrieden	85.2%	78%	82.7%
Weder noch	5.2%	12%	8.6%
Eher/sehr unzufrieden	8.7%	4%	8.6%
Lebenszufriedenheit			
Zufriedener, deutlich zufriedener	91.3%	80.0%	84.9%
Gleich zufrieden	5.2%	6%	12.2%
Weniger, deutlich weniger zufrieden	3.5%	8.0%	2.4%

Wir wollen an dieser Stelle nicht auf die Problematik von Zufriedenheitsbefragungen eingehen. Wir sind uns aber bei der nun folgenden Interpretation bewusst, dass bei den meisten Untersuchungen generell hohe Zufriedenheitswerte angegeben werden. Trotzdem erstaunen bei den Angaben zur Zufriedenheit die Resultate. Dass gerade bei einer Krankheit, die – zumindest in schwerer Ausprägung – sehr oft mit schweren gesundheitlichen Schädigungen einhergeht, 78 – 85,2% der Patientinnen und Patienten mit ihrem Gesundheitszustand eher, respektive sehr zufrieden sind, überrascht doch sehr. Das Resultat

ist umso verblüffender, als ja nur 39% abstinent leben. Etwas anders ausgedrückt heisst das, dass 40-45% der Patientinnen und Patienten mit ihrem Gesundheitszustand zufrieden sind, obwohl sie Alkohol konsumieren.

Ähnlich verhält es sich mit der Lebenszufriedenheit, die sektoriell (Arbeitsplatzsituation, Finanzen, Wohnsituation, Partnerschaft, Beziehung zu Freunden, Freizeitgestaltung) erfasst worden ist. Auch hier finden sich Lebenszufriedenheitswerte von 80 – 91,3%.

In einer etwas kühnen Hypothese postulieren wir einen Zusammenhang zwischen diesen Zufriedenheitswerten und dem oben dargestellten Trinkverhalten:

Tabelle 4

Hypothetischer Zusammenhang zwischen Trinkverhalten und Lebenszufriedenheit, resp. Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand

Trinkmuster		Lebenszufriedenheit und Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand
Ca. 89% = Kollektiv von PatientInnen mit – Abstinenz seit dem Austritt – KT – Mind. seit 6 Monaten abstinent – Mässiger Konsum	? ↔	78 – 91.3 % = Kollektiv von Patientinnen und Patienten, die bezüglich ihrer Lebenssituation und ihrem Gesundheitszustand zufrieden bis sehr zufrieden sind.
Ca. 11% = Kollektiv mit starkem Alkoholkonsum	? ↔	Ca. 8 – 22 % = Kollektiv von Patientinnen und Patienten, die bezüglich ihrer Lebenssituation und ihrem Gesundheitszustand unzufrieden bis sehr unzufrieden sind

Es stellt sich also die Frage, ob die Gruppe der 10-15% stark Konsumierenden diejenige ist, welche mit ihrem Gesundheitszustand und ihrer Lebenssituation unzufrieden ist, während die 85-90% der Expatientinnen und -patienten mit sehr unterschiedlichem Trinkverhalten (Abstinenz, KT, mindestens 6 monatige Abstinenz, mässiger Konsum) bezüglich Gesundheitszustand und Lebenssituation zufrieden sind, was wiederum würde bedeuten, dass es durchaus intermediäre Trinkmuster gibt, die mit einer hohen Lebenszufriedenheit verbunden sind (Christoffel et al, 1999, Sieber et al., 2002).

Nach diesem knappen Einblick in die Resultate der Katamnesestudie soll deshalb noch ein kurzer Blick darauf geworfen werden, was diese Resultate für eine Alkoholismuskonzeption und mögliche therapeutische Konzepte bedeuten könnten. Dabei geht es nicht mehr um katamnestische Fakten, sondern um Hypothesenbildungen.

Konzeptionelle Konsequenzen

Vulnerabilitätsmodell des Alkoholismus

Die Katamnesestudie der Forel Klinik deutet – wie bereits verschiedenste andere Therapieforschungsergebnisse (z.B. Körkel, 1997) – relativ klar auf einige Sachverhalte hin:

1. Die Alkoholkrankheit scheint tatsächlich nicht einfach linear und sich progressiv verschlechternd zu verlaufen.
2. Der Verlauf der Alkoholkrankheit kann offenbar durch therapeutische Massnahmen günstig beeinflusst werden.
3. Erneuter Alkoholkonsum scheint nicht automatisch in eine psychosoziale Katastrophe zu führen.
4. Erneuter Alkoholkonsum kann unter bestimmten Voraussetzungen wieder sistiert werden. Er ist auch nicht automatisch einer Konsumsteigerung unterworfen.

Bisher bestanden im deutschsprachigen Europa vorwiegend lineare Modelle für die Alkoholkrankheit, in denen ein banaler Alkoholkonsum in einen Missbrauch, später in eine Abhängigkeit und schliesslich – ohne anhaltende Abstinenz – in eine Chronifizierung mit bio-psycho-sozialem Zerfall mündeten (Abb. 2). Aufgrund der bereits zitierten Untersuchungen und Modelle und der hier vorgelegten Daten postulieren wir ein dynamisches Vulnerabilitätsmodell des Alkoholismus (Abb. 3), wie es beispielsweise für die Gruppe der Schizophrenen 1977 von Zubin und Spring (1977) formuliert worden ist.

Der Begriff der Vulnerabilität bei Alkoholismus wurde in der bisherigen Literatur nur sehr sporadisch verwendet. Er wird u.a. in einer Arbeit über die Epidemiologie des geschlechtsspezifischen Alkoholgebrauchs verwendet (Uhl und Kobrma, 2004). Zum Ausdruck «Vulnerabilitätsmodell» liegt uns eine einzige Internetquelle (<http://www.psychologie.tu-bs.de/fachschaft/hauptdiplom/alkoholismus.doc>) vor. Das Modell ist an der genannten Stelle aber wenig ausgeführt.

Abbildung 2

Konventionelles lineares Alkoholismuskonzept

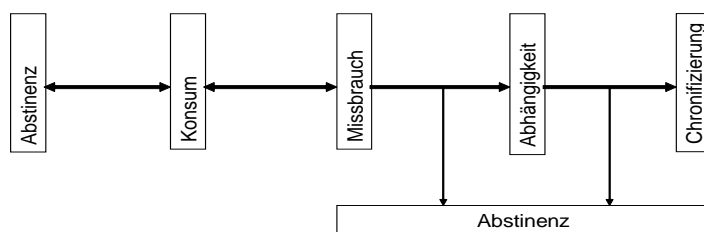
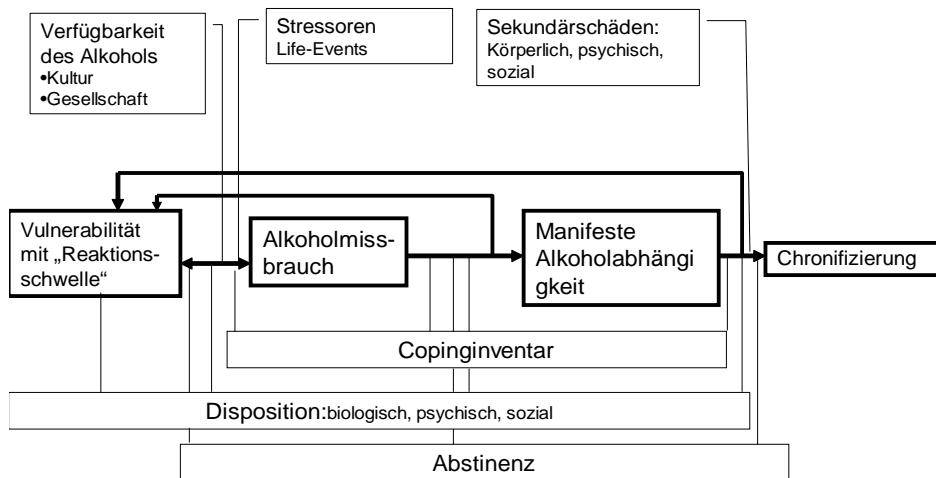


Abbildung 3

Zirkuläres Vulnerabilitätsmodell des Alkoholismus



Die zur Verfügung stehende Zeit reicht nicht aus, das Vulnerabilitätsmodell und die dahinter stehenden theoretischen Überlegungen eingehend zu erläutern. Es ist aber geeignet, den fluktuierenden Verlauf der Alkoholkrankheit zu erläutern.

Abstinenzorientierung versus abstinentgestützte Therapie

Noch immer bezeichnen sich Therapieeinrichtungen im legalen und illegalen Suchtbereich als abstinentorientiert. Gemeint ist damit eine therapeutische Zielsetzung, nämlich das Erreichen von Suchtmittelabstinenz. Unseres Erachtens lässt sich diese Zielsetzung so pauschal, gerade im Lichte unserer eigenen, aber auch fremder Katamneseuntersuchungen nicht aufrechterhalten. Zumindest sollte je nach Schweregrad und Auswirkungen der Erkrankung eine Zielhierarchie gefordert werden.

Das oben dargestellte Vulnerabilitätsmodell lässt nun aber ein anderes Abstinenzverständnis zu: Abstinenz wird hier nicht mehr als übergeordnetes *Ziel* von Alkoholismustherapie verstanden, sondern als *Methode*. Das heisst nichts anderes, als dass in dieser Konzeption die Abstinenz ein Mittel zum Erreichen eines besseren bio-psycho-sozialen Gleichgewichts darstellt. Wir schlagen deshalb neu – in Anlehnung an die substitutionsgestützten Behandlungen im illegalen Suchtmittelbereich – den Begriff der *abstinentgestützten Therapie* vor. Damit kann der Abstinenzbegriff von mystischen Vorstellungen befreit und mit einer neuen funktionalen Bedeutung bereichert werden.

Literaturverzeichnis

Baumann, E., 1993: Das soziale Netzwerk von Alkoholikern und seine prospektive Bedeutung für die Abstinenz. Lizentiatsarbeit an der Philosophischen Fakultät I, Universität Zürich.

British Medical Association, 1996: Guidelines on sensible drinking. *Addiction*, 91 (1), 25-33

Cahalan, D., 1987: Studying drinking problems rather than alcoholism. In: Galanter, M. (ed), recent developments in alcoholism. Vol.5, pp 363-372, New York: Plenum

Christoffel, U. (1997). Behandlungserfolg bei stationär behandelten Alkoholabhängigen. Lizentiatsarbeit der Philosophischen Fakultät I, Universität Zürich.

Christoffel, U., Liechti, U., Meyer, T., Sieber, M., Sondheimer, G. (1999), Kontrolliertes Trinken und Kontrollüberzeugungen, *Bulletin* 2/99, Forel Klinik

Dawson, D.A., 1996: Correlates of past-year status among treated and untreated persons with former alcohol dependence: United states, 1992. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 20, pp 771-779

Deinlein, W., 1998: Rückfällig oder abstinent? Eine empirische Untersuchung zur Beurteilung der Lebenssituation von Alkoholabhängigen nach einer stationären Behandlung. Dissertation an der Philosophischen Fakultät Universität Zürich, 1998.

Körkel, J., Kruse, G., 1997: Mit dem Rückfall leben. Abstinenz als Allheilmittel? Psychiatrie Verlag (Ratschlag): Bonn (3. Auflage)

Meyer, T., (2001): Aus Haltungen Handlungen ableiten, *abhängigkeiten* 2/01, SS 57-67, ispa-press, Lausanne

Liechti, U. (1997). Die Bedeutung der Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen sowie des Selbstwertgefühls in Bezug auf das Trinkverhalten nach einer stationären Therapie. Lizentiatsarbeit der Philosophischen Fakultät I, Universität Zürich.

Nowinsky, J., Baker, S.C., Carroll, K., 1992: Twelve Step Facilitation Therapy Manual (Project MATCH Nonograph Vol. 1). Rockville, Maryland: National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism

Pattison, E.M., Sobell, M.B., Sobell, L.C., 1977: Emerging concepts of alcohol dependence. New York: Springer

Petry, J., (1999): Trinkkontrolle: Ideengeschichte und aktuelle Debatte. In: Meyer et al. (1999), 150 Jahre Alkoholismus: Ist kontrolliertes Trinken wieder ein Thema? *Bulletin* 1/2000, SS. 15-40, Forel Klinik

Sanchez-Craig, M., Annis, H.M., Bornet, A.R., MacDonald, K.R., 1984: Random assignment to abstinence and controlled drinking: Evaluation of a cognitive-behavioral Program for problem drinkers. *J of Consulting and Clinical Psychology*, 52

Schiess, U., (1994). Die Bedeutung des sozialen Netzes für das Trinkverhalten bei Alkoholabhängigen nach einer stationären Therapie. Lizentiatsarbeit der philosophischen Fakultät I, Universität Zürich.

Schwoon, D., Krausz, M., 1990: Psychiatrie und Sucht. Anmerkungen zu einem zwiespältigen Verhältnis. In: D.R. Schwoon und M. Krausz (Hrsg.), *Suchtkranke. Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie*. Stuttgart: Enke

Sieber, M., 2000: Kontrolliertes Trinken nach stationärer Behandlung. In: Meyer et al. (2000), 150 Jahre Alkoholismus: Ist kontrolliertes Trinken wieder ein Thema?, *Bulletin der Forel Klinik* 2/2000, S. 45-50

Sieber, M., Baumann, E., Deinlein, W., Schiess, U., Sondheimer, G. (1996), Abstinenz und Lebensverhältnisse von Alkoholabhängigen. *Abhängigkeiten* 3/96, S. 24-38, ISPA-Press, Lausanne

Sieber, M., Riem, M., Meyer, T., Sondheimer, G. (2003), Verlauf der Alkoholabhängigkeit und der Lebenszufriedenheit bei Personengruppen mit unterschiedlichem Behandlungsprofil, *Bulletin* 1 und 2/2003, Forel Klinik

Sieber, M., Riem, M., Meyer, T., 2003: Die Erfassung des Konsumverhaltens bei Katamnesen der Forel Klinik, Technischer Bericht zur Operationalisierung der Verlaufsindikatoren, 20.12.2003

Sieber, M., Riem, M., Meyer, T., Sondheimer, G., 2003, Verlauf der Alkoholabhängigkeit und der Lebenszufriedenheit bei Personengruppen mit unterschiedlichem Behandlungsprofil, Bulletin der Forel Klinik 1/2003

Sobell, M.B., Sobell, L.C., 1973: Alcoholics treated by individualized behavior therapy – one year treatment outcome. Behavior Research and Therapy 1

Spinatsch, M, Chilvers, C., 1991: Die Lebensverhältnisse von Alkoholabhängigen nach stationärer Behandlung. SFA, Lausanne

Uhl, A., Kobra, U., 2004: Epidemiologie des geschlechtsspezifischen Alkoholgebrauchs, Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg. 26, Nr. 3/4, 2003, S. 5-19

Zubin, J., Spring, B., 1977: Vulnerability a new view of schizophrenia, J Abnorm Psychol 86: S. 103-126

Korrespondenzadresse:

Thomas Meyer, Forel Klinik, Islikonerstrasse 5, 8548 Ellikon an der Thur, E-mail:
thomas.meyer@forel-klinik.ch