

Postmoderne Suchttherapie - Von der evidence-based zu einer human-based Medizin

Michael Musalek, Wien

Wir leben in einer Zeit des Umbruchs

Vielen Dank sehr geehrte Frau Gottschaldt, vielen Dank lieber Herr Mundle für die Einladung zu diesem Symposium in diesem schönen und auch sehr besonderen Rahmen, aber auch vielen Dank für die Organisation eines solchen Symposiums, das ja ein wirklich multi-professionelles ist. Es sind nicht nur die Redner aus verschiedenen Professionen, sondern – wie ich gehört habe – auch das Auditorium und damit wird auch einer der Hauptanforderungen der Postmoderne Rechnung getragen nämlich der Multiprofessionalität, einer der Lösungsmöglichkeiten, die wir heute in der Postmoderne sehen und damit bin ich auch schon beim Thema, nämlich postmoderne Suchttherapie, das Sie wahrscheinlich ein bisschen verwundern wird. Nun, wir leben ja in einer Zeit des Umbruchs, wir leben in einer Zeit, wo das Zeitalter der Moderne noch nicht zu Ende ist, wo aber zumindest ungefähr vor 50 Jahren in der Philosophie und auch in der Kunst schon die Postmoderne eingesetzt hat, und auch dort schon voll und ganz gelebt wird. In der Medizin sind wir da noch in den ersten Schritten und über diese ersten Schritte möchte ich heute berichten.

Wir werden uns also zuerst die Frage stellen müssen, was ist denn das Typische der Suchtbehandlung in der Moderne und was kann dann das Typische der Suchtbehandlung in der Postmoderne sein? Nun, das wird in einer halben Stunde, die mir zur Verfügung steht, nicht wirklich möglich sein, ich werde daher in vielen Bereichen bruchstückhaft bleiben müssen. Ich hoffe aber trotzdem, den Bogen spannen zu können von einer Eminenz-basierten Therapie über eine Evidenz-basierte Therapie zu einer am Menschen orientierten Therapie.

Nun, wir beginnen aber mit Suchterkrankungen im Zeitalter der Moderne. Was verstehen wir unter Moderne? Die Moderne ist letztlich das Zeitalter der Wissenschaft, man ist aus den großen Paradigmen der Kirche ausgestiegen und hat versucht, unsere Welt letztlich wissenschaftlich zu erklären und wenn ich sage wissenschaftlich, dann meinen wir natürlich vorzugsweise die Naturwissenschaft, die auch eine ganz besondere Vorrangstellung in dieser Moderne bekommen hat und die größte Autorität war, also nicht mehr die Kirche, sondern dann die Wissenschaft.

Die moderne Wissenschaft ist vorzugsweise geprägt von der Denkposition des Positivismus. Wenn wir heute über moderne Naturwissenschaften sprechen, dann sprechen wir letztlich über eine positivistische Forschung, ich habe Ihnen hier eine der gängigen Definitionen gebracht. Das Entscheidende ist also die Erkenntnis, die Beobachtung der Natur. Und der Positivist geht davon aus, dass wir der Natur die Wahrheit abringen können. Die Wahrheit ist in der Natur verborgen und durch unsere Forschungsbemühungen, unsere Beobachtungen und Wahrnehmungen, können wir diese Wahrheit letztlich dann der Natur entreißen. Der Grundsatz, das Entscheidende ist also die Realität. Das können wir mit entsprechenden Hilfsmitteln, unseren Empfindungen oder unseren erweiterten Empfindungen entdecken – und vor allem auch mit bestimmten sprachlichen Möglichkeiten, nämlich dass ein Begriff mit dem Ding, mit dem Umstand, direkt verbunden ist, d. h., dass jedes Ding eine wahre Bezeichnung hat und auch jeder Zusammenhang eine Wahrheit haben kann – was, wie wir später sehen werden, in der Postmoderne nicht mehr gehalten werden kann. Also, alle Begriffe haben nur dann eine Bedeutung, wenn sie letztlich in Bewusstseinstatsachen ihr Fundament haben oder eben als assoziative Verknüpfungen gelten. Und wenn ich als Wiener

*Was verstehen wir unter Moderne?
Das Entscheidende ist also die Erkenntnis, die Beobachtung der Natur*

über den Positivismus spreche, so muss ich natürlich eine besondere Ausprägungsform des Positivismus hervorheben, das ist der logische Empirismus oder der sog. Neopositivismus, also das, was in die Geschichte als Wiener Schule eingegangen ist. Der Hauptvertreter dieser Richtung hat es ja immer abgelehnt, selbst ein Vertreter zu sein, das war der frühe Wittgenstein. Er hat immer gesagt, er ist kein Neopositivist, obwohl sein Gedankengut in seinen frühen Werken ganz eindeutig in diese Richtung einzuordnen ist.

Das Entscheidende war also, dass man ein Sinnkriterium einführen musste, ein Sinnkriterium, das uns die Sicherheit gibt, dass diese Aussage die wir machen, eine wahre Aussage ist und dieses Sinnkriterium hängt ganz eng mit dem Vorgang des Verifizierens zusammen, verificare heißt ja nichts anderes als die Wahrheit nachweisen. Und aus diesem Sinnkriterium ist nicht zuletzt – wahrscheinlich auch durch die Sozialwissenschaften – in den 50er/60er Jahren dann plötzlich die statistische Signifikanz als Sinnkriterium entstanden. Jeder, der sich in der Statistik kundig macht, weiß natürlich, dass es sich hier nicht um Wahrheitsnachweise handelt, aber wenn Sie auf einen medizinischen Kongress fahren, dann hören Sie, dieses Ergebnis ist hoch signifikant, höchst signifikant und man hat dann wirklich den Eindruck, jetzt hat man die Wahrheit, überhaupt wenn drei Sternderl oder manchmal sind es auch vier Sternderl bei dem Ergebnis stehen, hat man wirklich das Gefühl, jetzt hat man die Wahrheit herausgefunden.

Was ist eine Suchterkrankung in Wahrheit?

Nun, das Entscheidende für die Psychiatrie im Allgemeinen und für die Suchtdiagnostik im Besonderen ist, dass wir auch hier richtige Kriterien finden mussten für Erkrankungen, mit anderen Worten, es ist darum gegangen, was ist eine Suchterkrankung in Wahrheit? Man hat dann letztlich Kategorien auf-

gestellt, die man auch relativ lange tradiert hat, so dass man irgendwann aufgrund dieses Prozesses der Dehistorisierung gemeint hat, diese Kategorien wären naturgegebene Kategorien. Sie sind natürlich keine naturgegebenen Kategorien, sondern sie sind schlicht Erfindungen von Psychiatern, nicht die Störungen selbst, nicht die Leiden der Patienten sind die Erfindungen der Psychiater, wie das uns eine Zeit lang die anti-psychiatrische Bewegung glauben machen wollte, sondern die Konstrukte, das was wir dann als Suchterkrankung bezeichnen, das was wir im ICD-10 lesen. Was wir lesen, das sind natürlich Werke aus Menschenhand, die aber solange tradiert worden sind, dass wir heute fast das Gefühl haben, sie kommen wirklich in der Natur vor.

Was wir lesen, das sind natürlich Werke aus Menschenhand

Also wir haben auch hier eine Wahrheit und diese Wahrheit gehört dann behandelt, sie gehört letztlich wieder weggebracht und auch da hatten wir dann die einzelnen Kriterien, die Sie ja alle auch genau kennen – wenn drei davon zutreffen, dann sagen wir, jemand hat ein Abhängigkeitssyndrom. Keiner konnte mir heute noch sagen warum es keine zwei oder vier oder fünf sind, bei den meisten Suchtkranken sind es übrigens fast alle, aber es genügen aus irgend einem Grund drei. Ich fürchte, dass das aus Rehabilitätsgründen so eingeführt worden ist und nicht die Validität dieser Diagnostik in irgendeiner Form verbessert. Und genau das gleiche haben wir in der Moderne auch bei der Suchtbehandlung gehabt. Es gibt eine Unzahl von Publikationen, in denen nachgewiesen wird, dass das die richtige Suchtbehandlung ist, was heißt, dass alle anderen Suchtbehandlungen nicht die richtigen sind. Und es gibt heute eine ganze Reihe von State-of-the-art-Konferenzen, wo dann diese richtige Suchtbehandlung auch dementsprechend verteidigt wird, und wir laufen Gefahr, genauso wie in anderen Bereichen der Medizin, auch wenn wir eine andere Behandlungs-

die richtige Suchtbehandlung

form anbieten, letztlich dafür verantwortlich gemacht zu werden, dass sie nicht die richtige Behandlung war. Wir haben das in der Psychopharmakologie schon sehr weit fortgeschritten, wo wir in den Vereinigten Staaten heute beispielsweise nicht mehr das verschreiben können, was der Arzt für richtig hält, sondern was die FDA vorgibt, und wenn das nicht diesen Kriterien entspricht, dann hat man eben falsch gehandelt. Das heißt, wir haben also auch hier in der modernen Suchtbehandlung üblicherweise ein schrittweises Konzept, das ist das alte Konzept des Anton Proksch, des Instituts, das ich leite. Andere Suchtkliniken haben ein 3-stufiges Programm, manche haben überhaupt nur einen Schritt, nämlich nur die medizinische Behandlung und die Diagnose und der Rest wird weggelassen, Schulterklopfen, zusammenreißen, wird schon werden und man wartet dann bis zum nächsten Rückfall.

Das Wesen dieses modernen Konzeptes ist aber, dass es wieder ein richtiges Programm ergibt und da gibt es Streitigkeiten darüber, ob dieses Programm nun wirklich richtig ist oder nicht. Wir waren natürlich überzeugt, dass unser Programm das richtigste und das beste und nahezu ein naturgegebenes gewesen ist. Nun, wir wissen heute, dass das nicht so ganz der Fall ist. Diese Medizin und nicht nur die Suchtbehandlung hat doch ganz massive Nebenwirkungen mit sich gebracht. Es ist zu einem Reduktionismus gekommen, jede empirische Forschung muss reduktionistisch sein. Es ist im Wesen der Forschung, es ist kein Vorwurf daran, es kann auch gar nicht anders sein, es hat zu einer Fragmentierung des Menschen geführt bis dahin, dass wir den Menschen nurmehr als Träger der Erkrankung gesehen haben, oder als ein bestimmtes Funktionssystem.

Wir beschäftigen uns ja in der Psychiatrie schon lange nicht mehr mit dem Gehirn, wir beschäftigen uns praktisch über-

haupt nicht mit dem Großhirn, was auch eine eigenartige Sache ist, dass wir uns nur mit dem Stammhirn auseinandersetzen, eher mit den unteren Zentren im Gehirn, und dort aber ziemlich genau Bescheid wissen über alle Neurotransmittersysteme und was das alles bewirkt, aber wir wissen natürlich, dass wir nicht nur aus einem Neurotransmittersystem bestehen und dass wir sogar relativ einfach und häufig erlebbare Umstände überhaupt nicht mit unserem Gehirn erklären können, denken Sie nur an den Zustand der akuten Verliebtheit. Wir wissen darüber heute biologisch eigentlich relativ wenig, diejenigen, die diesbezüglich Fachliteratur lesen, werden mir gleich vorhalten, dass das mit dem Dopaminsystem zu tun hat und dass es zu riesigen Dopaminausschüttungen kommt. Das stimmt, aber ich kann Ihnen sagen, wenn Sie sich eine Dopamininfusion anhängen, werden Sie sich nicht verlieben. Ich habe es selbst probiert, es ist wirklich eine sehr enttäuschende Sache.

Nun, und das ist wahrscheinlich wirklich das Ernste daran, ist es zu einer gewissen Entmenschung gekommen, dass uns der Mensch schlicht und einfach abhanden gekommen ist und zwar nicht aus Bösartigkeit, sicher auch nicht aus dem Grund heraus, weil man mit dem Menschen nichts mehr zu tun haben wollte oder weil die Mediziner nur so fasziniert von den Geräten oder Erhebungsinstrumenten gewesen sind, sondern es ist in der Tat einfach passiert. Wir haben uns so sehr auf unsere Krankheitskonstrukte und deren Behandlung konzentriert, dass letztlich der Mensch abhanden gekommen ist. Und ich denke, dass uns die Postmoderne hier eine Möglichkeit aufzeigt, aus einem zusammengesetzten, fragmentierten Menschenbild dann wieder irgendwie einen Menschen zu konstruieren. Die Neurowissenschaften haben hier ganz besondere Dinge vollzogen und Menschen dann wieder zusammengesetzt

Der Mensch ist abhanden gekommen

– das ist übrigens ein ganz wunderbares Bild von Picasso, so kunstvoll haben wir es leider nie zusammengebracht, aber vielleicht so ähnlich unzusammenhängend ist er dann letztlich doch entstanden.

Nun, was kann uns die Postmoderne hier helfen? Was verstehen wir überhaupt unter Postmoderne? Viele von Ihnen werden dieses Bild vor Augen haben: Wenn man über Postmoderne spricht, dann hat man sofort das Gefühl des Unernstes, des eigentlich nicht wirklich Ernstzunehmenden, „anything goes“, oder „nix iss fix“, das ist die Wiener Übersetzung davon. Also es gilt letztlich nichts mehr, jeder kann machen, was er möchte. Wir können uns nirgendwo mehr orientieren. Und es ist auch in der Tat relativ schwierig, sich in der Postmoderne zu orientieren, weil die Menschen so Unterschiedliches darunter verstehen, es gibt ja unglaublich viele verschiedene postmoderne Richtungen, aber es gibt doch gewisse Gemeinsamkeiten. Und wahrscheinlich eine der grundlegendsten Gemeinsamkeiten der Postmoderne ist, dass wir an die großen Erzählungen, die großen Geschichten der Moderne nicht mehr glauben müssen, egal ob es die großen Geschichten der Neurowissenschaften, der Psychoanalyse, oder sonstige große Geschichten sind, sie sind als Erzählungen, als mehr oder weniger wichtige Erzählungen, entlarvt worden. Es ist nicht die Natur, die sich hier abbildet, sondern es sind die Menschen, die darüber erzählen.

Das ist zwar wohl der Grundgedanke der meisten postmodernen Philosophen und Forscher. Es gibt aber eine ganze Reihe von Gemeinsamkeiten, die ich jetzt im Einzelnen nicht diskutieren kann, sondern nur exemplarisch aufgreifen möchte, weil sie für die Suchttherapie von doch erheblicher Bedeutung sein können. Die wohl größte Gemeinsamkeit, und darüber habe

ich ja schon gesprochen, ist die, dass es keine letzte Wahrheit gibt. Das heißt nicht, dass es gar keine Wahrheit gibt. Das ist etwas, was den Postmodernen immer wieder vorgeworfen wurde, dass sie letztlich die Wahrheit über Bord werfen und jeder kann lustig drauflos lügen, was ja gar nicht mehr möglich ist, weil, wenn man keine Wahrheit hört, kann man auch nicht mehr lügen, es gibt also nichts mehr, woran ich mich halten kann: das stimmt nicht. Das Credo der meisten postmodernen Philosophen ist, dass es mehrere Wahrheiten gleichzeitig geben kann, und das wird uns in der Suchttherapie noch beschäftigen, denn auch dort finden wir meist nicht die einzige Wahrheit. Aber es gibt viele Wahrheiten, die durchaus, auch wenn sie im ersten Moment widersprüchlich erscheinen, miteinander kompatibel sind. Damit gibt es natürlich auch keine Objektivität, aber ein ganz wesentlicher Punkt – und auch darauf werde ich noch zurückkommen – ist die Kontextabhängigkeit eines Seins und letztlich auch der wahren Aussage. Wir können also eine Aussage letztlich nur in einem gewissen Kontext vollziehen, d. h., wir müssen uns aber auch mit dem Kontext auseinandersetzen. Wir dürfen es uns nicht so einfach machen, dass wir uns nur mit dem Kranken selbst, mit seinen Ideen, mit seinen Defizienten auseinandersetzen, sondern wir müssen immer den Kontext mit erfassen und das heißt nicht nur, die Angehörigen in die Behandlung mit einzubeziehen, sondern auch den gesamten kulturellen Kontext. Und wir haben ein weiteres Problem, das wir spätestens mit dem späten Wittgenstein erkannt haben: das ist die Mehrdeutigkeit der Sprache. Begriffe sind nicht nur für ein Ding, für eine Sache, für einen Umstand gültig, sondern können für mehrere gleichzeitig Gültigkeit haben. Oder unterschiedliche Begriffe können für das Gleiche Gültigkeit haben, was einfach bedeutet, dass wir eine neue Form der Kommunikation erlernen müssen. Es genügt nicht einfach nur ein Wort zu sagen, sondern wir müs-

*Mehrere Wahrheiten gleichzeitig
Kontextabhängigkeit eines Seins*

sen dem Anderen auch erklären, was wir damit meinen, und wir müssen vor allem dem Anderen auch zuhören, was er darunter versteht, denn sonst kommt es zu dem Phänomen, das Martin Buber als „Vergegnung“ bezeichnet hat, dass wir zwar mit Menschen zusammentreffen aber letztlich nichts mit Ihnen zu tun haben, weil wir sie gar nicht verstehen, weil wir glauben, sie leben in einer bestimmten Welt. Und wenn wir versuchen auch diese Welt zu verändern, hat es mit der Welt, in der sie wirklich leben, überhaupt nichts mehr zu tun.

Das heißt, wir müssen ein neues Verständnis erlernen, und es muss uns klar sein, dass wir als Therapeuten auch immer Teil des Systems sind. Wir können uns nicht aus den empirischen Forschungsergebnissen einfach das scheinbar passende herausnehmen und so tun, als ob wir nichts damit zu tun hätten, und quasi von außen das System betrachten. Das ist schlicht und einfach nicht möglich, wir sind immer Teil des Systems.

Was hat das nun alles mit der Suchttherapie zu tun? Es führt zu einem Perspektivismus in der Krankheitslehre und damit auch der Behandlung, d. h., dass wir uns von den klassischen Behandlungsmodellen weg und zu postmodernen Behandlungsmodellen hin entwickeln müssen. Im klassischen Behandlungsmodell, wenn wir jetzt die Alkoholkrankheit heranziehen, war das Therapieziel, die letzte Wahrheit, die der Patient zu erreichen gehabt hat, die Abstinenz. Und dann hat es eine andere Gruppe gegeben, die meinte, dass Alkoholranke kontrolliert trinken können, und wir haben 40 – 60 Jahre eine unheilvolle Diskussion darüber gehabt, ob das eine oder das andere möglich ist. Schweizer Kollegen haben immer gemeint, dass man das kontrollierte Trinken in den Vordergrund stellen sollte. Deutsche Kollegen waren immer der Meinung, dass man die Abstinenz strikt einhalten sollte und wir Österreicher

– wie immer – waren ein bisserl dazwischen und haben gemeint, vielleicht ist auch beides möglich, waren dann sehr froh, haben allerdings fast 60 Jahre warten müssen bis zu den Studien von Vaillant, der etwas ganz Einfaches und Primitives gezeigt hat, dass nämlich, wenn man einen alkoholkranken Patienten im Laufe seines Lebens verfolgt, hat er verschiedene Phasen, zu denen er völlig abstinent ist und während denen er mit dieser Abstinenz gut leben kann. Dann gibt es Phasen mit kontrolliertem Trinken, die auch durchaus eine zeitlang funktionieren können – leider, wenn eine körperliche Abhängigkeit vorhanden ist, nur relativ kurz. Und er kommt dann wieder in die massive Alkoholisierungsphase. Mit anderen Worten, wir können nicht von dem Alkoholkranken sprechen, wenn wir nur den Verlauf hernehmen, sondern er ist – wie wir alle – in einer bestimmte Phase seines Lebens, eine Banalität der Extraklasse, die aber in diese Forschung, die ich Ihnen aufgezeigt hatte, nie eingegangen ist; man hat dann immer die Leute nur in der einen Lebensphase herausgenommen und verglichen mit den Leuten in der anderen Lebensphase und dabei ist natürlich nichts Wesentliches herausgekommen. Dieses fast unverständliche Bild dokumentiert das, was ich Ihnen versucht habe mit einfachen Worten zu verdeutlichen: Empirische Forschung macht es manchmal auch ein bisserl komplizierter als es eigentlich ist.

Nun, wir haben auch eine zweite Feststellung machen müssen. Das ist das Grundergebnis einer Arbeitsgruppe, die Guidelines für biologische Arbeit behandelt, und an der ich selbst beteiligt war. Das wesentliche Ergebnis dieser Arbeitsgruppe war in dem Satz zusammenzufassen, dass wir eigentlich nicht wissen, welche Alkoholismusbehandlung die beste ist. Wenn Sie alle Alkoholbehandlungen hernehmen – und unsere Arbeitsgruppe ist wirklich mit großer Akribie vorgegangen –, können

eine Behandlung ist in jedem Fall besser als keine

wir heute nicht sagen, das ist der bessere oder der schlechtere Weg, sondern es gibt einfach viele Wege. Was wir aber mit Sicherheit sagen können, ist, dass Behandlung in jedem Fall besser ist als keine.

Das ist für Sie wahrscheinlich auch eine Banalität, das gilt aber noch heute leider nicht für alle. Es gibt heute immer mehr Kräfte die meinen, man braucht gar keine Behandlung, weil es eh nicht sehr viel bringt. Patienten werden so und so irgendwann einmal rückfällig und nur, weil sie ein bisschen später rückfällig werden, braucht man sich diese viele Arbeit erst gar nicht antun. Es ist heute sehr eindeutig nachgewiesen, dass das schlicht und einfach falsch ist, darüber brauchen wir gar nicht zu diskutieren. Worüber wir aber diskutieren müssen, ist, welche Form der Behandlung sollen wir jetzt wählen und das zweite, worüber wir am wenigsten gerne diskutieren, ist, dass der Prädiktor schlechthin für einen schlechten Verlauf ist, ob der Patient an der Behandlung teilnimmt oder nicht. Auch das ist eine Banalität, aber eine Banalität, die oft einfach exkludiert wird, weil man nur die Patienten heranzieht, die bereits in einer stationären oder einer ambulanten Behandlung gewesen sind, weil ja diese auch in die Untersuchungen mit aufgenommen werden können. Die anderen sind ja relativ schwer zu erreichen. Wir wissen aber heute, „drop-out“ ist letztlich der wesentliche Parameter um die Prognose zu bestimmen. Und warum machen Patienten bei der Behandlung nicht mit? Die Lieblingserklärung für den Mediziner ist, weil sie ein Persönlichkeitsproblem haben und weil sie es letztlich immer noch nicht geschafft haben, sich zu motivieren.

Warum machen Patienten bei der Behandlung nicht mit?

So einfach können wir es uns heute nicht mehr machen. Die meisten unserer Patienten machen nicht mehr mit, weil sie die Behandlung aufgrund von interaktionellen Problemen nicht

effektiv genug finden, weil wir Ihnen möglicherweise auch inadäquate Behandlungsziele und Methoden anbieten, darauf komme ich sofort zu sprechen. In jedem Fall aber sind die Behandlungsziele, die wir unseren Patienten anbieten, relativ wenig attraktiv. Denn das Hauptbehandlungsziel, das wir unseren Patienten anbieten, ist Abstinenz. Und wenn man die Bedeutungselemente des Wortes „Abstinenz“ wirklich als letztes Behandlungsziel nimmt (übrigens auch die Bedeutungselemente, die üblicherweise von unseren Patienten damit in Verbindung gebracht werden), wenn sie all das als ihr Behandlungsziel nehmen wollen – ich würde es auch nicht machen. Vielleicht die „Reinheit“, aber das ist wahrscheinlich auch nicht abendfüllend. Alles andere ist letztlich nicht anstrebenswert und wenn das das einzige Behandlungsziel ist, ist der Patient natürlich auch nicht wirklich motiviert.

Es gibt aber eine ganze Reihe von anderen Behandlungszielen, und ich möchte ganz besonders auf eines hinweisen, das wir uns im Anton-Proksch-Institut gestellt haben, nämlich ein möglichst autonomes und ein möglichst freudvolles Leben zu führen. Nun ist es relativ schwer zu definieren, was ein freudvolles Leben ist; es ist auch schwer zu definieren, was ein autonomes Leben ist. Wenn ich Sie aber frage, ob Sie Ihres im Wesentlichen freudvoll verbracht haben oder nicht, dann werden Sie ziemlich genau darauf antworten können. Also wir haben ein sehr genaues Gefühl dafür, ob wir freudvoll leben oder nicht. Das hat nichts damit zu tun, ein bisschen Spaß zu haben oder etwas in diese Richtung, sondern es geht wirklich darum, Freude zu erleben, und wenn wir das aber haben, dann wissen wir es auch. Und damit kommen wir weg von der „Abstinenz-orientierten Therapie“ – d. h. wenn der Patient abstinent ist, dann ist es ein Therapieerfolg; wenn er nicht abstinent ist, bedeutet das keinen Therapieerfolg – zu einer „Abstinenz-un-

Von der Abstinenz-orientierten Therapie zu einer Abstinenz-unterstützten Therapie ein möglichst freudvolles Leben führen

terstützten Therapie“: Die Abstinenz ist weiterhin ein wesentliches Teilziel – leider geht es ja bei den meisten Patienten, die einmal körperlich abhängig sind, nicht oder zumindest nur über sehr kurze Strecken ohne Abstinenz relativ gut, aber das ist nicht genug.

die Abstinenz ist eine Chance zur Transformation

Das Entscheidende ist, ein freudvolles, autonomes Leben zu führen, und wenn ich das schaffe und dann zeitweise vielleicht leichte Rückfälle habe, dann wäre es immer noch ein Therapieerfolg. Wenn aber der Patient nur abstinent ist und kein möglichst autonomes Leben führen und nicht freudvoll leben kann, dann wäre es ein Therapie-Misserfolg – ein doch ganz anderer Ansatz, als den, den wir üblicherweise haben. Mit anderen Worten, die Abstinenz ist eine Chance zur Transformation. Sie ist noch nicht Transformation, es hat sich noch nichts zum Guten gewendet, nur weil jemand abstinent ist, sondern es ist eine Chance, um dann ein besseres Leben zu führen und nun ist die Frage: was ist denn diese bessere Leben? Und wenn wir an ein schönes Leben denken dann denken wir natürlich sofort an das Apollinische, wir leben ja noch immer im Gedankengut des 19. Jahrhunderts. Und diese apollinische, diese ausgeglichene Welt, diese große Weltharmonie, streben wir natürlich an.

Aber die Griechen hatten einen zweiten Gott der Schönheit, nicht nur Apollo, sondern auch Dionysos. Dionysos hat ja bei Suchttherapeuten eher ein schlechtes Image, hat auch sonst ein nicht so gutes Image als der Gott des Rausches, der Berauschung und dementsprechend ist er jemand, den man mehr vor der Tür halten sollte. Ich denke, wir sollten ihn nicht vor der Tür halten, denn es geht auch darum, dass wir ein berauschendes, faszinierendes Leben führen. Wir wollen nicht nur schön brav dahinleben und alles gut machen, wir wollen nicht nur viel verdienen, wir wollen auch nicht nur gelobt werden, so

wichtig das ist, – und ich möchte noch einmal darauf hinweisen, wie wichtig diese Form der Forschung ist. Aber ich denke, wir brauchen auch noch etwas darüber hinaus, worüber wir im Fachbereich kaum sprechen, wir brauchen diese Berausung. Wir brauchen das, wo uns die Augen feucht werden. Was immer das dann ist, ich überlasse es Ihrer Phantasie, Ihre berausenden Erlebnisse, en passant, Revue passieren zu lassen. Aber es sind die Momente unseres Lebens, die uns wirklich bewegen und die uns auch weiterbringen. Und ich denke, die brauchen wir auch in der Therapie. Und wenn ein Mensch keine andere Berausung mehr erleben kann als die durch den Alkohol oder durch ein anderes Suchtmittel, dann ist das eine tragische Situation, da muss man nicht nur daran arbeiten, dass man ihm diese Berausung auch noch nimmt, sondern statt dieser Rausche andere Phänomene und Situationen herbeiführt und das denke ich, ist auch eine Aufgabe unserer Behandlung und so sind wir auch dann von einer stufenweisen Behandlung zu einer modularen Behandlung gekommen, wo wir Module entwickelt haben zur Körperwahrnehmung, zur Selbstreflektion, zur Schaffung solcher berausenden Erlebnisse, sei es in der Natur, sei es in der Kultur, sei es im gemeinsamen Spiel, was auch immer es ist, in der Gartentherapie, wo man auch sehen kann wie etwas wächst, auch das ist etwas was wir wohl verloren haben. Wir wollen dauernd etwas machen, ständig etwas verändern. Das braucht auch Zeit, das muss sich auch entwickeln können und auch das muss der Patient erst einmal lernen. Denn auch er selber glaubt, er muss jetzt dauernd etwas verändern, es braucht auch diese entwickelnde Form der Veränderung.

*Wir brauchen das, wo uns die Augen feucht werden.
die Momente unseres Lebens, die uns wirklich bewegen und die uns auch weiterbringen*

Das heißt aber auch, dass wir eine andere Form der Diagnostik brauchen, wir können es uns dann nicht mehr so einfach machen, Sucht einfach zu diagnostizieren, sondern wir müssen

uns mit den Einzelphänomenen beschäftigen, an denen der Patient leidet. Wir müssen natürlich pathogenese- und prozessorientiert vorgehen, vor allem aber auch ressourcenorientiert. Es geht hier nicht nur darum, den Patienten in seinen Defiziten zu erfassen, sondern vor allem auch in seinen Ressourcen, und das geht nur, wenn wir das aufgeben, was die moderne Medizin ganz besonders kennzeichnet, und was von Michel Foucault ganz zu Recht der Psychiatrie zum Vorwurf gemacht worden ist, nämlich aus diesem Monolog auszusteigen, der Monolog des Wissenden über den Unwissenden, des Arztes über den Patienten, des Pflegers, der Schwester über den Patienten, des Psychotherapeuten über den Patienten, um zu einem Dialog zu kommen; ein Dialog, wo wir wieder erfahren, was der Patient wirklich möchte. Denn dieses freudvolle Leben ist nicht verhandelbar, es gibt nicht nur eine Wahrheit, die zum freudvollen Leben führt, sondern es gibt viele Wahrheiten, die zu diesem freudvollen Leben führen können, und man muss mit den Patienten gemeinsam erleben und auch erfahren, welche freudvollen Lebensformen hier möglich sind.

Und ich komme zur Zusammenfassung. Was ich in dieser kurzen Zeit zu skizzieren versucht habe, ist ein Weg von der Evidenz-basierten Medizin, eine Medizin die wir brauchen, die das Fundament unseres Handelns ist. Wir brauchen gesicherte Daten über psychologische Faktoren, über soziale Faktoren, ebenso biologische Faktoren, um uns letztlich in diesem Wirrwarr einer postmodernen Welt zurechtfinden zu können. Wir brauchen auch die positivistischen Forschungsansätze. Wenn ich ihnen auch sehr kritisch gegenübergestanden bin – ich komme ja direkt aus dieser Forschung, ich habe sie über viele Jahre selbst betrieben – dann nicht, weil ich meine, wir müssen das über Bord werfen. Wir brauchen es, aber es ist nur ein kleiner Teil, denn diese Evidenz-basierte Medizin ist nicht ganz

zu Unrecht als Korsettage-Medizin bezeichnet worden. Und es ist in der Tat wie bei einem Korsett. Ein Korsett stützt, es gibt Sicherheit, es formt auch die Unformen, und es ist auch ganz fesch. Es ist ja auch attraktiv und daher wird es ja auch heute betrieben. Aber es engt auch ein und ich habe einmal eine Frau gefragt was denn das Schönste und das Beste an so einem Korsett ist. Und sie hat gelächelt und gesagt: „dass man es öffnen kann“. Und es ist wohl das Beste, was man damit machen kann, dass man es öffnen kann, es nicht wegwerfen muss – genau diese Öffnung haben schon John Sadler und Bill Fulford in der Psychiatrie vollzogen, dass man von einer Evidenz-basierten Medizin zu einer Werte-basierten Medizin (value-based medicine) kommt.

Ich denke nur, dass auch diese Öffnung noch etwas zu wenig gegriffen hat oder auch zu wenig greifen wird, denn auch hier sind wir wieder in Konstrukten, sind wir wieder in Werten. Zwar schon wieder viel näher am Menschen, als bei einer evidence-based Medizin. Aber wir sind noch immer nicht beim Menschen mit all seinen Ressourcen und Defizienzen, um den es letztlich auch geht und der eigentlich im Zentrum unserer Diagnostik und unseres therapeutischen Handelns stehen sollte. Und so wünsche ich mir, so wünsche ich Ihnen und vor allem unseren Patienten, dass nicht Krankheitskonstrukte in Zukunft im Zentrum des Lebens stehen, sondern dass der Mensch wieder zum Maße aller Dinge wird!

Dass der Mensch wieder zum Maße aller Dinge wird!

Fragen aus dem Publikum

Zuhörer:in: Ich stimme mit Ihnen überein, dass es in der Suchttherapie nicht ausreicht, nur die Suchtmittel stehen zu lassen und Sie haben ja gesagt, wir brauchen auch die Berauschung in der Therapie. Wir haben mal in einer Beratungsstelle ein Genussstraining angeboten, es kam nur eine Patientin. Und auf die Nachfrage, warum denn niemand kam, wurde mir gesagt, dass eine riesengroße Angst besteht, sich diesem Thema überhaupt anzunähern; Angst vor dem Genuss, vor Kontrollverlust, diese Assoziationen. Und ich fand diesen Begriff „Berauschung“ in der Therapie sehr „berauschend“ und ich möchte einmal wissen, was Sie da konkret meinen?

Prof. Musalek: Sie treffen mit dieser Bemerkung ganz ins Schwarze und es ist auch unsere Erfahrung, dass es das größte Problem ist, den Patienten zu diesen Behandlungsmodulen – auf die ich dann kurz noch eingehe – zu bringen. Weil wir – und ich denke nicht nur unsere Patienten – in einer Welt leben, wo Berauschung, wo Freude, wo Genuss und zwar wirklicher Genuss eigentlich schlecht besetzt sind. Wir sprechen zwar immer von einer Genussgesellschaft aber eigentlich sind wir eine „Schuldgesellschaft“. Es geht dauernd um Schuld. Wenn irgendwo etwas passiert, dann wird nicht gefragt, was sind die Ursachen. Es wird auch nicht gefragt, wie kann ich den Leuten helfen, sondern: wer ist schuld? Das ist die erste Frage. Sobald ein Schuldiger gefunden worden ist, fühlen sich alle eigentlich schon wieder wohl und die Sache hat sich mehr oder weniger erledigt, ohne dass sich noch etwas getan hat.

Und genauso geht es natürlich auch unseren Patienten. Sie trauen sich gar nicht zu sagen, dass sie wieder Freude haben wollen, denn sie haben so das Gefühl, sie müssten jetzt das

Büßergewand anlegen. Sie haben jetzt so viel Leid angerichtet und jetzt müssen sie dafür büßen. Und es braucht sehr viele Gespräche, um sie von dem weg zu bekommen. Wenn man dann aber frühere Zeiten anspricht, vor 10–20 Jahren, dann beginnen schon da und dort ihre Augen zu leuchten. Und genau dort wo die Augen zu leuchten beginnen, muss man auch ansetzen und dann das jeweilige Modul anwenden. Das kann beim einen ein Naturerlebnis sein, und wir haben solche Wandergruppen, die in die Natur hinausgehen. Beim anderen kann es ein Kulturerlebnis sein, in der Oper oder Volksmusik etc. Für andere wiederum kann es sein, wenn sie wieder handwerklich tätig sein können, andere wenn sie wieder körperlich tätig werden und ihren Körper wieder spüren können. Bei Suchtkranken kommt es sehr häufig vor, dass sie ihren Körper gar nicht mehr spüren. Sie sind oft körperlose Wesen, wie Gefäße, wo etwas eingefüllt wird und irgendwo wieder hinaus rinnt. Aber im Prinzip spüren sie sich nicht und wir haben solche Körperwahrnehmungsgruppen angeboten und am Anfang sind keine Männer dorthin gegangen. Die haben gesagt, wozu brauche ich das? Und als wir dann gesagt haben, wir werden das jetzt mit fernöstlichen Übungen und Bewegungen machen, sind sie gekommen, das hat sie begeistert weil sie dachten es wird ganz anders und es ist auch ganz anders geworden. Ich glaube wir müssen das auch attraktiv für sie gestalten.

Zuhörer: Diese Sache, die Sie jetzt gerade noch einmal angesprochen haben, die Schwierigkeiten von uns allen und eben auch unserer Patienten, an die Körperlichkeit heranzukommen, also sprich Meditation, Sport etc., das ist ja ein Arbeiten am Widerstand des Patienten, also innerhalb der psychotherapeutischen Arbeit ein Fokus. Die Patienten sagen immer, der innere Schweinehund hindert sie, und dann frage ich, wie ist denn das Schwein in den Hund gekommen? Und an dem Fo-

kus kann man dann sehr gut arbeiten. Dass das was eigentlich Spaß macht, dass man das im Laufe der Erziehung oder besser der Dressur verlernt.

Prof. Musalek: Ich bin sehr froh über den Ausdruck „im Laufe der Dressur“. Das ist wirklich unsere Lebensdressur und in der Tat haben wir vieles verloren und ich muss das auch bei mir selbst orten. Ich selbst habe Leistungssport betrieben und dabei geht es ja eigentlich nicht um die Bewegung, sondern es geht darum, dass man an einem Ort schneller ist als ein anderer. Oder in meinem Fall war es halt, mehr Tore zu werfen als ein anderer. Die Bewegung selbst, das Erleben der Bewegung, ist etwas ganz anderes, was man den Menschen erst schmackhaft machen muss. Allerdings, wenn sie es erleben, dann sind es ganz wunderbare Erlebnisse. Also wenn man nicht nur auf den Berg hinauf geht, um oben anzukommen, sondern um sich selbst in der Natur zu erleben und sich Eins mit der Natur zu fühlen, die Luft einzuatmen, dann sind die Menschen wirklich begeistert. Und darum geht es, um diese Faszination. Das Wort Faszination kommt ja von Verhexung, und diese Form der Verhexung, die brauchen wir im Leben.