

## Ora et labora – zur Ideengeschichte der Alkoholismusbehandlung\*

---

Richard MÜLLER\*\*

### Zusammenfassung

*Der Alkoholismusbegriff sowie die daraus resultierenden Ansätze der Suchthilfe unterliegen dynamischen Verläufen und laufen in Zyklen ab. Die „Hochkonjunkturen“ sind überwiegend durch eine Zuspitzung der sozialen Wahrnehmung des Problems gekennzeichnet, in denen auch entsprechende Problemlösungsverfahren initiiert werden. So dominiert seit den Anfängen der Trinkerrettungsarbeit im 19. Jahrhundert bis weit ins 20. Jahrhundert die Benediktinerregel „bete und arbeite“ und zudem: „bleib abstinent“. Erst seit den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts findet ein Paradigmenwechsel statt, und zwar durch ein verändertes Verständnis des Krankheitsgeschehens, durch die Aufweichung des Primats der Abstinenz und durch ein verändertes Verständnis der Rolle der Motivation im therapeutischen Bemühen.*

### **„Alkoholismus“ – eine Begriff der Moderne**

Der Begriff „Alkoholismus“ ist bis heute ein schillernder Begriff geblieben. Seine Geschichte beginnt mit Magnus Huss, der 1849 in seiner preisgekrönten Arbeit den Begriff „Alcoholismus chronicus“ prägt. Dabei beschreibt er zum ersten Mal ein eigenständiges Krankheitsbild. Als tiefgläubiger Lutheraner macht er Willensschwäche und charakterliche Defekte dafür verantwortlich. Die moralisch abwertende Beurteilung von Alkoholkranken hält sich teilweise heute noch und hängt mit dem Vorurteil zusammen, die Krankheit sei selbst verschuldet.

Doch nicht erst mit Huss' Werk beginnt die Medizin, sich mit dem Phänomen der Alkoholabhängigkeit zu beschäftigen. Bereits zu Beginn des 18. Jahrhunderts wächst ihr Interesse an den Folgen des Alkoholkonsums, wohl nicht zuletzt vor dem Hintergrund einer Schnapskonsumwelle, die halb Europa über-

\* Beitrag zur 4. Fachtagung der Alkoholismus Therapieforschung Schweiz, Zürich, 20. November 2009

\*\* Dr. phil., Soziologe

zieht. So bezeichnet 1804 der schottische Militärarzt Trotter Trunkenheit (ebriety) als Krankheit und betont: „Sittenpredigten gegenüber Säufnern nützen nichts.“ Trotter nimmt auch an, dass die „krankhafte Gier nach Alkohol durch die chemische Natur alkoholischer Getränke hervorgerufen wird“. Es ist vor allem der deutsch-russische Arzt Brühl Cramer, der einen eigentlichen Paradigmenwechsel vollzieht und den Begriff „Trunksucht“ (1819) einführt. Mit seiner Unterscheidung von „anhaltender“ und „periodischer“ Trunksucht legt er den Grundstein für eine moderne Typologie des Alkoholismus. Das geistige Zentrum der modernen Sicht auf Trunksucht ist wohl in der schottischen Hauptstadt Edinburg zu lokalisieren. Hier studiert eine ganze Anzahl von Medizinern die Problematik des Alkoholkonsums, so auch Benjamin Rush, der Vater der einflussreichen amerikanischen Abstinenzbewegung. In seiner auch in Europa berühmt gewordenen Schrift „An inquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and mind“ (1784) schreibt er: „Der Konsum starker Getränke ist zunächst eine freie Entscheidung des Willens. Von der Gewohnheit (habit) wird er zur Notwendigkeit (necessity)“ (zit. nach Kreutel, 1987, S. 61). Die einzige Möglichkeit, die Trunksucht zu heilen, liegt nach Rush in der völligen Abstinenz. Doch Rush ist trotz der Einsicht in die Zwanghaftigkeit der Trunksucht noch ganz dem Lasterkonzept verhaftet: In einem seiner vielen Briefe schreibt er: „Im Jahre 1915, so hoffe ich, wird ein Trunkenbold in der Gesellschaft als ebenso nichtswürdig gelten wie ein Lügner oder Dieb und der Genuss von Alkohol im Familienkreis so selten sein wie das Trinken einer Arsenlösung oder eines Absuds von Schierling“ (zit. nach Szasz, 1976, S. 203).

## **Übermäßiges Trinken – ein Phänomen so alt wie die Menschheit**

Alkoholische Getränke begleiten die Menschen seit ihrer Zeit als Jäger und Sammler: Die Menschen waren zuerst Brauer und dann Bäcker! Angesichts dieser Tatsache ist zu fragen, ob es denn in früheren Zeiten keine Alkoholprobleme gegeben hat. Und wenn ja, wie es dazu kommt, dass der Alkoholkonsum – zumindest bei Exponenten wie Rush – zum Urgrund alles Bösen wird und Alkoholiker auch heute teilweise noch als lasterhafte Wesen stigmatisiert werden.

Eines ist klar: Trunkenheit wird bereits in der frühen Antike beschrieben.

- In Assyrien werden gar Vergällungsmittel bei Alkoholmissbrauch angeboten.
- Zu Ehren des Dionysos feiern die Mänaden zügellose Orgien.
- Plinius der Ältere (23-79 n. u. Z.) schildert die Folgen der Trunkenheit, die an Symptome der Abhängigkeit erinnern.
- Seneca bezeichnet häufige Trunkenheit als „freiwilliger Wahnsinn, der die Seele verwildert“ (Zit. nach Kreutel 1987).
- Die Domina des römischen Haushalts küsst morgens den Hausherrn, nicht um ihre Liebe zu bezeugen, sondern vielmehr, um zu beweisen, dass sie sich nicht im Weinkeller gütlich getan hat.

Will man antiken Autoren glauben, so sind auch die alten Germanen grosse Trinker. Der römische Geschichtsschreiber Tacitus (55-116 n. Chr.) wundert sich, welche ungeheuren Mengen Bier sie zu saufen im Stande sind. Im 23. Ka-

pitel seiner Germania bemerkt er: „Als Getränk dient ein Saft aus Gerste oder Weizen, der durch Gärung eine gewisse Ähnlichkeit mit Wein erhält...“ Und bezogen auf ihren hohen Alkoholkonsum: „Wollte man ihnen, ihrer Trunksucht nachgebend, verschaffen, soviel sie wollten, so könnte man sie leichter durch ihr Laster als mit Waffen besiegen“ (Tacitus, Germania Kapitel 23).

Nicht nur die Antike, auch das Mittelalter hat eine recht ungezwungene Haltung zum Alkoholrausch. Doch entgegen unserer Vorstellung von den im Luxus schwelgenden Adligen ist die tägliche Kost in Burgen und Adelshäusern recht bodenständig. Grosse Bankette kann man sich gewöhnlich nur zu besonderen Anlässen wie einem „hochgezît“ oder der glücklichen Rückkehr von einer langen Reise leisten (Goetz, 1986). Bei solchen Anlässen wird dann allerdings gehörig gebechert, zumal es gilt, möglichst lange trinkend auszuharren; denn schnelle Betrunkenheit ist ein Zeichen von Schwäche. Vielmals werden richtiggehende Trinkwettkämpfe veranstaltet, anlässlich deren man seinen Reichtum vor Fremden zeigt, indem man ihnen möglichst viel Tranksame vorsetzt. Doch Berausung ist nur innerhalb eines festen Reglements ein geachtetes sinnvolles Tun. Beim ritterlichen Rauschgelage geht es um die kontrollierte Aufhebung der Kontrolle. Das gemeinsame Gelage wird als ein Bestandteil des Lebenszusammenhanges gesehen, wobei der tüchtigste Trinker wahrhaft ein Held ist. Rausch ist gleichsam magische Praxis und soziale Pflicht und mithin nicht negativ sanktioniert (Spode, 1993).

Die im Mittelalter vorherrschende offene und ungezwungene Einstellung zum Alkoholrausch zeigen auch die Liebes-, Trink- und Spielerlieder, wie sie etwa in den Carmina Burana überliefert sind. In diesen Liedern offenbart sich die Kehrseite einer Welt der fest gefügten Ordnung. Hemmungslos wird getrunken, von Trinkproblemen oder gar von Abhängigkeit ist keine Rede. D.h. weder in der Antike noch im Mittelalter wird der exzessive Alkoholkonsum, abgesehen von einzelnen Moralisten, problematisiert. Heute wären die Bacchantinnen vermutlich in der Forel-Klinik oder in der Klinik Südhang interniert und die betrunkenen Ritter in der Ausnüchterungszelle.

Weder in der archaischen noch in der antiken und klerikal-feudalen Gesellschaft ist das Individuum selbstbestimmt; es ist vielmehr Teil einer inanimierten Natur bzw. einer gottgewollten Ordnung. Trunkenheit ist deshalb auch nicht mit einer Schuldzuweisung verknüpft, man braucht sich des Rausches nicht zu schämen. Ähnlich wie die Narren werden Trunkenbolde toleriert und nicht sozial ausgegrenzt.

## **Vom Wundermittel zum Teufelszeug**

Mit der beginnenden Neuzeit ändert sich das ungezwungene Verhältnis zum Rausch radikal. Humanismus und Aufklärung entdecken die Eigenverantwortung. Der Kampf gegen die Sünde wird von aussen nach innen verlegt. „Der Teufel befindet sich in der Seele des Menschen“ (Spode 1993). Nüchternheit wird in der Reformation zum Anliegen. Im aufkommenden Liberalismus mit seinem Konzept des autonomen Individuums wird Selbstkontrolle gar zur ersten Pflicht des Bürgers. Der Verlust der Selbstkontrolle bildet die Voraussetzung für Schuldzuschreibung. Alkoholismus wird zum Laster par excellence, der trinkende Held wird zum Psychopathen, zum gottverlassenen Wesen, das stigma-

tisiert wird und dem Schuldgefühle gemacht werden: Alkoholiker und Irre, die zuvor in Freiheit gelebt haben, werden aus der Gesellschaft verbannt und ins Arbeitshaus gesteckt, wo Züchtigungen gang und gäbe sind. Alkoholiker werden gebrandmarkt: Sie können im England des 17. Jahrhunderts dazu verurteilt werden, ein rotes „D“ sichtbar auf der Kleidung zu tragen... Die veränderte Einstellung zum Rausch kommt auch im Bedeutungswandel des Wortes «Rausch» zum Ausdruck. Ursprünglich bedeutet das mittelhochdeutsche «rusch» «sich schnell bewegen», «rasen» (engl. to rush). Zu Beginn des 16. Jahrhunderts ändert sich die Bedeutung des Wortes in «Umnebelung der Sinne», «Trunkenheit».

## **Erste therapeutische Versuche: Trinkerrettung**

Obwohl in der Medizin Alkoholismus zunehmend als Krankheit betrachtet wird, gilt Trunksucht bis weit ins 19. Jahrhundert hinein als unheilbar. So werden in Irrenanstalten geschlossene Abteilungen errichtet und Alkoholranke dort interniert. Noch 1926 schreibt der Schweizer Psychiater Delbrück: „Es handelt sich bei den unheilbaren Alkoholikern um ein ähnliches, zum Teil dasselbe Menschenmaterial wie bei unverbesserlichen Gewohnheitsverbrechern“ (zit. nach L. Schmidt 2003). Kraepelin bezeichnet Trunksüchtige als zu willensschwach, dem Alkohol zu entsagen. Die Ablehnung Alkoholabhängiger kommt in zahlreichen medizinischen Arbeiten zum Ausdruck. Wahrscheinlich sind Alkoholiker bis heute „ungeliebte Kranke“.

Nicht der Medizin, sondern vielmehr der erstarkenden Temperenz- und Abstinenzbewegung im 19. Jahrhundert ist zu verdanken, dass zunehmend versucht wird, „Trunksüchtige auf den Pfad der Tugend durch religiöse Erneuerung“ zurückzuführen. Durch die „demütige Erduldung und Gewöhnung an die Abstinenz“, durch eine neue innere Ausrichtung, durch Arbeit und Andacht, und damit auch durch die Hinwendung zu Gott, ergibt sich die Chance auf Läuterung und Befreiung aus den Fängen des Lasters.

Diese „Trinkerrettungsarbeit“, etwa durch das Blaue Kreuz, gewinnt auch in der Schweiz an Boden. 1855 wird die erste „Heilstätte“ in der Schweiz gegründet (St. Chrischona bei Basel), 1888 die Heilstätte Ellikon an der Thur, 1891 die Heilstätte Nüchtern in Kirchlindach (und in der Folge eine ganze Reihe von ähnlichen Institutionen). Das Therapiekonzept der Heilstätte besteht in den drei A's, nämlich Abgeschlossenheit, Arbeit und Andacht (ora et labora), dabei gilt selbstverständlich ein viertes A: die Abstinenz. Die Arbeit erfolgt im Rahmen strukturierter Tagesabläufe, unterbrochen durch Andachten und Informationsdarbietungen. Zumeist dauert ein Aufenthalt wenigstens sechs Monate.

Der ambulante Bereich der Alkoholismusbehandlung wird durch die Person des Fürsorgers geprägt. Der Fürsorger versucht zunächst, den Betroffenen vom Trinken abzubringen und ihn der Abstinenz zuzuführen. Er weist ihn in einen passenden Abstinenzverein ein. Gelingt ihm das nicht oder wird der Betroffene immer wieder rückfällig, so schickt er ihn zum Nervenarzt. Dieser entscheidet, was geschehen soll, auch er berät und sucht zur Abstinenz zu bekehren, allenfalls versucht er seelische Ursachen der Trunksucht anzugehen. Wenn alles nichts hilft, so weist er den Patienten in die Trinkerheilstätte ein.

## **Auguste Forel: der Schweizer Pionier**

Eine Neuorientierung in der Psychiatrie erfolgt vor allem unter dem Einfluss des begabten Schweizer Entomologen und Psychiaters Auguste Forel. Für Forel sind Alkoholiker keine verlorenen Sünder, sondern vielmehr Opfer der „Blindheit und Unwissenheit der Menschen“. Er setzt sich denn auch vehement für eine umfassende Alkohol- (und Friedens-)politik ein. Forel beschäftigt die Trostlosigkeit der Alkoholabhängigen in seiner Klinik. Er will mehr und setzt sich für eine Behandlung der Alkoholiker ein. Die Entziehungskur wird durch Auguste Forels einflussreiche Schrift „Die Errichtung von Trinkerasylen“ (1892) zu einer zentralen Aufgabe ärztlicher Gesundheitspolitik erklärt. Forel ist – wie alle seine Kollegen – zu Beginn seiner Therapie der Alkoholiker der Ansicht, dass man von den Kranken eine lebenslange alkoholfreie Lebensweise nicht verlangen könne. Diese Einstellung ändert sich, als er die Verhältnisse in seiner Klinik sieht. Er entzieht Alkoholikern vom ersten Tage an im Burghölzli den Alkohol. Die Entzugssymptome nimmt er in Kauf, wohl auch in der Hoffnung, dass sie abschreckend auf andere Patienten wirken würden. Gleichwohl – die Heilungsrate von Alkoholikern ist in dem von Forel geleiteten Haus annähernd Null, bis der Schuhmacher und Blaukreuzler Jakob Bosshardt in sein Leben tritt. Bosshardt nimmt sich einzelner aus dem Burghölzli ungeheilt entlassener Trinker mit Erfolg an. „Es war beschämend“, es ist berührend, dies bei Forel nachzulesen, „der Schuhmacher behandelte mit Erfolg die Alkoholiker, und der Professor, der dafür vom Staat ein Gehalt erhält, kam nicht dazu.“ Warum nicht? Bosshardt antwortet ganz einfach: „Ich bin abstinent, Sie sind es nicht, und die Enthaltensamkeit und das Beispiel der Enthaltensamkeit sind für diese Leute notwendig“ (Forel 1935). Ob dies wirklich so ist, bleibe dahin gestellt (man heilt wohl nicht einfach oder nicht nur durch das Beispiel). Der Klinikdirektor ist vorurteilsfrei genug, vom Schuhmacher zu lernen. Standesdünkel sind ihm fremd. Er schlägt ein – zunächst nur für zwei Jahre – abstinent zu werden. Nach Ablauf der Frist, sieht er, dass Alkohol seiner Schaffenskraft nicht bekommt und wird überzeugter Abstinenter.

Der Psychiater Forel wird noch heute als Vorbild und wissenschaftlicher Wegbereiter der Abstinenzbewegung gefeiert. Als Arzt, Forscher, Pazifist, Antikapitalist setzte er sich gegen Vorurteile und für soziale Gerechtigkeit ein. Doch zugleich ist Forel ein vehementer Verfechter der Rassenhygiene, was allerdings im Kontext der im 19. Jahrhundert wichtigen Diskussion um den Sozialdarwinismus gesehen werden muss.

## **Der Siegeszug der Anonymen Alkoholiker**

Eine Ideengeschichte der Behandlung des Alkoholismus kann die Entstehung der wichtigsten Selbsthilfegruppe nicht ausblenden. 1935 in den USA gegründet, starten die Anonymen Alkoholiker ihren Siegeszug rund um die Welt. Heute sind sie in über 150 Ländern vertreten. Als Orientierung für die persönliche Rehabilitation werden die Zwölf Schritte empfohlen, die stark durch Spiritualität geprägt sind. Für organisatorische Fragen sind die so genannten Zwölf Traditionen massgeblich, die die Funktion der Gemeinschaft ohne alle Hierarchie aufrechterhalten.

Die Grundannahme der anonymen Alkoholiker lautet: Die Krankheit kann nur durch Abstinenz zum Stillstand gebracht, aber nicht geheilt werden. Jeglicher Alkoholkonsum reaktiviert die manifeste Erkrankung. Diese Annahme der Irreversibilität von Alkoholismus wird durch die Forschung vielfältig widerlegt. Nacherhebungsstudien nach abstinenzorientierter Behandlung zeigen, dass ein Teil der behandelten Alkoholabhängigen zu einem symptomfreien, sozial integrierten, kontrollierten Alkoholkonsum übergeht. Auch Studien zu „self-change“, das heisst zum „Herauswachsen aus der Sucht“ ohne professionelle Hilfe, zeigen, dass einem Teil der Alkoholabhängigen eine Rückkehr zu einem nicht mehr krankhaften Alkoholkonsum möglich ist. Diese kritischen Anmerkungen schliessen nicht aus, dass das Ansatz der Anonymen Alkoholiker sowie ihr Einbezug von Familienangehörigen ein Erfolgsmodell ist und vielen alkoholabhängigen Menschen und vor allem auch ihren Angehörigen geholfen hat.

## **E. M. Jellinek – der Pionier**

Erst in den 20er Jahren des 20. Jahrhunderts setzt sich der medizinische Diskurs durch, wonach Abhängigkeit eine Krankheit und kein Laster ist. Durch den Biometriker Jellinek wird das Krankheitsmodell erst richtig belebt.

E. M. Jellinek (1890-1963), der zutiefst durch das Gedankengut der AA beeinflusst ist, gilt als der wohl einflussreichste Alkoholologe des 20. Jahrhunderts. Auf Jellinek geht nicht nur die gebräuchlichste Einteilung von Erscheinungsformen des Alkoholismus in Alpha-, Beta-, Gamma, Delta- und Epsilontyp zurück, er hat auch ein lineares Phasenmodell des Alkoholismus entwickelt. Vor allem ist er auch der Begründer des modernen Krankheitskonzeptes des Alkoholismus.

Zwar gibt es kein einheitliches Jellineksches Modell des Alkoholismus, denn Jellinek hat seine Vorstellungen über das Phänomen mehrfach revidiert, doch sind vor allem die drei folgenden Elemente für die spätere Diskussion entscheidend:

- 1 Jellinek unterscheidet zwei Kategorien von Alkoholikern, nämlich «Alkoholabhängige» (alcohol addicts) und „habituelle symptomatische exzessive Trinker“. Unterscheidungsmerkmal zwischen den beiden Gruppen ist der Kontrollverlust (das Nicht-Aufhören-Können), der nur bei Alkoholabhängigen nach einigen Jahren starken Trinkens einsetzt. Krankheitswert im engen Sinne kommt nur dem Alkoholabhängigen zu. Zwar ist auch der habituelle exzessive Trinker krank, doch liegt sein Leiden in den psychischen und sozialen Schwierigkeiten, von denen der Alkohol ihn befreit.
- 2 Alkoholabhängigkeit entwickelt sich in fünf verschiedenen Phasen (präalkoholische, symptomatische, prodromale, kritische und chronische Phase), wobei die Entwicklung linear-progressiv verläuft. Eine weitere Stufe der Entwicklung schliesst jeweils die Merkmale der vorherigen mit ein.
- 3 Aufgrund seiner transkulturellen Studien unterscheidet Jellinek (1960) fünf Typen von Alkoholikern, deren Prävalenz in verschiedenen Gesellschaften er mit der jeweils dominierenden Alkoholkultur verknüpft.

Brennpunkte der Kritik am Jellinekschen Alkoholismuskonzept, das – wie betont – von der AA-Ideologie beeinflusst ist, stellt zum einen die Natur seiner Phasenlehre dar, die geradezu zwanghaft in die Abhängigkeit mündet, und zum andern der Kontrollverlust als Unterscheidungsmerkmal zwischen „abhängigen Alkoholikern“ und „habituellen exzessiven Trinkern“. Längsschnitt-Studien an nicht-klinischen Populationen legen nahe, dass ein wesentlicher Teil jener, die Trinkprobleme aufweisen, zu einem späteren Zeitpunkt spontan zu «normalem» Trinken zurückfinden (Fillmore et al. 1989). Verschiedene Untersuchungen an klinischen Populationen zeigen auch, dass die von Jellinek postulierte Unumkehrbarkeit des Kontrollverlustes relativiert werden muss. Und schliesslich haben Versuche, Alkoholikerpopulationen nach Jellineks Typologie einzuteilen, sich als nicht sehr erfolgreich erwiesen. So erschwert Jellineks Einteilungsschema die Einordnung alkoholkranker Frauen wegen ihrer den Trinkstil betreffenden Besonderheiten (Roth, 1987).

Verschiedene Autoren haben darauf hingewiesen, dass die Entscheidung, ob Alkoholismus eine Krankheit sei, nicht allein davon abhängt, wie „Alkoholismus“, sondern ebenso sehr wie „Krankheit“ definiert werde. Zweifels- ohne ist Alkoholismus keine Krankheit wie Tuberkulose oder Masern, doch würde die Aberkennung des Krankheitswertes für den betroffenen Alkoholiker eine Revitalisierung sozialer Stigmatisierung bedeuten. Damit wäre der enorme gesundheitspolitische Effekt des Krankheitskonzeptes verloren, nämlich eben die Reduktion dieser Stigmatisierung. Es kann deshalb nicht darum gehen, den Alkoholikern den mühsam erkämpften Krankheitsstatus abzuerkennen, sondern vielmehr darum, die vorhandenen Krankheitskonzepte zu erweitern und die soziale Dimension der Alkoholabhängigkeit darin zu verorten.

### **Neues Paradigma: kontrolliertes Trinken**

Kaum ein Thema ist im Zusammenhang mit dem Kontrollverlust in jüngster Vergangenheit so kontrovers und emotionsgeladen diskutiert worden wie das „kontrollierte Trinken“. Kontrolliertes Trinken zielt darauf ab, den Alkoholkonsum bei Menschen mit Alkoholproblemen nach einem Trinkplan zu reduzieren. Der Begriff des kontrollierten Trinkens meint nicht einfach, normal oder moderat zu trinken. Von kontrolliertem Trinken ist nach Körkel (2007) dann zu sprechen, wenn man sich bei absolutem Vermeiden von „Rauschtrinken“ an einen definierten, verbindlichen Trinkplan hält. Gegner des kontrollierten Trinkens halten das Konzept vor dem Hintergrund der Überzeugung, dass kontrolliertes Trinken für einen alkoholkranken Menschen aufgrund des Suchtgedächtnisses unmöglich sei, für gefährlich, ja verwerflich. Befürworter des Konzeptes verweisen auf die Ergebnisse kontrollierter Studien, die belegen, dass das Behandlungsziel „kontrolliertes Trinken“ für spezifische Zielgruppen sinnvoll sein kann, und hinsichtlich des Suchtgedächtnisses mehr offene als beantwortete Fragen bestehen. Es versteht sich, dass kontrolliertes Trinken bei Vorliegen einer Schwangerschaft oder schwerer körperlicher Schäden infolge Trinkens kaum in Frage kommen kann. Doch das Konzept des kontrollierten Trinkens setzt sich mehr und mehr durch. Die oft pauschal ablehnende Haltung gegenüber kontrolliertem Trinken bei Alkoholabhängigen ist angesichts des aktuellen Forschungsstandes undifferenziert, veraltet und nicht mehr haltbar.

## **Von der Trinkerheilstätte zur heutigen Alkoholismusbehandlung**

Bis in die 1970er Jahre werden Alkoholismustherapiekonzepte durch die 3 As bestimmt. Heutzutage sind Trinkerheilstätten zu Fachkliniken geworden; die Hausväter in den Heilstätten sind durch medizinische Fachpersonen ersetzt (Medizinalisierung) worden. Aus Fürsorgern sind heute Fachtherapeuten unterschiedlichster Richtung geworden. Die Spiritualität in der Behandlung ist weitgehend verbannt. Gefragt sind adaptive Indikationsentscheidungen, obwohl das differenzierte Angebot in den Fachkliniken häufig nicht durch gesichertes Indikationswissen fundiert ist.

Im Folgenden geht es nicht darum, die Grundzüge der heutigen Alkoholismusbehandlung darzustellen, sondern vielmehr den Paradigmenwechsel zu beleuchten. Moderne Suchthilfe lässt sich wohl am besten durch vier grundlegende Veränderungen charakterisieren:

- *Durch ein verändertes Motivationskonzept*

Motivation ist nicht länger Behandlungsvoraussetzung, sondern (zentraler) Teil der Behandlung selbst. Anstelle von Motivationsprüfungen und -hürden werden Veränderungsschritte gefördert und so viel Unterstützung wie möglich angeboten. Dieser Sachverhalt ist umso wichtiger als Abhängigkeitskranke durch eine besonders schwach ausgeprägte Selbstmotivationsfähigkeit ausgezeichnet sind.

- *Durch ein verändertes Verständnis des Krankheitsgeschehens aufgrund der Neurobiologie*

Ab den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts dominieren zunehmend neurobiologische Alkoholismuskonzepte mit Erklärung des Suchtverhaltens durch Störungen der Transmittersysteme (Leshner 1998). Neuropsychologisches Screening wird Standard der Therapiekonzepte moderner Fachkliniken.

Zwar macht der aktuelle Stand der Neurowissenschaften die Diskussion um die Willensfreiheit nicht hinfällig, doch lassen alkoholinduzierte neurobiologische Veränderungen die Frage nach der Willensfreiheit abhängiger Personen in einem neuen Licht erscheinen. Gewiss ist, dass neuroadaptive Vorgänge einer Differenzierung der Therapiemodalitäten bedürfen, denn wie Körkel sagt: „Sollen setzt Können voraus“ (Meyer 2008).

- *Durch die Aufweichung des Primats der Abstinenz*

Primäres Ziel einer Behandlung ist die Verbesserung der biopsychosozialen Befindlichkeit, dabei ist die Abstinenz nicht mehr Heilsweg, sondern kann Mittel zur Erreichung des Ziels sein. Suchtbehandlung mit Abstinenzdogma und der diagnostischen Etikette wie „Alkoholiker“ erreicht die meisten Menschen mit Alkoholproblemen gar nicht.

- *Durch die Fokussierung auf die Rückfallprophylaxe*

Bei der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen nimmt die Rückfallprophylaxe zunehmend einen zentralen Stellenwert ein. Aktuelle Modelle des Rückfallprozesses weisen darauf hin, dass es erforderlich ist, auch die langfristig veränderte Reaktion des Patienten auf alkoholbezogene Stimuli therapeutisch zu bearbeiten. Neurobiologische bzw. neuropsychologische Modelle des Rückfalls gehen von einem antizipatorischen Lerneffekt aus, der nur schwer zu vergessen ist. Deshalb muss Suchtbehandlung auch darauf abzielen, dass die in entsprechenden kritischen Situationen bestehenden Konditionierungs- bzw. Sensitivierungsprozesse nicht zu einem Rückfall führen.

### **Was bringt die Zukunft?**

---

Versucht man nicht nur in die Vergangenheit, sondern auch in die Zukunft zu blicken, so lassen sich vor allem drei Trends erkennen:

- Der Kostendruck, unter welchem Fachkliniken stehen, und der zu einer Flexibilisierung und Verkürzung der Behandlungszeiten geführt hat, wird den Trend der Bevorzugung ambulanter Behandlung weiter verstärken. Eine Konzentration des stationären Angebotes wird aufgrund des Kostendrucks mittelfristig nicht zu umgehen sein.
- Die „Brain sciences“ werden das therapeutische Bemühen zunehmend beeinflussen. Die neurobiologische Forschung auf dem Gebiete des Alkoholismus hat in den letzten Jahren wichtige neue Erkenntnisse gebracht. Besonders Forschungsergebnisse zum hypothalamischen-hyophysären Regelsystem bieten neue, interessante Aspekte, aus denen sich neue pharmakologische Möglichkeiten zur Behandlung alkoholbedingter Störungen ergeben.
- Selbstverantwortung ist die Devise im neoliberalen Staat. Alle haben für die Kosten aufzukommen, die sie durch ihre Verhaltensweisen verursachen. Im Zuge der Revitalisierung neoliberaler Ideologien werden Selbstverschuldungsideologien zunehmen. Der „Krankheitswert“ von Abhängigkeit wird zunehmend aberkannt, eine neue Tendenz zur Selbstverschuldungsideologie entsteht. Damit wird auch die Finanzierung von Beratung, Behandlung mit Geldern der öffentlichen Hand schwieriger, und das Prinzip des solidarischen Tragens von Behandlungskosten wird infrage gestellt. Deshalb wird es auch zu einer Bevorzugung von therapeutischen Billigangeboten kommen.

Diese wohl etwas pessimistische Zukunftssicht sollte uns nicht vergessen lassen, dass in der Schweiz heute ein breites pluralistisches Behandlungsangebot von alkoholbedingten Störungen besteht und es nach wie vor einer solidarischen Risikoabsicherung bedarf.

### **Literatur**

---

- Fillmore K., E. Hartka B. Johnstone V. Leino, M. Motoyoshi, M. Temple (1989). Life Course Variations in Drinking. Preliminary Results from the Collaborative Alcohol Related Longitudinal Project, document présenté lors du quinzième symposium annuel sur l'épidémiologie de l'alcool de la Société Kettil Bruun, Maastricht (Pays-Bas), 11 au 17 juin 1989.
- Forel August 1935: Rückblick auf mein Leben. (Europa-Verlag, Zürich).
- Goetz Hans-Werner (1986). Leben im Mittelalter. (Beck, München).

- Kreutel Margrit (1988). Die Opiumsucht, Quellen und Studien zur Geschichte der Pharmazie, Stuttgart (Dt. Apotheker-Verlag).
- Lershner A.I. (1998): Addiction is a brain disease, and it matters. In: Science. May 8;280(5365):807-8.
- Körkel J. (2007): Damit Alkohol nicht zur Sucht wird – kontrolliert trinken. Hrsg. Frauke Bahle (Trias-Verlag).
- Meyer T. (2008): Alkoholismus – eine aussergewöhnliche Krankheit. Abhängigkeiten 2:5-14.
- Roth, J. (1987). Fragebogen zur Klassifikation des Trinkverhaltens Alkoholkranker (FTA). Berlin: Psychodiagnostisches Zentrum der Humboldt-Universität (PdZ).
- Schmidt L. (2003): Die Geschichte von Idealismus und Professionalität. 26. Wiedersehenstreffen ehemaliger PatientInnen und ihrer Angehörigen, Klinik Oerrel August 2003
- Spode Hasso (1993). Die Macht der Trunkenheit: Kultur- und Sozialgeschichte des Alkohols in Deutschland (Opladen).
- Szasz Th. (1976). Die Fabrikation des Wahnsinns. (Fischer).

### **Korrespondenzadresse**

---

Richard Müller, Rue des Bouchers 3, 1700 Fribourg, richardgmuller@gmail.com

### **Résumé**

---

La notion de l'alcoolisme et les approches de l'aide aux personnes dépendantes qui en résultent sont soumises à des évolutions dynamiques et suivent des cycles. Les «périodes favorables», pendant lesquelles sont mises en œuvre des procédures correspondantes visant à la résolution du problème, se caractérisent principalement par une perception sociale plus aiguë du problème. C'est ainsi que, depuis les premières missions d'assistance aux alcooliques, la règle bénédictine «prie et travaille» et aussi «reste abstinente» a prédominé au 19<sup>e</sup> siècle et pendant la majeure partie du 20<sup>e</sup> siècle. Ce n'est que depuis les années 1970 qu'a eu lieu un changement de paradigme, et ce, grâce à une nouvelle compréhension du processus pathologique, grâce à un assouplissement de la primauté de l'abstinence, et grâce à une meilleure compréhension du rôle de la motivation dans l'effort thérapeutique.

### **Summary**

---

The term alcoholism and the resulting approaches for helping against addiction are subject to dynamic courses and run in cycles. The “boom years” are mainly characterised by increasing social awareness of the problem and the initiation of suitable approaches for solving the problem. For instance, ever since the beginning of work to save drinkers in the 19<sup>th</sup> century, right up to late in the 20<sup>th</sup> century the motto has been “pray and work” and “keep off the bottle”. It was not until the 1970s that the paradigm change came, with a new understanding of the course of the disease, softening of the pre-eminence of abstinence, and a changed understanding of the role of motivation in therapeutic endeavours.