

Alkoholismus – eine aussergewöhnliche Krankheit*

Thomas MEYER**

Zusammenfassung

Die Alkoholismusbehandlung wird – neben fachlichen Aspekten - auch von ethischen Betrachtungsweisen bestimmt. Ethische Anschauungen können auf individueller, institutioneller, berufsbezogener und epochaler Ebene zustande kommen und sind oftmals eine Kombination von allen zusammen. Hinter der therapeutischen Ebene liegende ethische Aspekte der Alkoholismustherapie werden beleuchtet.

Das mir vorgelegte Thema war für mich eine echte Herausforderung: Immerhin bin ich kein Stigma-Spezialist und als simplem Schulmediziner sind mir einfache Krankheitskonzepte am liebsten. Die Vorbereitung auf das heutige Referat hat mir gezeigt, dass die Sache mit dem Krankheitskonzept bei Alkoholismus nicht ganz so einfach ist, wie ich mir das vorgestellt habe. Ich muss Sie aber gleich vorweg enttäuschen: Ich komme nicht mit Antworten hierher, sondern eher mit einer Menge von Fragen. Ich hoffe, dass es mir gelingt, Sie etwas an meiner Verwirrung teilhaben zu lassen.

Bevor wir uns also der Frage der Besonderheit der Krankheit «Alkoholismus» zuwenden, steht die Frage der Suchtdefinition an. Suchtdefinitionen dienen nicht etwa einem Selbstzweck, sondern sollen einen handlungsleitenden Charakter haben. Eine solche Definition ist vorerst einmal mit einem Denkstil, einer Haltung hinterlegt. Solche Suchtdefinitionen können beispielsweise folgende sein (Wolf, 2003):

1. Sucht ist eine Krankheit (Krankheitsmodell). Diese Definition ist in verschiedener Hinsicht nicht unproblematisch, nicht zuletzt auch deshalb, weil sie eine Grenzziehung von noch gesundem und bereits krankem psychischen Erleben voraussetzt. Ausserdem besteht eine erhebliche Gefahr des Missbrauchs des psychiatrischen Krankheitsbegriffs, wie uns das die Geschichte eindrücklich gelehrt hat (Bernet et al., 2007):
2. Sucht ist deviantes Verhalten (Devianzmodell). Hier besteht das Problem darin, dass Devianz nur im Verhältnis zu einer Verhaltensnorm verstanden werden kann. Man müsste sich also innerhalb einer Gesellschaft auf

* Referat gehalten an der Tagung «Sucht und Stigma» in der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen am 27.6.2007

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

allgemein anerkannte Verhaltensnormen einigen können, was angesichts der heutigen Wertpluralität nicht unproblematisch scheint.

3. Sucht ist erlerntes Verhalten (behavioural approach). In diesem Modell gilt Sucht als Lernstörung (learning disorder) und die Frage nach der subjektiven Wahlfreiheit und Verantwortlichkeit im Hinblick auf eine Veränderung seiner Problemlage wird ausdrücklich bejaht (Feuerlein et al., 1998).
4. Sucht ist eine alternative Lebensweise (Akzeptanzmodell). Hier liegt die Erklärung in der Entscheidung des Konsumierenden, die Erlebnisse unter Substanzeinfluss höher zu gewichten als eine allfällige Schädigung der Gesundheit. Das Akzeptanzmodell bezieht sich explizit auf das Recht der Selbstbestimmung, des Rechtes zur Differenz und das Gebot zur Hilfe.

Erste Zwischenbilanz

Bereits die Annahme, wonach Sucht eine Krankheit sei, beruht auf einem Denkstil, respektive einem Suchtverständnis, das in hohem Masse hinterfragt werden kann. Am brisantesten dabei ist wohl die notwendige Grenzziehung zwischen «noch gesund» und «bereits (psychisch) krank».

Sucht als Krankheit?

Trotz dieser Einwände will ich hier aus praktischen Gründen doch von einem Krankheitskonzept der Sucht, respektive des Alkoholismus ausgehen. Klassischerweise beinhaltet die medizinische Krankheitskonzeption eine Einheit von Ursache, Pathophysiologie, Symptomatik, Diagnostik, Verlauf und Therapie, wobei eine gewisse Varianz akzeptiert werden muss. So zweifelt wohl niemand ernsthaft an der Entität eines Myokardinfarkts, auch wenn die Symptomatik bei den Betroffenen oder der Verlauf stark variieren kann.

Man kann also die Alkoholabhängigkeit durchaus im Rahmen eines medizinischen Krankheitsmodells interpretieren: Definierte Auslösernoxie ist der Alkohol, es besteht wohl nach heutigem Wissenstand auch eine definierte Vulnerabilität, die Pathophysiologie ist bekannt, ebenso die Symptomatik. Der Verlauf zeigt häufig eine Progression und bestens bekannte Folgeschädigungen und am therapeutisch wirksamsten ist die Abstinenz. Nun höre ich natürlich bereits die kritischen Einwände: Wenn das mit der Noxe so simpel ist, weshalb werden dann nicht alle Alkoholkonsumierenden süchtig? Und wie ist die grosse Varianz der Verläufe zu erklären? Sie sehen, es beginnt bereits mit den Fragen.

Wie sich's heute gehört, habe ich mich im Internet kundig gemacht und bei Wikipedia (2008) einmal den Begriff Krankheitsmodell eingegeben: Und siehe da, die Sache schien komplexer, als ich mir das zuvor vorgestellt hatte. Da fanden sich neben dem medizinischen noch folgende Krankheitsmodelle:

1. Das psychosomatische Erklärungsmodell von Krankheit ist wie das medizinische Krankheitsmodell ein sehr individualistisches Erklärungsmodell, in dem allerdings die psychische Dimension konzeptualisiert wird.
2. Das Stress-Coping-Krankheitsmodell ist eine Weiterentwicklung der obigen Modelle unter Einbezug sozialer und Umweltstressoren. Schön

an diesem Modell ist übrigens der Coping-Begriff, der die Ressourcen zur Bewältigung thematisiert. Dazu eine Klammerbemerkung: Der Bezug auf ein Copingmodell ermöglicht eine Neuinterpretation des Abstinenzbegriffs, wie wir das in der Forel Klinik seit einigen Jahren tun: Abstinenz wird hier nicht als Therapieziel definiert, sondern als methodisches Element, um eine bessere bio-psycho-soziale Befindlichkeit zu erreichen. Wir sprechen deshalb heute von abstinenzgestützten Therapien (Meyer, 2004)

3. Das Risikofaktoren-Modell der Erkrankung geht von statistischen Daten aus, berücksichtigt individuelle Faktoren nur wenig und ist problematisch, wenn es von Versicherern in Anwendung gebracht wird.
4. Im sozioökonomischen Krankheitsmodell wird Krankheit als Ausdruck gesellschaftlicher Machtverhältnisse, klassenspezifischer Erkrankungsrisiken und der sozialen Ungleichheit zu Genesungschancen angesehen.
5. Das multifaktorielle Erklärungsmodell hat sich in den letzten Jahren als Ergebnis der fachlichen und öffentlichen Diskussion als Trend herausgebildet. Darin werden die verschiedenen Ansätze in der Krankheitsdefinition und -beschreibung miteinander kombiniert. Weil ein einfaches Verständnis von Krankheit nicht ausreicht, um Ursachen, Verläufe und Heilungsbedingungen zu klären, wurden besonders auch die Erkenntnisse der Stress-Coping-Forschung und des Risikofaktoren-Modells, aber auch Teile des psychosomatischen Krankheitsmodells in das medizinische Modell integriert und so etwas wie ein multifaktorielles Krankheitsmodell generiert. Die Grundgedanken dieses multifaktoriellen Krankheitsmodells lassen sich wie folgt zusammenfassen:
 - Es gibt genetisch vorgegebene und umweltbezogene Rahmenbedingungen, innerhalb derer sich ein Krankheitsgeschehen manifestiert. Hier spielen sowohl körperliche Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz, z.B. durch Schadstoffbelastungen oder ungesunde Wohnverhältnisse mit starker Lärmbelastung, als auch sonst ein Kontakt mit gesundheitsgefährdenden Stoffen eine Rolle. Soweit es sich nicht um Unfälle oder direkte äussere Einwirkungen handelt, ist ein komplexes Geschehen am Ausbruch einer Krankheit beteiligt.
 - Als Auslöser von Erkrankungen müssen innerhalb dieses Rahmens psychosomatische Faktoren, stressbedingte Belastungen, Risikoverhalten und Belastungsreaktionen durch life events in Betracht gezogen werden.
 - Selbst beim Vorliegen der genannten Belastungen ist eine Manifestation der Erkrankung noch nicht unausweichlich. Individuelle und kollektive Coping-Strategien können die Krankheitsreaktion noch immer verhindern oder abschwächen.
 - Das manifeste Krankheitsgeschehen steht schliesslich am Ende eines komplexen Prozesses, in dem individuelle Belastungen und Ressourcen, gesellschaftliche Bedingungen, kollektive Bewältigungsmuster und aktuelle Ereignisse zusammenwirken.
6. Das Devianz-Modell beruht auf der Analyse abweichenden Verhaltens; ein in den 60er Jahren entwickelte Labeling- oder Etikettierungsansatz. Krankheit erscheint hier ebenfalls unter dem Gesichtspunkt der sozialen Definition. Der Erkrankte erhält durch eine Diagnose ein Etikett, ein Label aufgeprägt, dass sein weiteres Rollenverhalten als Kranker entscheidend beeinflusst. Besonders bei negativ bewerteten Erkrankun-

gen wie psychische Störungen, Aids, Krebs oder Sucht wird dieses Etikett («dem Tode geweiht» oder «gefährlich», «ansteckend», «willensschwach und dissozial» usw.) zum Stigma, das eine soziale Ausgrenzung des Kranken bewirkt und seine Verhaltensmöglichkeiten einschränkt.

Zweite Zwischenbilanz

Alle bisher vorgestellten Modelle haben eine innere Logik und leuchten an sich ein. Es ist also weniger die Frage, ob Sucht einer Krankheit gemäss medizinischem oder einem anderen Modell entspricht, respektive ob das eine das andere ausschliesst, als vielmehr, welches Instrument sich für die jeweilige Fragestellung anbietet. Der Labeling-Ansatz ist durchaus dazu geeignet, Stigma und Sucht in einen Erklärungszusammenhang zu bringen. Das schliesst aber auf der anderen Seite nicht aus, dass gerade Alkoholismus durchaus im Rahmen eines medizinischen Krankheitskonzepts verstanden werden kann.

Das Suchtverständnis im Laufe der Zeit

Es ist auffallend, wie häufig medizinhistorisch gesehen die Konzeption des Alkoholismus neu gefasst wurde. Zur Illustration seien einige Konzeptionen an dieser Stelle genannt:

- Renaissance: Im Renaissanceideal ist es die zentrale Aufgabe des Menschen, sich zu entfalten und den Kreis des Lebens völlig zu durchmessen. Dazu gehört auch die Entwicklung der Genussfähigkeit. In einem solchen Menschenbild findet die Abstinenz beispielsweise kaum einen Platz.
- Aufklärung: Für eine rational gebundene und definierte Wirklichkeit gilt Trunkenheit als Mangel an Selbstbeherrschung, als Verlust der Kontrolle über sich selbst und somit als dysfunktional. Der Abhängigkeit kann in erster Linie der freie Wille entgegengesetzt werden.
- Gegen Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts finden sich verschiedene parallele Konzepte (Meyer, 2005):
 - Im Rahmen einer neopietistischen Auffassung bedeutet Alkoholismus Abwendung von Gott
 - Alkoholismus als Unterschichtphänomen bei der ausgebeuteten Arbeiterschaft.
 - Beginn der wissenschaftlichen Alkohologie mit von Bunge, Forel, Bleuler und Kraepelin mit Begründung des medizinischen Krankheitskonzepts des Alkoholismus
- In den 70er Jahre des 20. Jahrhunderts fanden psychologische Konzepte ihren Eingang, gemäss denen Alkoholismus stets auf einer frühen (Basis-) Störung beruhen, was wiederum bedeutet, dass bei genügender psychotherapeutischer Bearbeitung eben dieser Störung der Alkoholismus verschwinden werde.
- Ab den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts dominieren neurobiologische Alkoholismuskonzepte mit Erklärung des Suchtverhaltens durch Störungen von Transmittersystemen (Leshner 1998); daraus abgeleitet Theorien zum Suchtgedächtnis und zu den Anticraving-Substanzen. Im Rahmen

dieser Theorien wurde z.B. in den 90er Jahren der Turboentzug bei Heroinabhängigen unter Narkose (Schär et al., 1996) durchgeführt oder finden derzeit in der Schweiz unter dem Begriff Prometa-Protokoll 4-tägige Infusionsbehandlungen von Alkoholabhängigen statt.

- Derzeit finden wir uns wahrscheinlich im Jahrzehnt der Genetik; jedenfalls häufen sich auch im Sucht- und Alkoholbereich die Publikationen (Hettera et al., 1999; Uhl, 2004; Wurst 2001), die sich mit der genetischen Disposition auseinandersetzen und mit durchaus hohen Impaktfaktoren argumentieren.

Alle diese Konzeptionen bestehen heute nebeneinander weiter. Bei so vielen, im Einzelnen ja durchaus einleuchtenden Modellen könnte man sagen, dass die Wirklichkeit ebenso komplex ist. Tatsächlich ist weniger die Vielfalt der Konzeptionen verblüffend, als vielmehr die Vehemenz, mit der sie vorgetragen werden. Ausserdem ist der Weg der wissenschaftlichen Alkohologie gepflastert mit Wissenschaftsirrümern wie wohl kaum ein anderer Bereich. So stellte der berühmte Eugen Bleuler beispielsweise die Existenz des Entzugsdelirs praktisch in Abrede: «Die Existenz der Abstinenzdelirien ist noch gar nicht bewiesen. (...), aber ganz sicher bin ich, dass ich nie in den Fall gekommen bin, ein Abstinenzdelirium nur mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen.» (Bleuler, 1904). Das erstaunt bei einem Forscher, der an anderer Stelle sehr scharfsinnig das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin beleuchtet hat (Bleuler, 1919). Aber Bleuler ist bei weitem nicht der einzige, der in Suchtfragen seiner eigenen Ideologie erlegen ist. Ähnliches findet man bei der bis heute nicht belegten Progressivitätstheorie (Novinski et al., 1992, Pattison et al., 1977, Dawson, 1996, Cahalan, 1987) des Alkoholismus mit Jellinek als prominentestem Vertreter. Eine weiteres Feld ist die nach wie vor mit Heftigkeit geführte Debatte um das kontrollierte Trinken. Sobell und Sobell wurden in der Frage des kontrollierten Trinkens gar des Wissenschaftsbetrugs angeklagt.

Dritte Zwischenbilanz

Bei Alkoholismus – und Sucht im Allgemeinen – scheinen sich diverse, sich teilweise widersprechende Erklärungsmodelle in hoher Zahl abzulösen und sie scheinen eher ideologiegestützt und weniger wissenschaftsbasiert zu sein. Auffallend ist die Vehemenz, mit der die jeweiligen Protagonisten auftreten.

Der freie Wille

Die Modelle und die Überlegungen dazu liefern immer noch keine Antworten auf die Thematik Stigma bei Alkoholabhängigen. Deshalb möchte ich die Sache anders angehen und nun die Frage nach dem Stellenwert des freien Willens bei Suchterkrankungen aufwerfen. Ist vielleicht Suchterkrankung überhaupt keine Erkrankung, sondern ein situatives, kürzer oder länger dauerndes Versagen des freien Willens? Ich fürchte, dass ich mich mit dieser Frage gleich wieder in die Nessel setze, respektive in eine theoretische Diskussion, der ich selbstverständlich nicht gewachsen bin. Aber ein Stück Auseinandersetzung mit der Frage um die Willensfreiheit ist vermutlich im Zusammenhang mit Suchterkrankung und Stigma schon angebracht. So findet sich z.B. bei Bleuler folgende Textpassage:

«(...) So pflanzt der Hausgeist in Ellikon neben dem ernsten Erziehungswerk an Moral und Willenskraft eine gesunde Fröhlichkeit, die in Arbeit und Erholung das Leben wert macht und dem rohen Verlangen nach der giftgeborenen Lust einen kräftigen Damm entgegen werfen kann.» (Bleuler, 1938)

Auch wenn die Wortwahl etwas gar pathetisch wirkt, impliziert diese Aussage von Bleuler, dass Alkoholismus mit einem Mangel an Willen zu tun hat, und dass demzufolge Therapie ein «Erziehungswerk an der Willenskraft» sein müsse. Das wiederum bedeutet, dass grundsätzlich mit Willen die Alkoholabhängigkeit überwunden werden könnte, wenn denn der Wille stark genug wäre.

Das Konzept des freien Willens ist auch im 12-Schritte Programm der Anonymen Alkoholiker (<http://de.wikipedia.org>) angesprochen, bekommt aber hier eine religiöse Dimension: Beim ersten Schritt «Anerkennen, dass man seinem eigenen Problem gegenüber machtlos ist» wird impliziert, dass der freie Wille beim Suchtproblem quasi ausgeschaltet sei. Und immerhin kann sich hier der Betroffene dazu entscheiden, «Charakterfehler von Gott entfernen zu lassen». Hier finden wir also eine Unschärfe im AA-Konzept: Zum einen die subjektive Willens- und Machtlosigkeit, zum andern gewissermassen eine Rest-Willensfähigkeit, sich einer höheren Macht anzuvertrauen.

Auch in unserem therapeutischen Alltag finden wir das Konzept des freien Willens immer wieder implizit oder explizit angesprochen. Wie oft wird nicht gesagt: «Herr XY ist wieder rückfällig. Wahrscheinlich will er noch nicht wirklich abstinenter leben», oder: «Vielleicht hat er sich noch gar nicht für die Therapie entschieden». Derartige Formulierungen beinhalten ja letztlich die Annahme, dass Abstinenz grundsätzlich der individuellen Willensintention unterliegt. Und so läuft die Diskussion um die Willensfreiheit im Zusammenhang mit psychischen und Suchterkrankungen derzeit auf Volltouren (Küchenhoff, 2007). Von bestimmten Vertretern der Neurowissenschaften wird die Position vertreten, dass das subjektive Gefühl, über einen freien Willen zu verfügen noch in keiner Weise ein Beleg für die Existenz eines solchen sei – nicht zuletzt deshalb, weil es methodisch erhebliche Probleme bei der Selbstzuschreibung von Willenshandlungen gebe. Letztlich seien alle menschlichen Handlungen ohnehin determiniert. Wir stossen also hier auf die Frage Determinismus versus Freiheit. Im Determinismus geht man davon aus, dass nur von freiem Willen gesprochen werden könnte, wenn dieser völlig unabhängig, unbedingt und durch nichts festgelegt wäre. Dagegen werden in einer eher philosophisch begründeten Willensauffassung folgende Bedingungen für freie Willensentscheidungen postuliert (Beckermann, 2005):

- a. Es muss eine Wahl zwischen verschiedenen Alternativen geben; ich muss so oder so handeln beziehungsweise mich so oder so entscheiden können
- b. Die Wahl muss von der eigenen Person abhängen
- c. Die Wahl darf keinem Zwang unterliegen

Letztlich handelt es sich einmal mehr nicht um dialektische, sondern um eine kategoriale Fragestellung: Die Beschreibung des Hirns durch die Neurowissenschaften auf der einen Seite und die psychologische der Person auf der anderen folgen einer je eigenen, durchaus kohärenten Logik.

Vierte Zwischenbilanz

Auch die Auseinandersetzung mit dem Begriff des freien Willens erklärt den Stigmaaspekt der Sucht nicht hinreichend. Der aktuelle Stand der Neurowissenschaften macht die Diskussion um die Willensfreiheit nicht hinfällig. Und zuletzt: Ausgehend von der Annahme einer Willensfähigkeit als einer *conditio humana* bekommt das Suchtgeschehen eine ethische Dimension.

Der Unterschied: Die soziale Dimension

Nun, nach diesem kühnen Ausflug in die Sphären der Philosophie und der Ethik versuche ich, eine weitere Denklinie in die Erörterung des Themas einzubringen:

Sucht im Allgemeinen und Alkoholismus im Besonderen heben sich von anderen Krankheiten durch ihre soziale Dimension in Ätiologie und Auswirkung ab. Was ist damit gemeint? Im Unterschied zu den meisten anderen Krankheiten hat bei Alkoholismus nur selten der Betroffene allein an den Folgen seiner Krankheit zu tragen. Die Familienangehörigen sind häufig durch Stimmungs- und Verhaltensschwankungen, durch Impulsivität und Aggressivität bis hin zu Tötlichkeiten mitbetroffen. Sie sind oft konfrontiert mit den wirtschaftlichen Folgen eines Stellenverlustes, respektive von Langzeitarbeitslosigkeit. Auch bei den meisten grossen Gesellschaftsproblemen gibt es kaum einen Bereich, bei dem Alkoholismus nicht einen Spitzenplatz unter den ursächlichen Faktoren hätte: Das ist so bei den Scheidungsraten, bei den Verschuldungen, bei vormundschaftlichen Massnahmen, bei der Arbeitslosigkeit, bei Verkehrsunfällen, bei sexuellem Missbrauch, bei Tötlichkeiten, bei Verkehrsunfällen, bei Hospitalisationsraten, bei Morbidität und Mortalität. Und selbst die Krankenkassenprämien, die Leistungen der Invalidenversicherung und unsere Steuerrechnung sind in sehr erheblichem Mass vom Alkoholismusproblem mitgeprägt. So werden die jährlichen sozialen Folgekosten des Alkoholproblems in der Schweiz auf 6-10 Milliarden Franken geschätzt (Jeanrenaud, 2003). Wir alle sind also als Mitmenschen stets Mitbetroffene der Alkoholkrankheit, sogar dann, wenn wir abstinent leben. Und kommt da nicht etwas wie wertende Empörung auf, wenn wir alle gewissermassen im Giesskannensystem unter den Alkoholismusfolgen zu leiden haben? Könnte das die Wurzel von Stigmatisierungsphänomenen sein? Und wenn ja, was bedeutet das unter ethischen Gesichtspunkten?

In einer Ethik der Sucht müssten wohl zum einen die individuelle Perspektive (Anspruch auf Selbstbestimmung) und die gesellschaftliche (Sicherheit der Gesellschaft, Sozialverträglichkeit, Interessensausgleich) berücksichtigt werden. Die Kollision dieser Perspektiven kann nur in einem auf dem Fairnessprinzip (Rawls, 1990) basierenden Kompromiss gefunden werden, aus dem sich auch Regeln und Verpflichtungen für die Konsumierenden ergeben (Wolf, 2003).

Fünfte Zwischenbilanz

Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit hat wie kaum eine andere Krankheit Auswirkungen auf das engste familiäre, aber auch auf das weitere soziale Umfeld und schliesslich auf fast sämtliche gesellschaftlichen Bereiche. Wir

alle sind direkt vom Alkoholismus Betroffene, also im weitesten Sinne Alkoholismusopfer. Und als «Opfer» empfindet man nicht gerade freundschaftliche Gefühle für die «Täter». Eine Ethik der Sucht muss sowohl die individuelle als auch die gesellschaftliche Dimension berücksichtigen.

Die Umwelt als Opfer und als Täter

Ich habe von der Umwelt als Opfern gesprochen. Nun kann ich es mir nicht verkneifen, auch noch von Tätern zu reden. Diesmal allerdings nicht von den Alkoholabhängigen, also den bereits Erkrankten, sondern von uns als Tätern.

Hier im Saal sind vermutlich etwa 10 Prozent der Anwesenden alkoholabstinent. Die Übrigen 90% der Anwesenden konsumieren aller Wahrscheinlichkeit nach hie und da Alkohol, in kleineren oder in grösseren Mengen, vielleicht nur sehr selten, vielleicht aber auch häufiger oder gar täglich. Unseren Konsumstil – wie auch immer er aussehen mag – haben wir vermutlich in unseren allgemeinen Lebensstil und in unseren Lebensentwurf eingebaut. Und bei diesem Konsum handelt es sich nun um ein Verhalten mit folgenden Eigenschaften:

- a. Ein freiwilliges Verhalten: Niemand stirbt, wenn er keinen Alkohol trinkt
- b. Um genuss-, respektive lustversprechendes Verhalten: Ein gutes Essen wird durch den guten Wein abgerundet, Endorphine werden ausgeschüttet, das Wohlbefinden steigt, der Stress nimmt ab.

Wenn wir also Alkohol konsumieren, tun wir es freiwillig, in der Absicht, uns etwas Genuss zu verschaffen und darüber hinaus im Wissen darum, dass die gleiche Substanz bei Anderen zu Problemen geführt hat. Nun, das ist der Stoff, aus dem Neurosen gebaut sind. Wer würde in einer solchen Konstellation nicht ein klitzekleines Bisschen ambivalent? Und wer hätte schon bei jedem guten Essen Lust darauf, sich mit dieser Ambivalenz auseinanderzusetzen oder sie zumindest permanent aushalten zu müssen? Und ist es nicht allzu verständlich, wenn man demzufolge ein bisschen in die persönliche «Coping-Bühse» (sprich Abwehrarsenal) greift? Und wie heissen sie nun alle, diese Abwehrstrategien:

- Etwa das Rationalisieren: Ja ich, ich kann das schon. Ich habe weder Probleme noch gab es in meiner Familie Alkoholiker.
- Oder das Abspalten: z.B. beim politisch lauten Schreien nach Jugendschutz und dem systematischen Torpedieren aller präventiven Massnahmen, wenn es um die Euro 08 geht.
- Oder das Verschieben: Alkoholkonsum wird beschönigt, aber «die Drogen sind vom Teufel».
- Oder das Verleugnen, z.B. im obigen Beispiel von Eugen Bleuler, wonach es überhaupt keine Entzugsdelirien gibt (wobei hier angemerkt werden muss, dass Bleuler tatsächlich keine Alkoholabhängigkeit hatte, da er sich seit 1884 an die Abstinenzverpflichtung hielt).
- Und geht es vielleicht noch weiter, nämlich mit den Reaktionsbildungen? Vielleicht könnte sich die Heftigkeit verschiedener Abstinenzvertreter und -bewegungen gar so erklären lassen. Zumindest kennen wir dieses Phänomen ja von vielen unserer abstinenten Ex-Patienten.

Ich komme deshalb zu einer weiteren Zwischenbilanz.

Sechste Zwischenbilanz

Vieles deutet darauf hin, dass die gesellschaftliche Bewertung der Alkoholabhängigkeit und die Emotionalität der Diskussion etwas mit der individuellen und gesellschaftlichen Ambivalenz gegenüber Suchtphänomenen zu tun hat. Entsprechend verläuft die Debatte häufig «neurotisch», d.h. emotional und irrational, sowohl auf Laienebene, als auch in Fachkreisen oder im politischen Diskurs.

Schlussfolgerungen

Nun komme ich zum Schluss, in der Hoffnung, Sie, gänzlich verwirrt zu haben. Trotz aller Verwirrung möchte ich mir aber einige Schlussfolgerungen erlauben:

1. Ist Alkoholismus eine ganz gewöhnliche Krankheit? Ja klar, aber nicht nur!
2. Ist Alkoholismus gar keine Krankheit? Natürlich nicht, aber halt doch auch!
3. Ist Alkoholismus eine aussergewöhnliche Krankheit? Ganz sicher, ohne wenn und aber.

Und noch ein Letztes: Ich hoffe, ich habe Sie mit meinen Gedanken etwas dazu angeregt, die gewohnten Denkbahnen zu verlassen, Ihre eigenen Positionen zu überdenken, sich auch etwas verunsichern und verwirren zu lassen. Letztendlich ist das nichts Anderes, als was wir von unseren Patienten und Patientinnen täglich fordern.

Summary

*Alcoholism – an unusual disease**

* Lecture held at the conference «Addiction and Stigma» at Münsterlingen Psychiatric Clinic on 27.6.2007

In addition to specialist aspects, alcoholism is also treated from ethical points of view. Ethical viewpoints can be generated at individual, institutional, occupational and epochal levels, and are often combinations of all of these. The author illustrates the ethical aspects of alcoholism underlying the therapeutic level.

Résumé

*Alcoolisme, une maladie exceptionnelle**

* Exposé tenu durant le séminaire «Dépendance et stigmates» à la clinique psychiatrique de Münsterlingen le 27.6.2007

Le traitement de l'alcoolisme est déterminé, outre par ses aspects techniques, par des points de vue éthiques. Les conceptions éthiques peuvent se situer sur les plans individuels, institutionnels, professionnels, être liés à l'époque et sont souvent une association de tous. Les aspects éthiques du traitement de l'alcoolisme, à l'arrière-plan du niveau thérapeutique, sont mis en évidence.

Literaturverzeichnis

- Bernet, B., Dubach, R., Germann, U. und Meier, M. (2007), Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich 1870-1970. Chronos Verlag.
- Bleuler, Eugen (1904), Die Unmöglichkeit der Abstinenz, in: Separatdruck aus der Intern. Monatsschrift Nr. 4 (1904), S. 3/4
- Bleuler, E. (1919), Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung.
- <http://de.wikipedia.org/wiki/Krankheitsmodelle>
- Feuerlein, W., Küfner, H., Soyka, M (1998), Alkoholismus, Missbrauch und Abhängigkeit. 5. Auflage. Georg- Thieme-Verlag, Stuttgart
- Hettema, J.M., Corey, L.A., Kendler, K.S. (1999), A multivariate genetic analysis of the use of tobacco, alcohol and caffeine in a population based sample of male and female twins, Drug and Alcohol Dependence 57 (1999), 69-78
- Leshner, A.I., (1998), Addiction is a brain disease, and it matters, Science 98 May 8:280(5365)807-8
- Meyer, T. (2004), Empirische Befunde aus der Katamnese studie der Forel Klinik, abhängigkeiten 2/04, SS 1-11
- Meyer, T. (2005), Bleuler und die Abstinenzbewegung, in: Scharfetter, Chr., Eugen Bleuler – Polyphrenie und Schizophrenie, SS 199-234, vdf Hochschulverlag AG an der ETH Zürich, 2006
- Nowinsky, J., Baker, S.C., Carroll, K., 1992: Twelve Step Facilitation Therapy Manual (Project MATCH Monograph Vol. 1). Rockville, Maryland: National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism
- Schär, H.-J., Meyer, T., Suter, D. (1996), Drogenentzug unter Narkose – kein Wundermittel, Schweizerische Ärztezeitung 77, 43/1996, S. 1748
- Uhl, G.R.. (2004), Molecular genetics of substance abuse of vulnerability: Remarkable recent convergence of genome scan results, N.Y. Acad. Sci. 1025 (2004), 1-13
- Wolf, J. (2003), Auf dem Weg zu einer Ethik der Sucht. Dissertation, Eberhard Karls Universität Tübingen, S.89 ff
- Wurst F-M. (2001), New and upcoming Markers of Alcohol consumption. Steinkopf Darmstadt

Korrespondenzadresse

Thomas Meyer, Forel Klinik, 8548 Ellikon a. d. Thur, E-Mail: thomas.meyer@forel-klinik.ch