

Joachim Funke und Michael Klein¹⁾

Katamnestische Untersuchung stationär behandelter Alkoholiker

A Follow-up Study of Inpatient Alcoholics

1 Problem

Die stationäre Behandlung alkohol- und medikamentenabhängiger Personen stellt einen nicht unbedeutlichen Ausgabenfaktor des öffentlichen Gesundheitswesens dar: Bei einer zugrunde gelegten Aufenthaltsdauer von 120 Tagen à 100,- DM muß immerhin mit 12 000,- DM Unkosten pro Patient gerechnet werden. Berücksichtigt man nur die Personen, die pro Jahr die stationäre Behandlung in einer Fachklinik erhalten, wird das Interesse einer breiteren Öffentlichkeit an der Wirksamkeit der therapeutischen Maßnahmen verständlich. Aber auch Fachleute stellen die lange Zeit gar nicht oder nur wenig überprüfte Therapiepraxis in Frage: Gilt die magische Formel tatsächlich, nach der ein Drittel als „geheilt“, ein Drittel als „gebessert“ und ein Drittel als „nicht gebessert“ entlassen werden können? Die von EM-RICK (1974, 1975) vorgelegte Übersicht über die Resultate von 265 amerikanischen Studien aus den Jahren 1952 bis 1971 liefert einen „mittleren Erfolgswert“ von 33,8 % total abstinenter Personen sowie 42,6 % abstinenter **oder** kontrolliert trinkender Ex-Patient. Aus mindestens zwei Gründen muß man diesen Zahlen jedoch skeptisch gegenüberstehen: (1) Das Konzept „Alkoholismustherapie“ wird nicht in seine vielfältigen Facetten zerlegt, die sich dahinter verbergenden Behandlungsformen lassen sich nur bei differentieller Betrachtung sinnvoll bewerten; (2) Der Abstand zwischen Therapieende und katamnestischer Befragung bleibt unkontrolliert, dadurch vermischen sich kurzfristige mit Langzeit-Effekten.

Nachfolgend soll ein spezieller Ansatz katamnestisch überprüft werden, der dem Konzept der „Anonymen Alkoholiker (AA)“ nahe steht und die vollständige Kapitulation des Patienten vor dem Alkohol verlangt. Nach BAEKELAND, LUNDWALL & KISSIN (1975) liegt eine korrigierte Erfolgsschätzung von 35 % für ein untersuchtes derartiges Programm vor, wobei auch hier wiederum Mängel der Untersuchung (keine Auskünfte über drop-outs, selektive Mitgliedschaft usw.) Zweifel an der Glaubwürdigkeit aufkommen lassen.

2 Kurzbeschreibung des therapeutischen Programms

Die in dieser Studie einbezogenen Patienten durchliefen eine stationäre Behandlung von vier- bis sechsmonatiger Dauer, die folgende Therapieziele anstrebt:

1. körperliche Entgiftung und Rekonstitution,
2. Motivation zur Behandlung,
3. Vermittlung und Erreichung der Krankheitseinsicht (kognitiv und emotional),
4. Analyse und Veränderung krankheitsrelevanten Verhaltens,
5. Vermittlung und Verarbeitung von Informationen über Alkohol und seine schädlichen Wirkungen,
6. Analyse und Veränderung der sozialen Situation bzw. Vorbereitung darauf,
7. Motivation zu und Information über nachbetreuende Organisationen.

¹⁾ Wir danken Herrn Dipl.-Psych. Jörg Petersson, Fachklinik Daun, ganz herzlich für seine tatkräftige Mithilfe bei der Organisation der Untersuchung.

Die Reihenfolge der genannten Ziele entspricht in etwa ihrer zeitlichen Abfolge. Genauere Angaben über therapeutische Maßnahmen oder präzisere Angaben über den Verlauf der Behandlung können an dieser Stelle nicht gegeben werden, da das Therapeutenverhalten interindividuell sicherlich stark variiert. Die Umsetzung des Zielkatalogs in die therapeutische Praxis erfolgt in offenen Gruppen, die von je einem Suchtkrankentherapeuten geleitet werden. Es handelt sich dabei um therapeutisch ausgebildete, abstinent lebende Abhängige („Exuser“), die aufgrund ihrer Selbsterfahrung sowohl des konkreten Abhängigkeitsverhaltens als auch dessen konsequenter langfristiger Bewältigung modellhaft auf den Patienten einwirken.

3 Methodisches Vorgehen

Als **Erfolgskriterium** für diese Untersuchung wurde der Maßstab des Trinkverhaltens festgelegt: Im Sinne des verfolgten Therapieziels gelten die Patienten als erfolgreich, die seit Abschluß ihrer Behandlung keinen Alkohol mehr zu sich nehmen, also dauerhaft abstinent leben. Zwei weitere Kategorien differenzieren zwischen verschiedenen Stufen des Mißerfolgs: Zum einen solche Patienten, die nach einem oder mehreren Rückfällen zum Zeitpunkt der Befragung abstinent sind (= „abstinent nach Rückfall“), zum anderen jene Patienten, die ihr altes Abhängigkeitsverhalten wieder zeigen (= „dauernd rückfällig“).

In die **Stichprobe** wurden jeweils genau 33 % aller Patienten der Fachklinik Daun/Eifel aus den Jahren 1975, 1976 und der ersten Jahreshälfte 1977 per Zufall aus den Klinikakten gezogen. Ausgelassen wurden „Abbrecher“, d. h. solche Patienten, die vor Ablauf von vier Monaten die Klinik verließen. Die auf diese Weise gezogene Stichprobe zerfällt also in drei Untergruppen:

- Gruppe 1 (N = 130), Behandlungsbeginn zwischen dem 1. 1. und 31. 12. 75,
- Gruppe 2 (N = 125), Behandlungsbeginn zwischen dem 1. 1. und 31. 12. 76,
- Gruppe 3 (N = 57), Behandlungsbeginn zwischen dem 1. 1. und 30. 6. 77.

Tabelle 1 Absolute und relative Werte (in Klammern) des Therapieerfolgs für jede der drei Substichproben sowie insgesamt

| Stichprobe | Kriterium | | | |
|-----------------|-------------------|-------------------------|--------------------|--------------------|
| | dauernd abstinent | abstinent nach Rückfall | dauernd rückfällig | Rücklauf insgesamt |
| 1975 (N = 130) | 49 (37.7) | 19 (14.6) | 62 (47.7) | 90 (69.2) |
| 1976 (N = 125) | 60 (48.0) | 23 (18.4) | 42 (33.6) | 99 (79.2) |
| 1977 (N = 57) | 29 (50.9) | 2 (03.5) | 26 (45.6) | 39 (68.4) |
| Total (N = 312) | 138 (44.2) | 44 (14.1) | 130 (41.6) | 228 (73.1) |

Tabelle 2 Zusammenhang zwischen dem Besuch von Selbsthilfeorganisationen und Therapieerfolg (Basis: N = 158 Patientenangaben; Prozentwerte in Klammern)

| Selbsthilfe-gruppenbesuch | Kriterium | | | Total |
|---------------------------|-------------------|-------------------------|--------------------|------------|
| | dauernd abstinent | abstinent nach Rückfall | dauernd rückfällig | |
| ja | 51 (64.6) | 20 (25.3) | 8 (10.1) | 79 (100.0) |
| nein | 44 (59.5) | 19 (25.7) | 11 (14.8) | 74 (100.0) |
| keine Angabe | 3 | – | 2 | 5 |

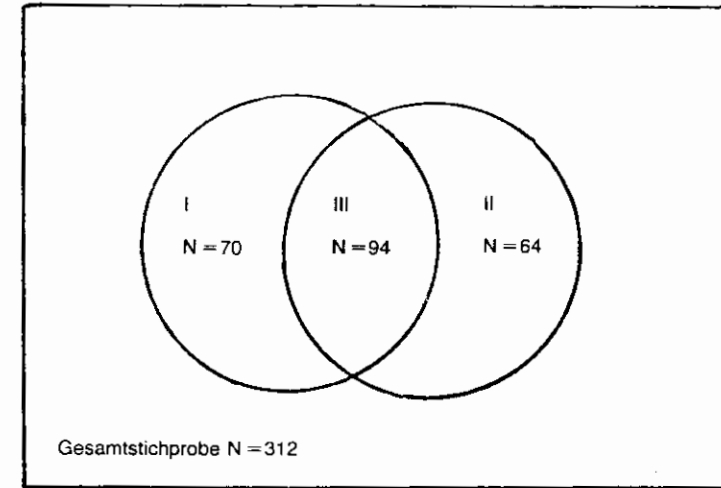


Abbildung 1: Übersicht über den Informationsrückfluß. Feld I: nur Therapeutenangaben; Feld II: nur Patientenangaben; Feld III: sowohl Therapeuten- als auch Patientenangaben.

Da die Befragung im März 1978 durchgeführt wurde, war der letzte Viermonatspatient, der in die Stichprobe einging, fünf Monate entlassen, der Teilnehmer mit der am weitesten zurückliegenden Behandlung dagegen bereits 33 Monate bzw. 2^{3/4} Jahre entlassen.

Die **Datenerhebung** über das Trinkverhalten dieser insgesamt 312 ehemaligen Patienten bediente sich zweier Informationsquellen: Erstens erhielt jeder Patient einen Fragebogen mit 16 teils offenen, teils Mehrfachwahl-Fragen, in dem neben Angaben über seine soziale Situation und seinen sozioökonomischen Status auch Informationen über den Besuch von Selbsthilfeorganisationen sowie die eigene Einstellung zum Trinken erfragt wurde. Zweitens wurde jeder Therapeut gebeten, Auskunft über ehemalige Patienten zu geben, sofern Kontakt mit dem Patienten oder Kenntnis seiner Situation bestand. Diese doppelte Informationssuche sollte die Zuverlässigkeit der sicherlich schwer einzuschätzenden Patientenselbstinformation steigern, indem bei zwei diskrepanten Angaben über den Nüchternheitsstatus jeweils die schlechtere als glaubhaft gewählt wurde.

Entsprechend vorsichtig erfolgte die **Datenauswertung**. Die jeweilige Entscheidung über den Therapieerfolg eines Patienten ermöglichten drei globale Regeln:

1. Liegen für einen Patienten nur Therapeuten- oder nur Selbstschilderungsangaben vor, werden diese unverändert übernommen.
2. Liegen widersprüchliche Informationen von Patienten und Therapeuten vor, wird die ungünstigere Angabe gewählt.
3. Liegt über einen Patienten keine Information vor, gilt er als „dauernd rückfällig“ und fällt so in die ungünstigste Kategorie.

Dieser „konservative“ Entscheidungsprozeß, verfeinert noch durch Angaben zur Glaubwürdigkeit und Aktualität von Therapeuteninformationen, konnte mit Hilfe einer Rechenanlage ökonomisch durchgeführt werden.

4 Ergebnisse

Von den 312 angeschriebenen Patienten antworteten trotz eines freundlichen Mahnschreibens vier Wochen nach dem Postversand nur 158 (= 50,6%). Von den Therapeuten konnten Informationen über 164 Patienten (= 52,6%) gewonnen werden; davon hatten allerdings auch 94 schriftlich geantwortet. So lagen schließlich Informationen über 228 von 312 Patienten, d. h. über 73,1% der Katamnese-Stichprobe vor, deren Verteilung nach den einzelnen Informationsquellen in Abbildung 1 noch einmal aufgeschlüsselt ist.

Deutlich zu erkennen ist der umfangreiche Überschneidungsbereich von 94 Patienten in Feld III, für den beide Informationsquellen Antworten liefern und der somit stärker als die beiden restlichen Felder von Fehlern bereinigt sein dürfte. Tabelle 1 zeigt nun die absoluten und relativen Werte des Therapieerfolgs, aufgebrochen nach den drei Befragungsjahrgängen.

Prozent der Fälle

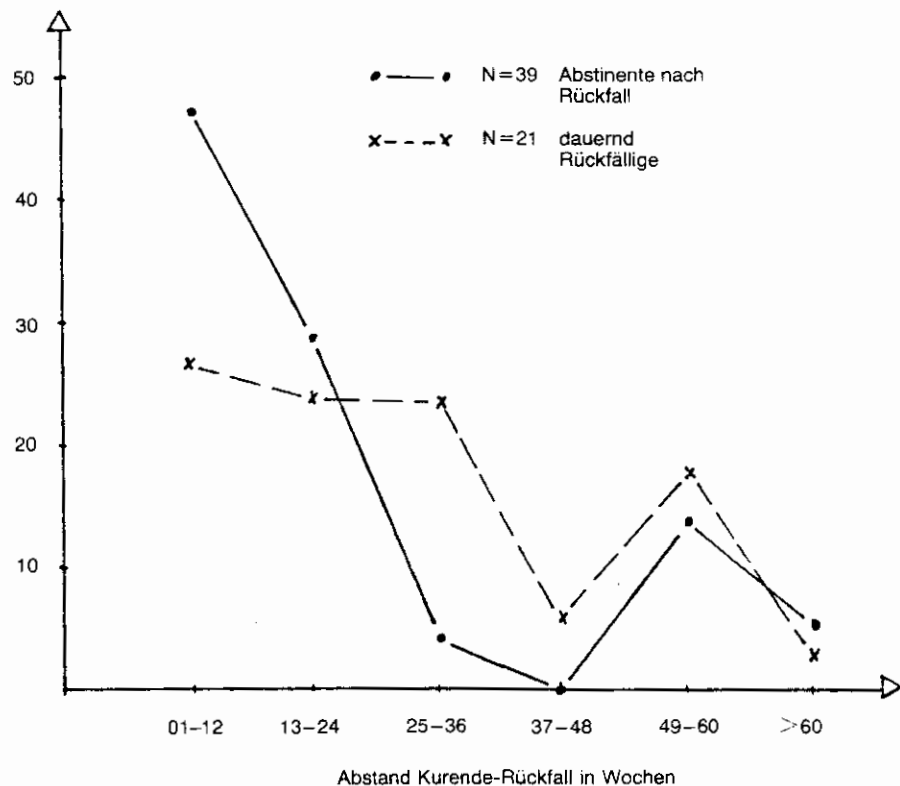


Abbildung 2: Zeitlicher Abstand zwischen Kurende und Eintritt des ersten Rückfalls (Basis: N = 60 Patienten mit Rückfall; Angaben in Prozent).

Insgesamt konnte für 44,2% der Zufallsstichprobe Abstinenz und damit Therapieerfolg angenommen werden, während 55,7% der Patienten – die Abstinenten nach Rückfall sowie die dauernd Rückfälligen – als Mißerfolge zu betrachten sind. Dies ist insofern allerdings eine eher ungünstige Schätzung, als sich bei den dauernd Rückfälligen auch alle diejenigen befinden, über die keine Information eingeholt werden konnte: 29 Patienten der Stichprobe waren trotz Nachfragen bei Einwohnermeldeämtern nicht auffindbar, sechs Patienten waren verstorben.

Betrachtet man die unterschiedlichen Jahrgänge in Tabelle 1 genauer, stellt man fest, daß mit zunehmendem Abstand von der Behandlung die Zahl erfolgreich behandelter Patienten abnimmt. Nachfolgend soll nun versucht werden, durch den Einbezug verschiedener anderer Merkmale Umstände und Hintergründe dieser Therapieerfolgsschätzung näher aufzuhellen. Dazu muß allerdings die Stichprobe auf die Fälle eingeschränkt werden, in denen Patientinformationen vorlagen (N = 158; Felder II und III aus Abbildung 1).

Weder **Geschlecht** (73,4% Männer, 26,6% Frauen) noch **Alter** (20–29 Jahre: N = 11, 30–39 Jahre: N = 52, 40–49 Jahre: N = 65, 50 und mehr Jahre: N = 30) der Patienten hat einen statistisch bedeutsamen Einfluß auf den Therapieerfolg. Entsprechende Hypothesen bzw. Befunde anderer Untersuchungen konnten nicht bestätigt werden.

Ebenfalls unbedeutend bleibt der Zusammenhang zwischen dem **Besuch von Selbsthilfegruppen** und dem Therapieerfolg (vgl. Tabelle 2, $\chi^2 = 4,89$, $df = 4$; nicht signifikant).

Interessant ist das Phänomen, daß immerhin 28 Personen, die eine Selbsthilfeorganisation besuchen, zuvor rückfällig geworden sind, aber dennoch an einer Verbesserung ihrer Lebensumstände interessiert sind und sich vom Kontakt zu derartigen Gruppen Hilfe versprechen.

Untersucht man die N = 60-Patienten mit Rückfall genauer, ergibt sich im Bereich „**subjektiv empfundene Ursachen für einen Rückfall**“ folgendes Bild: Von fünf angegebenen Bereichen (Arbeitsplatz, Partner, eigene Person, Freunde und Bekannte, Familie), in denen Schwierigkeiten und Konflikte auftraten und die als mitursächlich für den Rückfall angesehen werden, gaben 36 Patienten (= 60,0% der Rückfälligen) Schwierigkeiten mit der eigenen Person an; die restlichen Problemfelder erscheinen dagegen mit zwischen 3 und 13% der Wahlen als eher unbedeutend.

Auch eine Analyse der angegebenen **Rückfallsituationen** macht deutlich, daß der Rückfall nicht in Gesellschaft, sondern vom Individuum selbst herbeigeführt wird: 63,3% der Rückfälligen berichten über selbst verschuldete Situationen, an denen keine anderen Personen beteiligt waren; nur 15 Patienten (= 25,0% der Rückfälligen) erleben den Wiedereinstieg beim Kontakt mit Freunden oder anderen Personen ihrer Umgebung, 7 Patienten geben keine Antwort auf diese Frage.

Genauere Angaben über den Abstand zwischen Behandlungsende und dem **Zeitpunkt des ersten Rückfalls** liefern Informationen von den 60 Patienten, die sich als „rückfällig“ eingestuft hatten. Abbildung 2 zeigt die grafische Umsetzung der entsprechenden Häufigkeiten.

Offenkundig bietet das erste halbe Jahr nach Abschluß der Behandlung die größten Schwierigkeiten für die Patienten: $\frac{2}{3}$ aller 60 Rückfälligen erleiden innerhalb der ersten 24 Wochen nach Therapieende persönlichen Schiffbruch. Der Gruppe der nach einem Rückfall wieder abstinent lebenden Patienten widerfährt ein derartiges Schicksal zu einem Großteil der Fälle bereits in den ersten drei Monaten („Wiedereingliederungsschock“).

Mit dieser knappen Schilderung einiger interessanter Nebenresultate wird die Darstellung der Ergebnisse abgeschlossen, um noch kurz ein paar Bemerkungen zu inhaltlichen wie auch methodischen Problemen dieser Studie zu machen.

5 Diskussion

Die im Rahmen der katamnestic Untersuchung ermittelte durchschnittliche Erfolgsquote von 44,2 % Abstinenter liegt etwas über dem anfangs bereits erwähnten „mittleren Erfolgswert“. Eine vergleichbare Katamnese von KELLER & SCHELLER (1980) erbrachte z. B. einen Erfolgswert von 35,5 % dauerhaft Abstinenter bei einer ebenfalls durch Exuser vermittelten Kurzzeitbehandlung von durchschnittlich sechs Wochen Dauer. Die genannte Arbeit bezieht sich dabei auf eine per Zufall ausgewählte Stichprobe (N = 1244) von Patienten, die zwischen 1974 und 1977 stationär behandelt wurden. Den dort nachweisbaren günstigeren Erfolg bei weiblichen Patienten kann unsere Studie allerdings nicht bestätigen.

Therapeutisch relevante Aspekte liegen zum einen in der bisher überschätzten Bedeutung von Selbsthilfeorganisationen auf den dauerhaften Therapieerfolg, zum anderen in vernachlässigten Aspekten des Rückfallgeschehens. Offensichtlich muß verstärkt die Persönlichkeit des Alkoholikers bzw. sein Selbstkonzept in der Therapie aufgegriffen und beeinflusst werden: Sowohl Ursache als auch situative Gegebenheiten des Rückfalls rücken das Individuum in den Mittelpunkt des Interesses und räumen dem Gruppengeschehen – sei es in Familie, Partnerschaft, bei Freunden oder am Arbeitsplatz – geringeren Stellenwert ein.

Inwiefern eine Vertiefung der Persönlichkeitsanalyse des Alkoholikers zu fruchtbaren Ergebnissen führt, zeigt eine Arbeit von FUNKE, KLEIN & SCHELLER (1980). Die Meßwertprofile von 135 Patienten einer Fachklinik auf einem Persönlichkeitsinventar konnten dort mittels Clusteranalyse in vier Gruppen aufgeteilt werden, von denen drei im klinischen und eine im Normalbereich lagen. Diese vier Alkoholikertypen stellen insofern eine sinnvolle Differenzierung dar, als daraus erste Hinweise zu differentiellen Therapiemaßnahmen abzuleiten sind. Jedoch sollten derartige Differenzierungsversuche nicht auf den engeren Bereich der Persönlichkeitsmerkmale beschränkt werden, sondern unter Einbezug von anderen bedeutsamen Parametern eines zu erstellenden Indikationsmodells erfolgen, das neben psychologischen auch soziologische sowie medizinische Daten miteinbezieht. Einen Vorstoß in diese Richtung macht das von uns vorgeschlagene Forschungskonzept (FUNKE, KELLER, KLEIN & SCHELLER 1980): auf eine breit angelegte Phase zur Erfassung des Ist-Zustands folgt eine Phase der Modellbildung, die Merkmalskonstellationen von Patient, Therapeut und Technik identifiziert und zu differentiellen Indikationsregeln kondensiert. Diese sollten schließlich in einer Abschlußphase experimentell überprüft werden.

Die methodischen Probleme der hier beschriebenen Katamnese bilden den Anstoß zu derartigen Planungen. Das bei Katamnesen oft aus Ökonomieaspekten bevorzugte Design mit einem Meßzeitpunkt, das neuerdings auch durch Mehrzeitpunktmessungen aufgebrochen wird (vgl. z. B. im deutschsprachigen Raum FELDHEGE et al. 1977), steht vor dem Problem, daß eine Therapie eingeschätzt werden soll, deren Elemente und deren Verlauf nicht Gegenstand vorheriger Beobachtung waren. So läßt sich beispielsweise nicht angeben, in welchem Ausmaß die von uns befragten 312 Patienten tatsächlich abhängig waren oder welche Begleitsymptome vorlagen, was etwa HOBI & LADEWIG (1975) dringend zu erfassen raten. Man kommt auf diese Art und Weise zu der Schlußfolgerung, derartige Arbeiten – unsere eingeschlossen – hätten hauptsächlich den Effekt, den arbeitenden Therapeuten sozusagen als „Trostpflaster“ für ihre Bemühungen einen scheinbaren Nachweis mittelmäßigen Erfolgs zu liefern. Dabei darf jedoch nicht übersehen werden, daß die vorgelegten Zahlen eher unter als übertrieben und somit vermuten lassen, daß sich die enormen Ausgaben für eine solche Behandlung zumindest partiell rechtfertigen. Beschränkungen hinsichtlich der Aussagemöglichkeiten katamnestic Studien sind weitgehend forschungspraktisch bedingt und können durch langfristige Planungen der Datenerhebung verbessert werden.

Zusammenfassung

Berichtet wird eine katamnestic Studie an Alkoholikern (N = 312), die eine stationäre Langzeittherapie mit dem Ziel totaler Abstinenz erhielten. Neben der schriftlichen Befragung von Patienten wurden auch Angaben ihrer Therapeuten in die Beurteilung des Therapieerfolgs miteinbezogen, der sich bei vorsichtiger Schätzung auf durchschnittlich 44,2 Prozent beläuft. Neben dem Befund, daß mit zunehmendem Abstand vom Therapieende die Rückfallquoten steigen, konnte gezeigt werden, daß weder das Alter der Patienten noch ihr Geschlecht noch der Kontakt zu Selbsthilfeorganisationen Einfluß auf den Therapieerfolg nehmen. Dagegen deutet sich bei der Analyse von Rückfallursachen und -situationen der Einfluß von Schwierigkeiten mit der eigenen Person an. Konsequenzen dieser Resultate sowohl in praktischer als auch in designtechnischer Hinsicht werden abschließend angeführt.

Summary

Results of a follow-up study with 312 inpatient alcoholics are reported. The central goal of the therapeutic program was to achieve total abstinence. Follow-up questionnaires were sent to patients by mail. Parallel to this the former therapists were asked to give all the information they had concerning their patient's therapeutic success. According to a conservative estimate 44,2 % of all Ss could be regarded as treated successfully, neither patient's age nor sex nor contact with abstinence groups were found to be related to therapy success. The relapse quote, however, could be shown to be directly related to the time since termination of therapy. An analysis of causes and situations in which the relapses occurred indicates the importance of problems concerning one's own personality. Consequences of these results in relation to therapy and future research are being discussed.

Literatur

1. BAEKELAND, F., LUNDWALL, L. & KISSIN, B. 1975. Methods for the treatment of chronic alcoholism: A critical appraisal. In: GIBBINS, R. J., ISRAEL, Y., KALANT, H., POPHAM, R. E., SCHMIDT, W. & SMART, R. G. (Ed.) Research advances in alcohol and drug problems. Volume 2. New York: Wiley. 247–327.
2. EMRICK, C. D. 1974. A review of psychologically oriented treatment of alcoholism. I. The use and interrelationships of outcome criteria and drinking behavior following treatment. Quarterly Journal of Studies on Alcohol 35, 523–549.
3. EMRICK, C. D. 1975. A review of psychologically oriented treatment of alcoholism. II. The relative effectiveness of different treatment approaches and the effectiveness of treatment versus no treatment. Journal of Studies on Alcohol 36, 88–108.
4. FELDHEGE, F.-J., KRAUTHAN, G., SCHULZE, B., SCHNEIDER, R. & VOLLMER, H. 1977. Ein ambulantes Breitbandprogramm zur Behandlung jugendlicher Drogenabhängiger. Teil II. Beschreibung der katamnestic Ergebnisse und kritische Bewertung der Konzepte. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1, 3–14.
5. FUNKE, J., KLEIN, M. & SCHELLER, R. 1980. Zur Klassifikation von Alkoholikern durch Persönlichkeitsmerkmale. Psychologische Beiträge (zum Druck angenommen).
6. FUNKE, J., KELLER, W., KLEIN, M. & SCHELLER, R. 1980. Entwurf eines Forschungsprogramms zur Optimierung der Behandlung von Alkoholabhängigen. Medizinische Psychologie 6, 275–292.
7. HOBI, V. & LADEWIG, D. 1975. Spezifische Persönlichkeitsmerkmale Drogenabhängiger. In: KEUP, W. (Ed.) Mißbrauch chemischer Substanzen. Hamm: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren. 28–45.

8. KELLER, W. & SCHELLER, R. 1980. Ergebnisse einer katamnesticen Untersuchung an Alkohol- und Medikamentenabhängigen. Psychologie und Praxis (zum Druck angenommen).
9. OLBRICH, R. & WATZL, H. 1978. Behandlungsergebnisse in der Therapie des Alkoholismus. Eine Übersicht. Suchtgefahren 24, 1-8.

Anschrift der Verfasser:

Dipl.-Psych. Joachim Funke
Fb I – Psychologie
Universität Trier
5500 Trier

Dipl.-Psych. Michael Klein
Fachklinik Daun/Eifel
Thommener Höhe
5569 Darscheid

Helft mir – meine Eltern trinken

Hartmut Krämer

1980, 160 Seiten, 2 Tab., DIN A 5, DM 18,90

Kinder sind die schwächsten Mitglieder unserer Gemeinschaft. Sie bedürfen am nötigsten unserer Hilfe. Dies trifft in besonderem Maße auf Kinder aus Familien mit Alkoholproblemen zu. Wenn sie nicht wie ihre Eltern in die Abhängigkeit von Rauschmitteln geraten sollen und die Gesellschaft auf weitere Sicht die Zahl der psychisch Kranken senken will, ist es unumgänglich, daß sich unsere Gesellschaft stärker dieser Problematik widmet. Besonders Schulen, Familien-, Erziehungs- und Suchtberatungsstellen, Abstinenzverbände und andere soziale Einrichtungen sind hier aufgerufen.

In dieser Publikation schildert der Verfasser die Beeinträchtigung der Persönlichkeitsentwicklung bei Kindern aus Alkoholikerfamilien und ergänzt seine Ausführungen durch mehrere Fallbeispiele. Er beläßt es hierbei nicht, sondern zeigt auch die Breite der Möglichkeiten auf, durch die die Situation von Kindern verbessert werden kann.

NEULAND-VERLAGSGESELLSCHAFT MBH

Adenauerallee 45 · 2000 Hamburg 1 · Fernruf 040/243953