Zeitschrift: Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales = Bollettino dell' Accademia svizzera delle scienze mediche

Herausgeber: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Band: 35 (1979)

Artikel: Die Therapie des Alkoholkranken aus der Sicht des Arztes und Psychotherapeuten

Autor: Ladewig, D.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-309089

Nutzungsbedingungen

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

Conditions d'utilisation

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

Terms of use

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

Download PDF: 09.07.2025

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

Bull. Schweiz. Akad. Med. Wiss. 35, 227-235 (1979)

Aus der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel
Direktor: Prof. Dr. P. Kielholz

DIE THERAPIE DES ALKOHOLKRANKEN AUS DER SICHT DES ARZTES UND PSYCHOTHERAPEUTEN

D. LADEWIG

Zusammenfassung

Bei der Behandlung des Alkoholismus kommt dem Arzt eine wichtige, bisher zu wenig beachtete Bedeutung zu. Die Prognose des Alkoholismus ist, insbesondere wenn die Früherfassung von Patienten mit einer Alkoholproblematik gelingt, günstiger als allgemein angenommen wird. Zur Früherfassung ist es wichtig, Symptome, die Hinweischarakter für einen beginnenden Alkoholismus haben, zu erfassen. Neben den pharmako-therapeutischen Möglichkeiten ist insbesondere wichtig, dass der Arzt psychotherapeutische Verfahren vermehrt berücksichtigt, insbesondere die Gesprächstherapie nach ROGERS und TAUSCH, sowie verschiedene verhaltenstherapeutische Techniken.

Summary

In the treatment of alcoholism, the medical profession takes an important position which until now has not gained the necessary appreciation. The prognosis of alcoholism is more favourable than generally assumed, especially if it is possible to early recognize patients with alcohol problems.
Besides pharmaco-therapeutic possibilities it is important that doctors also consider psychotherapeutic methods, especially psychotherapeutical procedures according to ROGERS and TAUSCH, as well as various methods of behavioural modification.

Allgemeine Aspekte

Nachdem der Mediziner bisher wenig Geschick aufgebracht hat, im Rahmen der Primärprävention Fuss zu fassen, sollte er seine Aufgabe naturgemäss vor allem darin sehen, im Rahmen frühzeitiger Behandlungsmassnahmen soziale Folgekosten des Alkoholismus einzusparen.

Eine damit angesprochene Verbesserung der Behandlungseffizienz setzt voraus, dass eine allfällige "Alkoholproblematik" beim Patienten rechtzeitiger erkannt und umfassender angesprochen wird.
Es ist bekannt, dass die Anzahl der in der Praxis oder im Spital erfassten Alkoholabhängigen nur einen Bruchteil der Gesamtzahl Alkoholabhängiger darstellt. Dies hat vielfältige Gründe. Sie liegen z.T. bei der Klientel, z.T. beim Arzt. FEUERLEIN stellt in einer Umfrage bei 185 niedergelassenen Münchner Aerzten fest, dass 80 % der Internisten und Aerzte für Allgemeinmedizin sowie 71 % der Nervenärzte höchstens 5 Alkoholiker pro Quartal zu behandeln hatten.
Es ist naheliegend, dass Patienten mit einer umschriebenen akuten oder chronischen Krankheit dem Arzt gar keinen Anlass zu einer entsprechenden Nachfrage zu geben scheinen. Bei einer anderen Gruppe von Patienten, solchen mit diffusen "psychosomatischen" Störungen, kommt ein psychologischer Faktor hinzu, der den Arzt hemmt, eine Alkoholproblematik anzusprechen: er möchte den Patienten vor einer Blossstellung und einer allfälligen Konfrontation mit unerfreulichen biographischen Ereignissen schützen.
Im Grunde genommen mag aber seitens mancher Aerzte ein dem bei Alkoholikern bekannten Verdrängungsverhalten vergleichbares Verhalten vorliegen. FEUERLEIN hat dies auf eine "bei manchen Aerzten geradezu fatalistische Haltung" gegenüber der Prognose des fortgeschrittenen Alkoholismus zurückgeführt. Die Hemmung, eine Diagnose zu stellen, weil die Prognose sowieso ungünstig sei, wirkt sich im allgemeinen tatsächlich negativ-verstärkend auf das Planen und Durchführen einer Therapie aus.
Dabei ist die Langzeitprognose des Alkoholismus nicht so ungünstig, wie im allgemeinen angenommen wird. Eine Uebersicht von 265 Follow-up-Studien (EMRICK, 1974, zit.n. LUTZ und LEU) ergab, dass 50 bis 75 % aller Patienten ihren Konsum wesentlich eingeschränkt hatten oder in sozialer resp. psychischer Hinsicht Verbesserungen aufwiesen. Dieses insgesamt positive Ergebnis - bestätigt etwa auch an einer umfangreichen katamnestischen Untersuchung der Medizinischen Universitätsklinik Zürich (BEZZOLA, JENNY u.a.) - werden im allgemeinen unter der Last des zumeist kurzfristig immer wieder rückfällig werdenden einzelnen Patienten übersehen. Der Alkoholismus ist, wie jede Manifestation einer süchtigen Entwicklung, eine primär chronisch verlaufende Krankheit, die einerseits eine langjährige Betreuung, anderseits eine enorme Flexibilität des Arztes, sich auf eine akute Krisensituation einzustellen, notwendig macht. Dabei ist es bezüglich Formulierung eines Behandlungsplanes für den Arzt wie für den Patienten wichtig, nicht - insbesondere kurzfristig - "Heilung" anvisieren zu wollen; dies bedeutet für den Patienten wie den Therapeuten das Wecken

falscher Erwartungen und eine Quelle kontinuierlicher Enttäuschungen. Neben dem Therapiziel Abstinenz sind von vornherein weitere Kriterien wie Lösung von Partner-Konflikten, Gestaltung der Freizeit u.a. wichtig. Eine Veränderung dieser Bereiche wirkt rückwirkend wieder verstärkend auf die Motivationsbildung zur Abstinenz.
Der Aufgabenbereich des Arztes soll im folgenden unter drei Aspekten dargestellt werden:

1. Das anamnestische Gespräch
2. Die somatische Behandlung
3. Hinweise auf spezielle Techniken.

1. Das anamnestische Gespräch

Bei einer Reihe psychogener und/oder psychosomatischer Störungen bekommt der Alkohol die Rolle eines Medikamentes. Der Alkohol wird vom Genussmittel zu einem "Psychopharmakon". Seine Einnahme stellt dann so etwas wie einen Selbstbehandlungsversuch dar, um Symptome wie Unruhe, Spannung, Angst, Schlafstörungen, die im Zusammenhang mit Belastungssituationen am Arbeitsplatz oder in der Partnerbeziehung mehr und mehr Krankheitswert erhalten, zu behandeln. Diesen Zeitpunkt rechtzeitig zu erfassen, ist therapeutisch wesentlich. Eine gesprächsweise Intervention und die anschliessende Suche nach einem Ersatz für das "Psychopharmakon" Alkohol sind dann überaus effizient; der Einsatz eines Medikamentes oder einer psychotherapeutischen Intervention wird hier notwendig.
Es hat sich aus der Erfahrung ergeben, dass Personen, die ausserhalb der Mahlzeiten mehr als 4 mal in der Woche Alkohol trinken, diesen in seiner Ventilfunktion etwa als Spannungslöser benutzen. Liegt ein solches gelegentliches Zuvieltrinken vor, lassen sich damit verbundene Symptome wie Verstimmbarkeit oder Reizbarkeit oder gelegentliche "black-outs" eruieren. Letztere sind signifikant für eine beginnende zentralnervöse Alkoholschädigung.
In der Folge treten als typische Erscheinungen einer sich entwickelnden psychischen Abhängigkeit z.B. häufiges Denken an Alkohol, heimliches Trinken, rasches Trinken der ersten Gläser, Diskussionen oder Streit mit einer nahestehenden Person auf. Auffällig ist insbesondere, wenn der Patient das Thema Alkohol offensichtlich vermeidet.
Je gefährlicher der Alkohol für den einzelnen wird, desto stärker wird u.U. die Abwehr- und Verleugnungstendenz. Die eigene Problematik, evtl. das persönliche Versagen, wird zunehmend auf Personen in der Umwelt projiziert. Der Betreffende sieht Fehler bei seinen Arbeitskollegen, Vorgesetzten, bei seiner Frau, etc. Der Verlust seiner eigenen Fähigkeit, in seinem eigenen Handeln ein Kontinuum zu sehen und die Verantwortlichkeit des eigenen Tuns wahrzunehmen, geht verloren. Der Betreffende gerät ins Grübeln, denkt darüber nach,

wie sich manches in seinem Leben zu seinen Ungunsten verändert hat; er beginnt, zwischenmenschliche Beziehungen anders zu sehen, trennt sich in der Folge von Bekannten, wechselt Arbeitsplatz und Wohnort. Durchgemachte Enttäuschungen und Kränkungen verursachen eine chronische Ressentimenthaltung. Auf der somatischen Ebene treten morgendliches Erbrechen, Tremor und Schlafstörungen auf, die - eine Stufe tiefer im Teufelskreis - erneut zu einer "Selbstbehandlung" Anlass geben. Entwickelt sich schliesslich entweder eine Unfähigkeit, zeitweise abstinent zu sein oder ein Kontrollverlust, liegt das Vollbild einer Alkoholkrankheit vor.

Sich die Sequenz dieser Verhaltensänderungen vor Augen zu führen, ist für den Arzt wichtig. Der Patient wird die Kompetenz des Arztes nicht nur an dessen Fähigkeiten messen, ihn über die Toxizität des Alkohols oder über seinen Gesundheitszustand zu informieren. Er wird vielmehr erwarten, dass der Arzt etwas weiss über die Kette durchgemachter Enttäuschungen und Kränkungen, die Last massiver Schuldgefühle, die dem Patienten das Gefühl eines "Versagens auf der ganzen Linie" vermitteln. Gerade wenn der Patient solche Erlebnisse bagatellisiert oder mit einer Jovialität übergeht, sind diese Ausdrucksweisen einerseits als alkohologene Wesensänderung, andererseits aber immer auch als Abwehr des Patienten zu verstehen und dosiert anzusprechen.

Neben dem ärztlichen Gespräch als diagnostischem Verfahren stehen heute Fragebogen zur Verfügung, die in ökonomischer Weise einige diagnostische Hinweise bezüglich eines vorliegenden Alkohol- oder Drogenproblems geben können (s. FEUERLEIN, LADEWIG und GRAW).

Ohne auf die Vielfalt der Interaktionsmöglichkeiten mit dem Partner oder der Familie hier näher eintreten zu können, sollte man bereits bei den abklärenden Gesprächen bemüht sein, sich ein Bild zu machen vom Ehepartner, von der Familie, von pathologischen Beziehungsmustern, andererseits aber auch von den gesunden Merkmalen des Patienten, seinen Fähigkeiten, seinen liebenswerten Zügen, seinem Humor - auch wenn er zeitweise als Galgenhumor erscheint oder hinter Ironie und Sarkasmen begraben liegt. Während die oftmals tragischen Beziehungsmuster in der Familie des Alkoholikers früher eher einseitig gesehen wurden, indem die "Familienkrankheit Alkoholismus" vom trinkenden Mann, seltener von der trinkenden Frau, ausging, versucht die heutige Theorie der Paar- und Familientherapie die Wechselseitigkeit von Ursache und Wirkung, insbesondere die wechselseitigen Abhängigkeiten in den Partner- und Familien-Beziehungen Alkoholkranker, zu verstehen.

2. Somatische Therapie

Auf die Behandlung der akuten Alkoholintoxikation sei hier nicht eingegangen (s. FEUERLEIN, KIELHOLZ und BATTEGAY).

Das wichtigste "Medikament" für den chronisch Alkoholkranken ist die verordnete absolute Alkoholabstinenz.

Bezüglich der Behandlung der Alkohol-Polyneuropathie muss grundsätzlich zwischen zwei pathogenetisch unterschiedlichen Formen unterschieden werden: auf der einen Seite jene Form, die vorwiegend mit einer primären Myelinscheidenschädigung einhergeht, so dass im EMG eine Nervenleitgeschwindigkeitsverzögerung ohne wesentliche Denervationszeichen festzustellen ist; auf der anderen Seite jene Form, die vornehmlich auf einer axonalen Degeneration beruht, die im EMG zum Auftreten von pathologischer Spontanaktivität als Hinweis auf eine abgelaufene Denervation ohne auffällige Nervenleitgeschwindigkeitsverzögerung gekennzeichnet ist. Die erste Form ist metabolischer Natur, indem der Thiaminmangel eine Rolle spielt und eine Zufuhr von Vitamin-B-Komplex wesentlich ist.

Bezüglich der Behandlung von Abstinenzsymptomen ist eine Prophylaxe mit Phenobarbital heute noch besser mit dem Febarbamat-Komplex (Atrium^{R}), sinnvoll. Bestehen anhaltend psychovegetative Symptome sowie Schlafstörungen, ist der Einsatz von Neuroleptika, wie Thioridazin (Melleril^{R}) oder Chlorprothixen (Taractan^{R}), nützlich. Chlomethiazol (Heminеurin^{R}) wird an unserer Klinik nur mehr beim akuten Delirium tremens eingesetzt. Tranquilizer sollten im allgemeinen in der klinischen Behandlung nicht länger als zwei Wochen, in der ambulanten nicht länger als vier Wochen, verordnet werden, da sonst die Gefahr eines Umsteigens resp. einer neuen Abhängigkeitsentwicklung besteht.

Ist eine Langzeitbehandlung mit einer anxiolytisch wirksamen Substanz notwendig, erweist sich bei Alkoholikern nach entsprechender somatischer Vorabklärung der Einsatz von Beta-Blockern (z.B. Slow-Trasicor^{R}) als günstig. Alkoholkranke, bei denen eine ausgesprochen depressive Symptomatik vorliegt - nach unseren Erfahrungen ist dies bei ca. 10 % der Fall - benötigen eine gezielte antidepressive Therapie.

An unserer Klinik werden nach wie vor ca. 70 % der alkoholabhängigen Patienten auf Disulphiram (Antabus) oder Kalzium-Karbimid-Zitrat (Dipsan) eingestellt, das sich als wichtige therapeutische Stütze erwiesen hat. Beide Substanzen werden nicht im Sinne einer Aversionsbehandlung, sondern vielmehr im Sinne einer "Krücke", die es dem Patienten erleichtert, sein Abstinenzversprechen einzuhalten, eingesetzt. Wesentlich ist der betreuerische Kontakt zu einer Beratungsstelle, Poliklinik oder dem Arzt, der diese Substanz (möglichst immer aufgelöst) unter Aufsicht abgibt.

Auf Kontraindikationen ist hier nicht einzugehen, sie sind im ausgezeichneten Leitfaden über akute Alkoholvergiftung und chronischen Alkoholismus der Eidg. Kommission gegen den Alkoholismus (EGGENBERGER, BATTEGAY u.a.) zusammengefasst. In der erwähnten Broschüre findet sich ausserdem eine umfangreiche Zusammenstellung jener Pharmaka, die zu einer Unverträglichkeitsreaktion führen, wenn gleichzeitig Alkohol getrunken wird. Hierzu gehören alle Mittel, welche den Alkoholabbau modifizieren oder Alkoholresorption beschleunigen, dann insbesondere lebertoxische Substanzen, Stoffe, die qualitativ oder partiell ähnliche Wirkungen entfalten wie Alkohol, sowie alle Sedativa, Hypnotika und Psychopharmaka.

3. Spezielle psychotherapeutische Verfahren (Gesprächs-, Verhaltens-, Gruppentherapie)

Aus dem Bereich der psychotherapeutischen Verfahren haben sich in den letzten Jahren einerseits die systematische Anwendung der Gesprächstherapie nach den Prinzipien von ROGERS und TAUSCH, anderseits bestimmte Verfahren der Verhaltenstherapie bewährt. Wenn immer möglich, sollten sich Therapien im Medium der Gruppe oder, was kaum praktiziert wird, in jenem der Familie abspielen.

Jede Verhaltenstherapie beginnt mit einer Verhaltensanalyse. Da die meisten Menschen mit einem Alkoholproblem die auslösenden Situationen gar nicht kennen, legen wir Wert darauf, dass die ersten Gedanken an Alkohol und die das Verlangen nach Alkohol auslösenden externen und internen Stimuli erkannt, geschildert und schriftlich bezüglich einiger typischer Situationen festgehalten werden. Dadurch gewinnt der Patient die Voraussetzung dafür, sich selbst als Ko-Therapeut zu beteiligen. Er lernt sein Verhalten besser beobachten und in kleine Schritte zu zerlegen. Ziel ist, über zunehmende Selbstkontrolle eine Verhaltensänderung zu erreichen. In den ersten Gesprächen bemühen wir uns ausserdem, viel über das zu erfahren, was der Patient positiverweise durch den Alkohol zu erreichen suchte, so Erleichterung von Spannungen, sozialen Aengsten, etc. Für das Gelingen der Selbstkontrolle muss die Befriedigung, die der Patient durch die Veränderung seines Verhaltens gewinnt, gleich stark oder stärker sein als der frühere Belohnungswert des unerwünschten Verhaltens. So sind Gefühle der Entspannung, Selbstsicherheit, Stärke, Stolz und Autonomie wichtig, um das kontrollierte Verhalten zu bekräftigen. Diese Gefühle sollen als "Selbstbekräftiger" verfügbar werden.

Aus der Vielfalt verhaltenstherapeutischer Techniken sind die realistische Aversion, die "covert sensitization", das Rollenspiel sowie "assertive training" zu nennen. Beispielhaft sei die "covert sensitization" kurz geschildert: Nach gemeinsamen Uebungen der Selbstbeobachtung und Analyse der Trinksituationen lernt der Patient in drei bis vier Sitzungen Entspannungsübungen nach JACOBSON. Während der Entspannung erhält der Patient seine Trinkgeschichte nach seinen eigenen Worten vorgesprochen und wird dazu aufgefordert, sich diese lebhaft vorzustellen. Ein Fingerzeichen signalisiert die erfolgreiche Vorstellung. Bereits zum Zeitpunkt des ersten Gedankens an das bevorzugte alkoholische Getränk werden z.B. Uebelkeit und Magenschmerzen suggeriert. Weiter werden Verhaltensschritte zur Beschaffung des Alkohols und der vorgestellte erste Schluck mit diesen unangenehmen Vorstellungen verbunden. Dadurch bekommen diese bestimmten Reizsituationen Signalcharakter. In einem nächsten Schritt lernt der Patient diese Wünsche und Handlungen abzubrechen, dann, sie zu vermeiden und sich dafür mit Gefühlen des Stolzes und der Stärke zu belohnen. Es werden also unbestimmte Trinksituationen negativ bekräftigt und anschliessend das Vermeiden derselben positiv verstärkt.

In den vergangenen Jahren haben sich in der Behandlung des Alkoholismus vermehrt gruppentherapeutische Verfahren (LADEWIG, BUCHER, GLAUSER) durchgesetzt.

Sinn, Zielsetzung und Problematik seinen zusammenfassend kurz erörtert:

1. Die Gruppe stellt einen Ort der Ich-Entlastung und Ich-Stärkung dar. Durch die Binnen-Kohäsion, die Spiegel- und Verstärkerfunktion der Gruppe, werden wesentliche emotionale Inhalte, d.h. vor allem Erwartungen, Aengste, Kränkungen und Enttäuschungen, Gefühle von Wut, Scham u.a. gegenüber dem anderen deutlich und für den einzelnen so integrierbar, dass ihm in der Hier- und Jetzt-Situation eine Auseinandersetzung möglich wird.
2. Ein wesentlicher Grund, Suchtkranke im Milieu der Gruppe zu behandeln, resultiert weiter aus Erfahrungen, die in den letzten Jahren von Paar- und Familientherapeuten erarbeitet wurden. Jede therapeutische Einflussnahme des Suchtkranken selbst bewirkt eine Veränderung in der Partnerbeziehung oder im familiären Gleichgewicht, die später wieder pathogen für den Suchtkranken selbst werden kann. Diese Veränderungen sind in der Gruppe zu antizipieren und im Hinblick auf ein normalisiertes Gleichgewicht in der Gruppe durchzuarbeiten.
3. Die gemeinsame Lebenserfahrung, bis hin zur Ueberzeugung, ein Outsider zu sein, schützt vor einer moralisierenden Abwertung durch "die andern". Der Nachteil dieses Zusammengehörigkeitsgefühls kann der einer chronischen Ressentimentbildung oder einer

Verstärkung abnormer seelischer Entwicklungen in der Gruppe sein. Hieraus resultiert die Bedeutung, aber sicher auch die notwendige Einseitigkeit von Selbsthilfeorganisationen, wie sie bei den Anonymen Alkoholikern gelegentlich auftreten können.

4. Eine der Schwierigkeiten in der Behandlung Suchtkranker stellt die Doppelfunktion des Therapeuten dar: einerseits seine empathische Seite im "Verstehen" eines Entwicklungsdefizites, andererseits seine pädagogische Seite im Hinarbeiten auf ein bestimmtes Verhaltensziel: Abstinenz und soziale Selbständigkeit. Diese beiden Anteile werden durch die verschiedenen "Hilfs-Iche" einzelner Gruppenmitglieder leichter wahrgenommen, als wenn sie in der gleichen Person des individuellen Therapeuten vorhanden sind. Es wird in der Gruppe immer wieder einzelne Mitglieder geben, die ein Ressourcenpotential an Geborgenheit, Halt, Wärme, anbieten, und andere, die die Anforderungen der Realität vertreten und eine für den Abhängigen - zumindest zu Beginn einer Behandlung - wichtige Aussen-Kontrolle übernehmen. Diese verschiedenen Gruppenanteile, die, wie gesagt, für das Ich eine stellvertretende, entlastende oder stärkende Funktion haben, bedingen, dass entweder mehr das Bemühen um Selbstexploration des Abhängigen, um die Darstellung emotionaler Wärme und positiver Wertschätzung, von Echtheit und Selbstkongruenz oder ein das reale Verhalten konfrontierender Umgangsstil in der Gruppe wechseln werden.

Ganz grundsätzlich muss immer wieder betont werden, dass die Behandlung des Alkoholkranken interdisziplinär zu erfolgen hat; in der eingangs erwähnten Erhebung von FEUERLEIN an praktizierenden Aerzten in München war festgestellt worden, dass 55 % der Aerzte selten oder nie "mit Instanzen der Sozialarbeit oder speziellen Suchtberatungsstellen" zusammenarbeiteten. Diese Zusammenarbeit ist besonders daher unumgänglich, da eine Resozialisierung anhaltend nur dann zustandekommt, wenn sie durch eine bereits während der Entzugsbehandlung begonnene kombinierte sozialarbeiterische Nachbetreuung und ärztliche Nachbehandlung organisiert wird.

Bezzola P.: Ambulante Behandlung Alkoholkranker. Diss., Zürich, 1978 (unter Leitung von S. Jenny).

Eidg. Kommission gegen den Alkoholismus: Akute Alkoholvergiftung und chronischer Alkoholismus. In: M. Eggenberger und R. Battegay (Hrsg.) Bulletin des Eidg. Gesundheitsamtes, 27.9.1975.

Emrick C.D.: A review of psychologically oriented treatment of alcoholism. I. The use of interrelationship of outcome criteria and drinking behavior following treatment. Quarterly J. Study of Alcoholism 35, 523, 1974, zit. n. Leu R. und Lutz P.: Oekonomische Aspekte des Alkoholkonsums in der Schweiz, Schulthess, Polygraphischer Verlag, Zürich, 1977.

Feuerlein W.: Die Behandlung der Alkoholiker in der ärztlichen Praxis (Ergebnisse einer Umfrage bei 185 niedergelassenen Aerzten). Social Psychiatry 7, 36-46, 1972.

Feuerlein W.: Psychiatrische Notfälle bei akuter Alkoholintoxikation. Therapiewoche 28, 2913-2919, 1978.
Kielholz P., Battegay R.: Therapie der akuten Alkoholintoxikationen und des chronischen Alkoholismus. 2. Aufl., Psychiatrie der Gegenwart II/2, 469-496, 1972.
Ladewig D., Graw P., Miest P.-Chr., Hobi V., Schwarz E.: Basler Drogen- und Alkoholfragebogen (BDA). Pharmakopsychiat. 9, 305-312, 1976.
Ladewig D., Bucher W., Glauser Ch.: Gruppentherapie bei Suchtkranken. Erscheint in: Psychologie des 20. Jahrhunderts, Kindler-Verlag, Zürich.

Adresse des Autors: PD Dr. D. Ladewig, Oberarzt, Psychiatrische Universitätsklinik, Wilhelm-Klein-Strasse 27, Postfach, CH-4025 Basel (Schweiz)