

Aus dem gerichtlich-medizinischen Institut der Universität Basel  
(Vorsteher: PD Dr. J. Im Obersteg)

## **Administrative Trinkerversorgung und Antabusuren in Basel in den Jahren 1947–1957 und ihre Ergebnisse**

Von Dr. med. *Doris Lerch*, Basel

Schon seit Jahrhunderten wurden in den meisten europäischen Ländern Gesetze zur Verhütung der Trunksucht erlassen, Steuern auf alkoholische Getränke, Bußen auf Trunkenheit erhoben, Wirtschaftsordnungen aufgestellt.

Bereits seit 1854 besaß Basel ein Gesetz betreffend die Versorgung in Zwangsarbeitsanstalten, welches auch die Versorgung von Gewohnheitstrinkern ermöglichte. Nachdem St. Gallen als erster schweizerischer Kanton 1881 ein eigentliches Gesetz über die Trinkerversorgung geschaffen hatte, folgte Basel an zweiter Stelle diesem Beispiel: Im Februar 1901 trat das «Gesetz betreffend die Versorgung von Gewohnheitstrinkern» in Kraft, das heute noch gültig ist. Außer diesen kantonalen haben für Basel selbstverständlich auch die gesamtschweizerischen Trinkerfürsorge-Bestimmungen Gültigkeit, wie sie sich aus dem ZGB, dem StGB, dem MFG, dem Militärstrafgesetz, dem eidgenössischen Personalrecht und den Gesetzen über Kranken- und Unfallversicherung ergeben. Mit der Unterbringung der Trinker in besonderen Anstalten, getrennt von Zwangsversorgten und Strafgefangenen, begann man in der Schweiz, dem Beispiel Amerikas folgend, schon Ende des 19. Jahrhunderts.

Die Ergebnisse der administrativen Trinkerversorgung in Basel sind erstmals von *Graf* (1901–1917) und später von *Im Obersteg* für die Zeit von 1918 bis 1947 zusammengestellt worden. Seit 1949 hat sich durch die Einführung von Vergällungskuren mit pharmazeutischen Hilfsmitteln eine Änderung im Krankengut der Trinkerheilstätten ergeben. Einerseits sollte man erwarten dürfen, daß die leichteren Fälle nicht mehr bis zur Versorgung kommen, daß den Heilstätten jetzt also vorwiegend schwere Fälle zugewiesen werden und dadurch eine Abnahme der positiven Ergebnisse eintritt. Andererseits aber könnte man sich auch vorstellen, daß schwerste, für eine Versorgung ungeeignete Trinker durch eine Vergällungskur unter strengster Kontrolle heute sozial tragbar gehalten werden können, so daß ihre Versorgung unterbleiben kann und sich damit eine Zunahme der positiven Resultate der administrativen Versorgung einstellen sollte.

Wir haben uns die Aufgabe gestellt, anhand der Beobachtungen von 1947 bis 1957 diese Fragen zu klären und zugleich die Erfahrungen und Ergebnisse der Versorgungen und Vergällungskuren in dieser Zeitspanne zu ermitteln und zu vergleichen.

Es seien an dieser Stelle nur die wichtigsten Tatsachen wiedergegeben; für genauere Angaben verweisen wir auf die ausführliche Arbeit, die unter gleichem Titel erscheint.

Das Material, auf das sich unsere Beobachtungen stützen, umfaßt:

1. Die in Basel wohnhaften Alkoholiker, bei denen in dieser Zeit durch die Administrativabteilung des Polizeidepartements der Antrag auf Versorgung gestellt wurde (168 Fälle).

2. Die an Hand der gerichtsärztlichen Gutachten ermittelten Trinker, die seit der Einführung der chemischen Vergällungskuren vom Gerichtsarzt in die kantonale psychiatrische Klinik Friedmatt eingewiesen wurden und sich einer Antabuskur unterzogen. Es sind dies 110 Fälle. Auch bei diesen Patienten handelt es sich zweifellos um schwerste Trinker, die – dem Schweregrad der Trunksucht nach – mit den Versorgten verglichen werden dürfen.

Da sich mehrmals Versorgungen und Vergällungskuren überschneiden, beträgt die Gesamtzahl der untersuchten Trinker nur 228.

Die vorliegenden Angaben entstammen den Administrativakten des Polizeidepartements, den Krankengeschichten der psychiatrischen Klinik Friedmatt sowie den Aufzeichnungen der psychiatrischen Poliklinik und der Beratungsstelle für Alkohol Kranke.

## A. Die administrative Trinkerversorgung

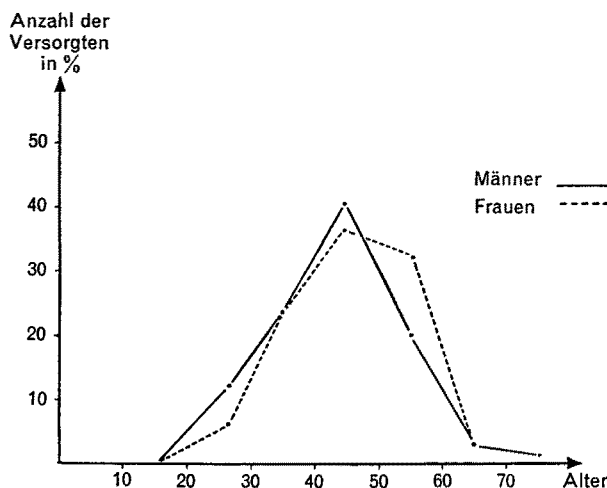
### 1. Die Persönlichkeit der Versorgten

Unser Material umfaßt 168 Fälle, 137 Männer und 31 Frauen. Der Anteil an Alkoholikerinnen beträgt somit 18,5% der Gesamtzahl. In den Jahren 1918–1950 waren 10,8% der Versorgten Frauen (*Im Obersteg*). Auch verglichen mit den Angaben von *Lauterburg* und anderen ist der Anteil an Frauen in unserem Material wesentlich höher als in früheren Jahren. Diese Tatsache gibt einen Hinweis darauf, daß offenbar der Alkoholismus bei der Frau, analog der Medikamentensucht, seit dem letzten Weltkrieg eine deutliche Zunahme erfahren hat (*Kielholz*).

Die Altersverteilung zur Zeit der ersten Versorgung wegen Trunksucht verhält sich wie folgt:

Männer	Anzahl	Anzahl in %	Frauen	Anzahl	Anzahl in %
15–20 Jahre	0	0	15–20 Jahre	0	0
21–30 »	16	11,6	21–30 »	2	6
31–40 »	32	23,4	31–40 »	7	23
41–50 »	55	40,1	41–50 »	11	36
51–60 »	27	19,7	51–60 »	10	32
61–70 »	5	2,7	61–70 »	1	3
71–80 »	2	1,5			

Die Altersgruppe der 40- bis 50jährigen stellt somit bei beiden Geschlechtern den Hauptanteil der Versorgten dar. Dieses Ergebnis stimmt vollauf mit den Werten von *Bleuler* und *Im Obersteg* überein. Gegenüber den Untersuchungen früherer Jahre zeichnet sich bei den Männern eine leichte Zunahme der 20- bis 30jährigen ab. Bei den Frauen fällt auf, daß an zweiter Stelle das Dezennium der 50- bis 60jährigen steht, während bei den Männern die 30- bis 40jährigen den zweitgrößten Anteil darstellen. Offenbar kommt der Hauptanteil der Trinkerinnen in einem späteren Lebensabschnitt zur Versorgung als der Hauptanteil der Trinker. Entsprechend liegt auch das *Durchschnittsalter* bei der ersten Versorgung bei den Frauen höher als bei den Männern. Es beträgt *45,7 Jahre*, bei den Männern *43,7 Jahre*.



Die *Berufsverteilung* zeigt ein deutliches Vorherrschen der ungelerten Arbeiter. Vergleicht man den ursprünglichen Beruf unserer Alkoholiker mit dem Beruf zur Zeit der Versorgung, so fällt auf, daß die Gruppe der gelernten Arbeiter abnimmt, diejenige der Hilfs- und Gelegenheitsarbeiter eine starke Zunahme erfährt:

Beruf	Ursprünglich	zur Zeit der Versorgung
Hilfsarbeiter, Tagelöhner . . . . .	31,4%	41 %
Handwerker . . . . .	42,3%	29,9%
Übrige . . . . .	26,3%	29,1%

Diese Zahlen weisen deutlich auf den sozialen Abstieg hin, der dem Alkoholiker droht.

Dem *Zivilstand* nach waren von den Männern bei der Versorgung:

ledig	32	23 %
verheiratet	58	42 %
geschieden	38	28 %
getrennt	8	6 %
verwitwet	1	1 %

Der Anteil an Geschiedenen ist bei unseren Trinkern in den letzten 10 Jahren besonders hoch (1918–1950: 8,8 %). Verfolgt man aber gar den Lebenslauf der Verheirateten, Geschiedenen und Getrennten, soweit dies möglich ist, so ergibt es sich, daß bis 1957 von den 105 einmal Verheirateten unter unseren Versorgten 64 in erster und 10 in zweiter Ehe geschieden oder getrennt waren. Das heißt also, daß 70,5 % aller jemals Verheirateten unter unseren Trinkern *ein- oder mehrmals getrennt oder geschieden waren*.

Unter den Frauen betrug der Anteil an Geschiedenen 48 %.

Die Ehe mit einer oft um viele Jahre *älteren Frau* ist bei den Trinkern recht häufig, viel häufiger als bei der Durchschnittsbevölkerung (*Im Obersteg*). Bei den 106 einmal verheirateten Männern unseres Untersuchungsgutes war die Frau

jünger	in 51 Fällen	(48 %)
gleich alt	in 10 Fällen	( 9,5 %)
älter	in 35 Fällen	(33,0 %)
unbekannten Alters	in 10 Fällen	( 9,5 %)

Der *Altersunterschied* der älteren Trinkerfrau betrug dabei in 6 Fällen nur 1 Jahr, in 12 Fällen 2–5 Jahre, in 14 Fällen 6–10 Jahre, in 3 Fällen noch mehr. *Lauterburg* betrachtet diese Ehen als Folge des Bemutterungstriebes älterer Frauen, der dem Anlehnungsbedürfnis des oft haltlosen Alkoholikers entgegenkomme. Außerdem spielen neben anderen Faktoren sicher auch die abnehmenden Heiratsmöglichkeiten älterer Frauen eine ursächliche Rolle.

Der Beginn der Trunksucht wurde an Hand der Krankengeschichten der psychiatrischen Klinik Friedmatt ermittelt. Da die Angaben aber meist von den Patienten selbst stammen dürften und außerdem der «Beginn der Trunksucht» nicht scharf vom «häufigen Trinken» abgetrennt werden kann, sind unsere Zahlen nur als Hinweis zu betrachten.

Beginn vor dem 20. Lebensjahr	21,8 %	} 66,6 %
Beginn zwischen 20–30 Jahren	44,8 %	
» » 30–40 »	18,4 %	
» » 40–50 »	11,5 %	
» » 50–60 »	2,2 %	
» » 60–70 »	1,1 %	

Auch *Zuber* findet bei 66% seiner Alkoholiker den *Beginn der Trunksucht* vor dem 30. Lebensjahr, *Bleuler* bei 64%.

Bei den Frauen fand sich folgende Verteilung:

Beginn vor dem 20. Lebensjahr	22,2%	} 39,0%
Beginn zwischen 20–30 Jahren	16,8%	
» » 30–40 »	39,0%	
» » 40–50 »	16,8%	
» » 50–60 »	5,6%	

Der *Beginn* der Trunksucht bei der *Frau* fällt somit deutlich auf einen *späteren* Zeitabschnitt als beim Mann. Dies läßt sich unter anderem damit erklären, daß die Frau weniger zum Geselligkeitstrinken neigt und den Trinksitten in geringerem Maß unterworfen ist als der Mann, der schon in jungen Jahren einer erhöhten Gefahr ausgesetzt ist. Dagegen scheinen bei der Frau besonders viele Gründe für die Auslösung der Trunksucht im Alter von über 30 Jahren vorzuliegen. Fast 70% unserer Trinkerinnen waren geschieden, verwitwet oder noch ledig. Es liegt nahe, anzunehmen, daß viele von ihnen ihr Einsamkeitsgefühl durch den Alkohol zu betäuben versuchten.

Auf Grund von mehrmaligen gerichtsarztlichen Begutachtungen und an Hand der Krankengeschichten der psychiatrischen Klinik war es möglich, bei 100 Männern und 18 Frauen eine *psychiatrische Diagnose* zu ermitteln.

Nach *Stachelin* kommt der *Veranlagung* beim Alkoholismus eine große Bedeutung zu. Die psychopathische Grundlage, gemeinsam mit den Milieueinflüssen, bildet den «erblichen» Anteil der Trunksucht schlechthin, während alkoholbedingte Keimschädigungen kaum anzunehmen sind. Bei unseren 100 psychiatrisch begutachteten Trinkern lautete die Diagnose

in 54 Fällen auf Psychopathie,  
in 15 Fällen auf Debilität,  
in 31 Fällen auf reinen Alkoholismus chronicus.

Von den 18 Frauen waren 10 psychopathisch veranlagt, 2 debil.

Nur bei 3 Männern wurde neben dem Alkoholismus eine *Toxikomanie* festgestellt. Kombiniertes gewohnheitsmäßiger Gebrauch von Alkohol und anderen Rauschmitteln (insbesondere Morphin und Kokain) ist selten (*Joel*). *Stachelin* und *Kielholz* weisen darauf hin, daß das Suchtmittel durch das Suchtmotiv bestimmt wird und dieses beim Trinker ein anderes ist als beim Morphinisten, Kokainisten oder auch Analgetikasüchtigen.

Ohne Zweifel bestehen sehr enge Beziehungen zwischen Alkoholismus und *Suizid*, schon was die Situation des Trinkers betrifft (Zerfall der Familie, Gefährdung der Existenzgrundlage), aber auch in bezug auf seine Persönlichkeit. Nach *de Benoit* werden in der Schweiz 31,3% aller Selbstmorde unter Mitwirkung von Alkoholismus verübt. In Basel sollen in den Jahren 1909–1926

bis zu 26% aller Selbstmörder Trinker gewesen sein (*Conod*). Zu ähnlichen Ergebnissen gelangten auch *Prinzing*, *Bandel* und *Shimshony*. Von den 137 versorgten Männern unter unseren Alkoholikern zeigten 26 Suizid Tendenzen (in vielen Fällen bis zu 3 Suizidversuchen), also 19,7%. Außer den Schuldgefühlen und der sozialen Notlage ist dafür wohl die psychische Veranlagung am maßgebendsten, die *Stachelin* sowohl als eine Grundlage der Trunksucht als auch des Selbstmords betrachtet: «Dem Betäubungstrinker ist der Rausch Todesersatz.»

Den engen Zusammenhang, der zwischen *Geschlechtskrankheit* und Alkoholismus besteht, konnten auch wir bei unserem Krankengut bestätigen. Mit einem Anteil von 4,3% luetisch Infizierten unter den Männern und 29% unter den Frauen ist die Erkrankungshäufigkeit wesentlich höher als bei der Durchschnittsbevölkerung.

Auch die *Tuberkulose* verläuft beim Alkoholiker vielfach schwerer und ist häufiger als bei der übrigen Bevölkerung. *Roch* zeigte, daß Gegenden mit besonders stark verbreitetem Alkoholismus eine erhöhte Tbc-Sterblichkeit aufweisen und daß Berufe, die zum Alkoholismus disponieren, eine erhöhte Frequenz an Tbc zeigen. Von unseren insgesamt 168 Versorgten waren nur schon in der Zeit, in der sich die Administrativabteilung mit ihnen befaßte, 7 wegen schwerer Tuberkulose in Heilstätten untergebracht, d.h. 4,2%, während der Prozentsatz bei der Durchschnittsbevölkerung auf 1–1,5% geschätzt wird.

## 2. Die Ergebnisse

*Im Obersteg* nahm bei der Prüfung der Ergebnisse der Versorgungen von 1918 bis 1950 eine Beobachtungszeit von mindestens 3 Jahren als Grundlage für die Beurteilung an. Wir haben die damals als geheilt oder gebessert betrachteten Trinker nun nach weiteren 7 Jahren nachgeprüft und dabei festgestellt, daß sich die 3jährige Kontrollzeit im ganzen zu bewähren scheint. Wir möchten sie daher auch bei unseren Alkoholikern in Anwendung bringen.

Wir unterscheiden bei den Ergebnissen der Versorgungen 4 Gruppen:

1. *Erfolge*: Patienten, die abstinent leben oder bei seltenen Gelegenheiten kleine Mengen Alkohol zu sich nehmen, ohne deshalb rückfällig zu werden.

2. *Besserungen*: Patienten, die sich noch hie und da betrinken, im ganzen aber einsichtiger geworden sind, wieder arbeiten und sich nach Rückfällen selbständig wieder halten.

3. *Nicht rückfällig*: Einige unserer Versorgten sind auf Grund unserer Unterlagen, d.h. aktenmäßig «nicht rückfällig», geworden; ob es sich bei ihnen tatsächlich um einen Erfolg oder um einen Fall von Besserung handelt, ließ sich jedoch nicht erheben. Wir haben diese Fälle gesondert als «nicht rückfällig» angeführt und der Kategorie der positiv Beeinflussten zugeordnet.

4. *Unbeeinflusst*: Trinker, die entweder sofort rückfällig wurden oder allmählich wieder ins gleiche Geleise gerieten wie vor der Versorgung.

Bei einer minimalen Beobachtungszeit von 3 Jahren fallen die Ergebnisse der 1955–1957 Versorgten weg. Wo in der Zeit von 1947 bis 1957 mehrere Versorgungen durchgeführt werden mußten, gilt das Resultat der letzten Versorgung.

Unsere Ergebnisse beziehen sich auf folgende Zahlen:

	Versorgungen	sistierte Versorgungen	durchgeführte Versorgungen	zu kurz beobachtet	Ergebnisse
Männer	137	22	115	26	89
Frauen	31	7	24	6	18
Total	168	29	139	32	107

#### a) *Die Ergebnisse der Versorgungen*

Eine ganze Anzahl der auf Antrag von Basel außerkantonal Versorgten kehrte nach dem Aufenthalt in der Heilstätte nicht mehr nach Basel zurück. Sie werden als «ungeklärt» aufgeführt. Einige der Trinker sind vor Ablauf der Beobachtungszeit gestorben. Vier sind seit Jahren dauernd unbeeinflusst in der psychiatrischen Klinik Friedmatt und in Altersheimen untergebracht.

<i>Männer</i> : Total . . . . .	89		
Während der Versorgung gestorben . . . . .	3	3,4%	
Kurz nach der Versorgung gestorben . . . . .	4	4,5%	
Ungeklärt . . . . .	9	10,1%	
Erfolg . . . . .	4	4,5%	15,7% positiv beeinflusst
Besserung . . . . .	8	9,0%	
Nicht rückfällig . . . . .	2	2,2%	
Ungebessert . . . . .	55	61,8%	66,3% unbe- einflußt
Dauernd versorgt . . . . .	4	4,5%	

Die Zahl der positiv beeinflussten Männer scheint zunächst hinter derjenigen der Zeiträume von 1901 bis 1917 (18,9%) und von 1918 bis 1947 (17,4%) zurückzubleiben. Dies läßt sich jedoch damit erklären, daß unser Krankengut auch diejenigen Niedergelassenen berücksichtigt, die zur Versorgung dem Heimatkanton zugeführt wurden, während *Graf* und *Im Obersteg* nur die durch Basel Versorgten erfaßten. Dadurch steigt der Anteil an «Ungeklärten» in unserem Material auf 10,1% (gegenüber 3,3% im Zeitabschnitt von 1918 bis

1947). Werden diese ungeklärten Fälle bei der Berechnung nicht berücksichtigt, so ergibt sich für das Untersuchungsgut von *Im Obersteg* eine Heilungs- bzw. Besserungsquote von 17,9% und für unser Material folgendes Resultat:

Total (abzüglich Ungeklärte) . . . . .	80		
Gestorben . . . . .	7	8,8%	
Erfolg . . . . .	4	5,0%	17,5% positiv beeinflußt
Gebessert . . . . .	8	10,0%	
Nicht rückfällig . . . . .	2	2,5%	
Ungebessert . . . . .	55	68,8%	73,8% un- beeinflußt
Dauernd versorgt . . . . .	4	5,0%	

Dieses Ergebnis stimmt überraschend genau mit dem der früheren Untersuchung überein, bei der sich ebenfalls 75,5% Mißerfolge und 17,4% (bzw. 17,9%) Besserungen ergaben.

*Es scheint also, daß sich das Krankengut der Versorgungsanstalten durch die Antabuskuren nicht wesentlich verändert hat.*

<i>Frauen:</i> Total . . . . .	18	
Ungeklärt . . . . .	6	33%
Positiv beeinflusst . . . . .	4	23%
Ungebessert . . . . .	8	44%

Die Anzahl der positiv beeinflussten Frauen liegt mit 23% weit über der von *Im Obersteg* ermittelten Besserungsquote von 13,6%. Unser überaus günstiges Resultat darf nicht zu optimistisch aufgefaßt werden. Gerade bei den Frauen, die für ihr *heimliches Trinken* bekannt sind, muß die Gruppe der positiv Beeinflussten mit Vorsicht interpretiert werden. Außerdem ist die Zahl der beobachteten Alkoholikerinnen viel zu klein, um bindende Vergleiche zuzulassen.

b) *Die Ergebnisse der Sistierungen*

<i>Männer:</i> Total sistierte Versorgungen . . . . .	52	
Rückfall . . . . .	15	79% rückfällig
Sistierung aufgehoben . . . . .	26	
Besserung . . . . .	6	12% gebessert
Ungeklärt . . . . .	4	

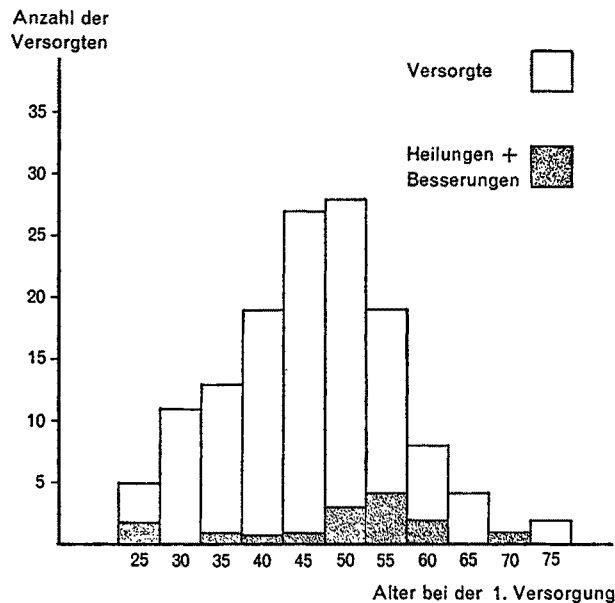
Zwei der Sistierungen, die zu einer Besserung führten, erfolgten bedingt, zugunsten einer Antabuskur. Auf die einschüchternde Wirkung der drohenden Versorgung sind also nur 4 Besserungen zurückzuführen, d.h. *nur 8% der Sistierungen hatten Erfolg.*

*Keine der Frauen wurde durch die Sistierung positiv beeinflusst.*

### 3. Die Persönlichkeit der durch die Versorgung positiv beeinflussten Trinker

*Altersverteilung:* Das Alter der durch die Versorgung geheilten und gebesserten Trinker verteilte sich auf die verschiedenen Altersgruppen wie folgt:

20–30 Jahre	2	12,5%	dieser Altersgruppe		
31–40 »	2	6,3%	»	»	
41–50 »	4	7,3%	»	»	
51–60 »	6	22,2%	»	»	



Dieses Resultat, das den Hauptanteil der positiven Beeinflussungen in der Altersgruppe der 50- bis 60jährigen Trinker wiedergibt, deckt sich mit dem Ergebnis von *Im Obersteg*, der ebenfalls das beste Heilungsergebnis (26,8%) in dieser Altersgruppe feststellte. Auch *Stachelin* und *Binder* weisen darauf hin, daß der Grundsatz, Trinker jenseits des 50. Lebensjahres seien nicht mehr in Heilstätten einzuweisen, durchaus falsch ist. Sie schreiben die günstigen Ergebnisse bei den älteren Trinkern einer beginnenden Beruhigung der Vitaltriebe

bei einer gleichzeitigen, diesem Alter eigenen Veränderung des Persönlichkeitsbewußtseins zu.

*Zivilstand:* Dem Zivilstand nach waren von den gebesserten Trinkern zur Zeit der Versorgung

8 verheiratet	(13,8 % der Verheirateten)
5 ledig	(15,7 % der Ledigen)
1 geschieden	( 2,6 % der Geschiedenen)

Dieses Ergebnis scheint den Geschiedenen eine besonders schlechte Prognose auszustellen. Sicher ist aber die Beobachtung wichtig, die sich aus der *Katamnese* der Trinker nach der Versorgung ergibt, nämlich daß von den 14 positiv Beeinflußten innerhalb der 3jährigen Beobachtungszeit 4 geschieden wurden, 2 sich verheirateten und 2 im Konkubinat zu leben begannen. So ergibt sich für den Zivilstand 3 Jahre nach der Versorgung folgendes Bild für die Besserungen:

6 Verheiratete	(10,3 % der Verheirateten)
3 Ledige	( 9,4 % der Ledigen)
5 Geschiedene	(13,2 % der Geschiedenen)

Zusammenfassend läßt sich aus den verschiedenen Ergebnissen ableiten, daß der *Zivilstand* an sich *keinen wesentlichen Einfluß* auf die *Prognose* eines versorgten Trinkers haben dürfte.

*Beruf:* Unter den positiv Beeinflußten waren 7 ungelernete Arbeiter, 2 kaufmännische Angestellte, je 1 Wirt, Maler, Landwirt, Spengler und Elektriker. Die beruflich Gefährdeten scheinen somit – wie auch *Künzler* nachweist – keine schlechtere Prognose zu haben als die Ungefährdeten.

*Psychiatrische Diagnosen:* Bei den positiv beeinflussten Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose handelte es sich – bis auf einen Fall von Psychopathie – typischerweise *durchwegs um charakterlich Unauffällige*.

Die *Dauer der Trunksucht* bei der Versorgung war in 8 Fällen bekannt. Sie betrug bei 6 Trinkern über 20 Jahre. Daraus läßt sich ersehen, daß eine lange vorbestehende Trunksucht den voreiligen Schluß auf eine schlechte Prognose der Behandlung nicht rechtfertigt.

*Rekurse:* Drei der durch die Versorgung positiv beeinflussten Trinker (21 %) hatten Rekurse eingereicht. Nur 2 der Versorgungen waren freiwillig erfolgt, zwei weitere mit dem Einverständnis des Trinkers. Die «Freiwilligkeit», mit der sich ein schwerer Alkoholiker einer Versorgung unterzieht, stellt somit keinen Hinweis auf die Heilungsaussichten dar. Diese Feststellung gilt jedoch, wie später gezeigt werden soll, in keiner Weise für die Verhältnisse bei den Antabuskuren, bei denen schon vom Anfang der Behandlung an die Mitarbeit des Alkoholkranken maßgebend den Erfolg der Kur beeinflusst.

Es sei erwähnt, daß von den gebesserten Trinkern 4 bereits wiederholt

erfolglos versorgt waren. Die früheren Versorgungen hatten teils in Trinkerheilstätten, teils sogar in Zwangsarbeitsanstalten stattgefunden.

Die Zahl der *positiv beeinflussten Frauen* ist zu klein, um Schlüsse zuzulassen.

## B. Die Antabuskuren

Mit der Einführung der Antabuskuren ist eine zweite wirksame Methode zur Bekämpfung des Alkoholismus neben die Versorgungen getreten. Die Antabuskur, welche nach einer kurzen Einleitung in einer psychiatrischen Klinik *ambulant* durchgeführt werden kann, stellt eine weit weniger einschneidende Maßnahme dar, als eine Versorgung von einem Jahr. Bei der Versorgung wird der Alkoholkranke zwangsmäßig auf lange Zeit den meisten Versuchungen entzogen, oft auch aus ursächlich an der Trunksucht mitbeteiligten unerfreulichen Familien- oder Berufsverhältnissen entfernt. Der Antabusbehandelte hingegen muß täglich im alten Milieu seine Gewohnheit bekämpfen. Manchmal ist aber gerade die Tatsache, daß die tägliche Tabletteneinnahme in der gewohnten Umgebung stattfindet, heilsam, weil sich viele Trinker so allmählich an die *Abstinenz im Alltagsleben* gewöhnen können und nicht einer plötzlichen Heimkehr in die alten Zustände ausgesetzt werden.

Häufig erreicht die ambulant durchgeführte Kur auch in anderem Sinne, was der Versorgung nicht glückt, nämlich den Eintritt eines freien Intervalles von einigen Wochen oder Monaten, worauf zwar ein Rückfall erfolgt, nach welchem der Trinker aber wieder gefaßt und erneut unter Antabus einige Zeit sozial tragbar gehalten werden kann. Dies geschieht ohne komplizierte behördliche Maßnahmen und ohne große Kosten. Was dabei allerdings fehlt oder doch oft zu kurz kommt, ist die innere Neuausrichtung des Patienten.

Zusammengefaßt scheinen sich die *Indikationen* für eine *Antabusbehandlung* einerseits, eine *Versorgung* andererseits folgendermaßen zu verteilen:

a) *Antabus* bei Trinkern mit Einsicht und Willen zur Heilung, in leichteren Fällen also, bei denen eine völlige innere Umstellung nicht nötig ist.

b) *Versorgung* bei schwereren Fällen, in denen eine Psychotherapie jedoch Erfolg verspricht und eine innere Neubildung erreicht werden kann.

c) *Antabus* (sozusagen nur als symptomatische Therapie) in schwersten Fällen, bei denen sonst fast nur eine dauernde Versorgung in Frage kommt.

Jedenfalls unterstützen sich Versorgung und Antabusbehandlung und schließen einander keineswegs aus.

Von der großen Zahl der seit Einführung der medikamentösen Vergällungskuren in Basel (1949) mit Antabus Behandelten haben wir alle diejenigen ermittelt, die durch die Administrativabteilung zu einer Entziehungskur verpflichtet oder durch den Gerichtsarzt wegen Behandlungsbedürftigkeit in die psychiatrische Klinik eingewiesen und dort medikamentös behandelt wurden.

Diese Patienten stellen ein Gegenstück zu den Versorgten dar, bei denen ebenfalls Administrativabteilung und Gerichtsarzt darüber zu entscheiden haben, ob ein zwangsweises Vorgehen gerechtfertigt ist oder nicht.

Es handelt sich um 110 Patienten. Davon waren 91 Männer und 19 Frauen. Der Anteil an Frauen entspricht 17,9% der Gesamtzahl, deckt sich also weitgehend mit den Verhältnissen bei den Versorgten (18,5%). Überhaupt ist die Persönlichkeit des Antabusbehandelten (Altersverteilung, Beruf, Zivilstand, Beginn der Trunksucht, psychiatrische Diagnose und Suizidneigung) so weitgehend identisch mit der des Versorgten, daß an dieser Stelle auf die nähere Charakterisierung verzichtet werden darf. Für genaue Angaben sei auf die eingangs erwähnte Arbeit hingewiesen.

### 1. Arten der Einweisung

Üblicherweise werden die Patienten bei den Antabuskuren nach Schweregraden der Trunksucht charakterisiert (*Staechelín, Solms*). Diese Einteilung eignet sich nicht für unsere Patienten, da es sich ohnehin in allen Fällen um *schwerste Alkoholiker* handelt. Wir nehmen daher die Differenzierung unserer Antabuspatienten nach dem *Grad ihrer Bereitschaft zur Kur* vor, die ein Kriterium für die Einsicht des Alkoholikers und für seinen Heilungswillen im Zeitpunkt des Eintrittes in die Klinik darstellt.

Die Einweisungen in die Klinik erfolgten:

1. *Freiwillig*, auf Anraten des Gerichtsarztes. Es handelt sich um Patienten, die zwar durch den Gerichtsarzt untersucht werden mußten, deren Zustand aber eine zwangsmäßige Einweisung in die Klinik nicht gerechtfertigt hätte. Ein Teil der Patienten ließ sich bei der Untersuchung davon überzeugen, daß eine Kur notwendig sei, worauf ein praktisch freiwilliger Eintritt in die psychiatrische Klinik erfolgte.

2. *Freiwillig unter Druck*. Bei diesen Patienten lagen die Verhältnisse so, daß der Gerichtsarzt auf einen Versorgungsantrag nur verzichtete unter der Bedingung, daß sich der Trinker einer Kur unterzog.

3. *Zwangsweise*. Es handelt sich dabei um Alkoholiker, deren Zustand eine gerichtsärztliche Einweisung wegen dringender Behandlungsbedürftigkeit rechtfertigte und bei denen in der psychiatrischen Klinik eine Antabuskur durchgeführt wurde.

4. *Im Rahmen einer Versorgung*. Es handelt sich um eine kleine Gruppe von Patienten, die in der Friedmatt versorgt waren und bei denen vor der Entlassung eine Antabuskur eingeleitet wurde.

5. *Nach Sistierung einer Versorgung*, unter der Bedingung, daß sich der Alkoholiker einer Antabuskur unterzog.

Die Verteilung unserer Patienten auf diese 5 Gruppen war die folgende:

Art der Einweisung	Anzahl Männer	Anzahl Frauen	Total
1. Freiwillig . . . . .	18	0	18
2. Freiwillig unter Druck . . . . .	12	5	17
3. Zwangsweise . . . . .	50	11	61
4. Im Rahmen einer Versorgung . . . . .	4	1	5
5. Nach Sistierung . . . . .	7	2	9
	91	19	110

## 2. Ergebnisse der Antabuskuren

Wie bei den Versorgungen wurde eine *Beobachtungszeit* von mindestens *drei Jahren* zur Beurteilung festgelegt. Bei unseren Ergebnissen unterscheiden wir Erfolge, Besserungen und Mißerfolge.

a) *Erfolge*: Wie bei den Versorgungen betrachten wir das Ergebnis einer Antabuskur als Erfolg, wenn ein Patient entweder abstinent lebt oder bei seltenen Gelegenheiten trinkt, ohne sich zu berauschen und ohne rückfällig zu werden. Ob er dazu dauernd oder nur hie und da Antabus einnimmt oder nicht, spielt für das Resultat keine Rolle.

b) *Besserungen*: Um der Antabusbehandlung gerechter zu werden, bei welcher der Übergang vom Erfolg zum Mißerfolg viel fließender ist als bei der Versorgung, soll nach dem Beispiel *Zubers* zwischen «befriedigenden» und «unbefriedigenden» Besserungen unterschieden werden. Als *befriedigende Besserungen* seien die Fälle bezeichnet, in denen der Patient hie und da leichtere Rückfälle erleidet, sich aber ohne Eingreifen der Behörden wieder zur Tabletteneinnahme bringen läßt. Bei der *unbefriedigenden Besserung* ist der Zustand so, daß er nach einer Versorgung und ohne Tabletteneinnahme als Rückfall bezeichnet werden müßte. Doch findet sich der Alkoholiker immer, knapp bevor administrativ gegen ihn vorgegangen werden muß, zur Tabletteneinnahme bereit. Im ganzen gesehen sind diese Patienten mäßiger geworden als vor der Kur.

c) *Mißerfolge*: Unbeeinflusste Trinker, die sich der Kur entziehen und weitertrinken wie vor der Behandlung.

Bei 29 Männern und 5 Frauen von den 110 Antabusbehandelten fehlte die nötige Beobachtungszeit von 3 Jahren. Unsere Ergebnisse beziehen sich somit auf *76 Fälle* (62 Männer und 14 Frauen).

Die Ergebnisse, bezogen auf Männer und Frauen, lauten:

Erfolge . . . . .	5	6,6%	} 22,4% positiv beeinflusst	
Besserungen, befriedigende . . . . .	9	12		15,8%
unbefriedigende . . . . .	3			

Mißerfolge . . . . .	46	60,5 %	60,5% unbeeinflusst
Gestorben . . . . .	7	9,2 %	
Ungeklärt . . . . .	6	7,9 %	

*Die Ergebnisse bei den behandelten Männern:*

Erfolge . . . . .	4	6,5 %	} 19,4% positiv beeinflusst
Besserungen, befriedigende . . . . .	5	} 12,9 %	
unbefriedigende . . . . .	3		
Mißerfolge . . . . .	39	64,4 %	64,4% unbeeinflusst
Gestorben . . . . .	5	8,1 %	
Ungeklärt . . . . .	6	9,7 %	

Die *positiven Beeinflussungen* verteilen sich auf die verschiedenen Einweisungsarten wie folgt:

1. Freiwillig: 37% der Eingewiesenen.
2. «Freiwillig» unter Druck: 25% der Eingewiesenen.
3. Zwangsweise: 13,9% der Eingewiesenen.
4. Im Rahmen einer Versorgung: kein positives Resultat.
5. Nach Sistierung einer Versorgung: 28,5% der Eingewiesenen.

Das schlechteste Ergebnis zeigen die zwangsweise Eingewiesenen, was nicht erstaunt, handelt es sich doch auch um die schwersten Fälle. Da diese Gruppe aber die Hauptzahl der durch den Gerichtsarzt Eingewiesenen darstellt, ist auch die Gesamtzahl der positiv Beeinflussten so gering.

*Die Ergebnisse bei den behandelten Frauen:*

Erfolge . . . . .	1	7 %	} 36% positiv beeinflusst
Besserungen (befriedigende) . . . . .	4	29 %	
Mißerfolge . . . . .	7	50 %	50% unbeeinflusst
Gestorben . . . . .	2	14 %	

Die relativ guten Erfolge bei den Frauen erklärt *Janner* damit, daß sich die Trinkerinnen in der Regel bei der ambulanten Behandlung besser zur Tabletteneinnahme bereifinden als die trunksüchtigen Männer.

3. *Die Persönlichkeit des durch die Antabuskur positiv beeinflussten Trinkers*

Beim *Zivilstand* ergab sich keine Signifikanz.

Die *Altersverteilung* war folgende:

21- bis 30jährige	1	(entspricht	8,3 %	dieser Altersgruppe)
31- bis 40jährige	2	»	8,3 %	»

41- bis 50jährige	5	(entspricht 19,2% dieser Altersgruppe)		
51- bis 60jährige	3	» 13,6%	»	»
61- bis 70jährige	1	» 16,7%	»	»

Soweit in Anbetracht des kleinen Materials überhaupt Schlüsse gezogen werden dürfen, scheint der größte Anteil an Besserungen bei unseren Patienten auf die Gruppe der 40- bis 50jährigen zu entfallen. *Zuber* fand ebenfalls eine deutliche Zunahme der Besserungen bei den über 40jährigen Trinkern. Diese Erfahrung steht im Gegensatz zu den Versorgungen, bei denen die besten Heilungsaussichten der Altersgruppe der 50- bis 60jährigen Trinker zukommen.

Bei der *Berufsverteilung* der Gebesserten zeigte es sich wiederum, daß die Prognose der beruflich Gefährdeten nicht schlechter ist als die der beruflich Ungefährdeten.

Die *psychiatrische Untersuchung* ergab in 8 Fällen reinen Alkoholismus chronicus. Zwei der gebesserten Patienten waren schizoide Psychopathen, ein weiterer war stimmungslabil veranlagt. In einem Fall bestand ein chronisches Paranoid.

Die *Dauer der Trunksucht* bei der Einleitung der Antabuskur betrug nur bei einem der Patienten weniger als 5 Jahre, bei 2 Patienten sogar mehr als 20 Jahre.

Der *Schweregrad der Trunksucht* läßt sich durch die Tatsache kennzeichnen, daß 4 der positiv beeinflussten Trinker bereits ein- oder mehrmals versorgt gewesen waren. Vor der gerichtsärztlichen Einweisung waren außerdem schon 9 der positiv beeinflussten Trinker ein- bis mehrmals zur Entziehungskur in der psychiatrischen Klinik gewesen.

Die Zahl der durch die Antabuskur positiv beeinflussten *Frauen* ist zu klein, um Schlüsse zu erlauben.

### C. Vergleich und Zusammenfassung der Ergebnisse

Beim Vergleich sei für die Versorgten das Ergebnis *unter Ausschluß der zahlreichen Ungeklärten* (Wegzug, Ausweisung, Entzug der Niederlassungsbewilligung) wiedergegeben, da sie das Resultat stark entstellen. Bei den Antabusbehandelten ist es angezeigt, die positiv Beeinflussten *abzüglich der unbefriedigenden Besserungen* aufzuführen, da sonst die Ergebnisse der Versorgungen ungleich strenger beurteilt würden als die der Antabuskuren. Bei diesen besteht die Gruppe zu Recht, während sie als Resultat einer abgeschlossenen Versorgung nicht positiv zu beurteilen ist.

<i>Versorgte</i>	168 Fälle	17,5% positiv Beeinflusste
		73,8% Unbeeinflusste
<i>Antabusbehandelte</i>	110 Fälle	18,5% positiv Beeinflusste,
		64,4% Unbeeinflusste

Es zeigt sich somit, daß sich bei einer negativen Auslese schwerster Trinker, wie sie unseren Beobachtungen zugrunde liegt, bei kritischer Würdigung die *positiven Ergebnisse der administrativen Trinkerversorgung und der Antabusbehandlung praktisch die Waage halten.*

Die Resultate sind schlecht, sowohl bei den Versorgten als bei den Antabusbehandelten. Betrachten wir nun aber die *Gesamtzahl* der durch Gerichtsarzt und Administrativabteilung zu Kuren und Versorgungen gebrachten Patienten. Sie entspricht nicht der Summe der auf die beiden Arten behandelten Alkoholiker, da in vielen Fällen beide Wege versucht wurden.

Es handelt sich um 168 Versorgte (137 Männer + 31 Frauen),  
wovon 50 auch mit Antabus behandelt wurden.  
60 ausschließlich mit Antabus Behandelte  
(47 Männer + 13 Frauen).

Total	228
-------	-----

Davon wurden zu kurz, d. h. weniger als drei Jahre, beobachtet:

32 Versorgte	}	66
34 Antabusbehandelte		

Nicht geklärt wurden	15 Versorgte	}	21
	6 Antabusbehandelte		
			87

Von 228 Behandelten waren also die Ergebnisse bei 141 *Trinkern* faßbar. Auf diese Zahl bezogen, wurden somit durch Versorgung und Antabuskur insgesamt 39 *Alkoholiker* sozial tragbar und zum Teil gänzlich geheilt, was 27,7% entspricht.

Dieses Resultat zeigt doch mit Deutlichkeit, daß sich Versorgung und Antabuskur hilfreich unterstützen. Während die «Erfolge» bei unseren Ergebnissen weitgehend identisch sein dürften, muß noch einmal darauf hingewiesen werden, daß die «Besserung» bei einer Versorgung wahrscheinlich das dauerhaftere und positivere Resultat sein dürfte als nach einer Antabuskur, bei welcher wir zu den Besserungen auch diejenigen Fälle gerechnet haben, die trotz ständiger Tabletteneinnahme hie und da Rückfälle zeigen. Immerhin stellt umgekehrt selbst eine «unbefriedigende Besserung» bei Antabus doch noch ein positiveres Ergebnis dar, als eine erfolglose Versorgung, kann doch ein solcher Patient oft noch längere Zeit im Erwerbsleben tätig sein, seine Familie erhalten und in ihr leben.

Das Zusammenwirken von Antabuskur und Versorgung hat somit die *Prognose der schwersten Trinker nicht unwesentlich verbessert*, und das Ergebnis rechtfertigt die unverminderte Anwendung beider Behandlungsarten.

### Zusammenfassung

Anhand der Beobachtungen von 1947 bis 1957 werden die Erfahrungen und Ergebnisse der administrativen Trinkerversorgung (168 Fälle) und der Antabuskuren bei gerichtsärztlich in die psychiatrische Klinik eingewiesenen Gewohnheitstrinkern (110 Fälle) ermittelt und verglichen. Es handelt sich dabei um zwei Beobachtungsgruppen, die sich im Schweregrad der Trunksucht nicht voneinander unterscheiden.

Durch die *Versorgung* wurden 19,6% der Trinker (17,8% der Männer und 23% der Frauen) positiv beeinflusst.

Durch die *Antabuskur* wurden 22,4% der Trinker (19,4% der Männer und 36% der Frauen) positiv beeinflusst.

Der *Vergleich* zeigt, daß sich bei einer negativen Auslese schwerster Trinker die positiven Ergebnisse der administrativen Trinkerversorgung und der Antabusbehandlung die Waage halten. Werden die Resultate von Versorgungen und Disulfiramkuren aber auf die *Gesamtzahl* der beobachteten Alkoholiker bezogen, so zeigt es sich, daß 27,7% der Trinker positiv beeinflusst wurden. Das Zusammenwirken von Versorgung und Antabuskur hat somit die Prognose der schwersten Alkoholiker nicht unwesentlich verbessert.

### Résumé

A la suite des observations faites de 1947 à 1957 on a comparé les expériences et les résultats des internements administratifs des buveurs (168 cas) et des cures d'Antabus chez des alcooliques adressés à la clinique psychiatrique par décision médico-légale (110 cas). Il s'agit là de deux groupes ne se distinguant pas l'un de l'autre par la gravité de l'alcoolisme.

Par l'*internement*, 19,6% des buveurs (17,8% des hommes et 23% des femmes) furent influencés d'une manière favorable.

Par la *cure d'Antabus*, il y eut des résultats positifs chez 22,4% des buveurs (19,4% des hommes et 36% des femmes).

La *comparaison* montre que l'internement administratif des buveurs et la cure d'Antabus donnent à peu près le même pourcentage de résultats positifs dans les cas d'alcoolisme très grave. Mais si les résultats des internements et des cures de Disulfiram se rapportent au *chiffre total* des alcooliques observés, il ressort que 27,7% des buveurs furent influencés favorablement. La combinaison de l'internement et de la cure d'Antabus a donc contribué à améliorer sensiblement le pronostic des alcooliques le plus gravement atteints.

### Literatur

*Bandel R.*: Nachweis der Alkoholsterblichkeit in der allgemeinen Sterbestatistik. Zit. nach Shimshony.

*de Benoit P.*: Alkoholiker-Fürsorge. Diss. Zürich 1914.

*Binder H.*: Schweiz. med. Wschr. 88, 827 (1958).

*Binder H.*: Schweiz. med. Wschr. 88, 893 (1958).

*Bleuler M.*: A comparative Study of the Constitutions of Swiss and American Alcoholic Patients. Zit. nach Diethelm.

*Conod H.*: Die Trunksucht als Todesursache in Basel. Diss. Basel 1929.

*Diethelm O.*: Etiology of chronic Alcoholism. Charles C. Thomas, Springfield 1955.

*Graf H.*: Die administrative Trinkerversorgung in Basel und ihre Erfolge. Diss. Basel 1921.

*Joel E.*: Behandlung der Giftsüchte. Georg Thieme, Leipzig 1928.

*Im Obersteg J.*: Gesundh. u. Wohlf. 479 (1952).

*Im Obersteg J.*: Schweiz. med. Wschr. 85, 1013 (1955).

*Kielholz P.*: Schweiz. med. Jb. 1955; Schweiz. med. Wschr. 84, 753 (1954).

- Lauterburg F.*: Frau und Alkoholismus. Alkoholgegnerverlag, Lausanne 1941.
- Lerch D.*: Administrative Trinkerversorgung und Antabusuren in Basel in den Jahren 1947–1957 und ihre Ergebnisse. Diss. Basel 1959.
- Prinzling F.*: Trunksucht und Selbstmord. Leipzig 1895.
- Roch M.*: Alkohol und Krankheit. Die Alkoholfrage in der Schweiz, Beiheft 4, Benno Schwabe, Basel 1940.
- Shimshony Z.*: Chronischer Alkoholismus und Selbstmord. Diss. Bern 1940.
- Solms H.*: Schweiz. med. Wschr. 81, 343 (1951).
- Stachelin J. E.*: Schweiz. med. Wschr. 65, 971 u. 1250 (1935).
- Stachelin J. E.*: Schweiz. med. Jb. 1952.
- Stachelin J. E.* u. *H. Solms*: Schweiz. med. Wschr. 81, 295 (1951).
- Zuber H.*: Entstehungsbedingungen des chronischen Alkoholismus und Behandlungsergebnisse der Disulfiramkur. Diss. Basel 1959.

## Etudes sur le terrain allergique et la thérapeutique anti-allergique chez l'enfant

Par *J. Pellerat* Lyon<sup>1</sup>

La notion de terrain est intimement liée à la conception même de l'allergie. Toute substance ne devient allergisante que si le terrain le permet. Le diagnostic clinique de terrain allergique chez l'enfant n'est pas aisé. Il repose sur la notion d'antécédents familiaux allergiques. Le rôle de l'hérédité est important, on retiendra aussi la constitution nerveuse de l'enfant (labilité neurovégétative, hyperémotivité, irritabilité), l'éosinophilie constatée à différentes reprises. Pour l'établissement du diagnostic de terrain allergique, un test biologique, le pouvoir histaminopexique du sérum découvert et étudié par Parrot et Mlle Laborde, rend de précieux services. Ce test repose sur les propriétés particulières du sérum normal à capter l'histamine. Le sérum provenant de sujets allergiques perd cette propriété. Le pouvoir histaminopexique (P. hp) représente ainsi le support de la défense naturelle de l'organisme contre les agressions histaminiques. Il est positif chez les sujets normaux, négatif chez les allergiques. Avec MM. Jeune, Carron et Mlle Murat, nous avons pratiqué cette étude sur les sérums de 472 enfants sur lesquels 808 mesures ont été pratiquées. Chez les sujets témoins sans antécédents allergiques (109 cas) le pouvoir de captation est excellent 4 fois sur 5. Chez les sujets témoins ayant des antécédents allergiques (82 cas) le P. hp est nul dans 55% des cas, ce qui indique l'existence d'une prédisposition humorale d'origine familiale aux accidents allergiques.

Le P. hp a été étudié chez 136 enfants atteints d'affections allergiques cliniquement indiscutables (asthme, rhume des foins, rhinite spasmodique,

<sup>1</sup> Auteur: Dr. J. Pellerat, 53, Chemin de Tassin, Tassin-la-demi-lune (Rhône), France