

Es ist zurecht die Frage zu stellen, ob und welche Kriterien speziell zu gelten haben, so auf Klientel sowohl die Attribute wohnungslos, wie auch (substanz-) abhängig gemeinsam zutreffen. In konkretem, vorliegenden Fall findet der Versuch statt, dies am Beispiel r3, betreutem Übergangswohnen des Arbeiter - Samariter - Bundes Wien, kurz zu betrachten. Explizit werden nur Angebote angeführt, die im Rahmen dieser Einrichtung gemäss dem Auftrag und den Ressourcen vorkommen.

r3 kurz

r3 = NQ und betreutes Übergangswohnen des ASB Wien, Reizenpfenninggasse 3

NQ = 5 Doppelzimmer für Frauen + 4 Doppelzimmer für Paare = 18 Klientinnen und Klienten

ÜWH = 19 Wohneinheiten für jeweils 2 Frauen + 20 Wohneinheiten für Paare + 59 Wohneinheiten für jeweils 2 Männer = 56 Klientinnen + 113 Klienten = 169 zu betreuende Personen

team = Betreuende 12,61 vollzeitäquivalent (VE) + Sozialarbeiterinnen 2,9 VE + Technik, Administration, Leitung 2,63 VE + Vertretungskräfte 0,65 VE = 18,79 vollzeitäquivalent = derzeit 17 Kolleginnen + 14 Kollegen = 31 Personen angestellt und zumeist 2 Zivildienstleistende

Haustechnik / Wartung = 9 NQ Einheiten + 98 Wohneinheiten ÜWH = 98 eingerichtete Küchen + 108 Badezimmer inclusive Toiletten

Präsenz = 3 Schichten = 24 h / d, 365 d / a

Zahlen Klientel für r3 2012

Klientinnen 2012

32 substituierte und 17 nicht substituierte Frauen und 1 ohne verlässliche Angabe (in Summe 50)

Aufenthalt zwischen 13 und 1061 Tagen im arithmetischen Mittel 227,34 Tage (Gesamtsumme 11367 Nächtigungen)

29 Abgänge geplant, 21 ungeplant (davon 3 durch Betretungsverbot, was 6 % der Abgänge entspricht)

Klienten 2012

55 substituierte und 47 nicht substituierte Männer (in Summe 102)

Aufenthalt zwischen 7 und 1531 Tagen, im arithmetischen Mittel 313,16 Tage (Gesamtsumme 31942 Nächtigungen)

50 Abgänge geplant, 52 ungeplant (davon 14 durch Betretungsverbot, was 13,73 % der Abgänge entspricht)

Summe der Abgaenge der Klientel von r3 2012

87 (= 57,24 %) substituierte und 64 nicht substituierte und eine ungewisse KlientInnen (in Summe 152)

Aufenthalt zwischen 7 und 1531 Tagen, im arithmetischen Mittel 284,93 Tage (Gesamtsumme 43309 Nächtingungen)

79 Abgänge geplant, 73 ungeplant (davon 17 durch Betretungsverbot, was 11,18 % der Abgänge entspricht)

Ein Unterschied, der klar erkennbar ist, ist vorrangig, dass prozentuell doppelt so viele Männer der Einrichtung verwiesen wurden, als Frauen. Wenn allerdings einbezogen wird, dass Einrichtungsverweise hauptsächlich die Folge von fahrlässigen oder vorsätzlichen Gewalttaten oder der sehr glaubwürdigen Ankündigung derselben sind, korreliert dies mit bekannten geschlechtsspezifischen Verhaltensweisen.

"Männer begehen insgesamt 90 Prozent aller schweren Gewalttaten. Von Frauen ausgehende Gewalt äussert sich - vom eng umgrenzten Bereich der Zweierbeziehung einmal abgesehen - überwiegend nicht körperlich, sondern in weniger offenen, überwiegend verbalen Spielarten von Aggression."
(BAUER, 2013, p 67)

Bei den Abgängen, also der Summe der Klientinnen und Klienten, welche 2012 die Einrichtung verlassen haben, ist der Überhang der substituierten gegenüber der nicht substituierten Klientel ebenfalls deutlich. Allerdings daraus ein Verhältnis süchtige zu nichtsüchtiger Klientel abzuleiten ist definitiv nicht möglich.

Wie wird Abhängigkeit / adiction definiert und was unterscheidet dies von blossem Konsum?

Stabilität in der Betreuung ist gerade bei Klientel mit Suchterkrankung, korrekt formuliert F1x.2 Abhängigkeitssyndrom, nach ICD-10

"Es handelt sich um eine Gruppe körperlicher. Verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder einer Substanzklasse für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihr früher höher bewertet wurden. Ein entscheidendes Charakteristikum der Abhängigkeit ist der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, psychotrope Substanzen oder Medikamente (ärztlich verordnet oder nicht), Alkohol oder Tabak zu konsumieren.

Es gibt Hinweise darauf, dass die weiteren Merkmale des Abhängigkeitssyndroms bei einem Rückfall nach einer Abstinenzphase schneller auftreten als bei Nichtabhängigen" (ICD-10 Kapitel V (F), 2008, p 99)

von Bedeutung, da im Rahmen der Behandlung durch medizinische und andere Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe stets versucht wird Verhaltensänderungen zu bewirken und Fortschritte zu stabilisieren, jedoch in der Praxis immer wieder Rückschläge und Rückfälle in unerwünschte Verhaltens- und Konsummuster zu beobachten sind.

Die klare Definition von Sucht oder Abhängigkeit ist durch den ICD 10 gegeben und bedarf der fachlichen Diagnose, welche bei substituierten Personen erfolgt sein

muss, da anderenfalls Substitution nicht nur nicht die adäquate Behandlungsform, sondern schlicht ein Kunstfehler wäre. Allerdings ist der Umkehrschluss, nichtsubstituierte Personen seien frei von Suchtverhalten per se nicht gültig. Exzessiver Alkoholkonsum, ähnlich gelagertes Verhalten bei Glücks- und andern Spielen und vieles mehr, erfüllt diese Bedingungen ebenfalls, nur verfügen die Betreuenden nicht über ausreichende Informationen und, im Fall von r3 mit Ausnahme unserer Konsiliarpsychiaterin, Oberärztin Ebner, der auch an dieser Stelle für ihr Engagement wieder einmal herzlich gedankt sei, nicht die passende Ausbildung zur Diagnose.

"Häufig findet man im Laufe der jeweiligen Drogenkarriere starke Verschiebungen der Leitdrogen und Veränderungen der Konsummuster, die allerdings nicht nur in eine bestimmte Richtung gehen, sondern oft auch zyklisch erfolgen."
(UHL, 1997, p. 29)

Der Aufenthalt im betreuten Übergangswohnen, im speziellen r3 kann, wie aus der Bandbreite der Aufenthaltsdauer ersichtlich, auch mehrere Jahre betragen, womit eine breite Palette der von UHL betonten Veränderungen beobachtet werden kann. Aus obigem resultiert die Bestätigung der Aussage, dass das Verhältnis von substituierter zu nichtsubstituierter Klientel eben genau dies ist und nicht mehr.

Gibt es gute Gründe berauschende Substanzen zu konsumieren?

„Die Leistung der Rauschmittel im Kampf um das Glück und zur Fernhaltung des Elends wird so sehr als Wohltat geschätzt, dass Individuen wie Völker ihnen eine feste Stellung in ihrer Libidoökonomie eingeräumt haben. Man dankt ihnen nicht nur den unmittelbaren Lustgewinn, sondern auch ein heißersehntes Stück Unabhängigkeit von der Außenwelt. Man weiß doch, dass man mit Hilfe des ‚Sorgenbrechers‘ sich jederzeit dem Druck der Realität entziehen und in einer eigenen Welt mit besseren Empfindungsbedingungen Zuflucht finden kann.“
(FREUD, 1978, p. 377 f.)

"Nur marokkanische Gebraucher [in einer niederländischen Befragung] bezeichneten die Stoffe [Benzodiazepine] als 'Drogen des Vergessens'. Und schrieben ihnen damit eine entsprechende Wirkung zu. Andere Gebraucher gaben hingegen an, diesen spezifischen Substanzeffekt zu kennen, in bestimmten Situationen zu schätzen und durch Veränderungen in der Dosierung selbst manipulieren zu können."
(UHL, 1997, p. 80)

Eigentlich ist FREUDs Aussage nichts mehr als Antwort auf die Überschrift hinzu zu fügen. Es mag auch selbstindizierte Medikation eine durchaus adäquate coping Strategie in bestimmten Lebensumständen sein und die Entscheidung ob sie das beste Mittel der Wahl sei ist erstens eine persönliche und zweitens, vermutlich sobald Abhängigkeit gegeben ist, ohne profunde professionelle Unterstützung wohl kaum zu beantworten. In jedem Fall sind vielfältige körperliche, seelische und soziale Nebenwirkungen zu bedenken.

Auftrag und Angebot des betreuten Übergangswohnens

Allerdings ist Suchterkrankung bei der Betreuung und Beratung in einer Einrichtung der Wohnungslosenhilfe ein durchaus zu beachtender Faktor aber nicht Zentrum der angebotenen Betreuung. Selbstverständlich entspricht es dem professionellen Verständnis, die Klientel zu ermutigen und zu unterstützen, Kontakt mit Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe aufzunehmen und die diesbezüglichen Angebote anzunehmen und zu nutzen. So es im Einvernehmen aller beteiligten Personen erfolgt und geeignet ist, die Behandlung und Betreuung zu unterstützen, ist Kontakt und angemessener, betreuungsrelevanter Datenaustausch zwischen den Einrichtungen absolut wünschenswert. Es geht zum einen darum, Doppelbetreuung zu minimieren, was im Sinne des optimalen Ressourceneinsatzes nicht nur die beteiligten Einrichtungen entlastet, sondern auch im Umgang mit öffentlichen, ergo von den tatsächlich Werkstätigen erarbeiteten, Geldern eine vorrangige moralische Verpflichtung gegenüber diesen darstellt. Zum anderen sollte wohl auch regelmässig geprüft werden, dass nicht unterschiedliche, zumindest in der Reihung sogar gegensätzliche, Ziele bei der gleichen Klientin, wie auch Klienten durch verschiedene Akteurinnen und Akteure in der sozialen Arbeit angestrebt werden.

Aus der aus Erfahrung resultierenden Sicht seitens r3 ist es demnach am einfachsten, zu vereinbaren, welche Agenden die Klientel mit wem in welchem Rahmen bearbeitet. Um es nochmals explizit zu formulieren soll dies durch eine klare Trennung der Bereiche, suchtspezifische Betreuung und Behandlung durch externe Institutionen, respektive Personen und zielorientierte Suche und Erlangung einer adäquaten Wohn- oder Unterbringungsform durch das Betreuungsteam angestrebt werden, wobei die stabile Bezugsbetreuung innerhalb des Betreuungsteams ebenso zu ermöglichen und unterstützen ist, wie, wie bereits erwähnt, bestimmte Aspekte an andere Personen klar und nachvollziehbar zu delegieren.

"Gerade Drogenabhängige kommen mit infantilen und aktuellen Trennungen und Verlusten schwer zurecht, gleichgültig ob diese Verluste real oder symbolisch vorkommen." (BURIAN in BROSCHE / JUHNKE, 1995, p 9)

Grosso modo darf davon ausgegangen werden, dass stabile Beziehungen einer produktiven Arbeitsatmosphäre generell zuträglich sind, dennoch ist dies gemäss obigem Zitates bei suchterkrankten Personen von noch höherer Bedeutung.

An dieser Stelle soll in kurzen Worten und an der Grenze der gerade noch zulässigen Vereinfachung das Betreuungskonzept von r3 durch eine rudimentäre Darstellung der formalen Abläufe desselben vorgestellt werden.

Die Zuweisung eines Wohnplatzes, wie auch die Dauer derselben wird durch BZWO, der Einrichtung des FSW, vorgenommen. Der Klientin, um die Lesbarkeit nicht unnötig zu erschweren ist hiermit auch, sofern nicht ausdrücklich anders betont, der Klient gemeint, wird in einem Erstgespräch die Einrichtung kurz vorgestellt und sodann der Nutzungsvertrag, die allgemeine Verhaltensvereinbarung und weitere Spezifika, wie Brandschutzordnung und Umgang und Verwahrung von etwaigem kontaminierten Injektionsmaterial dargelegt. Erst wenn diese Rahmenbedingung verstanden und durch Unterschrift angenommen wurden, erfolgt der tatsächliche Einzug.

Innerhalb einiger Tage wird die Klientin einer BIG (betreuungs-spezifischen Interventionsgruppe) zugewiesen aus welcher das Betreuungsteam, bestehend aus

einer Diplomsozialarbeiterin oder Absolventin einer Fachhochschule für soziale Arbeit und zwei weiteren Betreuerinnen, sich rekrutiert.

Solange die Zuweisung aufrecht bleibt ist angestrebt an diesem Bezugsbetreuungsteam keine personellen Änderungen vorzunehmen. Bezugsbetreuende nehmen die Anamnese der Klientin auf, wobei der Anspruch besteht möglichst umfassend die bisherige Geschichte dieser Person zu betrachten.

Auf dieser Basis und etwaiger Anforderungen durch BZWO wird ein Arbeitskonzept erstellt auf dessen Basis erste, zumeist informelle Zielvereinbarungen mit der Klientin getroffen werden. Das Arbeitskonzept wird periodisch überprüft und resultierend aus den Verläufen und Erfahrungen sei es im Setzen der Schwerpunkte oder auch der Ziele revidiert. Diese periodischen Revisionen finden bis zum Auszug der Klientin statt.

Die schon betonte Konstanz in der Betreuung sei nochmals in Relation zu Sucht oder Abhängigkeitserkrankung hervorgehoben.

"Die Drogenabhängigkeit ist, wie antisoziales Verhalten, neurotische Entwicklungen usw., ein möglicher Ausweg, der die Krise der Adoleszenz prolongiert und weit in das Erwachsenenalter führt." (BURIAN in BROSCHE / JUHNKE, 1995, p 7)

Aus vorangestelltem Zitat sind weitere Folgerungen für den Ansatz von Betreuung und Behandlung Suchterkrankter zu ziehen. Vorrangig im Rahmen der Unterbringung ist jedoch jene, dass analog zu den Phasen und Krisen der Adoleszenz, respektive der vorangestellten Pubertät Rückschläge und irrational anmutende Aktionen und Reaktionen mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten sind. Aus diesem Grund ist auf diese einzugehen und, wie anderen Ortes auch dargelegt, im Rahmen einer externen Grenzziehung angemessen zu reagieren, ohne den Abbruch der professionellen betreuenden und beratenden Beziehung, mit Ausnahme von extremen Regelverstößen, vorzunehmen.

Allerdings, und dies ist von Anfang an klar zu definieren, ist betreutes Übergangswohnen, wie schon aus der Bezeichnung klar erkennbar, eine zeitlich genau befristete Massnahme. Derartige Fristen sind der Klientel aus anderen Bereichen der sozialen Arbeit und Betreuung, wie im Falle von Unterstützung durch Bewährungshilfe oder stationären, therapeutischen Programmen, vermutlich mehrheitlich, bekannt. Es ist dennoch schwierig einerseits an der Betreuungsbeziehung und deren Tragfähigkeit zu arbeiten, wie stets auch im Blickfeld zu behalten, dass diese und zwar je besser und erfolgreicher sie ist, desto schneller, wieder aufgelöst wird.

Verbindlichkeit und, oder versus Sucht

"Süßigkeiten aktivieren die Motivations- und Belohnungssysteme des Gehirns. Kinder, die gewohnt sind, diese Systeme in kurzen Abständen permanent mit Süßigkeiten zu befriedigen, lernen nicht, einen Aufschub von Gratifikationen zu ertragen. Grundsätzlich gilt, wie Untersuchungen zeigen: Wer in frühen Kinderjahren nicht gelernt hat, die Befriedigung von Bedürfnissen und - unter 'Inbetriebnahme' seines Präfrontalen Cortex - Bedürfnisse aufzuschieben, der wird, sobald er den

Kinderschuhen entwachsen ist, schneller aggressiv, wenn er ertragen muss, dass das Leben nicht in der Lage ist, dem jahrelang verwöhnten Motivationssystem weiterhin in kurzen Abständen den gewohnten, schnellen 'Kick' zu beschern. Dies scheint die Impulsivität zu erhöhen und die Gewaltbereitschaft zu begünstigen."
(BAUER, 2013, p 105)

Die Analogie zur pharmakologischen Bedürfnisbefriedigung zum "Verwöhnen" des Belohnungssystems ist offenkundig und nähert sich auch wieder der FREUDSchen Definition. Es ist allerdings häufig, dass Klientinnen Dokumente (wieder-) beschaffen, Aussenstände sammeln, Rückzahlungsvereinbarungen abschliessen, diese einhalten und einiges mehr unternehmen müssen und der erwünschte Benefit der eigenen Wohnung dennoch erst in einer längeren, auch mehrjährigen, Frist erlangt werden kann. Frustrationstoleranz, die eingeschränkte Fähigkeit Bedürfnisse aufzuschieben, mit Zurückweisung umzugehen wird durch Suchterkrankung nicht gerade begünstigt. Dennoch sind die Vertragspartnerinnen unabhängig vom Grad der Erkrankung für die Einhaltung ihrer Verbindlichkeiten selbstverantwortlich. Es scheint angebracht in diesem Zusammenhang BAUER zum freien Willen zu zitieren:

"Dass sich Menschen für ihre Handlungen gegenseitig zur Verantwortung ziehen, dass wir uns gegenseitig insoweit also einen 'freien Willen' unterstellen, beruht nicht auf höherer Eingebung zu der Frage, ob die Welt determiniert ist oder nicht, sondern ist einzig und alleine das Ergebnis eines pragmatischen Konsenses."
(BAUER, 2013, p 169)

Es liegt nahe, anzunehmen, dass gemäss der Definition des ICD 10 der Vorrang des Konsumes gegenüber anderen Verhaltensweisen auch als selbstschädigend verstanden werden darf. Die Unterstützung durch Sachwalterschaft oder betreute Konten ist verschiedenen Personen, auch wegen vorliegender Abhängigkeit anzuraten. Wider den geäusserten Willen der Betroffenen darf und muss aber nur einzig im Falle der akuten Selbst- und / oder Fremdgefährdung gehandelt werden. So dies dann allerdings nicht geschieht, ergo Einsatzkräfte und Amtsärztinnen nicht unverzüglich hinzugezogen werden, kann durchaus § 95 des Strafgesetzbuches, die mit Fug und Recht strafwürdige "unterlassene Hilfeleistung" zur Anwendung kommen.
(vgl. EBNER, VI 2012)

Bei der substanzabhängigen Klientel von r3 ist auch ein gerüttetes Mass an Haftstrafen zu beobachten, was nicht immer nur mit Vergehen oder Verbrechen gegen das SMG, also das Suchtmittelgesetz zusammenhängt oder zumindest im Sinne des nachfolgenden Zitates als indirekte Folge zu betrachten sei.

„Die langjährige Praxis Suchtgiftkonsumenten und –händler gemeinsam mit klassischen Kriminellen in Gefängnissen einzusperrn, hat zu einem wechselseitigen Abbau der Vorurteile gegeneinander geführt. – Die klassischen Kriminellen, die ursprünglich Drogenkonsumenten und –händler vehement ablehnten, haben sowohl erkannt, daß man auch in der Suchtgiftbranche und Medikamentenbranche gute Geschäfte machen kann als auch, daß es außer Alkohol noch eine Reihe von weiteren Drogen gibt, die man persönlich mißbrauchen kann. – Die wegen Suchtgift einsitzenden Personen, haben neben Anleitungen zur effizienteren Beschaffungskriminalität auch den milieuentsprechenden Umgang mit Gewalt gelernt.“

(UHL, 1997, p. 51 f.)

Auch hier sollte die Einteilung Frankls der Menschheit in zwei Rassen gelten, nämlich in die Rasse der anständigen und die der unanständigen Menschen (FRANKL, 1987, p. 118).

Allerdings ist zu bedenken, dass die KonsumentInnen illegaler Drogen durch den Großteil ihrer Umgebung ohnedies schon den Unanständigen zugeordnet werden und die Folgen der derzeitigen Gesetzgebung durchaus als Training der Gewissenlosigkeit bezeichnet werden dürfen.

Zusammenfassend sei nochmals betont, dass Personen mit langjähriger Erfahrung im und mit dem Umgang mit psychotropen Substanzen ungeachtet derer Legalität oder Illegalität wohl klar und bewusst ist bei welchen Substanzen und welcher Dosierung vom sozialen und vielleicht auch gesetzeskonformen Rahmen abweichendes persönliche Verhalten zu erwarten ist und in Anlehnung an den freien Willen die Gebraucherinnen sich selbst und somit verantwortlich für oder gegen diese Art des Konsumes stets aufs neue entscheiden. In Erweiterung des FRANKELschen Zitates unter Einbeziehung von BAUERs Betrachtung sei ergänzt, dass wir alle über das Potential verfügen, allgemein und auch situativ "anständig" oder "unanständig" zu handeln, wobei bekanntlich auch "Nichthandeln" eine Form des Handelns ist.

Die Zusammenstellung der beiden Personen, welche eine Einheit gemeinsam bewohnen ist generell ein sensibles Gebiet aber wiederum aus Gründen des Konsumverhaltens der beteiligten Bewohnerinnen nochmals sehr sorgfältig zu gestalten.

"Der erneute Kontakt mit Fixern dürfte, so scheint es aufgrund unserer Interviews, einen der wichtigsten Rückfallgründe darstellen. Nur vereinzelt wirkte ein unangenehmes Erlebnis - Konflikte mit anderen und ähnliches - als Auslöser für die Wiederaufnahme des Konsums." (BERGER / REUBAND / WIDLITZEK, 1980, p 129)
"Gruppen mit eigenen Normen hinsichtlich der Verwendung von Drogen verleiten beziehungsweise verpflichten geradezu ihre Mitglieder zum Konsum bestimmter Drogen." (BROSCH, 2004, p 75)

abschliessende Bewertung

Bei der erfassten Klientel von r3, aus den Zahlen von 2012 ist ein hoher Anteil an definitiv substanzabhängigen Personen zu erkennen. Der direkte Zusammenhang von Substanzgebrauch und Wohnungslosigkeit bietet sich geradezu an. Dem seien zwei Angaben gegenüber gestellt.

"Alkohol wird von 40 % der österreichischen Gesamtbevölkerung in bedenklichem Ausmass konsumiert. Diese 40 % teilen sich auf in 5 % Alkoholismus, 13 % Alkoholmissbrauch (mehr als die von der WHO empfohlenen Gefährdungsgrenze) und 22 % bedenklichen Konsum (zwischen der von der WHO empfohlenen Harmlosigkeitsgrenze und der Gefährdungsgrenze). Ungefähr jeder 10. Österreicher erkrankt im Laufe seines Lebens an Alkoholismus."

(UHL, 1997, p. 66 f.)

2013 wird in Wien offiziell von circa 10 000 opiatabhängigen Personen, von denen 6 982 substituiert werden, 1 000 Kokainabhängigen und 100 bis 150 000 Cannabisgebraucherinnen ausgegangen.

(EBNER, 6. XI. 2013)

Wäre problematischer Substanzkonsum oder Abhängigkeit an sich ausreichendes Kriterium für Wohnungsverlust und somit Wohnungslosigkeit, hätte Wien ein veritables Problem der Unterbringung.

Suchterkrankung ist ein Faktor bei vielen unserer Klientinnen, der wie andere seelische Erkrankungen, bei Personen mit Abhängigkeitssyndrom darf von psychiatrischen Comorbiditäten bis zu 90 % ausgegangen werden, dringend professionell behandelt werden sollte.

(EBNER, ebd.)

Aber es ist ein Faktor unter vielen, die bei der Klientel vorkommen und trotz allem selbstzerstörendes Potential sollte er nicht den Blick auf mögliche andere, ebenso, oder noch bedeutsamere, Verhaltensweisen oder Erkrankungen verstellen.

Literatur

BAUER, Joachim: *Schmerzgrenze vom Ursprung alltäglicher und globaler Gewalt.*- München: Heyne Verlag, 2013

BERGER, Herbert / REUBAND Karl-Heinz / WIDLITZEK, Ulrike: *Wege in die Heroinabhängigkeit Zur Entwicklung abweichender Karrieren.*- München: Juventa Verlag, 1980

BROSCH, Renate / JUHNKE, Günter (Hrsg): *Jugend und Sucht.*- Wien: Verlag Orac, 1995

BROSCH, Werner: *Psychiatrie.*- Wien: LexisNexis Verlag, 2004

DILLING / MOMBOUR / SCHMIDT (Hrsg): *ICD - 10 Kapitel V (F)*, World Health Organisation, Genf 1992, Bern: Verlag Hans Huber, 2008

EBNER, Roswitha: *Fortbildung zum Unterbringungsgesetz in r3.*-Wien: 27.VI.2012

EBNER, Roswitha: *Fortbildung zu Theorien zur Abhängigkeit in r3.*-Wien: 6.XI.2013

FRANKL, Viktor E.: *Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse.*- Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch, 1987 (4. Auflage)

FREUD, Sigmund: *Das Unbehagen in der Kultur.*- In: FREUD, Sigmund: *Werkausgabe in 2 Bänden. Band 2: Anwendungen der Psychoanalyse.*- Frankfurt: Fischer, 1978, p. 367-426

UHL, Alfred/ SPRINGER, Alfred: *Die Wiener Drogenszene.*- Wien: WUV-Univ.-Verlag, 1997