

Zur Problematik des Wirkungsmechanismus medikamentöser Behandlungsmethoden bei chronischem Alkoholismus : der psychodynamischen Aspekt

Autor(en): **Solms, Hugo**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie Suisse des Sciences Medicales = Bollettino dell' Accademia Svizzera delle Scienze Mediche**

Band (Jahr): **16 (1960)**

PDF erstellt am: **21.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-307440>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Aus der Psychiatrischen Universitätspoliklinik Bern – Direktor: Prof. M. Müller

**Zur Problematik des Wirkungsmechanismus
medikamentöser Behandlungsmethoden bei chronischem
Alkoholismus: der psychodynamische Aspekt¹**

Von Hugo Solms

Im Wesen des chronischen Alkoholismus liegt es begründet, daß seine Bekämpfung ein ganzes Spektrum von Maßnahmen sozialer, fürsorglicher, psychiatrischer und internistischer Art erfordert. Dies leuchtet unmittelbar ein, wenn berücksichtigt wird, daß die Trunksucht nicht nur von gewissen Persönlichkeitszügen, Konfliktkonstellationen und konstitutionellen Momenten, von seelischen Krankheitszuständen und körperlichen Störungen, sondern auch von familiären, gesellschaftlichen, beruflichen und anderen sozialen Faktoren abhängt. Zusammen bestimmen sie die außerordentlich verschiedene Verlaufsart und Symptomatologie des chronischen Äthylismus, d. h. in welcher von Fall zu Fall so unterschiedlichen Form und Intensität die Alkoholkrankheit sich sozial, psychisch und somatisch manifestiert. In Tab. 1 wird versucht, die Bedeutung dieser seelischen, sozialen und toxisch-organischen Faktoren sowie der Gifftoleranz und des Suchttyps für die überwiegend milieubedingten Alkoholismusformen einerseits und für die vor allem persönlichkeitsbedingten Trunksuchtsformen andererseits grob schematisch abzuschätzen. Dabei zeigt sich, welche Unterschiede hier vorliegen, solange man es noch nicht mit den gleichförmigen alkoholischen Endzuständen zu tun hat. Diesem Sachverhalt trägt die moderne Bekämpfung des chronischen Alkoholismus dadurch Rechnung, daß sie neben der erzieherischen Beeinflussung der Kranken, neben psychotherapeutischen und sozialen Hilfen und gesetzlich verankerten Administrativmaßnahmen auch somatische Behandlungsverfahren zur Entgiftung und Stoffwechsellianierung und zur medikamentösen Erzeugung einer Unverträglichkeit² und Aversion gegenüber alkoholischen Getränken umfaßt. Aus

¹ Nach einem an der wissenschaftlichen Sitzung der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften in Baden am 13. Juni 1959 gehaltenen Vortrag.

² Zur Kritik dieser Bezeichnung s. Abschnitt II.

Tab. 1 ist ersichtlich, auf welche am alkoholischen Krankheitsbild beteiligten «Faktoren» diese verschiedenartigen Maßnahmen einwirken.

Tabelle 1

Die Bedeutung verschiedener Faktoren für Erscheinungsform und Bekämpfung des chronischen Alkoholismus

	Vorwiegend milieubedingt	Vorwiegend konfliktbedingt	Bekämpfung
<i>Sozialer Faktor:</i> Trinksitten usw.			Aufklärung, Prophylaxe, Gesetzgebung; psychagog. Betreuung; Abstinenz- und Selbsthilfvereine; medikamentös bedingte seelische Umstimmung (Aversionskur, Disulfiram, CCC, Tranquillizers usw.); Psychotherapie
<i>Psycholog. Faktor:</i> seelische Konflikte usw.			
<i>Toleranzfaktor:</i> Trinkfestigkeit			Chemische Barriere der Disulfiram- oder CCC-bedingten Unverträglichkeit Psycholog. Barriere durch Apomorphin- und Emetinbedingte Aversion
<i>Suchtfaktor:</i> Verlust der Trinkkontrolle			
<i>Suchtfaktor:</i> Nicht-aufhörenkönnen			Entgiftung u. Stoffwechsellösung mittels Curéthyl, Insulin u.a. Hormonen, Vitaminen, Neuroleptics, Tranquillizers, Muskelrelaxantien, Psychoneurotoricis, Leberschutz, Diät usw.
<i>Toxischer Faktor:</i> Schwere der Vergiftung			
	10 20 30	10 20 30	Dauer des Alkoholismus (Jahre)

Diese Übersicht berücksichtigt auch, daß sich das Suchtphänomen beim Alkoholismus von demjenigen beispielsweise des Morphinismus unterscheidet. Es ist nicht einheitlich, sondern kann als «Kontrollverlust» und als «Nicht-aufhörenkönnen» oder in Gestalt einer Kombination beider Phänomene auftreten (Näheres bei [6]).

In der nachfolgenden Mitteilung kommen weder die Therapie der Alkoholpsychosen oder anderer akuter neuropsychiatrischer Komplikationen, noch die verschiedenen medikamentösen Entgiftungsmethoden, noch die Behebung der internistischen Folgezustände des chronischen Äthylismus zur Sprache. Vielmehr soll die Psychodynamik jener medika-

mentösen Behandlungshilfen erörtert werden, die bei der Bekämpfung der süchtigen Alkoholabhängigkeit zum Einsatz gelangen, also *die Aversionsverfahren mit Apomorphin oder Emetin einerseits und die Methoden zur Erzeugung einer Alkoholunverträglichkeit mit Disulfiram (Antabus) oder Calcium-Carbimid-Citrat (CCC) andererseits.*

Der Wirkungsmechanismus dieser somatischen Hilfsverfahren ist äußerst komplex, umfaßt er doch einen biochemischen, einen klinisch-pathophysiologischen und einen psychodynamischen Aspekt.

Ihr *biochemischer Aspekt*, besonders derjenige der Disulfiram- oder CCC-Alkohol-Reaktion, ist noch recht unklar (8).

Der *klinische Aspekt* umfaßt die Brechreiz und Erbrechen erzeugende Wirkung von Apomorphin und Emetin, den zusätzlich zentral sedativen Effekt des Apomorphins, sowie das Herzkreislaufsyndrom der Disulfiram- oder CCC-Alkohol-Reaktion; alles hinreichend bekannte und klinisch geklärte Reaktionsabläufe (8).

Der psychodynamische Aspekt des Wirkungsmechanismus der medikamentösen Behandlungshilfen aber wird in seiner Bedeutung oft unterschätzt und ist psychologisch noch nicht genügend erhellt, weshalb er hier einer näheren Betrachtung unterzogen werden soll. Unter diesem Aspekt wird die Gesamtheit der dem Kranken bewußten und unbewußten seelischen Vorgänge verstanden, die während der Behandlung sowohl im Inneren seiner selbst als auch zwischen ihm und der Medikamentenwirkung, seinem Arzte, seinem Fürsorger, seiner eigenen Familie, seinem Arbeitsplatz, seinem Bekanntenkreis usw. ablaufen (Abb. 1).

I. Der psychodynamische Aspekt des Wirkungsmechanismus der sogenannten Aversionsbehandlung, speziell mit Apomorphin

Die Technik der Aversionsverfahren mit Emeticis, der Brechkuren oder Methoden des «bedingten Reflexes» wird als bekannt vorausgesetzt (2; 7).

Wir beschränken uns hier auf die Darstellung des psychodynamischen Kuraspektes der in Gruppensitzungen durchgeführten Apomorphinbehandlung, da sie der Emetin-Methode im allgemeinen vorgezogen wird. Über ihren Wirkungsmechanismus sind die Meinungen heute immer noch geteilt. Allerdings sind kritische Analysen desselben erst selten durchgeführt worden.

Zunächst seien die folgenden Tatbestände festgehalten: 1. Es ist möglich, mit der Konditionierungstechnik einen sogenannten bedingten Ekel- und Brechreflex zu erzeugen. 2. Außer der emetischen Wirkung besitzt Apomorphin einen, in der Kur ebenfalls zur Geltung kommenden sedativen, spannungs- und angstlindernden, gelegentlich sogar narkotisierenden Effekt. 3. Festzuhalten ist auch, wie sehr die strapaziöse Gruppenbehandlungssituation die Kranken seelisch zu erschüttern und aufzuschließen vermag.

Untersuchen wir nun die therapeutische Rolle der kurbedingten Abscheureaktionen gegen *Alcoholica*, so müssen wir feststellen, daß nur ein kleiner Teil derselben auf einem eigentlichen bedingten Reflex im Sinne *Pawlows* beruht. Ein solcher liegt, wie *Wolff* (9) mit Recht betont hat, nämlich nur dann vor, wenn durch die Wahrnehmung «alkoholisches Getränk» reflektorisch eine antiperistaltische Bewegung (Erbrechen) einsetzt oder sich anbahnt (Speichelfluß, Brechreiz, Ekelreaktion), wenn also mit andern Worten der im Organismus konstitutionell verankerte *physiologische* Reflexmechanismus des Ekels und des Erbrechens nicht mehr direkt durch ein Emeticum, sondern durch die dem *unbedingten* Apomorphin-Reiz substituierte und mit ihm assoziativ verbundene *bedingte* Reizgestalt «alkoholisches Getränk» ausgelöst wird.

Neben diesem körperlich begründeten, sogenannten bedingten Ekel- und Brechreflex haben wir es aber bei den Aversionskuren vor allem mit einer *bloßen Abneigung gegen Alcoholica*, einem Widerwillen vorwiegend psychischer Natur zu tun, der nicht so tief sitzt und daher auch willentlich überwunden werden kann.

Daß schließlich als mildeste Form der Abneigung auch noch eine *unlustbetonte Erinnerung* an die durchgemachte Kur mitspielt, bei der es sich um einen rein psychischen Vorgang handelt, der den aktuellen Alkoholgenuß gar nicht mehr zu beeinträchtigen braucht, sei nur der Vollständigkeit halber erwähnt.

Der bedingte Ekel- und Brechreflex ist nun aber für den Kurerfolg nicht unerläßlich, denn ein Teil der erfolgreichen Patienten war während ihrer Behandlung sogar brechresistent geblieben oder hatte keinen Ekelreflex, ja nicht einmal einen eigentlichen Widerwillen gegen *Alcoholica* entwickelt. Überdies pflegt dieser Reflex dort, wo er gesetzt worden war, bereits nach Tagen oder Wochen, spätestens nach etwa acht Monaten zu erlöschen. *Es kann ihm also nur eine bescheidene kurative Hilfsrolle zukommen*, und zwar als zusätzliche psychophysische Barriere gegen alkoholische Versuchungen in der schwierigsten ersten Zeit der Umstellung, bis sich der Kranke an die abstinente Lebensweise einigermaßen gewöhnt hat.

Der erwähnte zentralsedative und spannungslindernde Teileffekt des Apomorphin-Verfahrens ist therapeutisch nützlich, spielt aber im Rahmen der kurativen Gesamtwirkung nur eine untergeordnete Rolle.

Daß dem Apomorphin eine «spezifisch» entgiftende, stoffwechsellanierende und suchtdämpfende Wirkung zukommen könnte, wie sie seinerzeit von *de Morsier* und *Feldmann* (2) postuliert wurde, ist nicht genügend belegt. Man kann dem Apomorphin daher nicht einfach eine kausale Beeinflussung des Suchtmechanismus zuschreiben, den Kurerfolg lediglich durch die Annahme einer normalisierenden pharmakologischen Umstimmung gestörter Zwischenhirnfunktionen erklären und die Trunksucht im

wesentlichen nur als eine Stammhirnläsion auffassen. *De Morsier* und *Feldmann* sind denn auch in letzter Zeit von dieser zu einseitigen Interpretation wieder abgerückt.

Vielmehr muß als *entscheidend für den Kurerfolg der tiefgreifende seelisch-körperliche Umstimmungsprozeß* angesehen werden, an dem das psychische Erlebnis des strapaziösen Verfahrens als einschneidendes und aufwühlendes Geschehen maßgeblich beteiligt ist. Diese Umstimmung resultiert aus dem Zusammenwirken folgender Faktoren: Entfernung des Kranken aus seinem Arbeits- und Familienmilieu; Hospitalisierung; körperlich-seelische Erschütterung; Ekel- und Brechreflex und Abscheuerlebnis überhaupt; zentralsedative Wirkung; «Korpsgeist» und Zusammengehörigkeitsgefühl der Kranken in der Gruppensituation; pflegerische, fürsorgerische und psychotherapeutische Betreuung.

Nicht selten fördern die Drastik des Verfahrens und die in der Gruppe gemeinsam durchlittenen Strapazen in der affektiv leicht affizierbaren Trinkerpsyche *psychokathartische Abläufe*, beschleunigen die Aufgabe alkoholischer Alibis und den Zusammenbruch der Scheinwelt des Trinkers, erleichtern dadurch die Annahme des eigenen Versagens und leiten zuweilen regelrechte *Läuterungsprozesse* ein, die zum Ausgangspunkt neuer Lebenseinstellungen werden können.

Zweifellos wohnt dieser eingreifenden Behandlungsmethode auch ein gewisser *Strafaspekt* inne. Sie scheint sich daher gerade bei jenen Trinkern gut zu bewähren, die infolge besonders aggressiver oder auto-destruktiver Züge ihrer Trunksucht oder heftiger Schuldgefühle erhebliche unbewußte Selbstbestrafungstendenzen aufweisen, die in dieser Kur eine gewisse Absättigung erfahren können.

II. Die Psychodynamik der Verfahren zur Erzeugung einer Alkoholunverträglichkeit mittels Disulfiram oder Calcium-Carbimid-Citrat (CCC)

Der Zustand anhaltender Alkoholunverträglichkeit im Sinne einer Disposition zu qualitativ abnormen somatischen Alkoholreaktionen, in dem sich der mit Disulfiram oder CCC behandelte Trinker befindet, wird heute vielfach «künstlich erzeugte Alkoholintoleranz» genannt. Diese Bezeichnung ist aber nicht glücklich gewählt und hier daher nur «faute de mieux» verwendet. Denn in der Psychiatrie wird unter Alkoholintoleranz üblicherweise eine ganz andere Form von Unverträglichkeit verstanden, nämlich jene Resistenzunfähigkeit oder mangelhafte Trinkfestigkeit, bei der schon kleine Quantitäten Alkohol unverhältnismäßig starke Wirkungen entfalten, die sich aber qualitativ nicht von den normalen Alkoholreaktionen unterscheiden.

Auf die biochemische und klinische Wirkung der Alkoholunverträglichkeit erzeugenden Pharmaka wie auch auf die Methodik der Disulfiram- und CCC-Stützung sind wir andernorts (8) eingegangen. Hier beschränken wir uns auf die Erörterung einiger psychodynamischer Aspekte der Disulfiramstützung, da über die therapeutische Anwendung von CCC noch keine großen Erfahrungen vorliegen.

Die als sehr unangenehm empfundene Disulfiram-Alkohol-Reaktion entspricht einer «chemischen Barriere» oder – wie *Löffler* treffend bemerkt – einem «Katzenjammer vor dem Gelage», wodurch das Weitertrinken erschwert wird und ein Rückfall in neue

Alkoholexzesse verhindert werden kann, weshalb auch von «chemischer Internierung» gesprochen worden ist. Diese Formulierungen entwerfen brauchbare Bilder, auch wenn – wie gleich gezeigt wird – der äußerst komplexe Wirkungsmechanismus keineswegs auf so einfache Formeln gebracht werden kann.

Zunächst seien einige immer noch anzutreffende Mißverständnisse klargestellt. Disulfiram, das kein Heilmittel, sondern nur eine Behandlungshilfe darstellt, greift nicht kausal in den komplexen Entstehungsmechanismus der Alkoholkrankheit ein, es entgiftet nicht, ist es doch selbst toxisch, und es kann auch die Suchtgrundlagen nicht beeinflussen. Seine therapeutische Anwendung besteht nicht einfach im Aushändigen eines Disulfiramrezeptes an den Patienten, sondern im Einbau der kontrollierten Tablettenabgabe in ein umfassendes Betreuungssystem (Abb. 1).

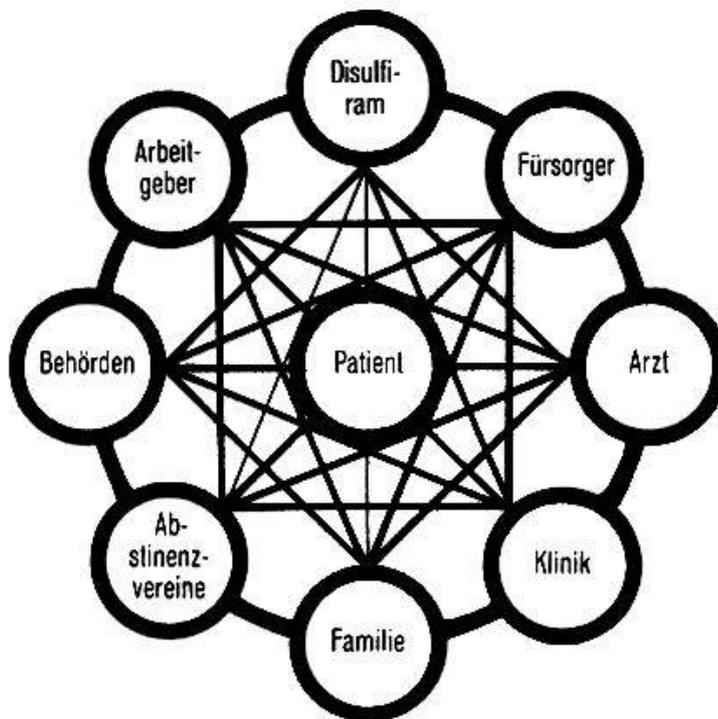


Abb. 1. Disulfiramstützung schematisch dargestellt: Die Tabletteneinnahme bildet nur eine der zahlreichen Hilfsmaßnahmen innerhalb des Gesamtbetreuungsplanes mit seinem komplexen psychodynamischen Kräftespiel zwischen den verschiedenen Betreuungspersonen und -instanzen (aus: *H. Solms, Die Behandlung des Alkoholismus, in «Psychiatrie der Gegenwart» Bd. II. Springer Verlag, Heidelberg 1960.*)

Außerdem darf die Disulfiramstützung nicht zu einem Aversionsverfahren modifiziert werden, etwa indem man versucht, durch wiederholte Disulfiram-Alkohol-Reaktionen einen bedingten Abscheureflex gegenüber alkoholischen Getränken zu erzeugen. Denn ein derartiges Vorgehen würde so hohe Dosierungen erfordern, daß lebensgefährliche Zwischenfälle zu befürchten wären.

Die der Disulfirammmethode innewohnenden psychologischen Mechanismen sind recht vielfältig. Infolge seiner künstlich geschaffenen Dis-

position zu abnormen somatischen Alkoholreaktionen kann der Trinker den Alkohol fortan nicht mehr als Mittel und Hilfe verwenden, dem Leben positivere Seiten abzugewinnen, eine – wenn auch nur illusionäre – Bewältigung von Konflikten, eine Beseitigung von Verstimmungen und Depressionen oder eine Linderung seiner Spannungen zu erreichen. Statt Genuß oder Erleichterung, statt Rausch oder Betäubung bereitet der Alkohol ihm nur noch Verdruß, Unwohlsein, öffentliche Blamage (roter Kopf als sichtbarer Beweis erneuten Versagens), eventuell sogar körperliche Schädigungen. Wo der behandlungswillige Alkoholranke früher nur auf seinen schwachen Willen, auf moralischen Halt und soziale Hilfen angewiesen war, wird ihm Disulfiram zu einer zusätzlichen, sogar substantiellen «Krücke», wobei ihm die regelmäßige Tabletteneinnahme leichter macht, die Abstinenzforderung einzuhalten. So erleben zahlreiche Alkoholpatienten die Disulfiramstützung durchaus *positiv und hilfreich, als Sicherung und Schutz vor erneuten Verführungen*.

Für wieder andere Trinker besitzt sie lediglich *utilitaristischen Wert*, weil sie nun endlich einen «guten Grund» haben, bei gesellschaftlichen Anlässen sich dem Trinkzwang durch den «ehrbaren» Hinweis darauf entziehen zu können, daß der Alkohol sie krank mache.

Zuweilen liegt der Haupteffekt der medikamentösen Behandlungshilfe lediglich in der *Angst vor der «Strafe», d. h. vor den unangenehmen Folgen der Disulfiram-Alkohol-Reaktion*, die bei ungenügender Abstinenzbereitschaft zum treibenden Enthaltensmotiv werden und auch dann noch prohibitiv wirken kann, wenn die Disulfiram-Erhaltungsdosis längst schon auf unerschwellige Quantitäten herabgesetzt worden war, so daß in solchen Fällen von einer *symbolischen Funktion der Tablettenstützung* gesprochen werden darf.

Vielfach vermag die Disulfirameinnahme aber auch *infantile Abhängigkeitsbedürfnisse zu befriedigen*, wobei das Medikament als sichtbares Symbol der Beziehung des Patienten zu seinem Kurator oder Arzt fungieren kann, die dann ein ausgesprochen mütterlich-nährendes, schützendes und haltgebendes Gepräge erhält. In Phantasien und Träumen erleben solche Kranke die Tablette gelegentlich wie *ausgestattet mit kraft- und heilungsspendenden, geradezu magischen Eigenschaften*. Hier wird die primär chemisch-physiologische Wirkung der Disulfiramtablette von einer *Symbolfunktion* gewissermaßen überlagert. Letztere kann gelegentlich sogar so ausgesprochen sein, daß es ausnahmsweise möglich wird, mit Placebotabletten weiterzubehandeln.

Übrigens fühlen sich zahlreiche Alkoholiker durch den ärztlichen Behandlungsrahmen der Disulfiramstützung von Schuldgefühlen teilweise entlastet, als *therapiewürdige Kranke* vor der Öffentlichkeit rehabilitiert

und unterziehen sich daher einer solchen Entwöhnungskur mit weniger Widerständen. Denn die Disulfiram-Methoden weisen in ihren Augen das medizinische Gepräge einer «Tablettenbehandlung» auf. *Im Grunde ist sie natürlich nur scheinbar eine somatische Therapie.* Wenn auch die künstlich erzeugte Disposition zu abnormen somatischen Alkoholreaktionen ihre unerläßliche Grundlage bildet, so liegt das Schwergewicht dieses Entwöhnungsverfahrens doch auf den vielfältigen psychologischen Mechanismen, auf der teilweise symbolischen Funktion der Medikation, auf der durch die regelmäßige Tablettenabgabe an den Kranken «erzwungenen» eingehenden Kontrolle und seelischen Betreuung; kurz auf den mannigfaltigen psychagogischen und psychotherapeutischen Beeinflussungsmöglichkeiten des Trinkers, für welche die medikamentöse Behandlungshilfe oft erst die Voraussetzungen und den äußeren Rahmen schafft. Was dann mit ihr erreicht werden kann, hängt nicht nur ab vom Patienten selbst, von der Schwere seines Alkoholismus, von seiner Einstellung und von seiner Lebenskonstellation, sondern auch weitgehend von der Intensität unseres therapeutischen Einsatzes.

Da eine beträchtliche Zahl von Alkoholikern, vor allem der europäischen Weinbaugebiete, ursprünglich nicht Konflikt-, sondern Genußtrinker waren und daher die Apomorphinkur-bedingte *geschmackliche Vergällung* des Alkoholgenusses einen sehr brauchbaren psychologischen Wirkungsmechanismus gerade bei ihnen entfaltet, ist es zu bedauern, daß die an sich so eindrucksvollen Herzkreislaufstörungen und Mißempfindungen der Disulfiram-Alkohol-Reaktion nur ausnahmsweise zu deutlichem Ekelgefühl und zu Erbrechen führen.

Wir machen daher die Anregung, eine Substanz zu entwickeln, nach deren Einnahme der Genuß kleiner Alkoholmengen bereits unüberwindliches Ekelgefühl und Erbrechen erzeugt. Dadurch würde nämlich der geschilderte komplexe psychodynamische Aspekt der Disulfiramkurwirkung eine willkommene therapeutische Intensivierung erfahren.

Für die Psychodynamik der Disulfiramstützung sind natürlich auch die *psychotoxischen, also exogen psychotischen Folgen einer Disulfiram-überdosierung oder -überempfindlichkeit* von Bedeutung. Doch begegnet man ihnen heute in der Praxis so selten, daß wir hier nicht näher auf sie einzugehen brauchen.

III. Generelles zur psychologischen Problematik des Alkoholentzuges und Alkoholersatzes

Es soll nun noch auf die psychologischen Konsequenzen eingegangen werden, die als unmittelbare Folgen des Alkoholentzuges angesprochen

werden müssen, gleichgültig, auf welchem Wege und mit welchen Hilfsmitteln die Totalabstinenz erreicht wurde. Diese Frage berührt vor allem die Psychodynamik der Disulfiramstützung, weil ja nur bei ihr die Gefahr besteht, daß die störende Konfliktproblematik des Trinkers durch eine vorschnell angebahnte, medikamentös erzwungene Enthaltbarkeit (durch die «chemische Zwangsjacke») zu brutal entlarvt und alsdann ohne Heilstätten- oder Klinikschutz nicht mehr bewältigt werden könnte.

Vor der «Disulfiram-Aera» gab es kaum Gelegenheit, das Verhalten eines Trunksüchtigen, der gleich nach dem Alkoholentzug «*extra muros*» unter Zwangsabstinenz stand, zu beobachten. Erst die Möglichkeit einer «chemischen Internierung» des Trinkers innerhalb seines angestammten Lebensmilieus ließ so recht erkennen, welche Bedeutung und Funktion dem Alkoholmißbrauch als einem illusionären Lösungsversuch seelischer Probleme besonders beim *Konflikttrinker* zukommt. Überall dort, wo die Daueralkoholisierung nicht gemeisterte Schwierigkeiten zu lindern schien und Konfliktspannungen abzuführen, zu dämpfen oder zu betäuben vermochte, stört der therapeutische Alkoholentzug den seelischen Energiehaushalt empfindlich, sofern nicht für einen geeigneten «Alkoholersatz» Sorge getragen wird.

Je nach der Persönlichkeitsstruktur und dem Charakter der vorherrschenden Konfliktproblematik ermöglicht die Alkoholwirkung nämlich die Abfuhr nicht bewältigter Affekte, die Freisetzung zurückgestauter aggressiver oder sexueller Regungen, die Neutralisierung masochistischer Selbstbestrafungsbedürfnisse, oder sie mildert eine zuweilen unerträgliche Strenge des Gewissens oder kommt abnorm starken Abhängigkeitswünschen dadurch entgegen, daß sie Regressionen auf die kindliche Stufe einer lustbetonten, weitgehend passiv gearteten Triebbefriedigung erlaubt und anderes mehr.

Da nun dem Disulfiram-gestützten Kranken die Möglichkeit prinzipiell genommen ist, im Alkohol Erleichterung zu finden, können zuweilen seelische Dekompensationen resultieren, die zuvor durch die Alkoholisierung noch aufgehalten worden waren. Solche «Verschlimmerungen» können sogar auch in jenen Fällen auftreten, in denen der Trinker von sich aus eine Entwöhnung gesucht hatte.

So versuchte ein intelligenter Steuerberater und Kaufmann eine Disulfirambehandlung durchzuführen, nachdem er durch sein rücksichtslos aggressives Geschäftsgebaren und durch unglückliche Umstände bankrott gemacht und seinen Kummer und seine gestauten aggressiven Affekte in schweren Alkoholexzessen betäubt hatte. Die Zwangsabstinenz der chemischen Internierung, die er anfänglich behandlungswillig und enthaltsamkeitsbereit von sich aus gesucht hatte, hielt er aber in der Folge nicht aus, weil er seine verhaltenen Ressentimentspannungen und schuldbeladenen, feindseligen Regungen nicht mehr zu meistern vermochte. Er trank daher – auch aus Selbstbestrafungs- und Suicidmotiven – derart gefährlich in die Antabustabletten hinein und wies

schließlich ein fast ans Psychotische grenzendes depressives Verhalten auf, daß die medikamentöse Stützung sistiert werden mußte. Erst als sich die Gelegenheit ergab, den fiskalisch erfahrenen Mann als Aushilfe auf dem Steueramt unterzubringen, wo er den Auftrag, Steuerhinterziehungen ausfindig zu machen, glänzend erledigte, gelang ihm eine gewisse Umwandlung und Absättigung seiner aggressiven Impulse in sozial positive Antriebe. Erst dann ertrug er die Disulfiramstützung, die nun ihren strafend-frustrierenden Charakter verloren hatte und dem Patienten zu einer Hilfe wurde.

Dieses Beispiel illustriert die Bedeutung eines in der Praxis häufig unterschätzten Behandlungsaspektes: wie sehr nämlich für das Gelingen einer Disulfiramkur die Berücksichtigung der psychodynamischen Konstellation wichtig ist. In jedem Fall muß herausgearbeitet werden, welche Austragungsmöglichkeiten für seine Konflikte dem Patienten nach dem Alkoholentzug in seinem Lebensmilieu noch verbleiben, welche neuen Wege die Behandlung ihm eröffnen kann und wie er sich demzufolge zur Medikation einstellen soll.

Schwierigkeiten, wie die in unserem Beispiel erwähnten, finden sich nicht selten bei ausgesprochen schizoid gearteten Charakterneurotikern mit schweren Kontaktstörungen, wie auch bei Trinkern mit verhaltenen aggressiven Affekten und Autoritätskonflikten, die an der Disulfiramstützung mehr den strafenden Aspekt erleben. Um so schlimmer für die Ehefrauen, wenn sie selbst ihren alkoholkranken Männern die Tabletten verabreichen. Ist daher in solchen kritischen Phasen psychotherapeutisch nicht schnell genug Linderung erreichbar, so kommt man zuweilen nicht darum herum, die medikamentös erzwungene Abstinenz vorübergehend aufzuheben und kleine Rückfälle, die eben ein Abreagieren ermöglichen, mit Nachsicht zu quittieren, will man nicht etwa Suicidversuche riskieren. Im übrigen entspricht die Apomorphinkur dem Naturell aggressiver Alkoholiker besser als die Disulfiramstützung.

Der physiologische Aspekt der sogenannten Alkoholentziehungserscheinungen überschreitet den Rahmen dieser Mitteilung und kann daher hier nicht erörtert werden.

IV. Welche Konsequenzen ergeben sich aus der Psychodynamik der medikamentösen Entwöhnungshilfen für die Behandlungsprognose des chronischen Alkoholismus?

Die Beurteilung der Erfolge therapeutischer Bemühungen bei Trinkern ist naturgemäß sehr schwierig. Auch verfügen wir derzeit noch nicht über die Resultate genauer Langstreckenkatamnesen. In den USA wird heute gern betont, daß die «Alcoholics Anonymous», die große Selbsthilfeorganisation Alkoholkranker, die besten Erfolge erzielt, doch fehlen statistische Belege. Bei kritischer Bewertung jener Entwöhnungsmethoden, über die heute statistische Ergebnisse zur Verfügung stehen, drängt

sich aber die Feststellung auf, daß im Grunde mit jedem Verfahren erfreuliche Besserungen erzielt werden können und daß die Behandlungsergebnisse der verschiedenen somatischen Therapiehilfen wie auch der nicht-medikamentösen sogenannten klassischen Entwöhnungskuren – trotz der Vielfalt der ihnen innewohnenden psychodynamischen Mechanismen – keine wesentlichen Unterschiede aufweisen (Tab. 2).

Tabelle 2

Ergebnisse verschiedener Entwöhnungsmethoden bei chronischem Alkoholismus im Vergleich zum «Spontanverlauf»

	Apomorphin		Disulfiram	Emetin Seattle (USA) ⁴		Heilstätte	«Spontanverlauf» bei Unbehandelten (Seattle) ⁶
	Münsingen ¹ (Schweiz)	Genf ²	Basel ³	nach 5 J.	nach 10 J.	Ellikon ⁵ (Schweiz)	
Abstinenz	25,3%	25,3%	14%	38%	23%	über 50%	1/3
Gebessert	26,8%	14,9%	49%	–	–	–	
	52,1%	40,2%	63%				
Mißerfolge	47,9%	59,8%	37%	–	–	–	2/3 unverändert
Qualität der ambulanten Fürsorge	gut	unge-nügend	sehr gut	sehr gut	sehr gut	gut	keine
Prognose des Krankengutes	äußerst ungünstig	sehr günstig	mäßig	sehr günstig	sehr günstig	sehr günstig	unausgewählt

¹ 194 Patienten 4 1/2 Jahre lang beobachtet

² 174 Patienten 2–7 Jahre lang beobachtet

³ 224 Patienten; Längsschnittergebnis nach 2–5jähr. medikamentöser Stützung

⁴ 4000 Patienten

⁵ 720 Patienten; Resultat nach 2–20 Jahren

⁶ 500 Alkoholiker (post mortem beurteilte Lebensläufe)

Tab. 2 gibt eine Zusammenfassung der Kurresultate von *Yasargil* (10) aus der *M. Müllerschen* Klinik in Münsingen und von *de Morsier* und *Gauthier* (5) in Genf für Apomorphin, von *Zuber* (11) aus der *Staehelin-schen* Klinik in Basel für Disulfiram, von *Lemere* und *Voegtlin* (4) in Seattle (USA) für Emetin und von *Egli* (1) in Ellikon für die klassische Heilstättenjahreskur. Auf die Problematik solcher Erfolgsstatistiken und der Versuche einer Erfassung des «Spontanverlaufs» der Trunksucht (3) sind wir andernorts näher eingegangen (8).

Wenn soeben darauf hingewiesen wurde, daß sich die verschiedenen therapeutischen Wege in ihren Besserungs- und Mißerfolgsquoten statistisch nicht wesentlich voneinander unterscheiden, so dürfen doch gewisse charakteristische Differenzen nicht außer acht gelassen werden.

Sie betreffen einmal die Qualität der Erfolge, zum andern aber auch die Art und Weise, wie sie erzielt wurden, nämlich den Aufwand an Zeit, an Geld und an menschlichem Einsatz. Im Rahmen dieser Mitteilung müssen wir es uns aber versagen, näher darauf einzugehen.

Vor allem hängen die Erfolge von der qualitativen Zusammensetzung des Krankengutes ab, also vom Schweregrad und von der beruflichen, sozialen und familiären Konstellation vor und während der Betreuung, aber auch vom Grad des therapeutischen Einsatzes und nicht zuletzt vom Zeitpunkt des Behandlungsbeginns. Wenn der Kranke nämlich *behandlungsreif* geworden ist, hilft fast alles. Es kommt dann vor allem darauf an, daß überhaupt etwas für ihn getan wird.

Von einer spezifischen somatischen Wirkung der medikamentösen Behandlungshilfen kann daher keine Rede sein. Gemäß dem heutigen Stand der therapeutischen Möglichkeiten bei chronischem Alkoholismus *besteht die entscheidende kurative Einwirkung der medikamentösen Hilfsverfahren ausschließlich darin, auf je verschiedenen Wegen günstige Bedingungen zu schaffen, die eine Mobilisierung aller der Gesundheit dienlichen positiven Kräfte im Alkoholkranken selbst und in seinem Lebensmilieu erlauben.*

Zusammenfassung

Die bei der Behandlung des chronischen Alkoholismus verwendeten medikamentösen Entwöhnungshilfen (Aversionskuren mit Apomorphin oder Emetin und Erzeugung von Alkoholunverträglichkeit mit Disulfiram oder Calcium-Carbimid-Citrat) entfalten keine spezifische kausale Wirkung. Ihr kurativer Effekt besteht lediglich darin, auf je verschiedenen Wegen günstige Bedingungen zu schaffen, die eine Mobilisierung aller der Gesundheit dienlichen positiven Kräfte im Alkoholkranken selbst und in seinem Milieu erlauben. Im übrigen ergibt eine kritische Bewertung verschiedener Therapieverfahren, daß sich mit allen annähernd gleich gute Resultate erzielen lassen. Die Erfolge hängen eben vor allem ab vom Schweregrad, von der sozialen und psychologischen Konstellation, von der Intensität des fürsorgerischen und psychotherapeutischen Einsatzes und vom Zeitpunkt des Behandlungsbeginns. Für die therapeutische Wirkung der somatischen Hilfsverfahren erweist sich die diesen Kuren innewohnende Psychodynamik, auf die näher eingegangen wird, weil sie in ihrer Bedeutung vielfach unterschätzt wurde, als entscheidend.

Résumé

Les moyens auxiliaires médicamenteux dans le traitement de l'alcoolisme chronique, tels que cure d'aversion avec l'apomorphine ou l'émé-

tine, ou développement de l'intolérance pour l'alcool à l'aide de disulfirame ou de calcium-carbimide-citrate, n'ont aucune action causale spécifique. Leur effet curatif ne consiste qu'à établir – par des voies différentes – des conditions favorables, permettant de mobiliser tous les facteurs positifs capables de stabiliser le malade et d'assainir son milieu. Un examen critique des différents procédés thérapeutiques montre d'ailleurs que tous donnent à peu près les mêmes résultats favorables. Car les succès de toutes ces thérapeutiques dépendent avant tout du degré de gravité de l'alcoolisme, de la constellation des facteurs sociaux et psychologiques, de l'intensité de l'activité de l'assistance sociale et de la psychothérapie, et enfin du moment où le traitement a été entrepris. L'effet thérapeutique des adjuvants médicamenteux dépend d'une façon décisive de l'action psychodynamique liée à ces cures. Dans ce travail, celle-ci a été traitée plus en détail, car son importance est souvent méconnue.

Riassunto

I metodi ausiliari medicamentosi di disassuefazione usati nella cura dell'alcoolismo cronico (cure di avversione con apomorfina od emetina, provocazione di uno stato di intolleranza all'alcool con Disulfiram o citrato calcico-carbimidico) non esplicano alcuna azione causale specifica. Il loro effetto terapeutico consiste unicamente nel creare, con diverse modalità, condizioni favorevoli alla mobilitazione, nel malato alcoolizzato stesso e nel suo ambiente, di tutte le energie positive operanti al servizio della guarigione. Per il resto, risulta da uno studio critico dei diversi procedimenti che i risultati ottenuti sono approssimativamente gli stessi qualunque sia il metodo usato. I successi dipendono soprattutto dalla gravità del caso, dalla situazione sociale e psicologica, dall'intensità dell'impegno spiegato dal punto di vista sociale e psicoterapeutico e dal momento in cui la cura ha inizio. L'elemento psicodinamico insito nei procedimenti ausiliari somatici, troppo spesso sottovalutato in passato e per questo esaminato più da vicino dall'autore, è decisivo per il successo terapeutico dei metodi stessi.

Summary

The adjuvant drug treatment procedures of chronic alcoholism (aversion cures with apomorphine or emetin, and producing intolerance to alcohol with disulfiram or calcium carbimide citrate) have no specific causal action. Their curative effect is produced only by creating favorable conditions in various ways, to allow a mobilisation of all the forces of the patient himself and of his milieu, which can

contribute towards his cure. A critical appraisal of the different therapeutic methods shows that almost all give nearly similar good results. The success depends primarily on the degree of severity of the case, on the social and psychological constellation, on the intensity of the psychotherapeutic attack and on the time factor in the start of treatment. For the therapeutic action of the adjuvant drug treatment measures, it is shown in these cures that it is the psychodynamic contained therein which is the determining factor; this is discussed more fully because it is usually underestimated.

1. Egli, J.: Bericht über die Kurerfolge der Trinkerheilstätte Ellikon an der Thur von 1928 bis 1947. Winterthur 1950.
2. Feldmann, H.: Contribution à la thérapeutique biologique de l'alcoolisme chronique. Le traitement par l'apomorphine. L'Expans. Scient. Franç., Paris 1950.
3. Lemere, F.: What happens to alcoholics? Amer. J. Psychiat. **109**, 674 (1953).
4. Lemere, F., and Voegelin, W. L.: An evaluation of the aversion treatment of alcoholism. Quart. J. Stud. Alcohol. **2**, 199 (1950).
5. Morsier, G. de, et Gauthier, G.: La cure de dégoût dans le traitement de l'alcoolisme. In: Journées thérapeutiques de Paris. G. Doin, Paris 1958.
6. *Das Problem des Alkoholismus*. Bericht des Unterausschusses für Alkoholismus im Fachausschuß für geistige Gesundheit und des Fachausschusses für Alkohol der Weltgesundheitsorganisation. Übersetzt von H. Meyer. G. Thieme, Stuttgart 1956.
7. Schweingruber, R.: Zur Methodik der medikamentösen Alkoholentwöhnungskuren. Beih. 23 zur «Alkoholfrage in der Schweiz», hrsg. von St. Zuruzoglu. Benno Schwabe & Co., Basel 1955.
8. Solms, H.: Die Behandlung der akuten Alkoholvergiftung und der akuten und chronischen Formen des Alkoholismus. In: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. II. Springer Verlag, Heidelberg 1960.
9. Wolff, K.: Antabus bei anstaltsinternierten Trinkern. Diss. Basel 1952.
10. Yasargil, G.: Erfahrungen über die Behandlung des chronischen Alkoholismus mit den Methoden des sogenannten «bedingten Reflexes». Beih. 23 zur «Alkoholfrage in der Schweiz», hrsg. von St. Zuruzoglu. Benno Schwabe & Co., Basel 1952.
11. Zuber, H.: Entstehungsbedingungen des chronischen Alkoholismus und Behandlungsergebnisse der Disulfiramkur. Beih. zur «Alkoholfrage in der Schweiz», hrsg. von St. Zuruzoglu. Benno Schwabe & Co., Basel (im Druck).