

Stiftung Anton Proksch-Institut Wien
Oliver Scheibenbogen, Roland Mader,
Gabriele Gottwald-Nathaniel (Hg.)

Auf der Suche nach einem autonomen und freudvollen Leben

**Ressourcenorientierte
Suchtbehandlung**

Festschrift für Michael Musalek



Stationäre Alkoholsuchtbehandlung – wozu?

150 Jahre nach ersten Erkenntnissen, wonach wiederholter schädlicher Überkonsum von Alkohol wohl eine Krankheit darstellt und nicht mehr bloß als „hesliches Laster“ (Martin Luther) abgetan werden kann, wurde in Österreich (als einem der ersten Länder Europas) im Jahr 1953 sogenannter „Alkoholismus“ als Krankheit anerkannt. Damit war die finanzielle Voraussetzung geschaffen, die Suchtklinik „Genesungsheim Kalksburg“, den Vorläufer des Anton Proksch Institutes, der heute größten Suchtklinik Europas, zu gründen. Dieser Schritt wurde damals in Fachkreisen als revolutionäre Errungenschaft gefeiert und von da an hat das Anton Proksch Institut auch die weitere Entwicklung der Suchtbehandlung national und international federführend begleitet.

Ausgerechnet in der Behandlung der Alkoholsucht kommt es aber seit einigen Jahren in Österreich und da besonders in Wien zur Infragestellung des stationären Herzstückes innerhalb der seit Jahrzehnten etablierten Behandlungskette. Nach einer ambulanten Vorphase und vor einer ambulanten Nachbehandlungsphase (mit langem Atem) steht diese klassische Suchtklinik mit ihrem Anspruch, eine integrierte und nachhaltige Suchttherapie für alle Einkommensklassen anzubieten, unter einem gewissen Rechtfertigungsdruck.

Ambulant vor stationär?

Von Politikern, Public-Health-Experten und verschiedenen Stakeholdern aus verschiedenen Suchtbereichen ist seit einigen Jahren der Slogan „ambulant vor stationär“ zu vernehmen. Damit wird insinuiert, dass eine a priori ambulante Alkoholsuchtbehandlung grundsätzlich besser wäre als eine stationäre. Sie solle nämlich idealerweise aus der Mitte der gewohnten Lebenswelt heraus erfolgen, ohne Umwege in eine Suchtklinik. Die Suchtklinik bzw. deren stationärer Suchtbehandlungsansatz bei Alkoholkranken für eine Zeitdauer von zwei bis vier Monaten wird offenbar als finanziell zu aufwändig und unnötig disruptiv empfunden. Allein schon der Glaslockeneffekt eines stationären Aufenthaltes, der die suchtkranken Menschen bei ihren ersten zaghaften Schritten in Richtung eines neuen gesünderen Lebens vor Rückfällen beschützen soll, wird offenbar nur als künstlich bewirkte konsumfreie Zeit betrachtet und daher ohne Nachhaltigkeit für das anschließende Leben außerhalb diskreditiert. Im ambulanten Setting könne direkt und unmittelbar aus dem süchtigen Alltag schrittweise ein suchtfreier Alltag geformt werden. So in etwa lautet die Theorie.

Gewiss bräuchte es für Menschen mit schwerer Alkoholsucht und entsprechenden körperlichen Verfallserscheinungen und Komplikationsrisiken eine stationäre Entzugsmöglichkeit, mehr aber nicht. Die ambulante Behandlung soll offenbar das neue Herzstück der Alkoholsuchtbehandlung im Anschluss an eine kurze stationäre, sogenannte „Qualifizierte Alkoholentzugsbehandlung“ (Entgiftung und Motivationsarbeit zur ambulanten Behandlung) werden.

Für jemanden, der im Bereich Alkoholsucht seit Jahren mit stationären und mit ambulanten Behandlungskonzepten arbeitet, war es irritierend zu beobachten, wie schnell ein radikaler Paradigmenwechsel ausgerufen wurde und medialen Spin erhalten hat, von dem weder ich aus meiner klinischen Praxis noch die zentraleuropäischen Leitlinien der verschiedenen Fachgesellschaften in diesem Spezialbereich etwas mitbekommen haben (s. S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“, Karl Mann, Eva Hoch, Anil Batra, Springer-Verlag: Berlin Heidelberg 2016). Umso interessanter ist nun die Frage nach den Gründen der nun so radikal anmutenden Infragestellung des (ehemaligen?) Herzstückes innerhalb der etablierten Behandlungskette.

Gesundheitspolitischer Spardruck

Die Alkoholsucht repräsentiert in Österreich den mit Abstand zahlenmäßig größten Behandlungssektor im Bereich der Sucht. Daher sind von politischer Seite und von Seiten vieler Public-Health-Experten Kostendämpfung und Optimierung der finanziellen und ideellen Ressourcen seit einigen Jahren das Gebot der Stunde. Es ist auch durchaus zu begrüßen, dass 2013 ein Konsens aller das Österreichische Gesundheitswesen finanzierenden Institutionen (Bund, Länder und Sozialversicherungen) gelungen ist, der sich einerseits Kostendämpfungsmaßnahmen und andererseits eine kritische Überprüfung dessen, was „immer schon so gewesen“ sei, als Ziel gesetzt hat. Es solle in Hinsicht auf eine gleichzeitige Qualitätsverbesserung der Gesundheitsversorgung der jeweilige „Best Point of Service“ identifiziert werden.

Durch wissenschaftliche Fortschritte und durch die Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) konnte im Bereich der Körpermedizin eine enorme Reduktion der Aufenthaltsdauer und eine Verlagerung vieler Aufgaben in den ambulanten, den ganztägig ambulanten bzw. tagesklinischen oder in den niedergelassenen Bereich erfolgen; mit entsprechenden Kostendämpfungseffekten. Es darf uns nicht verwundern, wenn also auch im psychiatrischen Bereich und speziell im Suchtbereich ein entsprechender investigativer Druck zur Klärung der Fragestellung nach dem sowohl qualitativen als

auch kostenmäßigen „Best Point of Service“ in den letzten Jahren mit zunehmendem Nachdruck entstanden ist.

Es versteht sich von selbst, dass eine ambulante Suchtbehandlung, selbst in ihrer intensivsten Variante, nämlich als Ganztägig Ambulante Therapie (GTAT), die täglich werktags besucht werden soll, eine Kostenreduktion gegenüber einer stationären Alkoholsuchttherapie erbringen würde. Die Frage ist jedoch, ob eine ambulante Alkoholsuchttherapie (in verschiedenen Intensitäten) die stationäre Form wirklich ersetzen kann oder „nur“ ergänzt!

Das Wackeln des Abstinenzparadigmas

So wie im körpermedizinischen Bereich gab es auch im Suchtbereich neue Entwicklungen. Ausgehend von neuen suchtspezifischen Medikamenten, die auf den Markt kamen und eine bloße Trinkmengenreduktion als erreichbares Behandlungsziel versprachen, wurde am Abstinenzparadigma, das bis dahin die Alkoholsuchtbehandlung fast in einer Art Würgegriff zu halten schien, kräftig gerüttelt. Einige Zeit hatte man den Eindruck, als wäre Abstinenz nicht mehr der nachhaltigste Weg zur Stabilisierung eines durch eine schwere Sucht in Schieflage gekommenen Menschen. Tatsächlich hat sich an dieser Position jedoch gar nichts Wesentliches geändert.

Im Gegensatz zum Opioidsuchtbereich, in dem durch eine medizinisch kontrollierte Substitutionsstrategie Erfolge bezüglich (Beschaffungs-)Kriminalitätsbekämpfung, Infektionsprävention, aber auch in Richtung stabilerer psychischer Zustandsbilder und der Verbesserung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erzielt werden konnte, ist dies im Alkoholsuchtbereich wohl keine Option. Bei süchtigem Konsummuster von signifikantem Schweregrad ist Alkohol selbst bei ganz kontinuierlicher Zufuhr (Analogie zur Opioidsubstitutionsbehandlung) schädigend auf Geist, Psyche und Körper, senkt die Immunität, erhöht durch neurobiologische Enthemmungseffekte statistisch signifikant die Gewaltbereitschaft (Kriminalität) und führt zu einer deutlichen Destabilisierung psychischer Zustandsbilder.

Es ist aber essentiell, die Menschen dort abzuholen, wo sie tatsächlich stehen, um sie so zu einem Eintritt in einen letztlich von den Behandlungszielen variablen Prozess zu motivieren. Durch eine Intensivierung ambulanter Angebote mit variabel erweiterbaren Behandlungszielen könnten endlich mehr Personen in eine gesundheitspolitisch begrüßenswerte Behandlung ihres schädlichen bzw. krankhaften Alkoholkonsummusters gebracht werden. Erstens kann man damit endlich jene Menschen mit frühen oder leichten Formen der Alkoholsucht bzw. einem problematischen Alkohol-Konsum, denen das Ab-

stinenzziel zu rigoros oder unerreichbar erschienen ist, für eine Behandlung in Richtung „Harm-Reduction“ interessieren. Zweites werden jene, die doch schon schwerere Formen der Alkoholsucht aufweisen, dringend Hilfe benötigen und deshalb mit dem Gesundheitssystem, in welcher Form auch immer, in Berührung kommen, nicht mehr weggeschickt, wenn sie die Abstinenz als Behandlungsziel (noch) nicht zu akzeptieren bereit sind.

Vor allem dann, wenn die Kriterien einer Sucht erfüllt sind, kommt es im ambulanten Setting oft zu einem Scheitern der Betroffenen an den selbst gesteckten Behandlungszielen jenseits von Abstinenz. Durch die bereits bestehende Behandlungssituation können in dem Moment aber neue Ziele, wie eine befristete Abstinenz, wesentlich leichter ihren Adressaten finden.

Druck von allen Seiten

Viele hegen den Wunsch, dass die Überwindung des süchtigen Konsummusters irgendwie nebenbei und eben ohne große Veränderungen im konkreten Alltag gelingen möge. Vielleicht gehe es nur darum, ganz einfach ab sofort nichts oder nicht mehr so viel zu trinken ... Alkoholranke könnten sich durch das Lied der deutschen Band *Wir sind Helden* aus dem Jahr 2003 darin bestätigt sehen: „(Wir) Müssen nur wollen!“

Oft gibt es Druck von außen, z.B. möglichst rasch wieder auf den Arbeitsplatz zurückzukommen, sonst wäre eventuell der Job in Gefahr und in Folge die Rückzahlung des Kredits. Manchmal sind Kinder vorhanden, die versorgt sein wollen, manchmal auch pflegebedürftige Verwandte. Suchtkranke neigen dazu, aus dem Gefühl der Beschämung heraus, negative Auswirkungen ihres pathologischen Konsummusters auf ihr Umfeld, aber auch auf sich selbst, so lange es irgendwie geht zu verleugnen oder zu bagatellisieren. Dafür ist auch die verfälschte Selbstwahrnehmung durch die psychotrope Wirkung von Alkohol mitverantwortlich.

Eine stationäre „Auszeit“ aus ihrem „Druckkochtopf“ mit der Dauer von 1-3 Wochen für eine qualifizierte Entzugsbehandlung (Akutbehandlung) erscheint manchen schon wie eine Flucht aus der Verantwortung, nachdem sie doch ohnehin schon so oft wegen Auswirkungen ihres süchtigen Konsumverhaltens „ausgefallen“ seien. Bezüglich einer stationär unmittelbar anschließenden postakuten Entwöhnungsbehandlung für weitere 1-3 Monate gilt diese Zurückhaltung aus schlechtem Gewissen noch deutlich häufiger. Angesichts der immer kürzer werdenden stationären Aufenthalte in der somatischen Medizin und angesichts des sich stetig zu beschleunigen scheinenden Zeitflusses wirkt eine stationäre „Auszeit“ anachronistisch und im ersten Moment für

viele auch kontraproduktiv. Viele erwarten für sich, dass danach der Druck noch größer sein würde (analog einer Strafe) und die liegengebliebenen Aufgaben wohl inzwischen zu einem unüberwindlichen Gebirge angewachsen seien. Die Angst ist groß, dann womöglich den Anschluss an die inzwischen weiter nach vorne enteilten gesunden Menschen endgültig zu verlieren.

Der Psychiater und Philosoph Thomas Fuchs weist im Buch „Das überforderte Subjekt. Zeitdiagnosen einer beschleunigten Gesellschaft“ darauf hin, dass es in den letzten Jahren zu einer zunehmenden Herrschaft des linearen und sich beschleunigenden Zeitprinzips gekommen sei, obwohl das tatsächlich gelebte Leben in Wirklichkeit hauptsächlich einem zyklischen und rekurrenten Zeitprinzip folgt. Dem Tag folgt die Nacht und immer so weiter, auch die Jahreszeiten kehren im Jahreskreis immer wieder. Ebenso sei es mit den biologischen Prozessen des Stoffwechsels, die durch rhythmische und zyklische Prozesse ihre Homöostase erhalten. „(...) Der periodische Wechsel von Aufnahme und Ausscheidung, von Verausgabung und Regeneration, Wachen und Schlafen (...) zeigt, dass das primäre, vitale oder präreflexive Leben und Erleben nicht in einer linearen, sondern in einer zyklisch-periodischen Weise verläuft.“

Thomas Fuchs führt uns so vor Augen, dass Versuche, aus einem Rückstand heraus aufzuholen, vor allem, wenn man zusätzlich noch mit einem Gebrechen (z.B. einer Alkoholsucht) belastet ist, im Sinne eines linearen Zeitfluss-Konzeptes nur misslingen können. Konsequenzen wären entweder ein Burnout-Syndrom, also eine Hemmung des Weiterkommens und ein Versinken in tiefer Depression oder erst recht der Versuch, durch erhöhtes Doping mittels psychotroper Substanzen (Selbstmedikation) noch tiefer in die Suchtspirale nach unten zu geraten. Tatsächlich heilsamer sei hingegen die bewusste Entschleunigung und Rhythmisierung des Lebens. Das könne gelingen, wenn entsprechende Grundvoraussetzungen dafür geschaffen seien und eine therapeutische Anerkennung durch und eine Resonanz mit anderen Menschen hergestellt würde. In der Rekurrenz auf das Zeitprinzip des ursprünglichen Lebens gehe es darum, wieder eine Synchronisierung (Gesundung) zwischen dem suchtkranken Menschen und der sozialen Umwelt zu schaffen.

So betrachtet bekommt folgende japanische Weisheit eine immense Tiefgründigkeit: *Wenn du es eilig hast, geh langsam. Wenn du es noch eiliger hast, mach einen Umweg.* Für den Bereich der Alkoholsuchtbehandlung lässt sich diese Weisheit wie folgt abwandeln: Wenn du glaubst, es besonders eilig zu haben, nimm dir eine (stationäre) Auszeit!

Window of opportunity

Irgendwann kommt bei den meisten Betroffenen der Tag, an dem sie ihr krankhaftes Konsummuster nicht mehr länger verleugnen können oder wollen. Stehen sie zusätzlich mit dem Rücken zur Wand und spüren auch den zuvor verdrängten bzw. durch Alkohol zusätzlich betäubten Impuls, so nicht mehr weitermachen zu können, öffnet sich ein „window of opportunity“ der Veränderungsbereitschaft und es ist entscheidend, ob sie motivational nun tatsächlich in Richtung einer professionellen Behandlung ihrer Sucht, aus der sie aus eigener Kraft und ohne diese Unterstützung bislang nicht herausgekommen sind, abgeholt werden können oder nicht. Dabei entscheidet zunächst auch die niedrigschwellige und unbürokratische Ermöglichung einer zeitnahen Suchtbehandlung, ob sie in diesem Moment begonnen oder doch wieder als „guter Vorsatz“ für irgendwann prokrastiniert wird. Im Alkoholsuchtbereich besteht derzeit leider nur eine Behandlungsquote von 10-15%. Angesichts des enorm großen Burden of Disease mit einer statistischen Reduktion der Lebenserwartung bei Alkoholsucht um durchschnittlich 20 Jahre ist es ein Gebot der Stunde, innovative neue Ansätze wie Kontrolliertes Trinken (KT) oder den Einsatz von suchtspezifischen Medikamenten zur Trinkmengenreduktion mit Harm-Reduction genauso zu verfolgen wie einen raschen und niederschweligen Zutritt zur stationären Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung.

Kontraindikationen zu einem „ambulanten Entzugsversuch“

Jede alkoholranke Person, die professionelle Unterstützung aufsucht, tut das erst, nachdem Versuche, weniger zu trinken, wiederholt gescheitert sind. Wenn auch noch eigenmächtig durchgeführte „kalte Entzüge“ scheitern, von denen schon wegen potentiell erheblicher Gefahren für die Gesundheit prinzipiell abzuraten ist, dann könnte eventuell doch ein ambulanter Entzugsversuch erfolgen. Aber hier sind der Perspektive „ambulant vor stationär“ bio-psycho-soziale Grenzen gesetzt. In der S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ (Springer-Verlag: Berlin/Heidelberg 2016) wurden von anerkannten Suchtexperten aus praktisch allen Fachgesellschaften und Berufsverbänden des deutschsprachigen Raumes Evidenzen systematisch recherchiert und zuletzt in einem Klinischen Konsens zusammengeführt. Die S3-Leitlinie erfüllt dabei die höchsten Qualitätskriterien (Stufe 3) der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). In dieser S3-Leitlinie wurden klare Kontraindikationen gegen einen ambulanten Entzugsversuch zur klinischen Behandlungsentscheidung angeführt:

1. Bei einem Risiko eines alkoholbedingten Entzugsanfalles (also bei bestehender Epilepsie oder bei positiver Anamnese eines oder mehrerer entzugsepileptischer Anfälle)
2. Bei einem Risiko eines alkoholbedingten Entzugsdelirs (also bei positiver Anamnese diesbezüglich oder bei hoher regelmäßig getrunkenen Alkoholmenge und allgemein erwartbaren schweren Entzugssymptomen)
3. Bei schweren und multiplen psychischen Begleit- oder Folgeerkrankungen, insbesondere bei schwerer Depression, Persönlichkeitsstörung, Suizidalität oder zusätzlichen Süchten (Medikamente, Opiate)
4. Bei schweren und multiplen somatischen Begleit- oder Folgeerkrankungen, insbesondere Leberzirrhose, koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus etc.
5. Wenn ein ambulanter Entzugsversuch nach 3 Wochen noch nicht erfolgreich abgeschlossen werden konnte
6. Bei fehlender sozialer Unterstützung

Gerade der letzte Punkt verweist auf wichtige systemische Gründe (jenseits der Schwere der Sucht sowie der somatischen oder psychischen Komorbiditäten) für eine Entscheidung zugunsten eines stationären Settings, sowohl in Bezug auf die akute Entzugsphase als auch darüber hinaus in Bezug auf die postakute Entwöhnungsphase.

Ohne Postakutbehandlung (Entwöhnung) gehen Entzüge meist ins Leere

Die Wissenschaftswelt ist sich weitgehend einig, dass fast nie die Akut- oder Entzugsbehandlung allein als „game-changer“ eines bisherigen süchtigen Lebens fungiert. Das kurzzeitige Trockensein bzw. nicht mehr bestehende süchtige Konsummuster für den Moment kommt manchen vor, als wäre nun ein „Reset“ erfolgt. In der Entzugsbehandlung wird aber kein Schalter im Gehirn auf „nicht mehr süchtig“ umgelegt bzw. mit Sicherheit nicht in so kurzer Zeit. In der Sucht hat sich nämlich eine psychotrope Technik zur Selbstoptimierung (der Begriff „psychotrope Technik“ wurde in diesem Zusammenhang von Jann Schlimme geprägt) verselbständigt und in den Gehirnen Betroffener breitgemacht. Sucht ist hinterhältig eingeflochten in die individuelle cerebrale Matrix, die als Ich-nahe Gewohnheit und Ressource erlebt wird, obwohl sie sich in der Zwischenzeit schon lange zu einer Krankheit bzw. zu einem Stressor verwandelt hat.

Etlliche Studien haben sehr enttäuschende Ergebnisse zu Tage gefördert, wenn gar keine Postakutbehandlung an eine ambulante oder eben meist sinnvollerweise stationäre Entzugsbehandlung anschließt. Dabei war in den Studien der Benefit einer unmittelbar angeschlossenen Postakutbehandlung hoch signifikant, egal ob diese dann ambulant, ganztägig ambulant oder stationär erfolgt ist. Die besten Zahlen weisen allerdings stationäre Postakutbehandlungen auf, die wirklich nahtlos an die qualifizierte Entzugsbehandlung anschließen (zeitliches Argument). Eine Versorgungslücke von 1-2 Wochen ist in dieser vulnerablen Phase der Behandlung leider oft fatal, führt bei der Gewohnheitskrankheit Alkoholsucht häufig zu einem Rückfall in gewohnte kranke Verhaltensmuster.

Ein weiterer Grund für das gute Abschneiden der stationären All-inclusive-Behandlung könnte in der Kontinuität der psychotherapeutischen und ärztlichen Beziehung in dieser vulnerablen Phase liegen. Die bereits genannten therapeutischen Wirkfaktoren (qualitatives Argument) Entschleunigung und Rhythmisierung des Lebens sowie eine therapeutische Anerkennung durch und eine Resonanz mit anderen Menschen ist hier am wahrscheinlichsten (im Vergleich zu den anderen Settings) gewährleistet.

Vorteil einer stationären Entwöhnung ...

Vor einiger Zeit kam die 62-jährige Patientin S. zur stationären Entwöhnungsbehandlung auf die Abteilung I des Anton Proksch Institutes. Sie habe immer schon episodische Kontrollverluste bezüglich ihres Alkoholkonsums gehabt. Seit ihrer Pensionierung seien die Räusche dann zunehmend stärker, länger und bedrohlicher geworden. Weil sie nicht täglich getrunken habe, konnte sie sich lange Zeit weismachen, dass sie gar nicht alkoholkrank sei. Auch aktuell habe sie schon selbständig und ohne relevante Entzugssymptomatik vor drei Wochen wieder aufgehört zu trinken. Ihre Tochter, mit der sie in einem Haus in der Obersteiermark zusammenwohnt, habe sie auch schon seit vielen Monaten gedrängt etwas zu tun. Beim Aufnahmegespräch frage ich sie, warum sie sich nun extra zu einer stationären Suchttherapie entschlossen habe. „Schauen Sie“, hob sie an, „Ich habe mich ja lange innerlich geweigert, meine Kontrollverluste mit Alkohol als Sucht zu interpretieren. Ich hatte ja immer trockene Intervalle ... Aber dann habe ich plötzlich begriffen, dass das meine Sucht ist. Jetzt konnte und wollte ich mich nicht länger anlügen! Ich habe mir dann diese Psychologin herausgesucht und einen Termin gemacht. Aber die hat mich überhaupt nicht verstanden. Die hat meine Quartalsräusche genauso kleingeredet wie ich selber all die Jahre ... Ich brauche Leute, die sich mit meiner Alkoholsucht auskennen, kompetente Profis und ich wollte *einrücken*, ja,

mir gefällt der Begriff ... Er zeigt, dass es eine große Bedeutung hat. Ambulant ist mir jetzt zu wenig intensiv und kommt mir irgendwie halb vor ... Das, was ich jetzt vorhabe, wird nicht nebenbei zu schaffen sein. Es ist mir wichtig, es ist mir ernst; jetzt geht's um mich! Ich will mein Leben neugestalten, will mich darauf gut konzentrieren können und auf keinen Fall wieder in gewohnte Muster zurückfallen ...!“

... ist auch der Abstand zur gewohnten Lebenswelt

Der große Vorteil einer zunächst stationären Entwöhnungsbehandlung ist gerade (auch) der Abstand zur gewohnten Lebenswelt mit ihren Fallstricken der gewohnten Muster, auch im Zusammenhang mit Angehörigen (engl.: concerned significant others), die meist schon seit einiger Zeit co-abhängig und damit kontraproduktiv für das Überwinden der Sucht in ihr agieren. Ohne es zu wollen, erschweren sie oft die Konzentration auf eine echte Lebensneugestaltung, die wohl nur aus der Mitte der suchtkranken Person kommen kann. Co-abhängige Angehörige sind selbst Co-Betroffene der Auswirkungen des gewohnheitsmäßigen Überkonsums von Alkohol. Alkohol bewirkt als psychotrope Substanz typischerweise eine frontale Enthemmung, die neben inadäquaten, teilweise seltsam vergrößerten Verhaltensweisen auch immer wieder zu expansiven und aggressiven Durchbrüchen führt. Diese sind besonders dann zu erwarten, wenn die betrunkene Person in ihrem Expansionsstrom innerhalb des affektiven Tunnels, in dem sie sich befindet, auf Grenzen stößt und sich frustriert fühlt. So betrachtet, verwundert es also gar nicht, wenn es im sozialen Umfeld zu heftigen Gegenreaktionen kommt, wie einem erbitterten affektisoliert-distanzierten Kontrollfurore oder einem emotionalen Kritisieren oder Anflehen. Auch die scheinbar gelassene Laissez-faire-Reaktion, die entweder aus purer Angst erfolgt oder aus Zynismus, in dem eigentlich der weitere Verfall des Süchtigen billigend in Kauf genommen wird, ist kontraproduktiv und typisch co-abhängig. Der Begriff Co-Abhängigkeit wurde nicht zufällig im Zusammenhang mit der Alkoholsucht geprägt.

Im stationären Setting mit professioneller Unterstützung ist es wesentlich leichter, eine Vogelperspektive einzunehmen und damit einen echten Überblick über das aktuelle eigene Leben zu (haben) gewinnen, als in den Verstrickungen der ungelösten Konflikte des Alltags (Froschperspektive).

Der Weg aus der Alkoholsucht ist kein Spaziergang

Wieso aber ist es für Alkoholranke so schwer, mit dem Alkoholkonsum aufzuhören, wenn sie die negativen Auswirkungen dessen schon wiederholt und deutlich vor Augen geführt bekommen haben? Sie tun es meiner Er-

fahrung nach nie aus masochistischem Lustgewinn und es ist auch nicht so, dass sie den Zusammenhang zwischen dem Schaden und der Wiederholung des schädlichen Konsumverhaltens nicht mental erfassen würden. Für den Süchtigen ist Alkohol eben keine Kleinigkeit, kein Nebenthema des Lebens, kein bloß „hesliches Laster“, es ist etwas Fundamentales und etwas Konstitutives! Aber warum? Es hängt wohl mit Entstehung der Sucht zusammen. Kein Mensch hat sich für die Sucht entschieden, wollte einfach eine (zusätzliche) Krankheit sein Eigen nennen oder sich gerne entlang der Suchtspirale auf den Weg nach unten bzw. in Richtung eines früheren Todes (s. statistische Verkürzung der Lebenserwartung um ca. 20 Jahre) begeben.

Eine kurze Suchtdefinition

Wie entsteht also Sucht? Oder anders gefragt: Was ist Sucht? Zuerst ist die „drug of choice“, in diesem Fall Alkohol, eben jene psychotrope Substanz, die wie ein Schlüssel in ein versperartes Schloss in Richtung eines besseren Lebens zu passen scheint. Im Hier und Jetzt geht es plötzlich besser, Probleme lösen sich auf oder werden dadurch leichter auf eine bestimmte Weise gelöst, man fühlt sich freier, souveräner, auch unabhängiger von lästigen inneren Problemen (psychische Grundkrankheiten), man manipuliert oder behandelt sich selbst. Der noch nicht süchtige und noch weitgehende intentionale Konsum von Alkohol ist zunächst ganz funktional; das aus einer aktuellen Lebensphase mit deren spezifischen Einflüssen gesteckte Ziel wird schneller, lockerer oder überhaupt erst erreicht!

Als Pionier des Gedankens, dass Alkoholsucht eine Krankheit ist, formulierte der schottische Arzt Thomas Trotter bereits 1788: „Die Begierde nach häufiger Trunkenheit ist eine durch die chemische Natur des Alkohols hervorgerufene Krankheit!“ Was er hier nicht explizit dazusagt, ist, dass die chemische Natur des Alkohols notwendigerweise über eine gewisse Zeit lang einwirken muss, um die Krankheit hervorzurufen. Diese manifestiert sich nicht nur durch die toxischen Auswirkungen auf den Körper, sondern auch in der manipulativen Kraft, immer wieder trinken zu wollen, obwohl der Schaden im Leben der süchtigen Person schon spürbar angerichtet ist. Die chemische Natur des Alkohols besteht auch darin, eine Dopaminfreisetzung mit einer entsprechenden Belohnungserwartung zu bewirken, die nicht satt wird und die bei Wiederholung auch keine Down-Regulation erfährt.

Wir können also auf die Frage, was Sucht im Wesenskern ist bzw. wie Sucht entsteht, eine Antwort (Definition) wagen: *Zunächst dreht man an einem Rädchen und mit der Zeit wird man von einem Rad gedreht!*

In der Sucht ist dann der bewusste funktionale Konsum der guten Anfangszeit zwar schon längst dem krankhaften dysfunktionalen Konsum der schlechten Gegenwart gewichen, aber eines ist nicht zu übersehen: Irgendetwas sehr Wirkmächtiges lässt die Betroffenen in ihrer schlechten Gewohnheit verharren. Neben der Beschämung, die sich ergibt, wenn man sich eine stigmatisierte Krankheit eingestehen müsste und sie daher lieber so lange wie möglich bagatellisiert, spielen wohl noch zwei Faktoren eine wichtige Rolle. Zum einen hat schon Aristoteles formuliert: „Wir sind das, was wir wiederholt tun.“ Die Gewohnheiten, ob gute oder schlechte, definieren uns als spezifische Persönlichkeit zu einem nicht unwesentlichen Teil. Zum anderen ist der funktionale Konsum psychotroper Substanzen in der Anfangsphase und dann meistens noch einige Zeit lang auch eine Technik, die man selbst entdeckt hatte, die man dann verfeinert hatte und die wie das Nippen vom Zaubertrank bei Asterix etwas so Wunderbares oder wenigstens so Hilfreiches in sich hatte, dass man es keinesfalls bei erstbestener Gelegenheit aus der Hand geben möchte. Nach den ersten Misserfolgen in Anwendung der psychotropen Technik (*und mit der Zeit wird man von einem Rad gedreht!*) wird also eher versucht, an der Technik zu feilen, als womöglich das ganze bisherige Leben auf den Kopf zu stellen.

Die chemische Natur des Alkohols besteht auch darin, dass er als kleines Molekül in praktisch alle neurobiologischen Nischen einzudringen und dort einzuwirken vermag. Man kann auch sagen, Alkohol breitet sich stetig in der cerebralen Matrix aus und erobert sich mit der Zeit einen Platz nach dem anderen. Aus subjektiver Innensicht scheint Alkohol bald einen wesentlichen Part in ganz vielen persönlichkeitskonstitutiven Bereichen zu spielen, prägt die Art der Verbindung zur Welt, speziell auch zur sozialen Welt des davon Abhängigen. Viele Alkoholkranke spüren zwar zuweilen, dass sie nicht so weitertrinken bzw. weiterleben können wie bisher, aber es fällt ihnen oft enorm schwer, sich vorzustellen, wie sie ohne diese subjektiv persönlichkeitskonstitutive oder identitätsnahe psychotrope Technik in ihrem sozialen Umfeld noch als sie selber und gleichzeitig deutlich anders weiterleben sollen.

Das stationäre Katapult

Der deutsche Philosoph Peter Sloterdijk hat sich in seinem Buch „Du musst dein Leben ändern“ (Suhrkamp Verlag, Frankfurt 2009) mit einem sozialanthropologischen Ansatz mit der Frage beschäftigt, was es aus den bisherigen Erfahrungen der Menschheit aus seiner Sicht braucht, um sich aus einer unwürdigen und gewohnten Lebensart (Gewöhnlichkeit) herauskatapultieren zu können. Es ist nicht zu übersehen, dass es inhaltliche Überschneidungen zwi-

schen seinem Begriff Gewöhnlichkeit (als unwürdige und gewohnte Lebensart) und der Sucht als Gewohnheitskrankheit gibt. In der Sucht begegnen wir oft dem Gefühl der Scham und des verringerten Selbstwertes, zum Teil wegen der Auswirkungen von Alkohol auf das angewandte Verhaltensrepertoire und zum Teil auch auf Basis des Insuffizienzgefühls, nicht aus eigener Kraft aus der Suchtspirale nach unten wieder nach oben bzw. herauskommen zu können. Die Frage, was eine ausreichende Wirkung als Katapult haben kann, um doch aus einer misslichen Gewohnheit herauszufinden, darf uns also in einem Analogieschluss zur Alkoholsuchtbehandlung interessieren. Sloterdijk schreibt: „Alle Steigerung geistiger und leiblicher Art beginnt mit einer Sezession von der Gewöhnlichkeit. Dies geht zumeist einher mit einer heftigen Abstoßung der Vergangenheit – nicht selten unter Mithilfe von Affekten wie Ekel, Reue und völliger Verwerfung des früheren Seinsmodus.“ Bei Sloterdijk ist mit dieser Sezession ein innerer Loslassprozess gemeint, der aber zunächst auch eine physische Distanz voraussetzt. Ohne einen radikalen Schnitt zur vorherigen Lebenswelt zu setzen, hat man seiner Einschätzung nach keine Chance gegen die eigenen Trägheitskräfte und die Verführungsrufe der anderen, wieder in alte Muster zurückzugleiten („Von größtem Gewicht ist die Herauslösung des Subjekts aus dem Sprachenstrom der ersten (bisherigen) Gesellschaft.“). Im Zusammenhang mit Suchttherapie zeigt sich in Analogie eine Betonung der Veränderungsmotivation „weg von“ einem kranken oder eben unwürdigen Leben in abhängiger Selbstversklavung durch Mitschwimmen im Mahlstrom. Da Sloterdijk dem Gedanken Aristoteles' viel abgewinnen kann, dass wir sind, was wir wiederholt tun, empfiehlt er auch ein gecoachtes Einüben in einer neuen Routine oder, nach Thomas Fuchs, einer neuen Rhythmisierung des Lebens. Würde er über Alkoholsuchtbehandlung schreiben, könnten wir eventuell etwas über die Funktion einer stationären Suchttherapie als Trainingslager für das große Spiel des Lebens danach lesen... Die Abstinenz würde bei ihm wohl als erstrebenswerte Askese fungieren.

Das Orpheus-Programm

Michael Musalek hat mit seiner Arbeitsgruppe im Anton Proksch Institut ein bahnbrechendes Alternativkonzept aus sozialästhetischer Sicht entwickelt und am Anton Proksch Institut implementiert, in dem die Veränderungsmotivation „hin zu“ einem attraktiven Ziel erfolgt. Statt einer asketischen Abstinenz wird ein gesundes schönes freudvolles Leben anvisiert, weil daraus eine entscheidende Anziehungskraft zur Lebensneugestaltung ausgeht. Schönes zu erleben, Schönheit wieder genießen zu wollen schließt bei aller Subjektivität und unterschiedlichen Quantität des bis dahin erlebten Schönen an die

zumindest fragmentarisch erlebte Kraftquelle des freudvollen Erlebens von Schönheit im Leben an. Mit dem Wunsch nach mehr davon kann der Wille zum Schönen aus der Sicht Musaleks als wesentlicher Attraktor für eine Ablösung von der alten Gewohnheitskrankheit Alkoholsucht mit all ihren anästhetischen und depressiogenen Auswirkungen mehr positive Energien auf Dauer freisetzen bzw. lukrieren als die „heftige Abstoßung der Vergangenheit (...) unter Mithilfe von Ekel und Reue“ aus der Sicht Sloterdijks!

Das Eingeständnis, dass der Weg in die Sucht zwar nachvollziehbar und verständlich ist, aber dennoch aus heutiger Sicht falsch, erfordert ein tröstendes Gegenüber. Unterstützung im schmerzhaften Prozess, sich als süchtiger Mensch einzugestehen, dass die bisherige Art, Probleme zu lösen, jetzt (schon eine Zeit lang) nicht mehr funktioniert, sollte auch mit einer Zuversicht gepaart sein, dass gemeinsam etwas Neues, aber individuell Passendes gefunden werden kann. In einer professionellen therapeutischen Resonanz, ohne co-abhängiges verärgertes und vorwurfsvolles Gegenüber als ständige Störungsquelle, kann ein längerer Prozess des Aufsuchens und Auffindens alternativer eigener attraktiver Ziele im Leben (was für einen Menschen schön und freudvoll ist, variiert stark) gelingen. Das Herausfinden dieser „real wants“ einer Person, bei denen es die oft (fälschlich) postulierte Willensschwäche der Alkoholkranken plötzlich nicht mehr gibt, während sie scheinbar ganz oft im Zusammenhang mit den „guten Vorsätzen“ aus Vernunft anzutreffen ist, bildet den entscheidenden Schritt zu einer nachhaltigen Verbesserung der tatsächlichen Behandlungsmotivation.

Im nächsten Schritt geht es auch bei Michael Musalek um die Schaffung von Voraussetzungen für eine spielerische und schöpferische Selbsttransformation mit Hilfe verschiedenster therapeutischer Interventionen, wie der Förderung der Selbstwahrnehmung, der Genussfähigkeit und der kreativen Potentiale, um sich aus der eigenen Mitte auch tatsächlich neu erfinden zu können. Die Wichtigkeit einer physischen Distanz und ganz zu Beginn auch einer kommunikativen Distanz zur vorherigen Lebenswelt, in der, wie schon beschrieben wurde, mit Sicherheit noch jede Menge Fallstricke (bei einer lange bestehenden Alkoholsucht signifikanter Ausprägung) unverändert lauern, ist in beiden Konzepten zu finden. Bei Michael Musalek ist aber nicht nur der Aspekt der Befreiung von einer möglicherweise pathogenen Umgebung oder jedenfalls einer auch veränderungsfeindlichen Umgebung berücksichtigt (stationärer Schutzraum), sondern auch der prospektive Aspekt, wonach im stationären Setting eher Spielräume mit öffnenden Atmosphären für eine therapeutisch unterstützte Lebensneugestaltung tatsächlich geschaffen werden können. Bei Musalek ist der Mensch nicht so sehr der

Übende, als das Gesamtkunstwerk, das es gilt immer neu kreativ zu erschaffen.

Dennoch ergänzen sich die Konzepte zur Lebensneugestaltung von Peter Sloterdijk und Michael Musalek und sollten daher nicht als alternative, sondern als komplementäre Konzepte betrachtet werden. In der Realität ist wohl immer eine motivationale Mischung notwendig aus dem guten Grund, das bisherige Leben bzw. die Alkoholsucht hinter sich lassen zu wollen, und dem attraktiven sozialästhetischen Therapieziel eines schöneren und freudvolleren Lebens ohne Alkohol.

Finale

„Along the way“ zeigt sich also, dass „ambulant vor stationär“ auch einfach nur heißt, dass ambulante Behandlungsversuche oft vor einer stationären Behandlung erfolgen. Manchmal reichen diese aus und manchmal sind sie zumindest der Auftakt für eine integrierte Behandlung mit ambulanten und stationären Phasen für mehr Betroffene als früher.

Wir dürfen auch nicht außer Acht lassen, dass Lebensneugestaltung ein reflexionsfähiges Sich-spüren-Können und auch gewisse kognitive Voraussetzungen zur Reflexion erfordert, die bei wiederholten Alkoholisierungen, wie sie in ambulanten Settings wesentlich häufiger vorkommen als in der abstinenzgestützten stationären Alkoholsuchtbehandlung, nicht im notwendigen Ausmaß bestehen. Bei mittlerer und starker Alkoholsucht klingt die frontale Atrophie erst nach zwei bis drei Monaten Abstinenz so ab, dass eine Verhaltenssteuerung gegen bisherige Gewohnheiten in relevantem Ausmaß möglich wird.

Für viele Alkoholranke sind nachhaltige Behandlungserfolge also nur im stationären Setting möglich, vor allem dann, wenn die Sucht schon lange besteht, sie entsprechend schwer ist, psychische und körperliche Komorbiditäten bestehen, oder auch bei „psychosozialen Rahmenbedingungen, unter denen eine Alkoholabstinenz oder auch nur eine Stabilisierung im ambulanten Setting nicht erreichbar erscheint.“ (S3-Leitlinie)