***Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek***

**Alkoholkrankheit: Eine chronische und komplexe psychische Erkrankung**

Eine Suchterkrankung ist sowohl hinsichtlich ihrer Bedingungskonstellationen wie auch ihrer Komorbiditäten ein hoch komplexes Geschehen. Unterschiedlichste körperliche, psychische und soziale Gegebenheiten und deren Zusammenspiel und Bedeutungsgebung werden als prädisponierende, krankheitsauslösende und krankheitserhaltende Faktoren im Bedingungsgefüge von Suchterkrankungen wirksam. Daraus ergibt sich auch die Notwendigkeit, dass eine sich an der Pathogenese der Störung orientierende Behandlung dieser Komplexität Rechnung tragen muss. Es kann daher nicht länger das Erreichen und Erhalten von lebenslanger Abstinenz einziges Ziel unserer therapeutischen Anstrengungen sein. Suchtbehandlung als komplexes Geschehen muss an den Bedingungen der Störungen ihren Ausgang nehmen, um das Ziel der überwiegenden Mehrheit unserer PatientInnen erreichbar zu machen, nämlich wieder ein zufriedenes und freudvolles Leben gemeinsam mit den ihnen lieben und wertvollen Menschen führen zu können. Abstinenz ist dann nur mehr Hilfsmittel, um den Weg aus dem Gefangensein im Gewirr der Sucht zu einem zufriedenen, selbst gestalteten Leben beschreiten zu können.

**Die Wahl des Therapiezieles**

Die Wahl des Therapiezieles stellt sich als eines der großen – und zum Teil bis heute ungelösten – Probleme der Suchtbehandlung dar. Vor allem die Diskrepanz zwischen den Zielen der PatientInnen und denen der TherapeutInnen führen gar nicht selten zu erheblichen Missverständnissen, Vorurteilen und Complianceproblemen. Das oberste Ziel der Suchtbehandlung kann es ohne Zweifel nur sein, dem Patienten bzw. der Patientin wieder einen kompetenten, kritikvollen und zielführenden Umgang mit Wunsch und Verzicht zu ermöglichen. In der Alkoholbehandlung wird dieses Therapieziel nicht selten mit dem sogenannten „kontrollierten Trinken“ gleichgesetzt (ein Ziel, das von vielen Alkoholkranken als zentraler Wunsch formuliert wird). Natürlich wissen wir, dass dieses Therapieziel kaum und wenn überhaupt dann nur in wenigen Fällen im Vorfeld bzw. ganz am Beginn der Suchterkrankung noch erreicht werden kann, sodass bei einer Mehrzahl der Suchtkranken aufgrund des Versagens (bzw. Noch-nicht-zur-Verfügung-Stehens) entsprechender Therapieprogramme zur Erreichung eines kompetenten Umgangs mit dem Suchtmittel auf eine nächst tiefer liegende Stufe zurückgegriffen werden muss, nämlich auf das Therapieziel *Abstinenz*.

**Lebenslange versus partielle Abstinenz**

Auch das Therapieziel „absolute und dauerhafte (lebenslange) Abstinenz“ kann keineswegs bei allen Suchtkranken erreicht werden, womit eine Stufe tiefer das Ziel der so genannten „partiellen Abstinenz“ ins Auge zu fassen ist. Wie wir aus der klinischen Praxis wissen, ist auch eine solche „partielle Abstinenz“ mit nur kurz dauernden Rezidivphasen ohne wesentliche körperliche bzw. psychosoziale Folgen bei manchen PatientInnen noch ein zu hoch gesetztes und damit unerreichbar bleibendes Ziel. Für all jene SuchtpatientInnen, die nicht einmal zeitweise Abstinenz erreichen können, wurden dann verschiedene Harm-Reduction-Programme entwickelt; bei Suchterkrankungen mit Einnahme von illegalen Drogen als „Substitutionsbehandlungen“, bei Alkoholkranken als „medizinische und psychosoziale Begleitung“ bekannt.

Wenn nun von höheren und niederen Stufen der Therapiezielsetzung gesprochen wird, dann kann damit natürlich nicht gemeint sein, dass jede/r PatientIn all diese Stufen durchlaufen muss, um bei Versagen von einzelnen Behandlungsformen mit höherer Therapiezielsetzung dann letztlich bei der niedrigsten Stufe des Behandlungsangebotes, der Harm-Reduction anzulangen – bei manchen PatientInnen erscheint es als durchaus sinnvoll mit einer solchen Behandlungsform die Therapie zu beginnen. Für wen welche Stufe der Behandlung wann sinnvoll und möglich ist, kann nur der Beurteilung durch den bzw. die in Suchtfragen erfahrenen Diagnostiker bzw. Diagnostikerin im Einzelfall überlassen sein. Man sollte hier jedoch nicht in einen partiellen Behandlungsnihilismus verfallen und nur die niedrigste Stufe aller Behandlungsmöglichkeiten, die medizinische bzw. psychosoziale Begleitung des Alkoholkranken in seiner Sucht, als die einzig mögliche ansehen. Auf jeder Behandlungsstufe kommt der Motivationsarbeit, eine weitere zu erreichen, höchste Bedeutung zu. Motivationsarbeit beschränkt sich also keineswegs auf die vortherapeutische Phase bzw. die ersten Behandlungssitzungen, sondern muss als permanenter Bestandteil der Behandlungsarbeit angesehen werden. Motivation ist damit nicht mehr eine vom Patienten bzw. von der Patientin einzubringende Vorbedingung effektiven therapeutischen Handelns, sondern Ergebnis eines interaktionellen Prozesses zwischen TherapeutInnen und PatientInnen.

**Die Wahl der richtigen Therapieform**

Für wen welche Behandlungsform zutreffend und damit im Einzelfall zu wählen ist, ist natürlich vorzugsweise Aufgabe der in Suchtfragen erfahrenen ÄrztInnen – sie muss aber in einem Dialog mit den Wünschen und Möglichkeiten der PatientInnen abgestimmt werden, um damit einen stabile Basis für das gemeinsame Erreichen des Therapiezieles zu schaffen. Das Gleiche gilt auch für die Beurteilung der Wertigkeit stationärer versus ambulanter Behandlungsformen. Auch hier muss natürlich die Indikation von einer/einem fachkundigen PsychiaterIn gestellt und die Fachmeinung mit den persönlichen Bedürfnissen und Ressourcen der Patientin/des Patienten in dialogischen Wohlklang gebracht werden. In keinem Fall dürfen aber sozialpolitische, standespolitische bzw. gar ökonomische Vorurteile über die Notwendigkeit einer stationären bzw. ambulanten Behandlung entscheiden. Nur allzu leicht kann damit die/der uns anvertraute PatientIn um effektive Behandlungsmöglichkeiten beraubt werden – ein Umstand dem die/der verantwortungsvolle ÄrztIn mit all der gebotenen Vehemenz entgegenwirken muss. Dabei sollte auch nicht aus dem Auge verloren werden, dass sich die Entwicklungsstufe einer Kultur nicht zuletzt auch am Umgang ihrer Mitglieder mit Schwachen bzw. Kranken messen lässt. Unter diesem Blickwinkel erscheint es gerade heute von besonderer Bedeutung, den in gesellschaftlich einflussreichen Bereichen immer mehr werdenden Evolutionsverweigerern effektive Behandlungskonzepte, die nicht auf emotionalen Wallungen, sondern auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und praktischer Erfahrung beruhen, entgegenzusetzen.

**Resümee**

Im Zentrum der therapeutischen Bemühungen steht, gemeinsam mit der/m Patientin/en mittels pharmakologischer, psychotherapeutischer und soziotherapeutischer Maßnahmen eine stabile Grundlage für eine autonome und aktive Lebensplanung mit der Zielsetzung, wieder ein zufriedenes und freudvolles Leben zu erlangen, zu schaffen. Krankheitsrezidive müssen dann auch nicht mehr als desaströse Ereignisse im Krankheitsverlauf als Rückfälle bezeichnet und als Versagen der/s Patientin/en bzw. der/s Arztes/Ärztin im Kampf gegen die Sucht erlebt werden, sondern können als ein weiterer Schritt in Richtung dauerhafter Abstinenz oder sogar als Chance für einen Neubeginn, für eine persönliche Weiterentwicklung der/s Patientin/en genützt werden. Aber nicht das Wiederauftreten von Krankheitszeichen selbst bewirkt schon die Weiterentwicklung des Alkoholkranken; das Krankheitsrezidiv wird vielmehr im Jasper’schen Sinne zu der sich aus der Grenzsituation ergebenden Chance, die es uns als TherapeutInnen ermöglicht, neue Lebensstrategien gemeinsam mit dem Alkoholkranken zu entwickeln, die ihr bzw. ihm ihrerseits dann die Möglichkeit für eine autonome Gestaltung ihres bzw. seines Lebens eröffnen.

**Kontakt für JournalistInnen-Rückfragen**

***Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek***

Ärztlicher Direktor Anton Proksch Institut Wien

Gräfin Zichy-Straße 4 - 6
A-1230 Wien
Tel. +43 1 88010-101

E-Mail: michael.musalek@api.or.at

11. Juni 2013