

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

**Neue Wege in der Diagnostik der
Alkoholkrankheit: Von einer
Defizienz-orientierten zur
Ressourcen-orientierten Diagnostik**

Musalek M

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2008; 9 (3), 46-52

Homepage:

www.kup.at/

JNeurolNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

77. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie



2026
7.–10. Juni
AACHEN

Personalisierte Neurochirurgie – digital, kompetent, vernetzt

dgnc-kongress.de

Joint Meeting with the Belgian Society and the Dutch
Society of Neurosurgery and Neurosurgeons of Luxembourg

*Werfen Sie einen
Blick ins Programm!*



*Registrieren
Sie sich jetzt!*



Neue Wege in der Diagnostik der Alkoholkrankheit: Von einer Defizienz-orientierten zur Ressourcen-orientierten Diagnostik

M. Musalek

Kurzfassung: Da eine globale kategoriale Diagnostik der Alkoholkrankheit die in sie gesetzten therapeutischen und prognostischen Erwartungen nicht erfüllen konnte, versuchte man mittels Subgruppierungen und Typologien diesem Problem gerecht zu werden. Aber auch diese Subklassifizierungsversuche scheiterten im Wesentlichen aufgrund der jeder kategorialen Diagnostik inhärenten Grenzziehungs- und Überschneidungsproblematik im Einzelfall: Die überwiegende Mehrzahl der Patienten präsentiert sich als „Mischtyp“, womit solche Klassifizierungsversuche keine bzw. nur sehr geringe Therapie- bzw. Prognoserelevanz haben. Einen Ausweg aus diesem diagnostischen Dilemma bietet der Paradigmenwechsel von der kategorialen zu einer dimensionalen Diagnostik. Eine dimensionale behandlungsrelevante

Diagnostik der Alkoholkrankheit hat aber nicht nur phänomen-, pathogenese- und prozessorientiert zu sein, sie muss immer auch verstehens- und ressourcenorientiert sein, um so die notwendigen Informationen und Grundlagen sowohl für pharmakologische Behandlungsformen als auch für psychotherapeutische und rehabilitative Maßnahmen zu liefern.

Abstract: New Approaches in the Diagnostics of Alcohol Addiction from Deficiency-Oriented to Resource-Oriented Diagnostics. Global categorical diagnostics concerning alcohol dependence are of (almost) no therapeutic and prognostic relevances. The attempt at solving this problem by cre-

ating and designing sub-classifications and typologies failed for the very same reason: diagnostic categories do not exist in nature, they are constructs of experts; a fact which leads to a high amount of overlapping: most patients represent mixed types, resulting in low therapeutic and prognostic relevances. A change of paradigms from categorical to dimensional diagnostics may solve the diagnostic dilemma. Such dimensional diagnostics should not only be phenomenon-, pathogenesis- and process-oriented but also understanding- and resource-oriented in order to provide relevant information and data which can be used as a fruitful basis for effective psychopharmacological, psychotherapeutic and rehabilitative measures. **J Neurol Neurochir Psychiatr 2008; 9 (3): 46–52.**

Die herkömmliche Suchtdiagnostik ist eine vorzugsweise kategoriale, das heißt, das höchste Ziel des diagnostischen Prozesses ist die richtige Zuordnung eines bestimmten Krankheitsbildes zu einer entsprechenden Krankheit. Diese Krankheitskategorien fungieren als Schubladen: Sie sind mit der dafür geeigneten Symptomkonstellation zu öffnen in der Hoffnung, dass sich dort für die jeweilige Krankheit eine spezifische Behandlungsanleitung bzw. Prognosestellung findet. Diese Schubladen, alias Krankheitskategorien, sind uns aber nicht, wie von manchen angenommen, von der Natur gegeben, sondern von Menschenhand geschaffen. Mit anderen Worten: Wir begegnen in den uns heute bekannten Krankheitseinheiten nicht der Natur, sondern nur wieder uns selbst. Die heute alles bestimmenden Diagnosesysteme DSM-IV [1] und ICD-10 [2], und damit auch die in ihnen enthaltene Suchtdiagnostik, sind in ganz besonderem Maße Instrumente der Selbstbegegnung. Als Ergebnis von Expertenabstimmungen sind sie nicht einmal theoriegeleitete Konstrukte zur Erklärung des Natürlichen; sie sind vielmehr als vorläufige Endprodukte von psychiatriehistorischen und psychiatrie- bzw. gesellschaftspolitischen Prozessen Abstimmungsergebnisse von Expertenkommissionen [3].

Die Natur selbst kennt ganz offensichtlich unsere Einteilungen nicht und sie hält sich daher auch nicht an die von uns gezogenen Grenzen. Dementsprechend werden in den heute geläufigen Krankheitskategorien auch nur sehr inhomogene Gruppen abgebildet, die sich ihrerseits dann wieder auf mannigfache Weise mit anderen überschneiden, was neuerdings als „Komorbidität“ bezeichnet wird. Denken wir z. B. nur an die „Komorbidität“ von Depressionen und Angststörungen:

Vor Erfindung der selbständigen DSM- bzw. ICD-Kategorie „Angststörungen“ wurden Angstsymptome als mehr oder weniger typische Merkmale von depressiven Störungen angesehen; heute muss man sich mit den Überschneidungsproblemen von zwei unabhängigen Symptomkomplexen in unterschiedlichen Krankheiten beschäftigen [4]. In der Suchtdiagnostik sind wir mit ähnlichen Problemen konfrontiert. Auch hier wird mit der Diagnose „Abhängigkeitserkrankungen“ einerseits eine höchst inhomogene Gruppe von Patienten abgebildet und andererseits findet sich in ihrem diagnostischen Umfeld eine Vielzahl von sogenannten Komorbiditäten [5–8].

Die für die Diagnosekategorie Alkoholabhängigkeit heranzuziehenden Kriterien wie Toleranzentwicklung, Abstinenzsyndrom, Kontrollverlust, psychische Abhängigkeit und Craving sind zwar sehr typische Merkmale der Suchtkrankheit, die Anwendung der vorgeschriebenen Verknüpfungsregeln (Algorithmen) hat aber zur Folge, dass dann doch sehr unterschiedliche Patienten mit ein und derselben Diagnose versehen werden. So finden sich z. B. in der Diagnosekategorie ICD-10 Abhängigkeitssyndrom (F1x.2) sowohl Patienten mit einem körperlichen Entzugssyndrom als auch Patienten, die noch nie an körperlichen Erscheinungen bei Reduktion bzw. Absetzen von Alkohol litten. Patienten mit körperlicher Entzugssymptomatik brauchen eine adäquate medikamentöse Behandlung, während diese bei Patienten ohne eine solche nicht erforderlich ist. Gleiches gilt auch für das Alkoholverlangen. Ohne Zweifel macht es einen großen Unterschied – sowohl hinsichtlich medikamentöser Behandlung als auch psychotherapeutischer Maßnahmen – ob ein Patient ein unerträgliches Verlangen nach der Substanz („Craving“) aufweist oder nicht. Ein Einsatz einer Anti-Craving-Substanz ist bei Suchtkranken, die gar kein „Craving“ aufweisen, natürlich nicht als sinnvoll anzusehen. Auch den verschiedenen Formen und Ausprägungen von psychischer Abhängigkeit bzw. vermin-

Aus dem Anton-Proksch-Institut Wien

Korrespondenzadresse: Univ.-Prof. Dr. med. Michael Musalek, Anton-Proksch-Institut, A-1230 Wien, Mackgasse 7–11; E-Mail: musalek@api.or.at

derter Kontrollfähigkeit kann nicht mit denselben psychotherapeutischen Strategien zielführend begegnet werden.

Eine Suchtkrankheit tritt praktisch nie allein in Erscheinung. Sie ist immer mit anderen Erkrankungsmanifestationen verknüpft, am häufigsten mit Depressionen, Angststörungen, daneben aber auch mit Persönlichkeitsstörungen oder organischen bzw. funktionellen Psychosen [9]. Oft ist es nur sehr schwer – wenn überhaupt – möglich, herauszufinden, ob es sich bei der sogenannten „komorbiden Störung“ um ein Folgegeschehen der primären Suchterkrankung handelt oder aber ob sie selbst Ausgangspunkt der Suchtentwicklung ist. In den meisten Fällen haben wir es mit Kreisprozessen zu tun, in denen die „komorbiden Störungen“ im pathogenetischen Gefüge miteinander und mit der Suchterkrankung auf mannigfache Weise interagieren. Von seltensten Ausnahmen abgesehen, handelt es sich beim gleichzeitigen Auftreten von psychischen Störungen im Rahmen einer Suchtentwicklung, wie es die Bezeichnung Komorbidität bis zu einem gewissen Grad nahe legt, um mehr oder weniger unabhängige, zufällige, jedenfalls nicht regelhaft auftretende Geschehnisse. In jedem Fall ist in der klinischen Praxis aber die genaue Erfassung von Komorbiditäten von größter Wichtigkeit, da sie ihrerseits ganz wesentlich den Verlauf und die Prognose des Suchtgeschehens bestimmen [10].

Ein weiteres Problem kategorialen Diagnostizierens findet sich in dem Umstand, dass der Übergang von einem problematischen Alkoholkonsum zum Vollbild der Alkoholsucht ein fließender ist. Ein problematischer Alkoholkonsum (früher Alkoholmissbrauch genannt) äußert sich in regelmäßigem Alkoholtrinken ohne alkoholfreie Tage bzw. im Einsatz von Alkohol als Medikament zur Behandlung von Spannungszuständen, Angstzuständen und Überforderungszuständen, sowie im Trinken von Alkohol trotz bereits sichtbarer körperlich bzw. psychosozial schädlicher Wirkungen. In weiterer Folge können dann auch wesentliche Verpflichtungen in Arbeit, Schule oder daheim nicht mehr wahrgenommen werden, was auch in wiederholten Abwesenheiten von der Arbeitsstelle und verminderter Arbeitsleistung zum Ausdruck kommen kann. Wird Alkohol dann auch in gefährlichen Situationen, wie beim Lenken eines Autos oder Bedienen von Maschinen eingenommen, selbst dann noch wenn man sich durch die Substanz bereits beeinträchtigt fühlt, bis hin zu sich daraus ergebenden legalen Problemen und fehlen noch die typischen Suchtkrankheitsmerkmale (wie oben beschrieben), dann sind alle Kriterien des problematischen Alkoholkonsums als Vorstufe der Alkoholkrankheit erfüllt (siehe auch DSM-IV-Kriterien des Alkoholabusus).

Die Diagnose einer Alkoholkrankheit ist nach den ICD-10-Kriterien erst dann zu stellen, wenn zumindest 3 von insgesamt 7 der dort genannten Abhängigkeitskriterien (Toleranzentwicklung, verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Beendigung und Menge des Alkoholkonsums, körperliches Entzugssyndrom bzw. verschiedene Formen der psychischen Abhängigkeit – siehe auch oben) erfüllt sind. Mit dieser artifiziellen Grenzziehung wird nicht nur eine frühe Erfassung von Suchtentwicklungen erschwert, sondern auch eine hinsichtlich Phänomenologie und Pathogenese höchst inhomogene Patientengruppe geschaffen. Dieser Inhomogenitäts-

und Grenzziehungsproblematik, die sich keineswegs nur auf die Suchtdiagnostik beschränkt, sondern natürlich auch in allen anderen Bereichen der kategorialen Diagnostik wirksam wird, versuchte man dann in den späten 1970er und frühen 1980er Jahren mit der Entwicklung von Subkategorien bzw. Suchttypologien entgegenzuwirken. In nur wenig mehr als einem Jahrzehnt wurden mehr als 50 solcher Typologien im Bereich der Suchtdiagnostik entwickelt. Man glaubte, auf diese Weise die Therapierelevanz der Diagnosekategorien zu erhöhen. Aber auch hier war man mit dem gleichen Problem wie in der Globaldiagnostik konfrontiert: die Natur weiß natürlich nichts von den von Menschen geschaffenen Subkategorien, womit auch hier die bereits diskutierte Überschneidungsproblematik – die überwiegende Mehrzahl der Patienten erscheint als sogenannte „Mischtypen“ – eine sinnvolle, behandlungsrelevante Zuteilung im Einzelfall verunmöglicht. Auch der Versuch mittels mathematischer Algorithmen künstliche Trennungen herbeizuführen, wie wir sie zum Teil heute noch in wissenschaftlichen Kohortenstudien finden, half insofern in der klinischen Praxis nicht, als damit ja wieder nur die Vortäuschung einer Pseudoexaktheit, nicht jedoch eine exakte Einordnung des einzelnen Kranken in eine bestimmte therapierelevante Untergruppe der Suchtkrankheit gelingt [11]. All diese Diagnoseansätze scheiterten also am Grundproblem jedweder kategorialen Diagnostik, nämlich daran, dass – wie uns schon Nietzsche in seiner „Fröhlichen Wissenschaft“ eindrucksvoll vor Augen führte [12] – die Natur keine Formen bzw. Begriffe und dementsprechend auch keine Gattungen und Kategorien kennt, und sie demzufolge auch nicht den von Menschenhand geschaffenen Diagnosekategorien entsprechen kann [13].

Spätestens Ende der 1990er Jahre verließ man daher den Weg der Produktion von immer neuen Subgruppierungen und versuchte, die frustrierten Kategorisierungsversuche der 1970er und 1980er Jahre mit einem Paradigmenwechsel von der kategorialen zu einer dimensional Suchtdiagnostik zu überwinden. Es würde den Rahmen dieses Beitrages bei Weitem sprengen, alle Diagnosestrategien, die in diesem Zusammenhang entwickelt wurden, im Einzelnen zu diskutieren; im Folgenden soll daher auch nur auf einzelne Aspekte und Formen dimensional Diagnostizierens eingegangen werden. Im Gegensatz zur kategorialen Diagnostik erschöpft sich eine dimensionale Diagnostik nicht in der richtigen Zuordnung von Krankheitszeichen in vorgegebene Kategorien, sie ist also nicht primär krankheitsorientiert, sondern symptom-, prozess- und pathogeneseorientiert. Eine dimensionale Diagnostik, wie sie hier vorgestellt werden soll, geht vom Einzelphänomen aus, fragt nach dessen Ursprung sowie nach der pathoplastischen Bedeutung der Bedingungskonstellationen, um damit die Basis für die Beantwortung der Frage bereit zu stellen, wie das durch ein psychopathologisches Phänomen bzw. durch ein Konvolut von Krankheitsphänomenen bedingte Leiden des Menschen minimiert bzw. überhaupt zum Verschwinden gebracht werden kann [3]. Die zentrale diagnostische Frage ist dann nicht mehr: Welche Krankheit hat der Patient? An ihre Stelle rückt die Frage: Woran leidet der Mensch und wie kann ihm zielführend geholfen werden, aus diesen ihn in seinen Möglichkeiten einschränkenden Leidenszuständen wieder zu einem autonomen und möglichst freudvollen Leben zu finden?

In der Suchtdiagnostik heißt das, dass nicht mehr nur die richtige Zuordnung zur vorgegebenen Kategorie Abhängigkeitsstörungen das Maß für qualitativvolles Diagnostizieren ist. Es sind vielmehr die einzelnen Phänomene zu erfassen, an denen der Einzelne leidet, und es ist hernach ihren Bedingungskonstellationen nachzugehen. Dabei sind nicht nur die krankheitsdisponierenden bzw. -auslösenden Faktoren in den diagnostischen Prozess mit einzubeziehen, sondern vor allem auch die krankheitserhaltenden Faktoren, also jene Faktoren, die während des Krankheitsgeschehens erst in Erscheinung treten und den Fortbestand der Störung wesentlich mitbedingen, wie z. B. Eigendynamik einer Erkrankung, Folgeerkrankungen, sekundäre Leiden, etc. In diesem Bedingungsbandel zum Krankheitserhalt nimmt die Bedeutung der Erkrankung einen ganz zentralen Platz ein. Über ihre eigentliche Natur hinaus hat jede Krankheit auch Bedeutung. Krankheit und Kranksein äußern sich einerseits in ihrer Symptomatik, andererseits aber auch in den um sie herum rankenden Erzählungen [14]. Es ist einfach nicht dasselbe, an einem Magengeschwür, einer Hepatitis zu leiden oder aber an einer chronischen Gastritis im Rahmen einer Alkoholkrankheit bzw. an einer alkoholischen Fettleberhepatitis. Es macht einen großen Unterschied, ob man herzkrank oder aber alkoholkrank ist. Im einen Fall wird dem Kranken großes Mitgefühl entgegen gebracht werden, im anderen bestenfalls Betroffenheit, meist aber nur Ablehnung.

Psychische Erkrankungen im Allgemeinen und Suchterkrankungen im Besonderen sind hoch stigmatisierende Erkrankungen. Patienten mit einer psychischen Erkrankung leiden nicht nur an einer minderwertigen Gesundheit, sondern wie es Robert Musil so treffend in seinem „Mann ohne Eigenschaften“ ausdrückte, auch an einer minderwertigen Krankheit [15]. Alkoholranke haben nicht nur eine minderwertige Krankheit, sehr oft wird ihnen das Kranksein überhaupt abgesprochen. „Hätte sie (er) sich nur ordentlich verhalten, nicht übermäßig gelebt, einfach nur so viel getrunken wie andere auch, dann wäre sie (er) nicht so weit gekommen, wenn sie (er) sich nun einfach zusammenreißt, dann wäre wieder alles gut“, hört man nicht selten, sogar auch aus manchem Medizinermund. Alkoholkrankheit wird den Patienten sowie auch ihrer Umgebung oft als Versagen, als schuldhaftes Geschehen, Charakterschwäche bzw. Willensschwäche angelastet. Damit wird der Patient nicht nur für seine Krankheit beschuldigt, sondern es wird ihm zugleich auch abgesprochen, überhaupt eine Krankheit zu haben. Manche unserer Alkoholkranken leiden sogar wesentlich mehr an der Bedeutung ihrer Erkrankung und der damit verbundenen Stigmatisierung als an ihren Krankheitssymptomen selbst. In jedem Fall jedoch ist die Bedeutung fixer Bestandteil im Bedingungsgefüge des Leidens unserer Patienten.

Eine behandlungsrelevante dimensionale Diagnostik muss daher nicht nur pathogenese- und prozessorientiert, sondern vor allem auch verstehensorientiert sein. Sie darf ihren Fokus nicht nur auf die Symptome selbst lenken, sondern muss auch all die Bedeutungen erfassen, die die Krankheit für den Einzelnen und für die ihn umgebenden Menschen hat, um damit die daraus entstehenden Interaktionen und Folgeaktionen, die ihrerseits wieder den Fortbestand des Krankheitsgeschehens bedingen, verstehen zu können [16]. Auf diese Weise kann dann auch eine umfassende diagnostische Basis geschaf-

fen werden, die vor allem für psychotherapeutische Maßnahmen unverzichtbar ist. Zielrichtung des diagnostischen Vorgehens ist dann nicht mehr nur die Krankheit selbst, in unserem Fall nicht mehr nur die Alkoholkrankheit, sondern der an ihr, ihren Bedeutungen und Folgen leidende Mensch. Dabei sind vor allem auch die positiven Möglichkeiten und Stärken des Patienten in den diagnostischen Prozess mit einzubeziehen, um damit eine Grundlage für Behandlungspläne zu erstellen. Auf diese Weise wird die Voraussetzung dafür geschaffen, die Ressourcen des Patienten, die positiven Merkmale und Fähigkeiten des Patienten im Umgang mit seinem Kranksein und Leiden besser nützen zu können.

Eine solche dimensionale Diagnostik muss somit nicht nur phänomen-, pathogenese-, prozess- und verstehensorientiert sein, sondern sie muss ganz wesentlich auch ressourcenorientiert sein. Es geht nicht mehr nur allein um ein genaues Aufzeichnen und Verstehen der Defizienzen des Patienten, sondern um das Erfassen des ganzen Menschen mit all seinen Möglichkeiten und Unmöglichkeiten, um das Verstehen all seiner Defizienzen und all seiner Ressourcen. Mit anderen Worten: nicht mehr das Krankheitsgeschehen mit all seinen Folgen, sondern der davon betroffene Mensch wird zum Maß aller diagnostischen Maßnahmen. Der Hauptfokus einer solchen Diagnostik sind die Ressourcen, die natürlich in Wechselbeziehung zu etwaigen Defizienzen stehen. Eine aus der ressourcenorientierten Diagnostik zu entwickelnde ressourcenorientierte Therapie hat zwei Strategien zu folgen: (1) die erkannten Stärken des kranken Menschen zu fördern bzw. neue Entfaltungsmöglichkeiten zu schaffen und (2) die Schwächen des Einzelnen zu seinen Stärken zu machen. Dementsprechend muss eine ressourcenorientierte Diagnostik auch die Unmöglichkeiten und Probleme des einzelnen Leidenden mit umfassen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ressourcenorientiertes Diagnostizieren heute durchaus schon mancherorts etabliert [17], in der Erwachsenenpsychiatrie spielt es aber noch kaum eine Rolle. Als Haupteinsatzgebiet sind vor allem chronische Erkrankungen anzusehen, also chronisch rezidivierende, phasenhaft verlaufende Störungen bzw. chronische Störungen mit ausgeprägter Residualbildung. Deshalb scheint ein solcher diagnostischer Ansatz auch in ganz besonderem Maße geeignet, bei chronischen Suchtkranken Anwendung zu finden.

Ausgangspunkt einer ressourcenorientierten Diagnostik ist also der Mensch als Ganzes. Bezieht man sich in der Diagnostik auf den Menschen, so läuft man unweigerlich Gefahr, sich in Unwegsamkeiten des Wissens über den Menschen zu verlaufen. „Der Mensch weiß (nämlich) nicht was er ist, zugleich weiß er aber, dass er es nicht weiß“ [18]. Der Mensch ist jedoch fähig, sich ein Bild von sich selbst zu machen. In einer auf den ganzen Menschen bezogenen ressourcenorientierten Diagnostik müssen wir uns daher diesen Bildern widmen, die wir uns vom Menschen machen, seien sie noch so bruchstück- und schemenhaft. Das heute in der Medizin am weitesten verbreitete Menschenbild geht davon aus, dass dieser ganze Mensch aus verschiedenen, mehr oder weniger unabhängigen Teilen zusammengesetzt ist. Der Mensch besteht aus Geist, Seele, Psyche einerseits und Körper andererseits, die dann auf mannigfache – und heute noch weitgehend unbekannte – Weise mit einander interagieren. Diese „Zweiweltenlegende“

[19] ist auch für das heute so weit verbreitete dichotome Denken in der Medizin verantwortlich: Es gibt auf der einen Seite körperliche Erkrankungen (also Erkrankungen des Körpers) und psychische Erkrankungen (also Erkrankungen der Psyche) auf der anderen Seite – und dazwischen noch sogenannte psychosomatische Erkrankungen. Dabei wird völlig außer Acht gelassen, dass der Mensch immer ein körperliches, psychisches, soziales und spirituelles Wesen ist – sogar auch im Krankheitsfall.

Auch wenn wir an einer körperlich bedingten Erkrankung leiden, ist dieses Leiden, das in der Regel nicht nur Leiden an der Krankheit selbst sondern vor allem Leiden an ihrer Bedeutung ist, der psychische Anteil der Krankheit. Umgekehrt ist eine psychische Krankheit ohne Beteiligung des Gehirns nicht vorstellbar, sie ist demnach schon allein deshalb immer auch körperliches Geschehen. Ohne Zweifel haben chronische Erkrankungen mannigfache Auswirkungen auf das soziale Leben des Betroffenen und seine Umgebung, wobei diese Störungen dann ihrerseits wieder zum Krankheitserhalt beitragen können und so zu pathogenetischen Faktoren werden. Chronische Krankheit im Allgemeinen und chronische Alkoholkrankheit im Besonderen sind daher immer körperliche, psychische und soziale Geschehen; richtiger: Der von ihr Betroffene ist immer körperliches, psychisches und soziales Wesen; hier finden sich auch seine Ressourcen. Eine Ressource – die spirituelle Kraft des Menschen – wurde lange Zeit in der Medizin negiert, quasi in Religionsgemeinschaften als Seelsorge ausgelagert. Wenn hier von Spiritualität, von spiritueller Kraft des Menschen die Rede ist, dann ist nicht nur sein religiöser Glaube, seine Zugehörigkeit zu einer bestimmten Religions- bzw. sonstigen Glaubensgemeinschaft gemeint, sondern vor allem auch die Möglichkeit des Menschen, sich und seine Welt zu transzendieren, sich selbst Metaphysisches zu schaffen. Auch diejenigen, die sich keiner Religionsgemeinschaft zugehörig fühlen und die, wie sie selbst behaupten, an nichts glauben, glauben an etwas. Sie glauben vielleicht nicht an Gott, aber sie glauben möglicherweise an den Sinn der Natur, an das Evolutionsdogma oder zumindest aber an die Schöpferkraft einer sich selbst schaffenden Natur. Jeder Mensch versucht die Fragen, die für uns letztlich unbeantwortbar bleiben müssen, mit seinen Glaubenssätzen zu beantworten, um damit zumindest ein geringes Maß an Sicherheit in einer unsicheren und verunsichernden Welt zu erlangen.

In all den genannten Bereichen, den körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen, die eigentlich keine Bereiche des Menschen sind, sondern nur bestimmte Aspekte und Facetten ein und desselben Menschen, die also nur durch Betrachtung aus verschiedenen Perspektiven entstehen, finden sich auch die Ressourcen des Einzelnen. Es gilt daher, im diagnostischen Prozess die körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Möglichkeiten, Grundlagen, Voraussetzungen und Entwicklungsfähigkeiten des einzelnen Patienten zu erfassen und zu verstehen, um auf diese Weise mit dem Betroffenen gemeinsam ein umfassendes ressourcenorientiertes Behandlungsprogramm entwickeln zu können. Demgegenüber steht die heute in der Medizin noch immer weit verbreitete Meinung, dass es doch rein körperliche Erkrankungen gibt, auch wenn wir von manchen die (körperlichen) Ursachen noch nicht kennen. Eine solche Sichtweise ist in der

Regel in einer physikalistisch-mechanistischen Weltanschauung begründet, dass der Mensch eine mehr oder weniger komplizierte, beseelte Maschine ist, wobei einmal die Maschine, im anderen Fall die Beseelung eine Störung aufweist. Nicht wenige überzeugte Physikalisten unter den Neurowissenschaftlern gehen in ihrer „wilden Metaphysik“ [20] heute sogar soweit, dass sie die Beseelung nicht mehr als das eigentlich Ursprüngliche, alles Bewegende ansehen, sondern als durch körperliche Funktionen, nämlich durch Hirnfunktionen, selbst Bedingtes. Dass bei solchen Interpretationen von Brain-Imaging-Befunden, seien sie nun morphologischer bzw. funktioneller Natur, fälschlicherweise die Voraussetzungen für eine Störung mit deren Ursache gleichgesetzt bzw. sogar verwechselt werden, sei hier nur am Rande erwähnt.

„Menschen sind (aber) nicht Maschinen, nicht einmal von Gespenstern heimgesuchte“, wie es Gilbert Ryle bereits 1949 in seinem wegweisenden Werk „The Concept of Mind“ ausdrückte. Sie sind auch nicht Maschinen, die auf gespenstische Weise Geist und Seele bedingen. „(Menschen) ... sind Menschen – eine Tautologie, an die man sich hie und da erinnern sollte“ [19]. Wenn wir aber den Patienten als Menschen, und nicht mehr nur als eine Maschine mit gestörten Funktionen sehen wollen, dann müssen wir uns die Frage stellen, was denn diesen Menschen zum Menschen macht, wo seine besonderen Fähigkeiten und Möglichkeiten liegen. Anders ausgedrückt: Wo lassen sich seine Ressourcen finden?

Spricht man heute über die Ressourcen eines Menschen, dann meint man zumeist seine finanziellen Möglichkeiten, seine berufliche Situation und vielleicht noch eine mehr oder weniger stabile Partnerschaft – übrigens gerade solche Gegebenheiten, die für unsere Alkoholkranken nur noch selten verfügbar sind. Erschöpft sich das menschliche Dasein aber wirklich nur in Beruf und Geld, verfeinert mit einem Schuss Beziehung, wie es uns manche neoliberale Politiker glauben machen wollen? Ist der Mensch wirklich nur eine mehr oder weniger gut funktionierende körperliche Maschine, die richtig ernährt gehört und mit anderen harmonisch abzustimmen ist? Spätestens seit dem bahnbrechenden kartesischen „Cogito ergo sum“ wissen wir, dass wir uns als Homo sapiens, als vernunftbegabtes Wesen von anderen Lebewesen unterscheiden. Das Denken, die Vernunft, der Verstand sind besondere Ressourcen des Menschen, die uns zumindest glauben machen, dass wir mehr sind als alle anderen Lebewesen unserer Welt. Wir sind aber nicht nur vernunftbegabte Wesen, wir sind auch historische Wesen. Als Homo historicans haben wir unsere Geschichte; eine persönliche Geschichte, die unseren Lebensspielraum in besonderer Weise markiert. Sie eröffnet uns Möglichkeiten, selbst dann wenn wir uns ihrer noch nicht bewusst sind, sie begrenzt uns aber auch in unseren Entwicklungsmöglichkeiten und verhindert damit existentielle Ausuferungen. Die Erfassung des jeweiligen Lebensspielraums ist für eine zielführende Behandlungsplanung unverzichtbare Voraussetzung, da andernfalls Behandlungsmaßnahmen unweigerlich in Überforderungen bzw. Unterforderungen des Einzelnen oder zumindest in ein Nicht-Nützen-Können von Handlungsräumen münden.

In diesen Lebensräumen, und aus diesen heraus, sind wir als Menschen auch zur Kommunikation mit anderen Menschen

fähig. Mehr noch: Wir sind, um das bekannte Sartre'sche Wort zur Freiheit abzuwandeln, zur Kommunikation verdammt. Wir können nicht nicht-kommunizieren. Selbst wenn wir uns einer Kommunikation mit Anderen entziehen, ist das nur eine besondere Form der Kommunikation. Die Kommunikationsfähigkeit, das Potential mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, ihnen zu begegnen, mit ihnen zu sprechen, auf sie zuzugehen, Gedanken auszutauschen, ihnen Freuden zu bereiten, auf ihre Leiden einzugehen sind Eigenschaften, mit denen unsere Suchtkranken gar nicht selten in reichem Maße ausgestattet sind, auch wenn sie manchmal durch die Auswirkungen hoch dosierten Alkoholkonsums bzw. der ihnen entgegengebrachten Ablehnung wegen der Auswirkungen ihrer Erkrankung nicht mehr in dem Maße umgesetzt werden können, wie sie prinzipiell vorhanden wären. Auch in der Therapie kann es vorkommen, dass dem Patienten Lebensräume genommen werden, und es ihm dadurch verunmöglicht wird, sein kommunikatives Potential zur Geltung zu bringen. Aus der Sorge um einen Rückfall und weil dort, wo er sich am liebsten mit anderen traf, der Alkoholkonsum in der Regel hoch ist, wird Alkoholkranken oft gerade jener Lebensraum verwehrt, der ihnen am vertrautesten war. Erschwerend kommt dann noch hinzu, dass beim abstinenter Alkoholkranken die kommunikationsfördernde enthemmende Wirkung des Alkohols wegfällt, womit im Zusammenhang mit isolationsfördernden Schuldgefühlen das Kommunikationspotential so weit verschüttet werden kann, dass sogar der Eindruck des Vorliegens einer Defizienz auf diesem Gebiet entsteht.

Der Mensch ist nicht nur ein Ding, dessen Geschichte sowie dessen Möglichkeiten vernünftig zu handeln und mit anderen in Kontakt zu treten, erkannt werden kann. Der Mensch ist ein Prozess; er ist ein Geschehen, das anderes geschehen lassen kann. „Der Mensch ist kein Ding, das entdeckt werden kann, der Mensch ist ein Macher, ein Vollzieher ...“ [18]. Als Homo faber schaffen wir uns unsere Welt(en) und können so zum Kosmopoeten werden. Wie unsere Welt aussieht, wie sie beschaffen ist, das liegt an uns. Wenn wir uns der kosmopoetischen Aufgabe entziehen, dann müssen wir in einer Welt leben, die von den anderen geschaffen ist – und werden so zu Abziehbildern unserer Umgebung. Um sich eine Welt zu schaffen, braucht es aber Entscheidungen: Der Mensch ist somit auch ein Homo decernans. Auch das ist eine Ressource, die vielen unserer Patienten nicht mehr als ihnen zueigen bewusst ist. Zuviel haben sie von anderen entscheiden lassen, zu lange haben sie anderen die wichtigen Entscheidungen überlassen. Wenn sich Alkoholranke dann im Laufe der Therapie dieser Fähigkeit wieder bewusst werden und wieder Entscheidungen selbständig treffen, führt das nicht selten zu erheblichen interaktionellen Schwierigkeiten mit ihren Angehörigen, worauf in einer ressourcenorientierten Behandlung besonders Bedacht zu nehmen ist.

Entscheidungen zu neuem Lebensentwurf, das Schaffen einer neuen besseren Welt sind aber nicht aus dem Nichts heraus möglich. Wir alle, und so auch unsere Patienten, leben in einer begrenzten, uns begrenzenden Welt. Wir alle erleben unsere Gebundenheit und Begrenztheiten im uns Gegebenen. Martin Heidegger [21] hat uns in seinem Jahrhundertwerk „Sein und Zeit“ so treffend als „geworfenen Entwurf“ bezeichnet. Wir sind in eine Welt geworfen. Diese Geworfenheit zeigt sich in

den Rahmenbedingungen unseres Daseins, in der Begrenztheit unserer Fähigkeiten und Defizienzen. Manche dieser Rahmenbedingungen sind von uns beeinflussbar bzw. veränderbar, manche von ihnen bleiben aber unveränderbar Gegebenes und können in ihrer Starrheit bestenfalls als Geländer verwendet werden. In jedem Fall sind wir aber prinzipiell dazu fähig, uns selbst in diesen vorgegebenen Lebensräumen zu entwerfen. Immer auch Entwurf, Entworfenes und nicht nur Geworfenes seiend, sind wir zur Phantasie und zum Wünschen fähig. „Wir müssen nichts sein, sondern nur alles werden wollen“ sagt Goethe im Faust. Was wir dazu brauchen, um Zukunftsvisionen umsetzen zu können, ist nicht nur Wissen um unsere Möglichkeiten und Unmöglichkeiten, sondern vor allem auch Empfindsamkeit und Phantasie. Als Homo desiderans sind wir auch Homo aestheticus, also ein Mensch, der das Schöne und Gute empfinden kann, der sich von der Welt bezaubern lassen kann, der Freude in der Begegnung mit dem Anderen erleben kann; aber auch ein Mensch, der selbst das Schöne, das Gute, das Erhabene, das Heilige, das Freudvolle, das Faszinierende schaffen, in seine Welt setzen kann.

Der Mensch als Kosmopoet bekommt damit eine zweite Bedeutung. Er ist nicht nur Schöpfer seiner Welt, er ist auch deren Gestalter. Er kann sie auch nach ästhetischen Grundsätzen gestalten. Ein Leben kann damit zum Kunstwerk werden [22]. Natürlich ist nicht jeder ein hochbegabter Maler, begnadeter Bildhauer, phänomenaler Musiker. Jeder von uns ist aber zum Verfassen eines Essays im Sinne Montaignes fähig, zum Versuch einer Erzählung, seiner Lebenserzählung als Experiment. Dieses Experiment ist dann nicht mehr nur ein kalter physikalischer oder chemischer Versuch, wie es uns manche Naturwissenschaftler glauben machen wollen; es ist der kunstvolle Umgang mit den apollinischen und dionysischen Schönheiten des Lebens selbst. Der Krankheitsfall kann so zum Neubeginn, zum Ausgangspunkt einer echten Lebenstransformation werden. Zu dieser Kosmopoiesis, die auf diese Weise auch zur Kosmopoesie wird, braucht es alle verfügbaren Ressourcen des Patienten, all seine körperlichen Möglichkeiten, nicht nur Kraft und Ausdauer (die in der Regel durch die Krankheit eher beeinträchtigt als verfügbar sind und erst langsam wieder aufgebaut werden müssen), sondern vor allem auch Geschicklichkeit und Geduld, aber auch all seine körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Möglichkeiten und Kräfte.

Für die Diagnostik und Therapie des Alkoholkranken heißt das, dass das zentrale Anliegen des Diagnostikers und Therapeuten nicht nur das Registrieren von Defizienzen, sondern das Auffinden und Aufzeigen von Fähigkeiten und das ans Tageslicht Bringen und Fördern von Lebensgestaltungsmöglichkeiten ist, um damit die Basis für ein autonom geführtes und möglichst freudvoll erlebtes Leben zu legen. Hilfestellung bei der Lebensgestaltung ist hier nicht als eine neue Form der Psychoedukation zu verstehen, bei der der eine weiß, wie man richtig lebt und der andere nach dessen Anleitungen zu leben hat. Es geht hier also nicht um Vorgaben durch den Therapeuten. Ressourcenorientierte Therapie mit dem Ziel einer neuen Lebensgestaltung ist kein Missionswerk. Die Voraussetzungen für ein autonomes und freudvolles Leben können nur im Dialog des Kranken und des Therapeuten gemeinsam erreicht werden. Als Hilfsmittel können hierbei Behand-

lungsmodule dienen, wie wir sie im Anton-Proksch-Institut für Suchtkranke geschaffen haben, wie z. B. Körperwahrnehmungsgruppen, in denen ein neues Körperbewusstsein erreicht werden kann, Handwerksgruppen, wo gestalterisches Potential, Geschicklichkeit und Geduld gefördert wird, angeleitetes Malen zur Anregung von Phantasie und Visionen, Gartentherapie als Metapher für das Säen und Gedeihen lassen, Computerlernstudio, um neue Techniken in die Lebensplanung und Gestaltung mit einbeziehen zu können, philosophische Cafés zur Selbstreflexion des Gelebten und Erlebten, etc.

Nicht jeder Patient hat die gleichen Möglichkeiten, keiner hat alle Möglichkeiten. Deshalb haben Institutionen zur Behandlung von Alkoholkranken sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich ein möglichst breites Angebot an Behandlungsmodulen zur Verfügung zu stellen, um der Komplexität des Krankheitsgeschehens und den sich daraus ergebenden Behandlungsnotwendigkeiten gerecht werden zu können. Das Verschreiben von Entzugsmedikation gepaart mit einem Beratungsgespräch ist noch keine zielführende Behandlung der Alkoholkrankheit. Erst wenn der von der Alkoholkrankheit heimgesuchte Patient in all seinen Defiziten und Ressourcen erkannt und verstanden wird, eröffnet sich die Chance, mittels abstinenzgestützter Behandlungsmaßnahmen [13] das eigentliche Therapieziel zu erreichen, nämlich ein autonomes und möglichst freudvolles Leben. Da die Grundvoraussetzungen nicht bei allen Patienten gleich verteilt sind – wo des einen Stärke, da des anderen Schwäche – muss es daher Aufgabe und Kunst des Suchttherapeuten sein, all die Fähigkeiten und Unfähigkeiten des Einzelnen herauszufinden, aufzuspüren, auszuloten, um dann mit dem Patienten gemeinsam einen ressourcenorientierten Behandlungsplan erstellen zu können, der in einer auf uneingeschränkter Wertschätzung des Patienten basierenden und in einer Atmosphäre menschlicher Wärme stattfindenden Therapie umgesetzt wird. Eine Diagnostik wie hier skizziert ist damit weit entfernt von der heute noch vielerorts betriebenen kategorialen Suchtdiagnostik. Statt der Beschäftigung mit Krankheitskonstrukten wird in einer solchen Diagnostik wieder der Mensch zum Maß aller Dinge. Manches liegt auf dem Weg zu einer mehrdimensionalen, ressourcenorientierten Diagnostik noch im Dunkeln. Es wird die Aufgabe weiterer intensiver Forschungs- und Entwicklungsarbeit sein, Licht in dieses Dunkel zu bringen, um diesen neuen Weg für alle Alkoholkranken auch breit zugänglich und gangbar zu machen.

■ Relevanz für die Praxis

Im Gegensatz zu einer kategorialen Diagnostik, die sich in der klinischen Praxis als wenig therapie relevant herausstellte, kann mit einer dimensional Diagnostik, die nicht nur phänomen-, pathogenese- und prozessorientiert sondern auch verstehens- und ressourcenorientiert ist, eine bessere Basis für unser klinisch-therapeutisches Handeln gelegt werden. Eine ressourcenorientierte Diagnostik ist in der klinischen Praxis die unabdingbare Voraussetzung für eine mehrdimensionale Therapieplanung, in der nicht nur Krankheitskonstrukte sondern wieder der ganze Mensch mit all seinen Defiziten und Ressourcen das Maß aller Dinge ist.

Literatur:

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994.
2. Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10. Verlag Hans Huber, Bern, 1993.
3. Musalek M. Unser therapeutisches Handeln im Spannungsfeld zwischen Warum und Wozu. Krankheitskonzepte und ihre Auswirkungen auf die tägliche Praxis. Wiener Suchtzeitschrift 2007 (im Druck).
4. Kasper S. Depression and anxiety – separate or continuum? World J Biological Psychiatry 2001; 2: 162–3.
5. Hasin DS, Grant BF. Major depression in 6050 former drinkers: association with past alcohol dependence. Arch Gen Psychiatry 2002; 59: 794–800.
6. Maser JD, Cloninger CR. Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders. American Psychiatric Press, Washington, DC, 1990.
7. Moggi F. Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. Verlag Hans Huber, Bern, 2002.
8. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA 1990; 264: 2511–8.
9. Kasper S, Haller R, Haring C, Musalek M. Substanzbezogene Störungen und psychiatrische Erkrankungen. ClinCum NeuroPsy, Sonderausgabe November 2007.
10. McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP, Druley KA. Predicting response to alcohol and drug abuse treatments. Role of psychiatric severity. Arch Gen Psychiatry 1983; 40: 620–5.
11. Musalek M. Die Diagnose Sucht. Entwicklung des Suchtbegriffes, Diagnose, Kriterien. In: Brosch R, Mader R (Hrsg). Sucht – Problematik und Behandlung in Österreich. LexisNexis Verlag, Wien, 2004.
12. Nietzsche F. Die fröhliche Wissenschaft. In: Colli G, Montinari M (Hrsg). Friedrich Nietzsche Sämtliche Werke. Kritische Studienausgabe. De Gruyter, Berlin, 1988; Bd 3.
13. Musalek M. Alkoholkrankheit – State of the Art. Österreichische Ärztezeitung 2007; 9: 39–46.
14. Musalek M. Meaning and causes of delusions. In: Fulford B, Sadler J, Stanghellini G, Morris K (eds). Nature and Narrative. International Perspectives in Philosophy and Psychiatry. Oxford University Press, Oxford, 2003.
15. Musil R. Der Mann ohne Eigenschaften. Rowohlt, Berlin, 1978.
16. Musalek M. Die unterschiedliche Herkunft von Schizophrenien und ihre philosophischen Grundlagen. Fortschr Neurol Psychiatr 2005; 73 (Suppl 1): 16–24.
17. Coenen M, Indlekofer W, Küfner H. PREDI – Psychosoziale ressourcen-orientierte Diagnostik. Dustri-Verlag, München, 2006.
18. Scheler M. Die Stellung des Menschen im Kosmos. Bouvier-Verlag, Bonn, 2005.
19. Ryle G. Der Begriff des Geistes. Reclam, Stuttgart 2002.
20. Bieri P. Untergräbt die Regie des Gehirns die Freiheit des Willens? In: Heinze M, Fuchs T, Reischies FM. Willensfreiheit – eine Illusion? Pabst Science Publishers, Parodos-Berlin, 2006; 35–46.
21. Heidegger M. Sein und Zeit. Gesamtausgabe. Bd. II. 19. Aufl. Max Niemeyer-Verlag, Tübingen, 2006.
22. Foucault M. Ethics, Subjectivity and Truth. Penguin, London, 1997.

Univ.-Prof. Dr. med. Michael Musalek

Geboren 1955. Studium der Medizin an der Universität Wien, Promotion 1979. 1986 Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, 1993 Psychotherapeut. 1989–2001 stationsführender Oberarzt an der Psychiatrischen Universitätsklinik Wien; 1989 ärztlicher Leiter der neugegründeten D.P.P.-Ambulanz (Liaison-Ambulanz für Dermatologie, Parasitologie und Psychiatrie) an der Universitätsklinik für Dermatologie. 1990 Erteilung der *venia docendi* für das gesamte Gebiet der Psychiatrie. Seit 1997 Tätigkeit als außerordentlicher Universitätsprofessor für Psychiatrie an der Medizinischen Fakultät der Universität Wien. 2001 Primarius am Anton-Proksch-Institut, Leitung der Abteilung II. Seit 2004 ärztlicher Direktor des Anton Proksch Institutes. Seit 2007 Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie.



Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ [Bilddatenbank](#)

☒ [Artikeldatenbank](#)

☒ [Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ [Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)