

Konzeptionelle Thesen zur Alkoholismustherapie

Autor(en): **Meyer, Thomas**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **28 (2002)**

Heft [1]

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-800760>

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.

Konzeptionelle Thesen zur Alkoholismustherapie

Die Alkoholismusbehandlung ist rasanten gesamtgesellschaftlichen und wissenschaftlichen Entwicklungen ausgesetzt. Damit unter diesen Bedingungen qualitativ hochwertige Arbeit geleistet werden kann, müssen mehrere Bedingungen erfüllt sein, die heute bei weitem noch nicht überall als selbstverständlich angesehen werden.

THOMAS MEYER*

Um eine Vorstellung davon entwickeln zu können, wie eine qualitativ hochstehende Alkoholismusbehandlung in Zukunft aussehen sollte, wird zuerst ein Blick auf die historische Entwicklung dieses Fachbereichs geworfen. Dann wird es darum gehen, den aktuellen Wissensstand zusammenzufassen, und schliesslich sollen einige Thesen formuliert werden, welche Wegweiser für die künftige Entwicklung dienen könnten.

Mitmenschliche Fürsorge

Die Behandlungsgeschichte der Alkoholabhängigkeit in den letzten 100 Jahren war in ausserordentlichem Masse geprägt von gesellschaftlichen Haltun-

gen gegenüber Abhängigkeitserkrankungen. Bis weit in die 60er-Jahre des 20. Jahrhunderts waren die Behandlungsansätze geprägt vom Blauen Kreuz. Im stationären Bereich bedeutete das, dass in einer von christlichen Haltungen getragenen, tätigen Gemeinschaft der Weg zur moralisch-religiösen Gesundung gefunden werden sollte. Die sogenannte «Jahreskur» galt damals als Norm. Im ambulanten Bereich stand der Fürsorgecharakter der Betreuung im Vordergrund. Dem Fürsorgeprinzip lag die Annahme eines sozialen, desintegrativen Versagens zu Grunde.

In dieser sozialen Komponente bestand denn auch eine der grössten Stärken dieser Alkoholismuskonzeption, die Ende des 19. Jahrhunderts ihren Anfang genommen hatte und als Reaktion auf die «Schnapsseuche» breiter verarmter Bevölkerungsschichten zu verstehen war. Dass die Alkoholabhängigkeit grundsätzlich einer Behandlung zugänglich war, war in der damaligen Zeit im übrigen eine noch wenig verbreitete Annahme.

Psychotherapeutische Reform

In den 60er- und 70er-Jahren des letzten Jahrhunderts kam es gewissermas-

sen zu einer Säkularisierung der Alkoholismusbehandlung und damit zu einer Professionalisierung. Im stationären Bereich wurden Hausväter durch PsychologInnen und SozialarbeiterInnen abgelöst; im ambulanten Bereich lösten diese die früher zuständigen FürsorgerInnen ab. Psychotherapeutische Angebote wurde eingeführt und rasch ausgebaut, und die Arbeitstherapie verlor ihren früheren zentralen Stellenwert.

Diese psychotherapeutische Reform der Alkoholismusbehandlung in den 70er-Jahren beruhte im Wesentlichen auf zwei Entwicklungen:

■ Zum einen machte die Alkoholismuskonzeption als charakterliches Versagen und als religiös-soziale Desintegration einer zunehmend individualisierten Sichtweise Platz. Alkoholabhängigkeit wurde nunmehr eher als Ausdruck einer entwicklungspsychologischen Störung und – als deren Folge – einer strukturellen psychischen Defizienz interpretiert. In dieser Konzeption galt das Primat der Psychogenie der Alkoholabhängigkeit, die im übrigen praktisch einhellig als Ausdruck einer frühen, basalen Störung verstanden wurde.

■ Zum andern kam es im Zuge des politischen Aufbruchs der 68er zu einer

Zu dieser Nummer

Die Forel Klinik ist eine der bedeutendsten und grössten Einrichtungen für die stationäre Behandlung von Alkoholismus in der Deutschschweiz. In dieser Nummer gibt das Team der Forel Klinik unter der Leitung von Chefarzt Thomas Meyer einen Überblick über alle Facetten einer zeitgemässen, interdisziplinären Alkoholismusbehandlung.

Die **Illustrationen** in dieser Nummer basieren auf Malarbeiten, die von PatientInnen der Forel Klinik im Rahmen der Gestaltungstherapie in den Bereichen «begleitetes Malen», «themenorientiertes Arbeiten» und «freies Atelier» geschaffen und dann fotografiert wurden.

Das **Glossar auf Seite 55** soll Nichtfachleute dabei unterstützen, auch die schwierigeren Texte in diesem Heft ohne grössere Schwierigkeiten zu lesen.

forel klinik

* Dr. med. Thomas Meyer, Direktor und Chefarzt der Forel Klinik, 8548 Ellikon, Tel. 052 369 11 11, E-Mail t.meyer.fk@bluewin.ch



ganz Europa erfassenden Psychiatriereform, in deren Rahmen kustodiale Institutionsstrukturen als veraltet radikal aufgebrochen wurden. Vor diesem Hintergrund wurde das Hausvater- und Fürsorgerkonzept als überholt abgeschafft – teilweise wurden die Institutionen gar basisdemokratisch oder mit Kollektivleitungen geführt.

Der psychotherapeutischen Reform der Alkoholismusbehandlung kommen verschiedene Verdienste zu. So kam es zu einer individuelleren Interpretation der Alkoholabhängigkeit und damit zu Behandlungsansätzen, die sich an der persönlichen Lebensgeschichte und der eigenen psychischen Dynamik orientierten, woraus ein grundsätzlich icht-syntoner Therapieansatz resultierte. In direktem Zusammenhang damit stand – zumindest im stationären Bereich – die Abwendung vom Prinzip der «Jahreskuren» zugunsten kürzerer Behandlungsdauern. Im weiteren fand eine Öffnung hin zur Interdisziplinarität statt, indem in den meisten Institutionen erweiterte therapeutische Angebote wie Sport-, Bewegungs-, Gestaltungs- oder Musiktherapie etabliert wurden.

Die Professionalisierung der Alkoholismustherapie bewirkte aber auch die Auflösung der zuvor sehr starken religiös-wertenden Ausrichtung der meisten Behandlungseinrichtungen.

Die Schattenseiten des Aufbruchs

Interessanterweise führte die Abwendung von paternalistischen und kustodialen Prinzipien gerade im institutionellen Suchtbereich zur Etablierung neuer Machtstrukturen:

- Konfrontatives Vorgehen wurde oft zum obersten Therapieprinzip erhoben, ohne zu berücksichtigen, dass damit viele PatientInnen überfordert waren.
- Gruppendynamische Macht wurde in therapeutischen Grossgruppen (Games) gegenüber Einzelnen oft furchteinflössend eingesetzt, was letztlich nur zu innerinstitutioneller Anpassung der KlientInnen führte.
- Starre Phasen- oder Stufenkonzepte beinhalteten ebenfalls Machtaspekte; jedenfalls waren sie häufig wenig prozessorientiert.

- Fixierte Therapiedauern wurden ohne Berücksichtigung der individuellen Situation weiter aufrecht erhalten. Fragen oder Diskussionen von PatientInnen zum Thema Therapiedauer wurden grundsätzlich als Widerstandsphänomen interpretiert.
- Auf Rückfälle reagierten die Institutionen mit standardisierten Massnahmen, die weitgehend sanktionierenden Charakter hatten, wie Besuchs- oder Urlaubssperre und bei Wiederholung Ausschluss aus der Therapie. Viele Institutionen verfügten zudem befristete Wiederaufnahmesperren nach einem Ausschluss wegen Rückfälligkeit.

Medizinalisierung oder der Beginn einer integrativen Therapie?

In den letzten 30 Jahren ist es nun zu Entwicklungen gekommen, die eine Neuausrichtung der Alkoholismustherapie erfordern – eine Neuausrichtung, die allerdings in vielen Institutionen schon in Umsetzung begriffen ist. Einige dieser Entwicklungen seien im folgenden genannt:



■ Die Psychotherapieforschung untersucht systematisch Einflussfaktoren auf eine erfolgreiche Therapie. Diese Einflussfaktoren können therapeutInnen-, patientInnen- oder institutionsgebunden sein. Die derzeitigen Resultate legen im therapeutischen Vorgehen eine indikationsgeleitete Methodenvielfalt¹ nahe und relativieren damit das Primat einzelner Psychotherapieschulen.

■ Pragmatische kurztherapeutische Interventionen mit oft (Ich-)stützendem Charakter gewinnen zunehmend an Bedeutung. Immer häufiger wird die vorrangige Bedeutung² der Verhaltensmodifikation gegenüber so genannten strukturellen Veränderungen betont.

■ Die Notwendigkeit frauenspezifischer Interventionen im Suchtbereich bleibt unbestritten. Dagegen zeichnet sich in der Literatur eine Abwendung von dezidiert feministischen Positionen ab zugunsten einer grösseren Beachtung sozialpsychologischer Grundkenntnisse und struktureller (institutioneller) Rahmenbedingungen³.

■ Der Bedeutung sozialer Rahmenbedingungen für den Therapieverlauf

wird vermehrt Beachtung geschenkt. Sehr deutlich wurde das im Rahmen der wirtschaftlichen Rezession in den 90er-Jahren, als AlkoholpatientInnen von der Arbeitslosigkeit weit stärker betroffen waren als die Durchschnittsbevölkerung⁴. Katamnestiche Untersuchungen zeigen deutlich, dass die Therapieerfolge beispielsweise sehr deutlich von der Art und dem Ausmass der beruflichen Integration, aber auch von anderen sozialen Faktoren abhängig sind⁵.

■ Das soziale Funktionsniveau wird zunehmend als indikativ für den zu wählenden Therapieansatz (tiefenpsychologisch/stützend/beratend/sozialpsychiatrisch) bezeichnet².

■ Katamnestiche Untersuchungen deuten auf eine Diskrepanz zwischen erreichter Abstinenz und psychosozialer Stabilisierung hin, d.h. dass trotz hoher Rückfälligkeitsraten eine eindruckliche Verbesserung der psychosozialen Befindlichkeit erreicht werden kann⁶. Rückfälligkeit wird begrifflich zunehmend differenziert⁷ und der Stellenwert des kontrollierten Trinkens muss neu definiert werden. In diesem

Zusammenhang ist auch eine kritische Auseinandersetzung mit Trainingsprogrammen zum kontrollierten Trinken notwendig^{7,8}.

■ Die Doppeldiagnostikthematik ist ins Zentrum wissenschaftlicher Untersuchungen gerückt. An der Häufigkeit und der Problematik von DoppeldiagnosepatientInnen hat sich nichts Grundsätzliches geändert, doch wird heute ein gezielterer Umgang mit dieser PatientInnengruppe gefordert. In diesem Zusammenhang werden insbesondere der gezieltere Einsatz psychopharmakologischer und sozialpsychiatrischer Mittel gefordert^{9,10}.

■ Die Doppelabhängigkeit (Alkohol/Nikotin, Alkohol/Benzodiazepine, Alkohol/Kokain) muss vor dem Hintergrund von Vulnerabilitätskonzepten und prognostischer Überlegungen neu reflektiert werden.

■ Die Transmitterforschung hat neue Erkenntnisse zum Suchtverständnis geliefert und den Weg zur Entwicklung von Anticravingsubstanzen eröffnet. Deren Stellenwert in der klinischen Praxis wird den kommenden Jahren allerdings noch zu klären sein.

■ Zwillings- und Adoptionsstudien haben Beiträge zur Frage der genetischen Disposition für Alkoholismus geliefert¹¹, wodurch die rein psychogenetische Interpretation der Alkoholabhängigkeit relativiert wird.

■ Arbeiten zum Thema des Zusammenhangs zwischen Hemisphärenorganisation und Alkoholismus eröffnen Perspektiven zu einem Vulnerabilitätsmodell des Alkoholismus, in das u.a. genetische und perinatale Risikofaktoren einbezogen werden können¹².

■ Der vermehrte Einsatz neuropsychologischer Diagnostik im Alkoholismusbereich hat zu einer funktionaleren Betrachtungsweise zerebraler Störungen geführt und damit zu einer Relativierung des Organizitätsverständnisses alkoholismusbedingter Hirnstörungen.

■ Die Markerforschung (State-, Trait- und Assoziationsmarker) eröffnet lau-

rend neue Erkenntnisse in das Bedingungsgefüge des Alkoholismus.

Alkoholismustherapie im 21. Jahrhundert

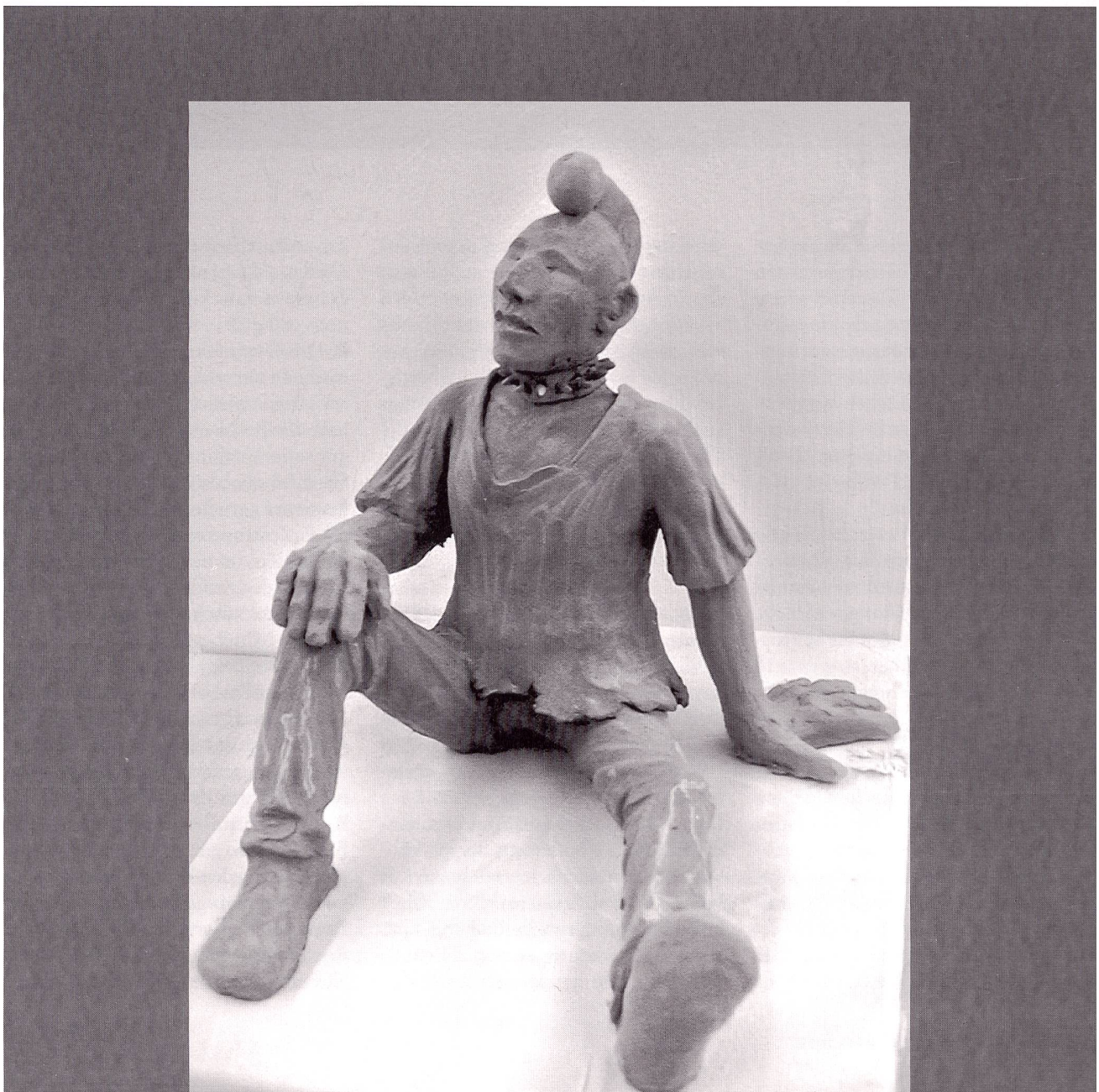
Im folgenden soll versucht werden, aufgrund des heutigen Wissensstandes Thesen zu bilden, die durch Institutionen, die in der Alkoholismustherapie tätig sind, in deren Therapie- und Betriebskonzepten berücksichtigt werden sollten¹³.

These 1: Ein mehrdimensionaler Ansatz ist unabdingbar

Alkoholismustherapie soll trifokal ausgerichtet sein, d.h. dass folgende Dimensionen gleichzeitig und gleichwertig wahrgenommen und behandelt sein sollen:

- **Behandlung der Alkoholabhängigkeit:** Neben individuellen Bedingungen zeigt Alkoholabhängigkeit auch spezifische Eigenheiten und eine Tendenz zur Verselbständigung.
- **Psychotherapie:** Die Persönlichkeitsentwicklung und die aktuelle psychische Befindlichkeit der PatientInnen werden auf dem Hintergrund einer persönlichen, einzigartigen Lebensgeschichte verstanden, die neben Schwierigkeiten auch Ressourcen hervorgebracht hat.
- **Gesellschaftliche Dimension:** Alkoholabhängige Menschen sind in ihrer Persönlichkeit häufig geprägt und ihr Lebensweg ist gezeichnet von individuellen und sozialen Auswirkungen ihrer gesellschaftlichen Rolle und Herkunft.

Mit dieser These wird versucht, der Frage zu begegnen, was denn eigent-



lich «Suchttherapie» oder «Alkoholismustherapie» sei oder sein könnte. Nach unserer Ansicht gibt es keine spezifische Alkoholismus- oder Suchttherapie. Dagegen begegnet man bei der Behandlung alkoholabhängiger Menschen immer wieder Problemstellungen in den genannten drei Dimensionen.

Der Anspruch, diese drei Dimensionen gleichzeitig und gleichwertig wahrzunehmen, ist ausserordentlich hoch, impliziert er doch Expertenwissen in den drei Bereichen. Trotzdem muss dieser Anspruch, wenn nicht von einzelnen MitarbeiterInnen, so mindestens von den mit Alkoholismustherapie beauftragten Institutionen erfüllt sein. Dies wiederum muss bei der Gestaltung der Stellenpläne, respektive bei den Anforderungsprofilen von einzelnen Stellen berücksichtigt werden. (Auf die spezifischen Aspekte des Alkoholismus, die therapeutisch zu berücksichtigen sind, soll weiter unten noch eingegangen werden werden.)

Die psychotherapeutische Dimension

Bezüglich der psychotherapeutischen Dimension ist der Ansicht dezidiert zu widersprechen, wonach es sich bei der Alkoholabhängigkeit um eine so genannte frühe Störung handelt. Gegen ein derartiges Postulat sprechen schon allein die klinischen Erfahrungen, im weiteren aber auch die heutigen Kenntnisse über die Multikausalität der Alkoholabhängigkeit. Ebenso verfehlt sind die heute noch immer verbreitet zu findenden, pauschalisierenden, oft sogar entwertenden Aussagen, wie «Alkoholiker neigen zu Realitätsverleugnungen, Vertuschungen, sofortiger Triebbefriedigung, etc.» oder «bei Alkoholikern ist konfrontatives Vorgehen angesagt, muss die rigide Abwehr gebrochen werden, etc.». Derartige Pauschalisierungen beruhen meist auf einer ungenügenden psychodynamischen Diagnostik, einer mangelnden Kenntnis der beiden anderen Dimensionen der Alkoholismustherapie und nicht zuletzt – leider – einem noch immer zu findenden Lasterkonzept des Alkoholismus.

Die soziale Dimension

In Bezug auf die gesellschaftliche Dimension der Alkoholabhängigkeit er-

staunt die mangelnde Beachtung in der Therapie immer wieder. Illustriert sei dies am Thema der Erwerbstätigkeit/Arbeitslosigkeit, die ein sehr zentrales prognostisches Kriterium darstellt und trotzdem kaum je einen zentralen Platz in der Behandlungsplanung findet. Ein weiteres, völlig anders geartetes Beispiel ist der Frauenalkoholismus, in dessen Entstehung die gesellschaftliche Rolle der Frau und deren sozialpsychologische Auswirkung ein vorrangige Rolle spielt.

These 2: Alkoholismustherapie beruht auf einem bio-psycho-sozialen Ansatz

Das heisst, dass biologische, psychische und soziale Entstehungsbedingungen und Prägungsfaktoren gleichwertig und gleichzeitig in einen integrativen Behandlungsplan miteinbezogen werden. Dabei kommen je nach Problemstellung verschiedene Methoden zum Einsatz (Methodenvielfalt).

In dieser These wird allen monokausalen Erklärungs- und Behandlungsmodellen eine klare Absage erteilt. Bei oberflächlicher Betrachtung erscheint das als eine Selbstverständlichkeit. Dem ist aber bei weitem nicht so. So sind beispielsweise in vielen Fachinstitutionen noch keine medizinisch-psychiatrischen Angebote integriert. Diese These impliziert auch ein Konzept zur interdisziplinären Zusammenarbeit, das mehr ist als ein einfaches Zuweisungssystem für Notfälle.

Die Leitungsverantwortlichen von Fachinstitutionen müssen dafür besorgt sein, dass geeignete Fachleute zur Bearbeitung der medizinischen, psychischen und sozialen Problematik vorhanden sind, dass in den Institutionen eine entsprechende Fortbildung angeboten wird und nicht zuletzt: dass in der Supervision diese Dimensionen in geeigneter Weise berücksichtigt werden.

These 3: Alkoholismustherapie orientiert sich an den persönlichen Möglichkeiten, Zielsetzungen, aber auch Entwicklungsbeschränkungen der PatientInnen

Daraus ergibt sich – zumindest im stationären Bereich – angesichts zeitlich beschränkter Behandlungsdauern ein zielorientierter Behandlungsansatz. In dieser These ist ein wohl allgemeingül-

tiges Therapieprinzip formuliert, nämlich dasjenige der Ressourcen- und PatientInnenorientierung. Trotz der vordergründigen Selbstverständlichkeit soll auf diese Forderung eingegangen werden, da ihre praktische Umsetzung mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden ist. Aus der Ambivalenz vieler PatientInnen gegenüber dem eigenen Alkoholkonsum ergeben sich nämlich oft Zielsetzungen, die als unrealistisch, unerfüllbar oder unsinnig eingeordnet werden müssen (z.B. Wunsch nach kontrolliertem Trinken bei PatientInnen mit Leberzirrhose und Führerausweiszug). Die Forderung nach der Orientierung an den persönlichen Zielsetzungen der PatientInnen soll nicht bedeuten, dass TherapeutInnen sich unbesehen mit ihnen identifizieren. Dagegen ist eine therapeutische Auseinandersetzung mit den Zielsetzungen der PatientInnen gefordert, aufgrund derer erst ein Behandlungsbündnis zustande kommen kann.

Therapeutische Zielorientierung

Mit der Forderung nach angemessener Berücksichtigung der persönlichen Möglichkeiten und auch Entwicklungsbeschränkungen der PatientInnen soll der nach wie vor weitverbreiteten Ansicht, Alkoholismustherapie habe in erster Linie konfrontativ und abwehrbrechend zu sein, begegnet werden. Im weiteren zeigt es sich u.a. auch im Rahmen neuropsychologischer Abklärungen immer deutlicher, dass viele PatientInnen auf Grund kognitiver Einbussen durch die Therapieangebote oft überfordert sind.

Die therapeutische Zielorientierung ist vor allem im stationären Bereich notwendig. Wenn PatientInnen im Rahmen einer mehrmonatigen Therapie 15 bis 30 Einzeltherapiestunden erhalten, ermöglicht dieser Zeitrahmen nichts Anderes als eine Kurztherapie (je nach theoretischem Ansatz auch Fokalthherapie, Problemorientierte Therapie, Lösungsorientierte Therapie, dynamische Kurzzeittherapie u.a.m.). Das Unterlassen einer Zieldefinition überfordert und enttäuscht in der Regel sowohl TherapeutInnen als auch PatientInnen. Mit Alkoholismustherapie beauftragte Institutionen, aber auch einzelne MitarbeiterInnen haben sich deshalb intensiv mit der Theorie und der Praxis von Kurztherapien auseinanderzusetzen.



These 4: Die Verbesserung der Gesamtbefindlichkeit ist zentral

Alkoholismusbehandlung zielt auf eine verbesserte Lebensbewältigung, verbesserte seelische und körperliche Befindlichkeit sowie soziale Integration ab. Süchtiges (Konsum-)Verhalten wird als Behinderung dieser Zielsetzung verstanden.

Diese These rückt die Verbesserung der Gesamtbefindlichkeit ins Zentrum der Behandlung. Süchtiges Verhalten wird in Funktion dieses übergeordneten Behandlungsziels interpretiert. Je nach individueller Sachlage (Stadium der Alkoholabhängigkeit, Folgeschäden, etc.) kann daraus eine Abstinenzforderung resultieren. In der Regel sind diese Voraussetzungen bei stationär behandelten Alkoholabhängigen erfüllt.

These 5: Alkoholismus wird als Krankheit verstanden

Alkoholismusbehandlung beruht auf einem Krankheitskonzept und orientiert sich an den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, ist konfessionell unabhängig und distanziert sich von wertenden Ideologien.

Diese These mit dem Postulat des Krankheitskonzeptes dürfte am meisten für rote Köpfe sorgen. Dies hat möglicherweise mit der Geschichte der Alkoholismusbehandlung in der Schweiz, aber sicher auch mit standespolitischen Gründen zu tun. Befürchtet wird insbesondere eine Medizinalisierung der Alkoholismusbehandlung. Es wird auch das Argument vorgebracht, die Anwendung des Krankheitskonzeptes führe zu einer Stigmatisierung der Betroffenen, und auch der Begriff «PatientIn» sei deshalb zu vermeiden.

Nach unserer Ansicht handelt es sich jedoch bei der Alkoholabhängigkeit explizit um eine bio-psycho-soziale Krankheit mit chronisch-rezidivierendem Verlauf. U.a. folgende Überlegungen und Fakten sprechen für diese Annahme:

- Es liegen hinreichend Daten vor, die eine genetische Komponente für eine Disposition zur Erkrankung an Alkoholismus belegen.
- Es bestehen vielerlei Hinweise darauf, dass perinatale Schädigungen zu einer Disposition für die Erkrankung an Alkoholismus führen können.

- Die moderne Markerforschung (insbesondere die State- und Trait-Markerforschung) belegt die vielfachen Verflechtungen des Alkoholismus mit verschiedensten somatischen Dispositionen.
- Alkohol hat wie kaum eine andere psychoaktive Substanz ein hohes somatisches Schädigungspotential.
- Der aktuelle Stand der Dualdiagnosenforschung belegt die engen Bezüge von Alkoholismus und schweren psychiatrischen Störungen.

Bei der obigen Argumentation geht es in keiner Weise darum, psychogenetische, sozialpsychologische oder soziale Aspekte der Alkoholabhängigkeit in Abrede zu stellen. Bei der heutigen Datenlage sind jedoch ätiologische und therapeutische Konzepte, die von einer reinen Psychogenese des Alkoholismus ausgehen, obsolet und überholt. Ebenso sind Konzepte mit rein sozialpsychologischem respektive soziologischem Ansatz nicht mehr zeitgemäss. Im weiteren ist es ebenfalls eine gesellschaftliche Realität, dass PatientInnen ebenfalls stigmatisiert werden können, wenn das Krankheitskonzept für Alkoholismus nicht zur Anwendung kommt. Wir denken hier in erster Linie an die Finanzierung von Therapien, die Ausrichtung von Taggeldern etc.

Orientierung an wissenschaftlichen Erkenntnissen

Die Orientierung der Alkoholismusbehandlung an den aktuellen wissenschaftlichen Kenntnissen scheint auf den ersten Blick selbstverständlich. Unter wissenschaftlichen Erkenntnissen verstehen wir solche, die aufgrund einer rationalen Forschungslogik entstanden sind und nicht auf Privatwissen basieren. Die Alkoholologie will für ihre Erkenntnisse empirische Belege vorweisen und sie unterwirft ihre Interventionen einer Erfolgskontrolle. Stichworte wie Evidence Based Therapy, Guidelines, Qualitätsstandards, Qualitätssicherung ganz allgemein gehören zu diesem Themenkreis. In der Praxis erstaunen jedoch immer wieder ganz banale Lücken im Wissenstand einzelner TherapeutInnen, im praktischen Arbeitsansatz (z.B. Therapie ohne Diagnostik) und in der institutionellen Organisation respektive in deren lückenhaftem Angebot. Diese Kritik hört sich vielleicht herablassend und negativistisch an. Wir sind aber

der Meinung, dass sich gerade in dieser Argumentation Ansätze für Verbesserungen finden (Optimierung von Stellenplänen, Etablierung ausreichender Fortbildungsangebote, bessere Supervisionsangebote), die letztlich unseren PatientInnen und nicht zuletzt dem Prestige der Alkoholologie zugute kommen. Die Forderung nach konfessioneller Unabhängigkeit und Distanzierung von wertenden Ideologien würde bei der Behandlung von geplatzten Blinddärmen oder beim Einstellen einer Zuckerkrankheit Lächeln hervorrufen. Im Bereich der Alkoholismusbehandlung muss diese Bedingung aber nach wie vor explizit gestellt werden, da es sich nach wie vor um keine Selbstverständlichkeit handelt.

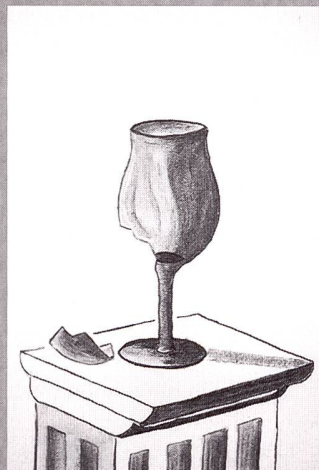
These 6: Alkoholismustherapie ist integrativ, d.h. sie strebt eine enge Verknüpfung und Koordination der beteiligten Therapiebereiche an (Interdisziplinarität)

AlkoholismustherapeutInnen arbeiten – die Zustimmung der PatientInnen vorausgesetzt – eng mit ZuweiserInnen, Nachbehandlungsstellen, Behörden, aber auch mit Angehörigen und ArbeitgeberInnen zusammen.

Ganzheitliche Therapie ist derzeit in, Symptombehandlung out. Leider gilt das in der Suchttherapie im Allgemeinen und in der Alkoholismusbehandlung im Speziellen noch bei weitem nicht überall. Oft finden sich noch Aussagen wie: «Die Behandlung ist schwierig: der Patient hat ständig Rückfälle» oder «Noch immer setzt sich die Patientin das kontrollierte Trinken zum Therapieziel» oder «Die Behandlung musste wegen wiederholter Rückfälligkeit abgebrochen werden». Nur am Rande sei hier bemerkt, dass bei keiner anderen Krankheit die Behandlung dann abgebrochen wird, wenn Symptome manifest werden.

Interdisziplinarität und Vernetzung

Ein ganzheitlicher Zugang zum Alkoholproblem ist nur möglich im Rahmen interdisziplinärer Zusammenarbeit, die wiederum nur möglich ist bei enger Vernetzung der beteiligten FachvertreterInnen. Interdisziplinäres Zusammenarbeiten darf nicht als blosses Nebeneinander verschiedener Spezia-



listInnen verstanden werden. Vielmehr ist sie nur im Rahmen eines individuellen und interpersonalen Prozesses möglich. Die einzelnen Beteiligten müssen bereit sein, sich auf diesen Prozess einzulassen¹⁰. Von institutioneller Seite ist dafür zu sorgen, dass wirklich ein interdisziplinäres Team zur Verfügung steht und dass der interdisziplinäre Dialog sich in ausreichendem Masse entfalten kann.

Ebenso wesentlich ist auch der Einbezug des sozialen Netzes der PatientInnen in den Behandlungsprozess – immer vorausgesetzt, dass das Einverständnis der PatientInnen dafür vorliegt. Angehörige, Freunde, ArbeitgeberInnen sind Teile des Bedingungsgefüges der Alkoholkrankheit in auslösendem, aufrechterhaltendem, therapieförderndem oder -erschwerendem Sinne, aber auch als Betroffene. Da die Alkoholkrankheit ihrem Wesen nach ein chronisch-rezidivierendes, bio-psycho-soziales Leiden ist, kommt es meist zu mehreren Behandlungen, respektive Behandlungsintervallen, oft bei verschiedenen TherapeutInnen und es ist meist eine Vielzahl verschiedenster Dienststellen, SpezialistInnen, Behörden mit dem Problem gleichzeitig oder in zeitlicher Abfolge konfrontiert. Bekanntlich verderben viele Köche meist den Brei. Für die Alkoholismusbehandlung ist deshalb eine enge Zusammenarbeit der involvierten Helfersysteme zu fordern, wenn nicht gar ein Casemanagement-System.

These 7: Das Angebot wird den sich wandelnden gesellschaftlichen Bedingungen und wissenschaftlichen Entwicklungen angepasst

Alkoholismusfachleute sind bestrebt, das Versorgungsangebot ständig den sich verändernden gesellschaftlichen Bedingungen und den wissenschaftli-

chen Entwicklungen anzupassen und es laufend zu verbessern. Sie fühlen sich deshalb zur ständigen Weiterbildung und zur Qualitätssicherung verpflichtet.

Es macht zum grossen Teil die Faszination der Arbeit im Bereich der Alkoholologie aus, dass es sich um ein Gebiet handelt, das rasanten fachlichen und gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen unterworfen ist. Umso mehr besteht die Notwendigkeit, dass sich alle in diesem Bereich Arbeitenden kontinuierlich weiterbilden und offen dafür sind, die eigene Arbeit kritisch zu hinterfragen und einer Qualitätsüberprüfung zu unterziehen. ■

- 1 Blaser, A.; Heim, E.; Ringer, C.; Thommen, M., 1992: Problemorientierte Therapie, Huber Bern/Göttingen/Toronto/Seattle
- 2 Willi, J., 1996: Ökologische Psychotherapie, Hogrefe, Göttingen/Bern/Toronto/Seattle
- 3 Winkler, K., 1999: Frauenorientierungsindex – ein Instrument zur Beurteilung des Ausmasses der frauenspezifischen Orientierung von Behandlungsangeboten im Suchtbereich. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg. 22, Nr. 1: 3-9
- 4 Meyer, T.; Peter, B.; Kupper, R., 2000: Das Problem der Arbeitslosigkeit in der stationären Behandlung von alkoholkranken Menschen. In: Abhängigkeiten 3/2000: 17-26, ISPA-Press, Lausanne

- 5 Christoffel, U. et al., 1999: Kontrolliertes Trinken nach stationärer Behandlung, Bulletin 2/99: 5-32, Forel Klinik
- 6 Sieber, M.; Baumann, E.; Deinlein, W.; Schiess, U.; Sondheimer, G., 1996: Abstinenz und Lebensverhältnisse von Alkoholabhängigen: Eine Kataamnese von PatientInnen der Forel Klinik. In: Abhängigkeiten, 2(3): 24-38
- 7 Körkel, J., 1991: Rückfall muss keine Katastrophe sein. Ein Leitfaden für Abhängige und Angehörige. Blaukreuz, Wuppertal
- 8 Wilcken, S.; Rochow, M., 2000: Rückfallprävention bei Alkoholismus, Huber, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle
- 9 Bachmann, K. et al., 1997: Doppeldiagnosen: Ein verwirrendes Modewort? In: Abhängigkeiten 3/97: 4-12, ISPA-Press, Lausanne
- 10 Meyer, T. 1998: Diagnostische und therapeutische Aspekte von Doppeldiagnosen. In: Suchtmagazin, Jg. 24, Nr.6: 9-15
- 11 Ernst, C. 1989: Genetik des Alkoholismus. In: Alkoholmissbrauch, Alkoholabhängigkeit, Alkoholismus. Eidg. Drucksachen- und Materialzentrale, 3. Auflage, Bern: 22-24
- 12 Sperling, W. et al. 1999: Untergruppen Alkoholabhängiger und ihre primäre Vulnerabilität. In: Wiener Zeitschrift für Suchterkrankungen, Jg. 22, Nr. 4: 21-26
- 13 Meyer, T.; Fehr, M.; Köhler, C.; Lang, F.; Peter, B.; Wolfensberger, T., 2000: Therapiekonzept der Forel Klinik: 6/7

Inserat



FORELHAUS ZÜRICH

Auf dem Weg zur Abstinenz von Alkoholkonsum hilft ein Aufenthalt im Forelhaus Zürich. Das therapeutische Übergangswohnheim bietet sozial- und psychotherapeutische Hilfestellung bei der Reintegration in die Arbeitswelt und auf dem Weg zu möglichst weit gehender Selbständigkeit. Die zentrale Lage in Zürich ermöglicht, das vielfältige Wiedereingliederungs- und Freizeitangebot der Stadt zu nutzen.

Schrennengasse 18, 8003 Zürich
Tel. 01 463 34 18, Fax 01 463 34 26
forelhaus@swissonline.ch
www.forelhaus.ch