

N° 1/2020

Momentum

Das österreichische Journal für positive Suchttherapie
Herausgegeben vom Anton Proksch Institut



Medizin - Quo vadis?!

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser!

Vielleicht fragen Sie sich, was ein Raumfahrer auf dem Cover eines Magazins über Suchttherapie zu suchen hat. Für uns steht das Bild für die Herausforderung, das Wagnis und den Mut, große Fragen zu stellen, noch unerforschte Bereiche zu beleuchten und sich auf die Suche nach Antworten zu machen. „Medizin - Quo vadis?!“, fragen wir mit dieser Ausgabe von „Momentum“ und beim Kongress des Anton Proksch Instituts. Der Beginn einer neuen Dekade erscheint uns als der richtige Moment, um so einen komplexen Diskurs loszutreten. Und wo sollte dieser Diskurs ansetzen, wenn nicht beim Menschsein selbst?

Dafür plädiert Michael Musalek, ärztlicher Direktor des Anton Proksch Instituts. Evidenz, so sein Credo, ist gut, wichtig und hilfreich für die Diagnostik und Behandlung von (psychisch) kranken Menschen - aber sie ist längst nicht alles, denn Menschen in ihrer Individualität - und das gilt auch, aber nicht nur für ihre Erkrankung(en) - lassen sich schwer in Schubladen stecken. Was das genau für die (Weiter-)Entwicklung der Suchttherapie bedeutet, lesen Sie ab Seite 4.

Medizinische, therapeutische und psychosoziale, aber auch rehabilitative und (re-)integrative Strategien und Konzepte sind das Eine. Deren Übersetzung in den Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsalltag das Andere. Hier liegt es unter anderem an der Politik, einen entsprechenden Rahmen zu schaffen. Ich bin froh, dass wir Gelegenheit hatten, dies mit dem Koordinator für Psychiatrie, Sucht- und Drogenfragen der Stadt Wien, Ewald Lochner, zu besprechen (S. 10).

Über die tägliche Arbeit hinaus ist es uns wichtig, über die eigene wissenschaftliche Disziplin hinauszublicken sowie Anregungen für unser Handeln und unsere (Weiter-)Entwicklung zu suchen. Philosophie ist dabei essenziell. Ich freue mich, dass uns die deutsche Philosophin Ariadne von Schirach einen Auszug aus ihrem kontrovers diskutierten Buch „Du sollst nicht funktionieren“ zur Verfügung gestellt hat (S.16).

Eines noch vorweg: Die Frage „Medizin - Quo vadis?!“ können und wollen wir in dieser Ausgabe von „Momentum“ nicht beantworten! Aber ich darf Ihnen versprechen, dass wir

nicht müde werden, Antworten zu suchen. Ich freue mich, wenn Sie uns auf diesem Weg weiterhin begleiten!

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine spannende Lektüre!

DSA Gabriele Gottwald-Nathaniel, MAS
Geschäftsführerin

PS: Abo-Bestellungen sind weiterhin kostenlos unter abo@api.or.at möglich!



4 **Jenseits des
medizinischen
Schubladendenkens**
Michael Musalek

8 **„Menschen in ihren
Lebensrealitäten
erreichen“**
Interview mit Ewald
Lochner

12 **Wie Migration die
Psychiatrie
herausfordert**
Meryam Schouler-Ocak

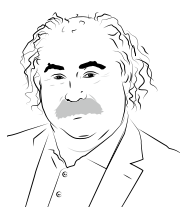
16 **Von der Strahlkraft
eines gelungenen
Lebens**
Oliver Scheibenbogen
und Evelyn Grösel

20 **Als ob wir es nicht
wüssten**
Ariadne von Schirach

Jenseits des medizinischen *Schubladendenkens*

Evidenz ist hilfreich im medizinischen Alltag, aber sie ist bei Weitem nicht alles. Plädoyer für eine humanbasierte Medizin, die den Dialog und die individuellen Ressourcen jedes Menschen in den Mittelpunkt stellt.

MICHAEL MUSALEK



**PRIM. UNIV.-
PROF. DR.
MICHAEL**

MUSALEK ist Facharzt für Psychiatrie und Neurologie. Musalek ist seit 2001 im Anton Proksch Institut tätig, seit 2004 als dessen ärztlicher Leiter. Er ist außerdem Vorstand des Instituts für Sozialästhetik und psychische Gesundheit an der Sigmund Freud Universität.

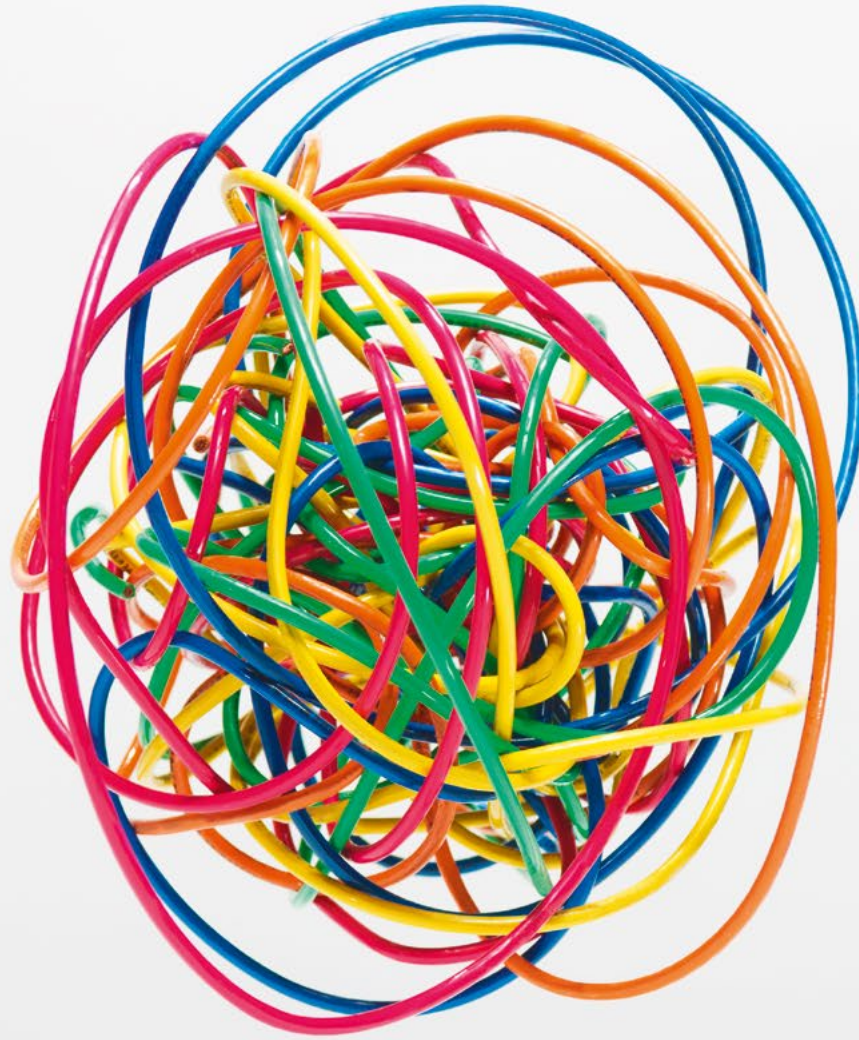
Unsere noch immer vom Positivismus geprägte heutige Welt der Medizin wird so gerne als eine Welt des rationalen Kalküls und des klaren Verstandes bezeichnet, als eine Welt, in der mathematische Berechnung und sogenannte „Objektivität“ über alles gestellt werden. In der Tat ist die heutige medizinische Welt eine Welt von nüchternen Zahlenspielen, von Reduktion und Fragmentierung, von Entzauberung und Entsubjektivierung. Dabei ist vielen nicht bewusst, was wir mit dem Gewinn an dem, was heute Objektivität genannt wird, verlieren, nämlich uns selbst als Menschen. In der heute so weit verbreiteten wie hochgeachteten Indikationsmedizin wird auf dem medizinischen Forschungsaltar der leidende Mensch in all seiner Individualität dem von Menschenhand geschaffenen Krankheitskonstrukt geopfert, das seinerseits wider seine Natur als naturgegeben angesehen wird. Ein Prozess, der wohl nur als letztes Aufbäumen einer vom Objektivitätstrieb bewegten, positivistisch indoktrinierten Naturwissenschaftlichkeit vor dem Einzug postmoderner Denkfiguren verständlich erscheint. *Evidence-based* ist heute in der Medizin zum Zauberwort schlechthin geworden. Es steht für Sicherheit, neuesten Wissensstand und höchste Behandlungsqualität.

Ohne Zweifel bringt der medizinische Ansatz, der unter dem Titel Evidence-based Medicine bekannt wurde, eine Reihe enormer Vorteile gegenüber dessen Vorläufer, der so genannten

Eminence-based Medicine. Bei der Letztgenannten reichte allein die medizinische Autorität bereits aus, um eine so generierte Meinung zu einer bestimmten Therapieform als allgemein gültiges Vorgehen anzuerkennen. Die evidenzbasierte Medizin der Moderne wird auf der Basis von Zahlen(spielen) strukturiert. Ihr Fundament ist der Glaube daran, dass Zahlen, und hier ganz besonders statistische Signifikanzberechnungen, Objektivität und Wahrheit spenden.

Probleme der Evidence-based Medicine

Das alles überschattende Problem der evidenzbasierten Psychiatrie liegt in der direkten Übertragung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung aus der medizinischen Forschung auf die Qualitätssicherung in der klinischen Praxis. Forschungsvorhaben müssen naturgemäß reduktionistisch konzipiert werden; sie zielen also primär auf Vereinfachung des zu untersuchenden Gegenstandes bzw. Prozesses hin. Separation, Reduktion und Abstraktion sind die Zauberworte der positivistischen empirischen Forschung. Demgegenüber ist in der klinischen Praxis natürlich in erster Linie die Komplexität von Krankheitsprozessen sowie den mannigfachen Interaktionen zwischen Krankheitsprozessen, Behandlungsprozessen und Individualitäten der zu Behandelnden Rechnung zu tragen. Menschen verhalten sich nicht immer so wie die Gesamtgruppe (auch wenn manche Gruppen-



Das Menschsein ist komplexer als die Kategorien von medizinischen Behandlungskatalogen. Umso wichtiger ist die Betrachtung jedes Patienten und jeder Patientin in seiner/ ihrer Individualität.

phänomene nicht zu leugnen sind). Menschen sind auch nicht auf einfache Maschinen zu reduzieren, ihre Funktionsstörungen können daher in der Regel auch nicht mit einfachen Maßnahmen behoben werden. Schon allein deshalb wird es nie verbindliche „Pilotenhandbücher“ zur Behandlung von kranken Menschen geben. Eine strikte, ausschließlich auf evidenzbasierten Daten sich gründende Medizin muss daher immer zu kurz greifen.

Wir Menschen schaffen Kategorien und ordnen unsere Umwelt in diese ein.

So wichtig und unverzichtbar also die Errungenschaften der evidenzbasierten Medizin auch sind, so braucht sie doch eine Erweiterung um die Koordinaten einer Medizin, in der nicht nur die Krankheit und ihre Behandlung, sondern wieder der ganze, von der Krankheit betroffene Mensch mit all seinen Möglichkeiten und Unmöglichkeiten ins Zentrum des Behandlungsinteresses rückt und die dementsprechend auch als *humanbasierte Medizin* gelten darf.

Der Mensch als Maß aller Dinge

Wenn nicht mehr das Krankheitskonstrukt, sondern der kranke Mensch zum Maß aller Dinge erklärt wird, kann man mit einer herkömmlichen kategorialen Diagnostik nicht mehr das Auslangen finden. In der heute so weit verbreiteten wie hochgelobten

kategorialen modernen Krankheitsdiagnostik geht es ausschließlich um Krankheitskonstrukte, also um von Menschenhand vorgeformte Kategorien, um Merkmalskataloge und dazugehörige Algorithmen.

In der klinischen Praxis sind diese Krankheitskategorien mit Schublade vergleichbar, die durch einen richtigen Zugangscode (hier: bestimmte Symptom- bzw. Befundkonstellationen) zu öffnen sind und die dann eine für die jeweilige „Krankheit“ spezifische Behandlungsanleitung beinhalten. Nun ist aber allen kategorialen Klassifikationen gemein, dass die Natur von diesen von Menschenhand geschaffenen Einteilungen unberührt ist und bleibt.

Natürlich sind es immer wir Menschen, die Begriffe, Definitionen und Kategorien schaffen, und wir sind es dann auch, die die uns umgebende Natur in diese einzuordnen versuchen. Bei den meisten kategorialen Diagnosekriterien handelt es sich dabei nicht einmal um empirisch fundierte Erfindungen eines Einzelnen, sondern letztendlich um Resultate von Abstimmungen, die in Expertengremien erzielt wurden.

Diagnostik soll vom Einzelphänomen ausgehen

Um einen zielführenden Umgang mit Kranken zu erreichen und ihnen in ausreichendem Maße effektive Behandlungsmöglichkeiten verfügbar zu machen, braucht es aber eine Erweiterung der herkömmlichen kategorialen Diagnostik um eine umfassende, therapierelevante mehrdimensionale Diagnostik. Diese hat vom Einzelphänomen auszugehen, fragt nach dessen Ursprung sowie nach der pathoplastischen Wirkung der jeweiligen Bedingungskonstellationen, beschäftigt sich mit der Bedeutung sowohl der psychopathologischen Einzel-

Humanbasierte Medizin und ihre Charakteristika

Bei der humanbasierten Medizin wird der kranke Mensch erstens in seiner Gesamtheit zum Brennpunkt des diagnostischen und therapeutischen Interesses.

Zum zweiten basiert sie auf anderen *philosophischen Grundlagen*: ist die evidenzbasierte Medizin noch dem Positivismus der Moderne verpflichtet, sucht die humanbasierte Medizin ihre Grundlagen in den Maximen der Postmoderne.

Drittens divergieren evidenzbasierte Medizin und humanbasierte Medizin hinsichtlich ihrer diagnostischen Vorgangsweisen: während Erstere eine defizienz-orientierte, kategoriale Diagnostik vornimmt, folgt Zweitere einer ressourcenorientierten, mehrdimensionalen Diagnostik.

Der vierte grundlegende Unterschied liegt im *Patientenumgang*. Der Monolog der modernen Medizin wird zum Dialog.

Der Hauptunterschied zwischen evidenzbasierter und humanbasierter Medizin liegt aber im gesamten *Behandlungsbereich*. Diese fünfte Dimension unterschiedlichen medizinischen Handelns beginnt mit unterschiedlichen Behandlungszielen (vom reinen „symptom-killing“ zum Erreichen eines möglichst autonom und freudvoll geführten Lebens) und führt über divergierende Behandlungsstrategien bis hin zu unterschiedlichen Therapieformen (monotherapeutische Anweisungsmedizin versus dialogisch-modulare mehrdimensionale Behandlungsangebote).

phänomene wie auch des psychischen Krankseins insgesamt für den Einzelnen und fokussiert nicht nur auf die erkrankungsbedingten Defiziten, sondern ganz wesentlich auch auf die Ressourcen des vom Kranksein betroffenen Menschen.

Im Gegensatz zu einer statischen, kategorialen Diagnostik wird in einer mehrdimensionalen Diagnostik Kranksein nicht mehr als ein in unsere Welt getretenes Ding angesehen, sondern als ein dynamischer Prozess, der durch prädisponierende und krankheitsauslösende Faktoren seinen Anfang nimmt und aufgrund des Wirksamwerdens von krankheitserhaltenden Faktoren Fortbestand erlangt. Es gilt demnach zuerst im Einzelfall all jene körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren und deren komplexe Interaktionen zu erfassen, die für das Zustandekommen des dem Einzelphänomen zugrundeliegenden Krankheitsprozesses verantwortlich zeichnen.

Jeder Mensch hat gesunde Anteile

Die herkömmlichen Diagnostiken fokussieren allesamt vor allem auf die durch das Krankheitsgeschehen bewirkten Defiziten, seien es nun Krankheitssymptome, Schädigungen, Beeinträchtigungen, Behinderungen oder Handicaps. Einer mehrdimensionalen Diagnostik kann und darf es nicht genügen, nur Defiziten aufzulisten, sondern sie hat immer auf den Menschen in seiner ganzen leiblichen und sozialen Existenz ausgerichtet zu sein. Kranke Menschen haben nämlich nicht nur in ihrer Krankheit Bestand, sondern weisen natürlich auch gesunde Anteile auf. Als Menschen sind wir nie ganz krank - selbst bei schwersten Erkrankungen bleibt immer ein Rest Gesundes erhalten (im Übrigen sind wir auch nie ganz gesund, immer ist unser Körper mit der Abwehr von Krankhaftem bzw. Krankmachendem beschäftigt). Mit anderen Worten: wir leben immer in einem Kontinuum zwischen Krankheit und Gesundheit, dessen fiktive Extremvarianten „völlig gesund“ und „völlig krank“ sind. Im differentialdiagnostischen Prozess gilt es daher nun, jene gesunden Anteile des Betroffenen ausfindig zu machen und aufzuspüren, die als seine Ressourcen in der Behandlung dazu eingesetzt werden können, sich auf dem Gesund-Krank-Kontinuum wieder dem (fiktiven) Pol „völlig gesund“ anzunähern.

Überhaupt dann, wenn wir, wie ja von der Weltgesundheitsorganisation WHO gefordert, das Behandlungsziel Gesundsein nicht als bloße Abwesenheit von Krankheitszeichen sondern als körperliches, psychisches und soziales Wohlsein definieren, wird eine ressourcenorientierte Diagnostik unabdingbar. Dieses Wohlsein, das sich in einem möglichst autonom geführten und freudvoll gelebten Leben äußert, ist nur dann auch erreichbar, wenn man über die positiven Kräfte des Betroffenen, über seine Ressourcen umfassend Bescheid weiß, um sie dann im Gesundungsprozess zielführend einsetzen zu können.

So definiert die WHO Gesundheit:

„Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“, hält die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihrer „Verfassung“ aus dem Jahr 1946 fest. Der bestmögliche Gesundheitszustand, so die WHO weiter, ist eines der Grundrechte jedes Menschen, unabhängig von dessen wirtschaftlicher oder sozialer Stellung. Sie sieht dafür die Regierungen der weltweit 194 Mitgliedsstaaten in der Verantwortung.

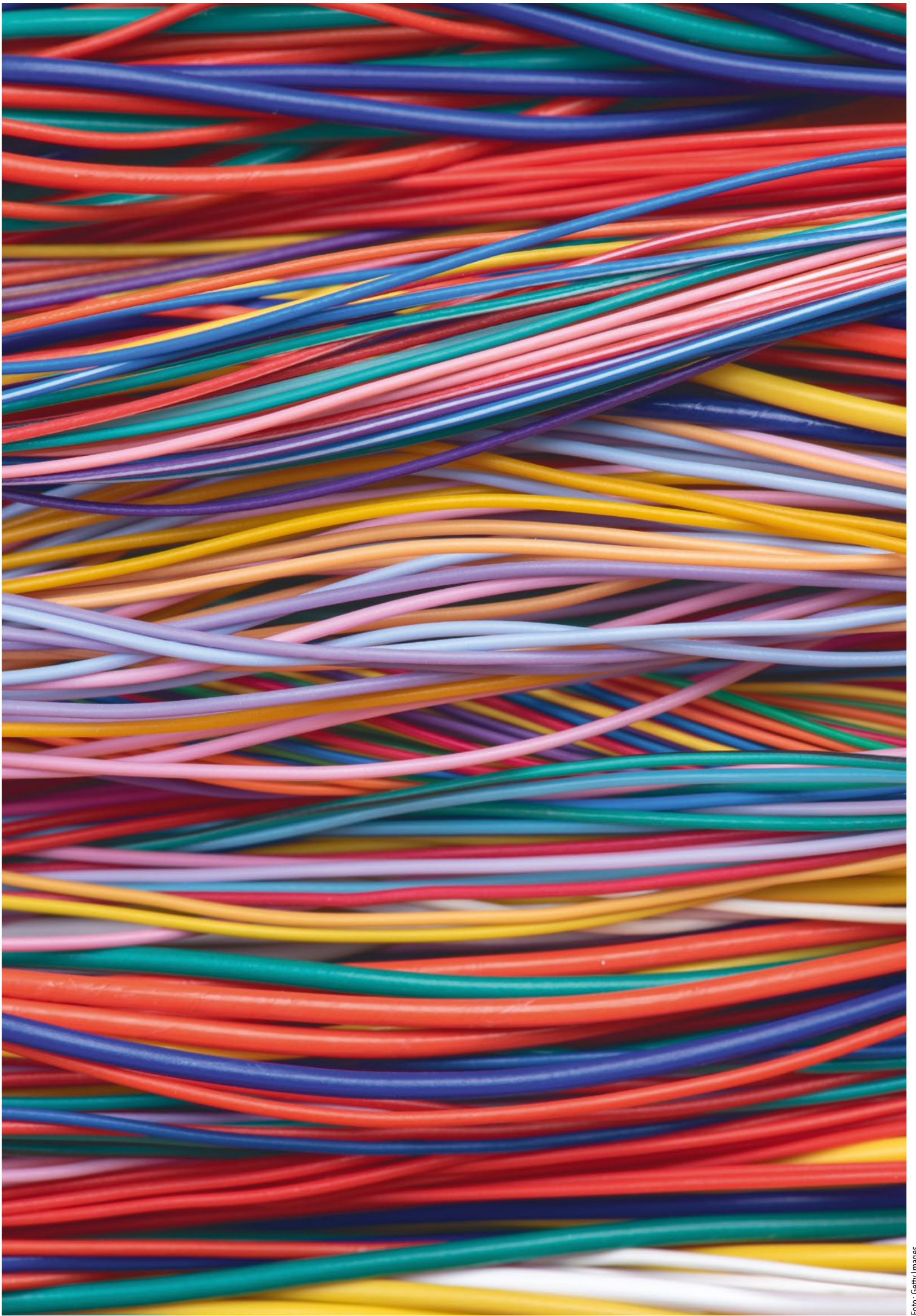
Ressourcen stärken

Ressourcen sind von Mensch zu Mensch hochgradig unterschiedlich verteilt. Worum der eine verfügen kann, daran fehlt es dem anderen - und umgekehrt. Ressourcen sind aber auch nicht immer über die Zeit in gleichem Maße verfügbar - manchmal sind sie leicht einzusetzen, dann wiederum rücken sie in den Hintergrund, scheinen verschwunden, verschüttet und müssen erst wieder ans Tageslicht gebracht werden. Ressourcen sind also nicht Gegenstände, quasi Reserveräder des Lebens, die dann eingesetzt werden können, wenn das Lebensrad an Luft verliert. Es handelt sich vielmehr um prozesshafte Geschehen, die geweckt werden, zur Wirksamkeit gebracht,

Ressourcen müssen geweckt, verstärkt und erhalten werden, um als *Kraftquelle* wirken zu können.

verstärkt bzw. aufrechterhalten werden müssen, um als Kraftquellen wirksam werden zu können.

Wir kennen finanzielle, familiäre, berufliche Ressourcen, Partnerschafts- bzw. Freundschaftsressourcen, interaktionelle Ressourcen, aber auch Ressourcen, die sich aus gesellschaftlichem Status bzw. Netzwerk herleiten. Ohne Zweifel handelt es bei den drei bisher genannten Hauptdomänen des Menschseins, nämlich der körperlichen, psychischen und sozialen Dimension, um ganz wesentliche Kraftbereiche. Aber auch spirituelle Ressourcen sind Kraftfelder besonderer Art. Religiöse Überzeugungen, religiöses Glauben, welcher Art und Zielsetzung auch immer, setzen manchmal schier unglaubliche Kräfte frei. Darüber hinaus verfügt der Mensch aber dann auch noch über ein Bündel weiterer Ressourcen, das in zwei Gruppen zusammengefasst werden



kann: in die Gruppe der sogenannten „ästhetischen Ressourcen“ oder „Ressourcen des Schönen“ und in die „fiktionalen Ressourcen“ oder „Ressourcen des Möglichen“.

Patientenumgang und Behandlung

Das Wiederlangen eines möglichst autonomen und freudvollen Lebens, als Ausdruck des von der WHO geforderten umfassenden Wohlbefindens, ist auch das wichtigste Therapieziel einer „humanbasierten Medizin“. Um dieses zu erreichen, braucht es die Entwicklung von über die einfache Defizientorientierung hinausreichenden ressourcenorientierten Behandlungsprogrammen, wie sie zum Beispiel im „Orpheus-Programm“ des Anton Proksch Institutes – ein modulares, auf Behandlungs- und Lebensattraktivität ausgerichtetes Therapieprogramm für Suchtkranke – erst kürzlich vorgestellt wurde. Die in diesem Behandlungsprogramm zentral zu nützenden Ressourcen sind – neben den üblichen, wie körperliche, psychische, soziale und spirituelle Ressourcen – vor allem jene des Schönen und diejenigen des Möglichen. In eigens dafür geschaffenen Behandlungsmodulen wie Sensibilitäts- und Sensitivitätsmodule, Aufmerksamkeits- und Achtsamkeitsmodule, Körperwahrnehmungsmodule, Naturerlebens- und Kulturerlebensmodule, Selbstreflexionsmodule und Genussmodule geht es darum, das für den Kranken mögliche Schöne wieder möglich zu machen, um damit wieder einen Zugang zu einem möglichst selbstbestimmten und freudvollen Leben zu erlangen.

Den Alltag mit Schöner anreichern

Von vielen wird das Schöne heute immer noch nur als Zierleiste des Lebens verstanden, als etwas, das zwar schmückt, aber doch nicht zum eigentlichen Leben gehört, das man sich als Belohnung nur dann leisten darf, wenn man im „richtigen“ Leben (im „erlittenen“ Leben) das Lebensnotwendige erledigt hat. Das Schöne ist aber nicht nur ein besonderes Zahlungsmittel der Belohnung menschlicher Mühsal, sondern vor allem auch Kraftquelle ungeheuren Ausmaßes. Wie viel Kraft haben wir bei einer Bergwanderung in schöner Natur, wie wenig dagegen bei der körperlichen Erüchtigung am Hometrainer. Wie viel Kraft gibt uns eine schöne Beziehung, wie viel Kraft kostet eine unschöne. Das Schöne ist Inbegriff des Bejahenswerten. Alles als tief bejahenswert Erlebte wird aber in der Regel auch als Sinnvolles erlebt. So wird Schönes zum Sinnstiftenden. Das Schöne in unserem Alltag, die Schönheit unseres Alltags kann somit in doppelter Weise Kraftquelle werden. Es gilt daher, den Alltag mit möglichst viel Schöner anzureichern und Schönes nicht nur als Luxus zu sehen, den man sich nur in geringen Dosen leisten darf.

Die wohl am stärksten kraftgebend wirksamen Ressourcen sind die des Möglichen. Diese Ressourcen, auch fiktionale oder optative genannt, werden

in jenen Kräften sichtbar und spürbar, die uns verfügbar werden, wenn wir etwas noch für möglich halten, wenn sich uns neue Möglichkeiten eröffnen, wenn uns neue Optionen bereitgestellt werden. Es gilt, im differentialdiagnostischen Prozess die jeweiligen Möglichkeiten für einen bestimmten Menschen in einer bestimmten Lebenssituation sorgfältig zu bestimmen, sie ausfindig zu machen, sie freizulegen, sie für den Einzelnen sichtbar, spürbar, erlebbar und erreichbar und damit auch umsetzbar zu machen – das ist auch der eigentliche Sinn hinter dem Satz: das Mögliche möglich zu machen. Erreicht man, das jeweils für den Einzelnen Mögliche möglich zu machen, dann kann er daraus dann wieder so viel Kraft schöpfen, dass es ihm gelingt, Wege aus den Unwegsamkeiten seines Lebens zu finden und zu gehen, die ihm ihrerseits wieder ein möglichst autonomes und freudvolles Leben ermöglichen. ■

Conclusio

Die Behandlung nach den Maximen einer humanbasierten Medizin bedeutet, die sich um das Krankheitsgeschehen rankenden Narrationen sowie die individuellen Möglichkeiten und Unmöglichkeiten des Einzelnen in den Gesamtbehandlungsplan mit einzubeziehen. Da die Grundvoraussetzungen zur Behandlung nicht bei allen Patientinnen und Patienten gleich verteilt sind, muss es Aufgabe und Kunst des therapeutischen Teams sein, diese auszuloten, um den ressourcenorientierten Behandlungsplan in einer Atmosphäre uneingeschränkter Wertschätzung und menschlicher Wärme in die Tat umzusetzen. Damit ist auch der Schritt aus einer modernen Aufforderungs- und Anweisungsmedizin hin zu einer postmodernen dialogischen Medizin vollzogen.

Eine humanbasierte Medizin schließt evidenzbasierte Vorgehensweisen keineswegs aus, sondern vermag sie im Rahmen eines Dialogs zu integrieren. Die evidenzbasierte Medizin hat ohne Zweifel ihre großen Vorteile; sie eröffnet eine ganze Reihe hervorragender rationaler und rationeller therapeutischer Möglichkeiten und sollte daher auch nicht aufgegeben werden. Sie bedarf aber einer weitreichenden Ergänzung mittels einer Medizin, in der nicht mehr nur das Krankheitskonstrukt, sondern wieder der Mensch das Maß aller Dinge ist – einer humanbasierten Medizin.

„Menschen in ihren *Lebensrealitäten* erreichen“

Ewald Lochner, Koordinator für Psychiatrie, Sucht- und Drogenfragen der Stadt Wien, sprach mit „Momentum“ über die Henne-Ei-Frage bei Sucht und psychischen Erkrankungen sowie einen Paradigmenwechsel in der Behandlung von Alkoholkranken.

INTERVIEW: ANDREA HEIGL



In der aktuellen Kampagne #darüberredenwir der Psychosozialen Dienste in Wien werden psychische Gesundheit und Sucht gemeinsam betrachtet und thematisiert. Warum ist Ihnen das ein Anliegen?

Wir wissen, dass Menschen oft mehrere psychische Erkrankungen gleichzeitig durchleben. Sucht kann eine davon sein. Dann stellt sich die Henne-Ei-Frage – was war zuerst da: die Sucht oder die psychische Erkrankung? Oft führt das eine auch zum anderen, etwa wenn Menschen Depressionen oder Angstzustände haben und dann eine „Selbstmedikation“ vornehmen, also zum Beispiel verstärkt Alkohol trinken. Eigentlich sollte die Henne-Ei-Frage aber keine Rolle spielen. Durch das Darüber-Reden wird die Stigmatisierung geringer, und wenn etwas nicht stigmatisiert ist, holt man sich eher Hilfe und kommt in Behandlung. Unser Ziel als öffentliche Hand muss sein, früher zu erkennen, dass jemand krank ist, und daher auch früher zu behandeln. Deshalb richtet sich die Kampagne #darüberredenwir auch an die breite Bevölkerung, um mehr Bewusstsein bei diesem Thema zu schaffen.

Das Behandlungskonzept „Alkohol. Leben können.“ wurde im Herbst 2019 in Wien vom Pilot- in den

Regelbetrieb überführt. Wo liegt da aus Ihrer Sicht der Paradigmenwechsel?

Der Paradigmenwechsel ist, dass von allen dafür verantwortlichen Kostenträgern anerkannt wird, dass Alkoholismus eine Erkrankung ist, die ein gemeinsames Vorgehen erfordert. Das sind die Pensionsversicherung, die Österreichische Gesundheitskasse und die Stadt Wien. Sie haben sich gemeinsam die Frage gestellt: Wie können wir Behandlung möglichst kosteneffizient organisieren – mit hoher Qualität für die Betroffenen? Und wie gelingt der Ausbau in der ambulanten Versorgung? Als wir mit „Alkohol. Leben können.“ 2014 begonnen haben, gab es nur ganz wenige ambulante Einrichtungen für alkoholkranken Menschen. Wir haben uns vorab die Zahlen angeschaut, um Antworten auf die Fragen zu finden: Welche Gesundheits- oder Pensions- oder Rehabilitationsleistungen nehmen alkoholkranken Menschen in Anspruch? Welche Medikamente nehmen sie? Das ist eine ganzheitliche Betrachtung, bei der schnell klar wurde, dass hier massiv Mehrkosten entstehen und von einer frühzeitigen und wirksamen Behandlung nicht nur die Patientinnen und Patienten und deren Angehörige profitieren, sondern die gesamte Gesellschaft.



Fotos: Christoph Liebentritt



„Unser Ziel muss sein, früher zu erkennen, dass jemand krank ist, und daher auch früher zu behandeln“, sagt Ewald Lochner, Koordinator für Psychiatrie, Sucht- und Drogenfragen der Stadt Wien.

Der individuelle Nutzen führt also auch zu einem volkswirtschaftlichen Nutzen?

Genau. Laut einer IHS-Studie entstehen pro Jahr 750 Millionen Euro an Kosten durch übermäßigen Konsum von Alkohol. Und wir dürfen auch nicht vergessen: Die Alkoholsucht hat nicht nur direkte Auswirkungen auf die Betroffenen, sondern auch auf ihr Umfeld. Jede Suchterkrankung ist dramatisch für das Familienleben, für den Mikrokosmos Freundeskreis. Wir versuchen übrigens mit „Alkohol. Leben können.“ auch zu erreichen, dass die Versorgung zu den Menschen kommt – nicht umgekehrt. Das heißt, dass es für die Patientinnen und Patienten mit dem regionalen Kompetenzzentrum eine zentrale Anlaufstelle gibt, die sich um alle wesentlichen organisatorischen Schritte kümmert und für die jeweilige Person die bestmögliche Behandlung vorschlägt. Wir bieten je nach Lebenssituation für unterschiedliche Zielgruppen unterschiedliche Möglichkeiten an, zum Beispiel ambulante Therapien in den Abendstunden für Berufstätige, ambulante Therapien für nicht Berufstätige am Vormittag, oder wir denken die Versorgungspflichten von Kindern mit, wenn eine stationäre Behandlung notwendig ist.

Das heißt, „Alkohol. Leben können.“ führt zu einer neuen Arbeitsteilung zwischen stationären und ambulanten Angeboten.

Genau. Aber es war uns wichtig, die bestehenden, gut funktionierenden Behandlungsstrukturen nicht zu ersetzen, sondern in ein Gesamtkonzept zu integrieren. Ich möchte mich an dieser Stelle ausdrücklich beim Anton Proksch Institut und den dort tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bedanken. Alle dort erbringen hervorragende Leistungen, sowohl bei ambulanten und ganztägig ambulanten als auch bei stationären Angeboten. Ich schätze am Anton Proksch Institut auch die Bereitschaft, sich auf etwas Neues einzulassen.

In der Suchtbehandlung geht es sehr stark um die individuellen Ressourcen und Möglichkeiten der Betroffenen. Gleichzeitig muss die Politik Konzepte und Lösungen suchen, die für möglichst viele Menschen tauglich und praktisch anwendbar sind. Wie geht das zusammen?

Politische Entscheidungen sind nur dann gut, wenn sie Menschen in ihren Lebensrealitäten erreichen. Jede Zielgruppe hat ihre Bedürfnisse. Aus denen müssen ein Bedarf und die gewünschte Wirkung, die bei der Zielgruppe erzielt werden soll, abgeleitet werden. Wenn ich dann Maßnahmen so plane, dass die gewünschte Wirkung erzielt wird, dann bin ich schon ziemlich weit. Und diese Wirkung muss auch messbar sein. Darüber hinaus müssen aber auch gewisse Spielräume ermöglicht werden, um auf die jeweilige Situation der Patientinnen und Patienten eingehen zu können. Im Bereich Sucht heißt das, dass die Entscheidung über die individuelle Therapiegestaltung dann beim Leistungserbringer liegt. Da braucht es ein gutes Zusammenspiel. Ich sehe das Programm „Alkohol. Leben können.“ da durchaus als Vorbild für die Behandlung von anderen Suchterkrankungen bzw. insgesamt von psychischen Erkrankungen. ■



Wie *Migration* die Psychiatrie herausfordert

Sprachliche Hürden, fehlende interkulturelle Kompetenz, unterschiedliche Gesundheitssysteme und Wirkweise von Medikamenten: Migration und Fluchtbewegungen verändern auch die Arbeit in der Psychiatrie.

MERYAM SCHOULER-OCAK

In einer Zeit erlebter Zuwanderungen kommt der transkulturellen bzw. interkulturellen Psychiatrie eine große Bedeutung zu. Denn sie strebt an, das Verständnis für kulturell anders geprägte Patientinnen und Patienten mit Migrations- und Fluchthintergrund zu schärfen, um sie besser zu verstehen und zu behandeln.

Diese stellen eine sehr heterogene Gruppe dar. Sie unterscheiden sich auch bezüglich ihrer Motivation, freiwillig und nicht-freiwillig, allein, mit Familie, mit Partner oder mit Freundinnen und Freunden nach Österreich zu reisen oder in Österreich geboren zu sein. Auch die Migration bildet keinen einheitlichen Prozess. Sie kann per

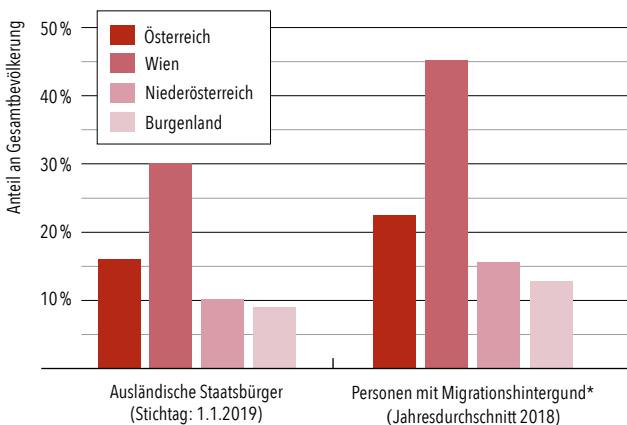
Land, Luft und Wasser erfolgen und geht meist mit unterschiedlichen Stress-, Belastungs- und Risikofaktoren einher. Diese können in schlechter medizinischer Versorgung, Trennung von Angehörigen, Obdachlosigkeit, fremdenfeindlichen Übergriffen, schlechter Bildung, schlechter sozioökonomischer Situation, wahrgenommener und erlebter Diskriminierung bestehen. All das sind Faktoren, die bei der Entstehung von psychischen Erkrankungen eine Rolle spielen können. Unterschiedliche Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen sowie Behandlungserwartungen und Umgang mit Krankheit können je nach kulturellem Hintergrund, tradierten Werten, persönlichen Erfahrungen und sozialen



PROF. DR. MED. MERYAM SCHOULER-OCAK

ist u.a. Professorin für Interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie und Fachärztin für Neurologie. Sie ist lfd. Oberärztin an der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité in Berlin. Zugleich leitet sie den Forschungsbereich Interkulturelle Migrations- und Versorgungsforschung, Sozialpsychiatrie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Zahlen und Fakten: Ausländerinnen und Ausländer, Migrantinnen und Migranten, Asylantträge



Die drei größten Herkunftsländer

- 1. Deutsche**
ca. 192.430 Personen
- 2. Serben**
ca. 121.350 Personen
- 3. Türken**
ca. 117.230 Personen

(Stichtag: 1.1.2019)

Asylanträge in Österreich

- 28.064**
2014
- 88.340**
2015
- 13.746**
2018

Quellen: Statistik Austria, Bundesministerium für Inneres

*Anteil der Personen in der Bevölkerung, die im Ausland geboren sind bzw. deren beide Elternteile im Ausland geboren sind

Lebenswelten der Betroffenen sehr unterschiedlich sein. Die transkulturelle bzw. interkulturelle Psychiatrie dient daher zur Sensibilisierung und Unterstützung bei der Diagnostik, Behandlung und Begleitung von Patientinnen und Patienten mit Migrations- und Fluchthintergrund.

Zahlreiche Publikationen beschreiben, dass z. B. Depressionen bei Personen aus verschiedenen Herkunftsländern und Minderheiten häufiger vorkommen. In anderen Studien wurde bei Personen mit Migrationshintergrund und ethnischen Minderheiten ein erhöhtes Risiko für eine Psychose festge-

Verständigungsprobleme und fehlende interkulturelle Kompetenz sind Zugangsbarrieren zur Behandlung

stellt, das mit sozialen Faktoren der Migration und ihren Folgen (Partizipation versus Ausschließung) bei der Entwicklung der Psychosen in Verbindung gebracht wurde.

Folter und Krieg als extreme Stressoren

Insbesondere Personen mit Fluchthintergrund, Geflüchtete und Asylwerbende zählen zu den am stärksten gefährdeten Gruppen mit dem höchsten Risiko für psychische Störungen. Epidemiologische Studien konnten zeigen, dass Personen mit Fluchthintergrund von Exposition gegenüber extremen

Stressoren wie Folter und Kriegsexposition vor und während der Migration unverhältnismäßig hoch betroffen sind. Zudem konnte dokumentiert werden, dass traumatische Ereignisse nach der Migration, wahrgenommene Stigmata und Diskriminierung sowie Stress durch Umsiedlung die psychische Gesundheit stark beeinflussen können. Studien belegen, dass die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) bei Personen mit Fluchthintergrund zehnmal häufiger als im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung diagnostiziert wird. Das Risiko von PTBS in Gruppen von Asylwerberinnen und Asylwerbern nimmt mit der Zeit zu, in der sich die betroffenen Personen nach dem Asylantrag in einer Warteposition befinden.

Studien zeigen, dass offenbar gerade belastete Geflüchtete weniger Unterstützung in Anspruch nehmen. Zugleich offenbart sich eine große Kluft zwischen dem Anteil von Menschen mit hoher Symptombelastung und dem Anteil der erforderlichen Behandlung. Zudem bilden mangelnde Vertrautheit mit Rechten, Ansprüchen, Mängel in der Gesundheitskompetenz, soziale Ausgrenzung sowie direkte und indirekte Diskriminierung Risikofaktoren für schlechte psychische Gesundheitssituationen von Geflüchteten. Zahlreiche Zugangsbarrieren wie sprach- und kulturgebunde Verständigungsprobleme sowie fehlende interkulturelle Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitssystem sorgen für eine Verschärfung der Situation.

Anamnese und psychopathologischer Befund

Bis heute sind der psychopathologische Befund und die psychiatrische Anamnese die vorrangigen diagnostischen Werkzeuge der Psychiatrie. Inter-

Was ist transkulturelle Psychiatrie?

Laut Eric David Wittkower ist die transkulturelle Psychiatrie ein Zweig der Psychiatrie, der sich den kulturellen Aspekten der Ätiologie, der Häufigkeit und Art seelischer Erkrankungen, der Diagnostik und Behandlung sowie Prävention von Krankheiten innerhalb einer gegebenen Einheit widmet. Im Fokus stehen Symptompräsentation, Erklärungsmodelle für psychische Erkrankungen, Umgang mit Erkrankungen und Erkrankten sowie Behandlungserwartungen innerhalb von kulturellen Gruppen.

Die transkulturelle Psychiatrie hat ähnliche Ansätze wie die

Ethnopsychiatrie oder die Ethnopsychanalyse und ist Teil der Sozialpsychiatrie. In diesem Kontext werden die Begriffe trans- und interkulturelle Psychiatrie zum Teil synonym benutzt. Dabei beinhaltet der Begriff „transkulturell“ Überschneidungen, Vermischungen und Vernetzungen zwischen den Kulturen, während der Terminus „interkulturell“ einen konstruktivistischen, hybriden und dynamischen Kulturbegriff sowie durchlässige kulturelle Grenzen und kulturinterne Heterogenität vermittelt.

Die Begriffe überlappen sich jedoch in Theorie und Praxis. Die

„Interkulturelle Kompetenz“ meint in diesem Zusammenhang die Fähigkeit zu Selbstreflexion, Perspektivenwechsel, Empathie, Ambiguitätstoleranz und respektvollem Umgang mit anderen Lebenswelten, während die „transkulturelle Kompetenz“ vor allem einen ressourcenorientierten Umgang mit Vielfalt sowie den Fokus auf Gemeinsamkeiten und Synergien umfasst.

Ziel ist es insgesamt, das Verständnis für kulturell anders geprägte Patientinnen und Patienten mit Migrations- und Fluchthintergrund zu schärfen, um sie besser zu verstehen und zu behandeln.

kulturelle Kompetenz und Wissen um kulturelle Faktoren sind für den Kliniker bzw. für die Klinikerin entscheidend zur Differenzierung zwischen den Symptomen einer psychiatrischen Erkrankung, überwertigen Ideen oder kulturspezifisch geteilten Überzeugungen. Entscheidend für die Erhebung des psychopathologischen Befundes ist die interkulturelle Kommunikation. Denn Sprache ist das Hauptarbeitsinstrument der Psychiatrie und Psychotherapie. Daher sollte diese Kompetenz in jedem Falle gewährleistet werden.

Herausforderungen der interkulturellen Arbeit

Interkulturelle Arbeit fordert die Klinikerinnen und Kliniker in ihrer persönlichen Wahrnehmung dessen heraus, was sie als Wirklichkeit anerkennen. Sie sind in ihrer Arbeit gezwungen, ihre eigene kulturbedingte Identität und Vorannahmen sowie Anschauungen zu erkunden, um sich auf die ihrer Patientinnen und Patienten mit Migrations- und Fluchthintergrund einzulassen. Eine Diagnose zu stellen kann hier auf sehr unterschiedlichen Grundlagen beruhen: einem Expertenkonsensus, der sozialen Beurteilung einer Abweichung und einer Funktionseinschätzung. Darüber hinaus ist die diagnostische Einschätzung stark kulturell geprägt. Ein nützliches Werkzeug, um dem Einfluss von Kultur und Kontext in der psychiatrischen Diagnosefindung gerecht zu werden, ist das Cultural Formulation Interview (CFI), welches in der fünften Edition des DSM erschien. Außerdem hat sich der Leitfaden für die Analyse des Migrationsprozesses und der Fragebogen zu Postmigrationsstressoren bei der Erhebung der erweiterten Anamnese bei Geflüchteten bewährt.

Kulturelle Aspekte der Psychopharmakologie

Die Zunahme der Zahl von Personen mit Migrations- und Fluchthintergrund aus verschiedenen Teilen der Welt verpflichtet zudem, sich mit dem Thema der unterschiedlichen Pharmakogenetik und Pharmakodynamik auseinanderzusetzen. Die Pharmakogenetik ist die Lehre von den erblichen Ursachen individueller Unterschiede in den Arzneimittelwirkungen und Nebenwirkungen und behandelt genetische Unterschiede von Arzneimittelrezeptoren, Enzymen, die am Metabolismus (z. B. CYP 450) beteiligt sind, und Proteinen, die am Transport von Pharmaka mitwirken (z. B. P-Glykoprotein). Als Beispiel sei hier das Cytochrom-P450-Isoenzym 2C19 erwähnt, über das die Wirksubstanzen Diazepam, Clomipramin, Amitriptylin und Imipramin abgebaut werden. Bezüglich des Isoenzym 2C19 sind etwa 3-5% der Kaukasier und 15-20% der Asiaten langsame Metabolisierer. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass Forschungsergebnisse der letzten Jahre zunehmend demonstrieren, wie bedeutsam es ist, individuelle Faktoren bei der Auswahl der pharmakologischen Therapie zu berücksichtigen. Dabei spielen Ethnizität, Zugehörigkeit zu einer Minderheit und Migrationserfahrung neben anderen demo-

grafischen Faktoren wie Alter, Geschlecht, Erkrankungsdauer und anderen eine zentrale Rolle. Die Berücksichtigung dieser sozio-kulturellen Faktoren zusammen mit den biologischen Unterschieden in der Medikamentenwirkung zwischen Personen mit Migrations- und Fluchthintergrund verschiedener Ethnizitäten kann einen wertvollen Beitrag zur Verbesserung der therapeutischen Effizienz und der psychiatrischen Versorgung von Personen mit Migrations- und Fluchthintergrund leisten. Bei Unkenntnis dieser Aspekte können falsche Substanzen eingesetzt oder Dosierungen nicht angepasst werden. ■

Informationen zu weiterführender Literatur zu diesem Text stellen wir gern auf Anfrage zur Verfügung: abo@api.or.at.

BUCHTIPPS

Iris Tatjana Graef-Calliess, Meryam Schouler-Ocak (Hrsg.): „Migration und Transkulturalität – Neue Aufgaben in Psychiatrie und Psychotherapie“, Schatterauer 2017.

Angesichts der zunehmenden Migrations- und Fluchtbewegungen ist interkulturelles Handeln in der Psychiatrie und Psychotherapie unerlässlich. Die Behandelnden sehen sich der wachsenden Anforderung gegenüber, kultursensibel zu behandeln, sozio-kulturelle Unterschiede bei der Therapie zu berücksichtigen und dabei oft noch über Sprachbarrieren hinweg agieren zu müssen.

Fazit für die Praxis

1. Interkulturelle Psychiatrie gewinnt an Bedeutung

Die Zahl der Personen mit Migrations- und Fluchthintergrund wird weiter zunehmen, so dass die transkulturelle bzw. interkulturelle Psychiatrie möglicherweise auch in Zukunft an Bedeutung gewinnen wird.

2. Information gewinnen mittels Interviewtechnik

Das Cultural Formulation Interview (CFI) ist ein wertvolles Instrument, mit dem Informationen über die Auswirkungen des kulturellen Kontextes auf die klinische Entwicklung, Präsentation von Beschwerden und Behandlung bei Patientinnen und Patienten mit Migrations- und Fluchthintergrund gewonnen werden können. Damit können Gesundheits- und Krankheitskonzepte, die Erwartungen an die Behandlung sowie die Stress- und Belastungsfaktoren (vor, während und nach der Migration) erfasst werden.

3. Pharmakotherapie hat auch kulturelle Implikationen

Besonderer Fokus sollte auf Kenntnisse der kulturellen und genetisch-biologischen Aspekte der Pharmakotherapie gelegt werden.

4. Sprach- und Kulturbarrieren müssen abgebaut werden

Interkulturelle Kompetenz und der regelmäßige Einsatz von Sprach- und Kulturmittlerinnen und -mittlern zur Überwindung sprach- und kulturgebundener Barrieren können helfen, die Nutzung des Gesundheitssystems und die Qualität der Behandlung zu verbessern.

Von der *Strahlkraft* eines gelungenen Lebens

Die Türhüterparabel als Lebensgesetz der persönlichen Selbstverwirklichung: Eine Betrachtung der Suchtbehandlung auf Basis des Textes „Vor dem Gesetz“ von Franz Kafka.

OLIVER SCHEIBENBOGEN UND EVELYN GRÖSEL

Vor dem Gesetz steht ein Türhüter. Zu diesem Türhüter kommt ein Mann vom Lande und bittet um Eintritt in das Gesetz. Aber der Türhüter sagt, daß er ihm jetzt den Eintritt nicht gewähren könne. Der Mann überlegt und fragt dann, ob er also später werde eintreten dürfen. „Es ist möglich“, sagt der Türhüter, „jetzt aber nicht.“

Da das Tor zum Gesetz offensteht wie immer und der Türhüter beiseite tritt, bückt sich der Mann, um durch das Tor in das Innere zu sehn. Als der Türhüter das merkt, lacht er und sagt: „Wenn es dich so lockt, versuche es doch, trotz meines Verbotes hineinzugehn. Merke aber: Ich bin mächtig. Und ich bin nur der unterste Türhüter. Von Saal zu Saal stehn aber Türhüter, einer mächtiger als der andere. Schon den Anblick des dritten kann nicht einmal ich mehr ertragen.“

Solche Schwierigkeiten hat der Mann vom Lande nicht erwartet; das Gesetz soll doch jedem und immer zugänglich sein, denkt er, aber als er jetzt den Türhüter in seinem Pelzmantel genauer ansieht, seine große Spitznase, den langen, dünnen, schwarzen tatarischen Bart, entschließt er sich, doch lieber zu warten, bis er die Erlaubnis zum Eintritt bekommt. Der Türhüter gibt ihm einen Schemel und läßt ihn seitwärts von der Tür sich niedersetzen.

Dort sitzt er Tage und Jahre. Er macht viele Versuche, eingelassen zu werden, und ermüdet den Türhüter durch seine Bitten. Der Türhüter stellt öfters kleine Verhöre mit ihm an, fragt ihn über seine

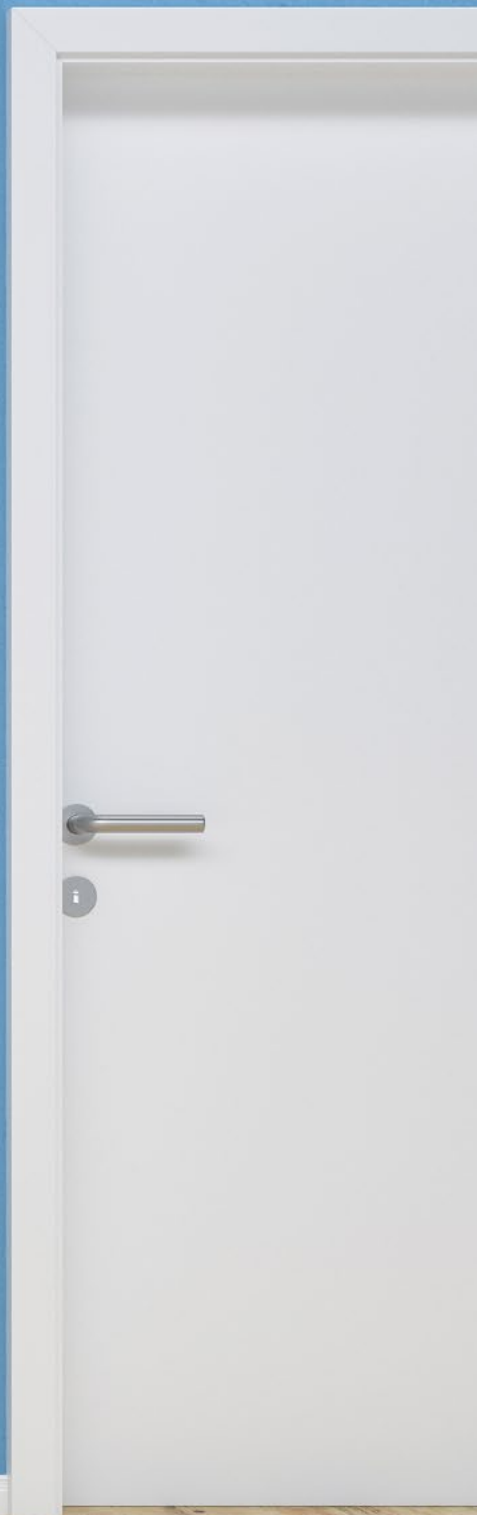
Heimat aus und nach vielem andern, es sind aber teilnahmslose Fragen, wie sie große Herren stellen, und zum Schlusse sagt er ihm immer wieder, daß er ihn noch nicht einlassen könne.

Der Mann, der sich für seine Reise mit vielem ausgerüstet hat, verwendet alles, und sei es noch so wertvoll, um den Türhüter zu bestechen. Dieser nimmt zwar alles an, aber sagt dabei: „Ich nehme es nur an, damit du nicht glaubst, etwas versäumt zu haben.“

Während der vielen Jahre beobachtet der Mann den Türhüter fast ununterbrochen. Er vergißt die andern Türhüter, und dieser erste scheint ihm das einzige Hindernis für den Eintritt in das Gesetz. Er verflucht den unglücklichen Zufall, in den ersten Jahren rücksichtslos und laut, später, als er alt wird, brummt er nur noch vor sich hin. Er wird kindisch, und, da er in dem jahrelangen Studium des Türhüters auch die Flöhe in seinem Pelzkragen erkannt hat, bittet er auch die Flöhe, ihm zu helfen und den Türhüter umzustimmen.

Schließlich wird sein Augenlicht schwach, und er weiß nicht, ob es um ihn wirklich dunkler wird, oder ob ihn nur seine Augen täuschen. Wohl aber erkennt er jetzt im Dunkel einen Glanz, der unverlöschlich aus der Türe des Gesetzes bricht. Nun lebt er nicht mehr lange.

Vor seinem Tode sammeln sich in seinem Kopfe alle Erfahrungen der ganzen Zeit zu einer Frage, die er bisher an den Türhüter noch nicht



gestellt hat. Er winkt ihm zu, da er seinen erstarrenden Körper nicht mehr aufrichten kann. Der Türhüter muß sich tief zu ihm hinunterneigen, denn der Größenunterschied hat sich sehr zuungunsten des Mannes verändert.

„Was willst du denn jetzt noch wissen?“ fragt der Türhüter, „du bist unersättlich.“

„Alle streben doch nach dem Gesetz“, sagt der Mann, „wieso kommt es, daß in den vielen Jahren niemand außer mir Einlaß verlangt hat?“

Der Türhüter erkennt, daß der Mann schon an seinem Ende ist, und, um sein vergehendes Gehör noch zu erreichen, brüllt er ihn an: „Hier konnte niemand sonst Einlaß erhalten, denn dieser Eingang war nur für dich bestimmt. Ich gehe jetzt und schließe ihn.“

Von Franz Kafka, aus: „Selbstwehr. Unabhängige jüdische Wochenschrift“, hrsg. von Siegmund Kaznelson (Prag), 9 (1915), Nr. 34 (7. September)

Lebensneugestaltung in der Suchtbehandlung

Wir betrachten die Geschichte des Mannes vom Lande im Folgenden als Metapher für eine Suchtbehandlung der heutigen Zeit und zeigen einen realistischen Alternativweg zum traurigen Ende.

Der Mann unserer Realität leidet seit vielen Jahren an einer Suchterkrankung. Eines weiß er schon lange: „Ich muss mein Leben verändern.“ Zentrales Thema vieler Betroffener in dieser Phase ist: Verbleibe ich im gewohnten Leid oder wage ich eine Veränderung?

Kafkas Türhüterparabel kann als Lebensgesetz der persönlichen Selbstverwirklichung verstanden werden. Das Orpheusprogramm des Anton Proksch Instituts bietet im Rahmen einer ganzheitlichen Suchtbehandlung Betroffenen die Möglichkeit, an eben genau dieser Selbstverwirklichung zu arbeiten. Ziel ist die Wiederaufnahme eines selbstbestimmten, sinn- und freudvollen Lebens, also genau das, was der Mann vom Lande zwar durch die Tür leuchten sieht, jedoch nicht in der Lage ist, aktiv darauf zuzugehen.

Der Türhüter ist die innerpsychische Prüfungsinstanz, die die Ernsthaftigkeit der intendierten Veränderung der Lebensführung kritisch hinterfragt. Der Mann vom Lande verschanzt sich hinter

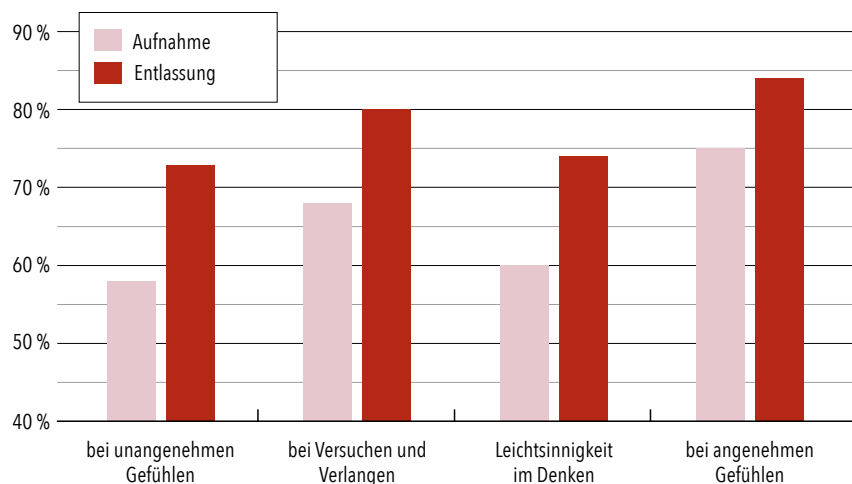
Geboten und Verboten, ist diesen hörig. Wahrscheinlich weiß er gar nicht, was ihn wirklich ausmacht, wer er wirklich ist und ob das, was er wirklich möchte, aus ihm heraus kommt oder durch andere beeinflusst wurde. Insofern kann der Türhüter als jene innerpsychische Instanz interpretiert werden, die die inneren Glaubenssätze und internalisierten Werte darstellt. Die Arbeit mit Kernüberzeugungen in der Therapie ist letztlich ein Arbeiten an der Selbstakzeptanz. Dem hat sich der Mann vom Lande nicht gestellt.

Starke innere Zwänge

Folgt man der Diktion der Erzählung, so beginnt hinter der Tür das Gesetz, vor der Tür ist gesetzfreier Raum. Warum ist der Mann vom Lande nicht in der Lage, sich über den Türhüter hinwegzusetzen und einfach an ihm vorbeizugehen? Es scheint so, als seien die inneren Zwänge wesentlich stärker als die externalen Vorgaben des Türhüters.

Dieser stellt dem Mann einen Schemel hin und lässt ihn sich seitwärts von der Tür niedersetzen. Diesen tatsächlichen Schritt der Veränderung – die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen – machen suchterkrankte Betroffene ebenso wie der Mann

Zuversicht abstinent zu bleiben (HEISA-16)



EVELYN GRÖSEL, MSC, arbeitet als Klinische Psychologin am Anton Proksch Institut. Sie forscht und arbeitet zum Thema Positive Psychologie.

vom Lande erstmals im Schnitt nach zehn Jahren. So verharrt der Mann ein Jahrzehnt lang vor dem Eingang, eine Zeit, in der die Suchterkrankung weiter voranschreitet. Um die Parabel Kafkas jedoch zu einem guten Ende zu führen, müssen wir uns folgende Fragen stellen: *Was hätte der Mann vom Lande gebraucht, um doch noch zum Gesetz zu gelangen?* Wie hätte man ein Verharren, ein Scheitern verhindern können?

Vielleicht wäre Kafkas Parabel ganz anders ausgegangen, hätte der Mann vom Lande Unterstützung gehabt. Im Fall der Suchtbehandlung ist dies der Therapeut oder die Therapeutin, der/die über innere und äußere Hürden hinwegzuhelfen versucht. Daher setzt das Anton Proksch Institut ganz besonders auf die therapeutische Allianz. Im Mittel bewerten die Patientinnen und Patienten diese zu 90 Prozent als hilfreich, schenken den Therapeutinnen und Therapeuten Vertrauen und haben letztlich das Gefühl, verstanden zu werden (Helping Alliance Questionnaire, HAQ-S*).

Vielleicht hätte der Mann vom Lande die Hürden eher überwunden, hätte das Gesetz noch stärker gestrahlt, wäre es noch verlockender gewesen. Dies führt uns zur Attraktivität von Behandlungszielen und dem von uns am Anton Proksch Institut entwickelten „Goal oriented Dialogue“. Abstinenz ist nicht länger das alleinige Therapieziel, vielmehr ist sie die Basis für einen Transformationsprozess zur Lebensneugestaltung. Wenn ein Leben freudvoll und selbstbestimmt ist, so hat das Suchtmittel zwangsläufig an Attraktivität verloren, da andere Ziele im Leben an Bedeutung gewonnen haben. Da viele Ziele suchtkranker Personen zunächst oft sehr diffus sind, gilt es, diese zuerst bewusst und dem Betroffenen zugänglich zu machen. Auch Schuld- und Schamgefühle müssen teilweise überwunden werden. Dem vermeintlich zu Beginn der Therapie vorherrschenden Gefühl des Verzichts auf das Suchtmittel steht die neu gewonnene Vielfalt und letztlich der Genuss als bedeutender Bestandteil eines neuen suchtmittelfreien Lebens gegenüber.

Was braucht es, um Betroffene bei der Wiederaufnahme eines sinn- und freudvollen Lebens zu unterstützen?

1. Zuversicht steigt während der Behandlung

Zunächst sollten die destruktiven Schreie des Suchtmittels zurückgedrängt werden, um Platz für neue, wichtige Themen in der Therapie zu schaffen und einen Veränderungsprozess einleiten zu können. Die Zuversicht, in unterschiedlichen herausfordernden Situationen abstinent zu bleiben, steigt während der stationären Behandlung stark an.

2. Vielfältige Zugänge und Methoden

Die Zugänge und Methoden für einen Veränderungsprozess müssen so vielfältig wie die Themen der Betroffenen selbst sein. Daher werden im Anton Proksch Institut neben den klassisch therapeuti-

schen Zugängen kreative und kunsttherapeutische sowie körperorientierte Methoden angeboten.

3. Solide Basis

Um sein Leben neu gestalten zu können, bedarf es einer soliden sozialen und finanziellen Basis. Ohne geregelte Wohn- und Einkommensverhältnisse sowie einer eventuelle Schuldenregulierung kann der Transformationsprozess kein nachhaltiger sein.

4. Glauben an sich selbst stärken

Therapie muss Hoffnung und Zuversicht in die eigenen Fähigkeiten induzieren. Um nicht wie der Mann vom Lande in Resignation zu verharren, braucht es den Glauben an sich selbst, etwas tatsächlich verändern zu können. Sowohl die generelle als auch die suchtspezifische Selbstwirksamkeitserwartung sollten durch die Therapie gestärkt werden. Dies kann nur im Erleben und Spüren gelingen. Nach Bandura bedarf es dafür zahlreicher Erfahrungen

Abstinenz ist nicht das alleinige Ziel, sondern Basis für die Transformation.

des Meisterns, wobei die Ursachen des Gelingens von den Betroffenen als in sich selbst gesehen werden müssen, um ihre Wirkung voll entfalten zu können. Sind es zu Beginn der Therapie noch knapp ein Viertel aller Patientinnen und Patienten, die eine deutlich unterdurchschnittlich ausgeprägte Selbstwirksamkeitserwartung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung aufweisen, so sind es am Ende des stationären Aufenthalts nur mehr 6 Prozent*.

Der Glaube daran, selbst etwas verändern und mit Herausforderungen umgehen zu können, hätte dem Mann vom Lande die Chance gegeben, der alleinigen Fremdbestimmung durch den Türhüter zu entkommen und einfach an ihm vorbei ins Licht des Gesetzes einzutreten. So trägt die Erarbeitung und Entdeckung vergrabener persönlicher Stärken wesentlich zum Erfolg der Suchtbehandlung bei. Auf diese Weise kann jeder Mensch sein individuelles Stärkenprofil entwickeln und stabilisieren. Die Entdeckung, Benennung und Anwendung individueller Stärken tragen dazu bei, den Weg selbstwirksam und mutig zu beschreiten.

So ergibt sich für Kafkas Geschichte das folgende alternative Ende: *Durchdrungen von dem Glauben an sich selbst schreitet der Mann vom Lande getrieben von der Neugier, das Gesetz zu erreichen, am Türhüter vorbei, stößt das Tor vollständig auf und begegnet dem nächsten Türhüter mit Zuversicht, denn er weiß: „Auch an diesem komme ich sicher vorbei, denn ich wachse mit jeder Herausforderung.“* ■

*Standarderhebung in der stationären Suchtbehandlung am Anton Proksch Institut.



DR. OLIVER SCHEIBENBOGEN

studierte Psychologie an der Universität Wien und absolvierte an der Humanuniversität Liechtenstein eine Ausbildung zum Klinischen und Gesundheitspsychologen. Seit 2013 leitet er den Bereich Klinische Psychologie am Anton Proksch Institut und ist u.a. wissenschaftlicher Mitarbeiter des Instituts für Sozialästhetik an der Sigmund Freud Universität Wien.



Als ob wir es nicht *wüssten*

oder vom Verschwinden der Schönheit, der Sprache und des Sinns
und von der Notwendigkeit einer poetischen Revolution.

AUSZUG AUS „DU SOLLST NICHT FUNKTIONIEREN“ VON ARIADNE VON SCHIRACH

Das Zeitalter des optimierten Menschen ist bestimmt durch Selbstverherrlichung, Bildwerdung und Todesflucht. Um vor dem Tod zu fliehen, verwandelt sich der Mensch selbst in etwas Totes – in ein Bild. Dadurch verfehlt er sich und hat zugleich jeden Abstand zu sich selbst und zur Welt verloren. Er ist *total* geworden. Dabei hat er sein Ich fixiert und transparent gemacht. Die Digitalisierung hingegen hat die Kultur fixiert und transparent gemacht. Alles existiert gleichzeitig und gleichwertig nebeneinander und wird zugleich in immer kürzeren Abständen als Novität verkauft – von den T-Shirts der 80er über den lässigen Popjargon der 90er bis hin zum Auftauchen und wieder Verschwinden des Hipsters im frühen 21. Jahrhundert. In einer solchen Zeit gibt es nichts wirklich Neues mehr, sondern nur Variationen des Gleichen. Auch der optimierte Mensch ist dazu verdammt, immer und unter allen Umständen er selbst zu sein. Das Leben hat sich in eine Art lösbares Problem verwandelt, das durch die richtige Einstellung und nicht nachlassende Leistungsbereitschaft garantiert bewältigt werden kann. Für alles gibt es Anweisungen, und an allem Versagen ist man selber schuld.

Als ob wir nicht wüssten, wo das Unbehagen herkommt. Als ob es nicht beunruhigend wäre, zu sehen, wie wir Menschen uns freiwillig in Ich-AGs verwandeln, in kleine strebsame Unternehmen, die auf einen *Love-Merger* spekulieren, ihr soziales Kapital kalkulieren und in ihre eigene Zukunft

investieren. Überall wird analysiert, motiviert und therapiert, bis die verdammte Maschine läuft, sonst drohen Bankrott und Ausmusterung. Dass wir dadurch alle gemeinsam, wenn auch nicht Verursacher, so doch Akteure und Mitläufer einer Weltordnung sind, die alles ausgrenzt, was schwach, unkonventionell oder unverwertbar ist und dem Leben alles zu entziehen droht, was ihm Tiefe, Geist und Format verleiht, trägt ebenfalls nicht zur guten Stimmung bei. Als ob wir das nicht besser könnten. Als ob wir echt so leben wollten. Das kann doch alles nicht wahr sein! Oder?

Doch der Markt will Eindeutigkeit und der Mensch, der will es auch. Dabei kreuzen sich die Logik des Kapitalismus und der Versuch, anstatt dem fernen Gott zu gehorchen, den nahen Menschen zu beobachten, zu deuten und zu kontrollieren. Vielleicht ist es ja auch irgendwie das Gleiche, denn alles, was erkennbar oder tauschbar sein soll, muss erst rationalisiert, also verfügbar gemacht werden. Alles wird sichtbar. Alles wird bestimmt. Alles wird *eins*. Auch Arbeit und Freizeit haben sich vermischt zu einem ausweglos erscheinenden Hybrid, das durch ständige Erreichbar- und Verfügbarkeit gekennzeichnet ist. Öffentliches und Privates vermischen sich ebenfalls, indem mehr und mehr Privates veröffentlicht und die Öffentlichkeit mehr und mehr privatisiert wird. Zugleich zwingt diese seltsame Totalität aus allumfassender Kapitalisierung und ebenso allumfassender Bildwerdung den



Ariadne von Schirach: „Du sollst nicht funktionieren – Für eine neue Lebenskunst“, Tropen Verlag 2015

Einzelnen, sich ebenfalls zu kapitalisieren und zu veröffentlichen.

Das gleichzeitige Verschwinden der *Öffentlichkeit* ist auch ein Verschwinden einer kulturellen Objektivität, was seltsam ist, weil es zugleich nichts Objektivere gibt als Preise, Bilder und Bezifferungen. Man sagt, dass sich über Geschmack nicht streiten lässt.

Das lässt sich auf zwei Arten verstehen: Zum einen könnte es heißen, dass jeder einen eigenen Geschmack hat, und das ist natürlich richtig, wenn es um Käse oder Liebe oder Farben geht. Zum anderen könnte man den Satz so deuten, dass man sich über Geschmack nicht streiten kann, weil es gewisse Übereinkünfte bezüglich dessen gibt, was förderlich, bekömmlich und sinnvoll ist und was dagegen schädlich ist, stil- und würdelos. Genau diese Art von Geschmack scheint verlorenzugehen in einer Zeit, in der sich Teenager auf Laufstegen räkeln, um sich nach den Kriterien von „hot or not“ beurteilen zu lassen, in der Menschen die Ultraschallaufnahmen ihrer Babys auf Facebook posten und andere ihre Jungfräulichkeit auf eBay versteigern.

Ist ja alles nicht so schlimm, es macht halt jeder, wonach ihm ist. Und sagt auch jeder seine Meinung, wie ihm der Schnabel gewachsen ist. Überhaupt, die Meinung. Die ist ganz wichtig geworden dieser Tage, ist sie doch vor allem: mein. Es geht nicht mehr darum, was die Dinge an sich bedeuten, sondern nur noch, was sie für mich bedeuten. „Der Narzisst ertrinkt in seiner eigenen Welt“, schreibt der Philosoph Byung-Chul Han. Diese Welt ist durch den Verlust des anderen

Überhaupt, die Meinung. Die ist ganz wichtig geworden dieser Tage, ist sie doch vor allem: *mein*.

Menschen gekennzeichnet und enthält nur noch sich selbst. Es gibt kein Begehren mehr, weil man nur den Anderen begehren könne, und ebendieser Andere ist unmöglich geworden, weil er sich niemals abbilden lässt in der Welt des von sich selbst besessenen Ichs. Da sind sie dann, die Monaden und die traurigen Steine mit ihrer fordernden Empfindsamkeit, die alles, was ein bisschen anders aussieht oder riecht oder schmeckt, geradezu als Majestätsbeleidigung empfinden. Und so wächst auch, aller Globalisierung zum Trotz, eine diffuse *Fremdenfeindlichkeit*, die sich sowohl auf den fremden Anderen wie auch auf das Fremde in uns bezieht. Letzten Endes muss alles, was irgendwie *stört*, beseitigt werden. Das führt einerseits dazu, dass alle immer *gestörter* werden und die Liebe als Störung par excellence immer seltener durchdringt.

Andererseits wird es dadurch fader und immer fader im privaten und im öffentlichen Raum; die Eleganz verschwindet, die Raucher und die Albernheit, aber die Bettler, die bleiben. Und werden mehr, weil eine vollkommen ökonomisierte Welt ebenfalls nur noch zwei Daseinsformen kennt: Arme und Reiche oder Winner und Loser.

Auf der einen Seite Kapitalisierung, auf der anderen Bildwerdung und der beiden Kräften gemeinsame Wunsch nach Eindeutigkeit. Dazwischen stehen wir Menschen und die Frage, was dadurch verlorenght. Auf der Strecke bleiben zunächst alle Formen von Negativität. Das reicht von gültigen Unterscheidungen zwischen dem Brauchbaren und dem Verwerflichen bis zu den Schattenseiten der Dinge, die niemals nur eines, sondern immer auch das andere sind. Auch die negativen Emotionen verschwinden, denn man muss sich nicht nur ständig zum Markt tragen, man hat auch noch gutgelaunt zu sein dabei. Die therapeutische Kultur hilft bei der Selbstausscheidung, die immer auch dazu dient, mögliche Probleme zu beseitigen. Also zunächst alles, was der eigenen Arbeits- und Konsumfähigkeit im Wege steht. Das Versagen und seine bitteren, kostbaren Lektionen verschwinden. Der Fehler verschwindet. Er wird vorhergesehen, vermieden, ausgemerzt, sind doch Überwachung und Kontrolle darauf ausgerichtet, die Zukunft sowohl vorherzusehen als auch zu beeinflussen.

Es verschwindet die Traurigkeit, besonders die grundlose. Es verschwinden die Melancholie und das Bangen und die Angst. Von vorneherein werden sie abgeblockt und vermieden anstatt durchgestanden und überwunden. Bedroht sind auch Leid und Schmerz, vor allem, wenn es um die Liebe geht, die angenehm zu sein hat und benutzerfreundlich. Leid hat aber auch sonst eine Art Ablaufdatum bekommen. Es ist total in Ordnung, ein bisschen zu trauern, durch das Gefühl hindurchzugehen, es zu verarbeiten, aber dann geht es bitte wieder wohlgemut und vor allem leistungsbereit weiter. Wir wissen doch, wie es richtig geht. Loslassen, einfach loslassen. In der Gegenwart leben, Heilung annehmen und lange Spaziergänge machen! Noch nie standen uns Menschen so viele Glücks- und Lebensratgeber und Gute-Laune-Tipps zur Verfügung. Es ist doch alles ganz einfach: gutes leichtes Essen, viel Bewegung, Selbstverwirklichung im Beruf, die Liebe finden und eine Familie gründen und einen großen Freundeskreis haben und pflegen. Und so weiter. Und wenn es nicht klappt, bist du ganz alleine schuld, also streng dich an.

Der Tod verschwindet, vertrieben von der Angst vor einer Endlichkeit ohne Gott und den daraus resultierenden Versuchen, das ewige Leben schon bei Lebzeiten anzutreten. Fitness, Gesundheit und asketischer Verzicht auf alles Gefährdende sind nur die ersten Schritte. Aus Angst vor dem Tod sterben immer mehr Menschen schon zu Lebzeiten. Man nennt sie dann Untote. Oder Zombies. Die

Spuren des echten Todes jedoch werden zunehmend beseitigt, die Leichen werden nicht mehr aufgebahrt, sondern irgendwo den Blicken entzogen gelagert und dann begraben oder verbrannt. Anstößig ist das Sterben geworden und verstecken muss es sich. Dass es dann immer ganz konkret und ganz real in das Leben des Einzelnen einbricht, ändert nichts an der Tatsache, dass unsere Kultur begonnen hat, einen großen Bogen um den Tod zu machen. Und dadurch auch die Hinterbliebenen ziemlich alleinlässt. Doch vor allem ist der Tod die absolute Negativität, das absolut Andere. Ihn zu missachten heißt, das Leben selbst zu verfehlen, sein Werden und Vergehen, den Rhythmus der Existenz. Die Gegenwart, bestimmt von Transparenz und dem Wunsch, die Zukunft zu sichern, hat etwas erschreckend Zeitloses, Stillstehendes. Das Resultat ist, dass die Zukunft verschwindet. Zurück bleibt eine kleine graue Ewigkeit, in der alle sich gleichen und jeder Morgen so wie das Heute ist, ausgeleuchtet und leblos.

So verschwinden auch Spontanität, Begegnung und Zufall. Denn auch hinter dem Zufall lauert etwas Ungewolltes, nämlich eine radikale Sinnlosigkeit. Auch diese Sinnlosigkeit droht zu verschwinden in den konsumierbaren Lebensanleitungen der Bedeutungsindustrie. Dabei ist es die vordergründige Sinnlosigkeit des Lebens, die dazu auffordert, seinem eigenen Leben selber Sinn zu verleihen. Aber wenn ganz klar ist, was Glück ist und was Erfolg und wie alles auszusehen und zu schmecken und sich anzufühlen hat, dann ist kein Platz mehr für Fragen, auf die es keine Antwort gibt, und kein Raum mehr für die Erfahrung, über sich selbst hinauszuwachsen.

Das Denken verschwindet, weil es die Dinge ordnet, bevor es sie erfasst. Denken ist aktiv, nicht reaktiv. Es unterscheidet und schließt dadurch jenes ein und dieses aus. Es setzt die Dinge zueinander in Beziehung und gibt jedem einzelnen Ding Rang und Wert. Es ist eine intellektuelle Entscheidung, das menschliche Potential an Mitgefühl und Empathie für wesentlicher zu halten als die Fähigkeit, blitzschnelle Kosten-Nutzen-Rechnungen aufzustellen. Es ist eine theoretische Setzung, Krankenhäuser und Schulen für Orte zu halten, die anderen Interessen dienen als dem Profit. Es ist eine geistige Operation, den Sinn des Lebens in Austausch, Verbundenheit und Großzügigkeit zu sehen und nicht in Kontrollierbarkeit, Sicherheit und Effizienz. Das Denken hat eine Idee von der Welt, bevor es sie besieht. Es markiert, wertet und verwirft. So entsteht Bedeutung. Auch die Bedeutung verschwindet, wenn alles mit allem tauschbar ist und nur noch einen Preis besitzt anstelle eines Wertes. Denn alles, was einen Preis hat, besitzt keinen Wert mehr, weil alles Bezifferte sich mit allem anderen Bezifferten tauschen und vergleichen lässt. Märkte sind Agenten des Gleichen und Feinde des Anderen.

Die Absichtslosigkeit verschwindet und mit

ihr Freundlichkeit und Zärtlichkeit. Die Freude verschwindet, die Ausgelassenheit, der Überschwang. Die Unschuld verschwindet, weil alle Dinge ihre Absichten in sich tragen wie ein Wasserzeichen. Und wenn die optimierten Menschen gelernt haben, ihre Handlungen endgültig nach dem Gesetz von Stimmigkeit, Brauchbarkeit und Begründbarkeit auszurichten, gibt es irgendwann nichts Zartes und Feines und Edles mehr. Auch die Schönheit verschwindet, weil es nur noch darum geht, sich gut zu verkaufen. Sie verschwindet durch die Geschmacklosigkeit, weil sie weder billig zu haben noch schnell zu verwerten ist. Sie verschwindet durch die

Alle Dinge, die um ihrer selbst willen kostbar sind, verschwinden, weil alles Rechtfertigungen braucht.

pornographische Ausgestelltheit, weil der entblößte Mensch kein Geheimnis mehr hat und keine Aura. Auch die Anmut verschwindet und der Glamour verschwindet und die Pracht verschwindet, weil es sie nicht mehr um ihrer selbst willen gibt, sondern nur noch, um mit ihren überwältigenden Effekten noch mehr Zeug zu verkaufen. Alle Dinge, die um ihrer selbst willen kostbar sind, verschwinden, weil alles Rechtfertigungen braucht und Erklärungen und vor allem Nützlichkeit. Die Großzügigkeit verschwindet, die Hingabe verschwindet und die Leidenschaft.

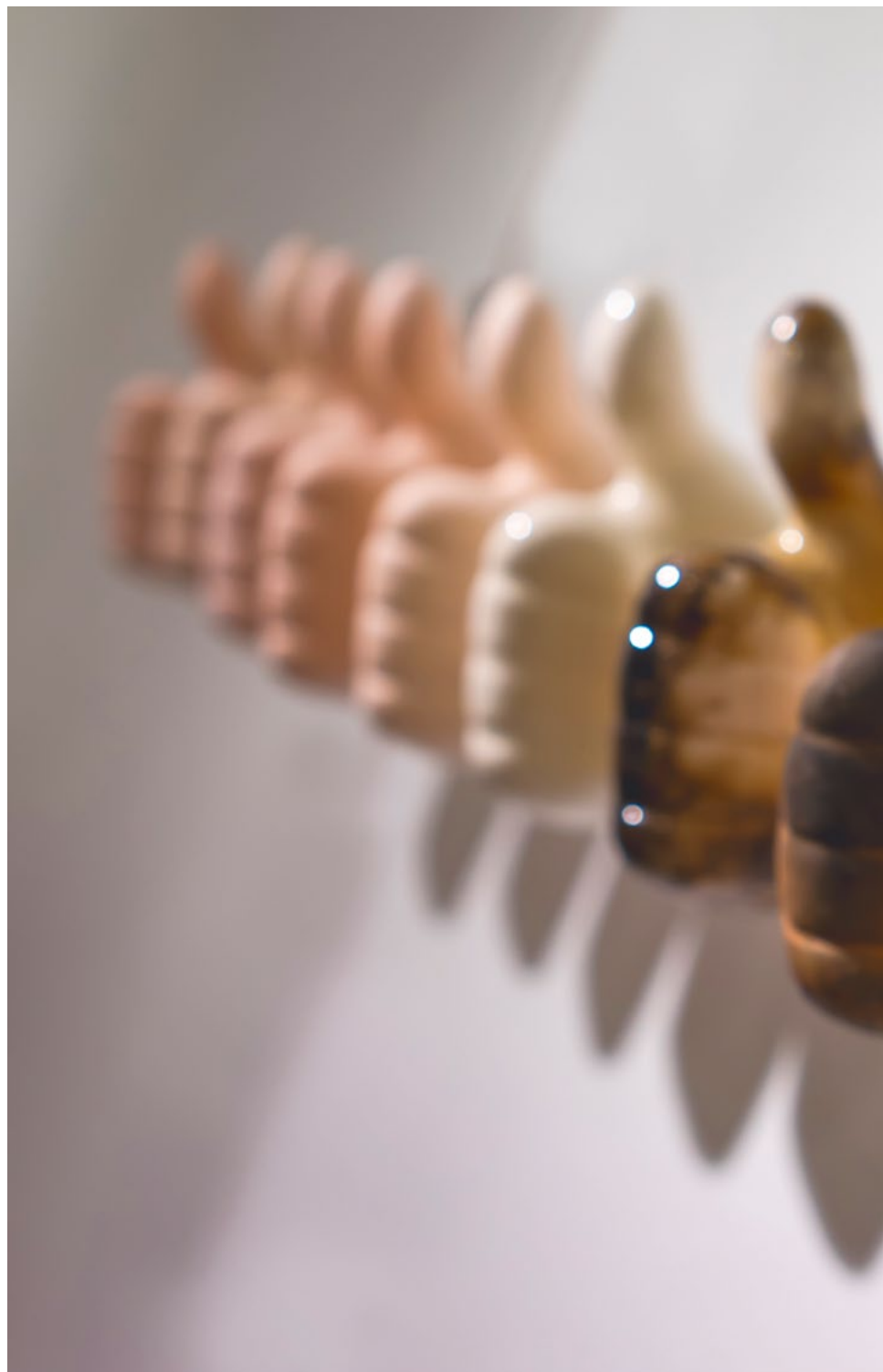
Das Innehalten verschwindet, die Stille verschwindet und die Pause verschwindet, weil aus allem und zu aller Zeit das Allerletzte rausgeholt werden muss. Die Faulheit verschwindet, die Nutzlosigkeit verschwindet und die Langeweile, die produktiv ist, weil sie ein Aussetzen und ein Aushalten bedeutet. Dafür hat sich eine andere Art von Langeweile breitgemacht, eine lähmende Langeweile, die entsteht, wenn nichts mehr den eigenen Blick zu stören vermag und jeder Morgen nichts anderes ist als die ewige Verlängerung eines hellen und hektischen Heute. Das Verweilen verschwindet, das Vertiefen verschwindet und die Zeit selbst wird knapper und knapper in ihrer andauernden Beschleunigung. Das Zähmen verschwindet, die langsame Annäherung verschwindet, das sich entfaltende Kennenlernen. Die Geschichten verschwinden, weil sie Zufälle sind und Störungen und Unberechenbarkeiten, und die Eleganz verschwindet, weil es nicht mehr darum geht, etwas darzustellen, sondern nur noch darum, sich selbst darzustellen.

Die Treue verschwindet, die Loyalität verschwindet und das Beharren verschwindet. Weil man ständig an sich arbeitet, hat man verlernt, an etwas zu arbeiten. Weil es nur darum geht, voranzukommen und besser zu werden, sind kein Ding und



ARIADNE VON SCHIRACH wurde 1978 in München geboren. Die Philosophin lehrt an der Berliner Universität der Künste und arbeitet als freie Journalistin und Kritikerin für Deutschlandradio Kultur und das Philosophie Magazin. Ihr 2007 erschienenes Buch „Der Tanz um die Lust“ wurde zum Bestseller.

Ariadne von Schirach übt harte Kritik an den gesellschaftlichen Gepflogenheiten unserer Zeit: „Das Leben hat sich in eine Art lösbares Problem verwandelt, das durch die richtige Einstellung und nicht nachlassende Leistungsbereitschaft garantiert bewältigt werden kann.“



vor allem kein Mensch es mehr wert, seinetwegen und vor allem bei ihm stehen zu bleiben. Und weil der Wert von allem und jedem mehr und mehr in seiner Nützlichkeit zu liegen scheint, ist sie es, die Beziehungen beginnt und beendet. Dadurch verschwindet die *Qualität*.

Der Geist verschwindet, die Seele verkümmert und mit ihnen alles, was dem Leben Tiefe und Glanz verleiht. Man stellt sich ja nicht mal mehr *dar*, sondern man stellt sich *aus*, als Bild, dessen Inhalt nur noch in seiner Oberfläche liegt. Die Tugend verschwindet, die Ethik verschwindet, der Charakter verschwindet, wenn man ihn als Fähigkeit beschreibt, Werte zu vertreten und zu setzen, die über das eigene kleine Ego hinausweisen. Die

Verführung verschwindet, das Ritual verschwindet, das Spiel verschwindet, wenn alles nur noch das ist, was sich zeigt. Verführung lebt vom Spiel aus Nähe und Entzug, vom Verbergen und Offenbaren, von Absicht und Verschleierung. Sie ist die Kunst, den eigenen Ernst nicht ernst zu nehmen und dennoch auf ihm zu beharren. Der Narzisst jedoch kann nicht mehr aus sich heraustreten. Oder gar über sich lachen. So verschwindet der Humor, weil auch er davon abhängt, einen Abstand zu sich oder zur Welt zu finden. Die Frische verschwindet, die Leichtigkeit und das Abenteuer. Das Staunen verschwindet, das Wollen verschwindet und das Können auch.

Vieles bleibt. Die Pornographie bleibt und der Konsum bleibt und die Ironie bleibt. Letztere ist



Foto: Getty Images

fast am wichtigsten, weil sie dabei hilft, Sachen zu tun, ohne sich einzugestehen, dass man verantwortlich für sie ist. Die Konkurrenz bleibt und der Markt bleibt und der Wettbewerb bleibt. Die gute Laune bleibt und die Wellness bleibt und die Gesundheit bleibt. Die Sehnsucht bleibt und die Hoffnung bleibt und die Unzufriedenheit bleibt auch. Die Ausbeutung bleibt, die Sorge bleibt, die Erschöpfung bleibt. Und das Unbehagen. Weil das doch alles nicht wahr ist. Das Denken schlägt nicht nur eine Schneise in die Welt, es neigt auch zu Übertreibungen, weil nur in solch überspitzter Darstellung die Dinge ihren rechten Schatten werfen.

Es ist alles noch da. Die Schönheit ist noch da und der Mut ist noch da und die Zukunft ist

noch da. *Wir* sind noch da. Die Hysterie des Verschwindens gleicht der Angst, die man vor seinem eigenen Schatten hat. Viel wird geschrieben über das Verschwinden und es ist so wahr, wie wir es wahr sein lassen. Es soll nicht mehr vom Verschwinden gesprochen werden, sondern vom Finden und vom Wollen und vom Beharren. Solidarität ist tatsächlich auf vielen Ebenen bedroht, und mit ihr das Wissen, dass wir die anderen Menschen brauchen und uns zugleich den anderen schulden. Solidarität entsteht durch die Einsicht in unsere geteilte Lage und die Ähnlichkeit unserer Grundbedürfnisse. Und unserer seltsamen Natur. Jeder Mensch denkt. Jeder Mensch ordnet die Welt und gibt ihr Bedeutung. ■

Salon philosophique

Michael Musalek: Sein oder Leben,
das ist hier die Frage?! – Zur Vitalität
als Therapieziel

4. März 2020, 19.00 Uhr
gabarage upcycling design,
Schleifmühlgasse 6, 1040 Wien

Seminar movin'

Motivierende Gesprächsführung wurde
als Beratungsstil für die therapeutische
Arbeit mit Suchtkranken entwickelt.

Themen:

1. Begegnung der Gesprächspartner
und -partnerinnen auf Augenhöhe
2. Förderung von Selbstvertrauen
und Autonomie
3. Stärkung der persönlichen Entschei-
dungsfähigkeit und des gesundheits-
bewussten Selbstmanagements



Das Seminar umfasst:

1. theoretische Grundlagen
2. praktische Übungen
3. Training von Beratungssequenzen
4. Reflexion im Team
5. direktes TrainerInnen-Feedback

TrainerInnen:

Dr.ⁱⁿ Elisabeth Ottel-Gattringer, Ärztin f.
Allgemeinmedizin, Psychotherapeutin
DSA Manfred Jeitler, Diplomierter
Sozialarbeiter

16. April, 17. April und 11. Mai 2020,
jeweils ganztags, Kosten: 200 € p.P.

Anmeldung und nähere Infos:

DSA Manfred Jeitler
02742/314 40 DW 32
m.jeitler@fachstelle.at



Fotos: Getty Images

Aktuelle Buchtipps

Lesestoff zum Thema Sucht und psychische Gesundheit: Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Anton Proksch Instituts geben Buchtipps.

Reinhard Sprenger: Mythos Motivation

Kein Buch hat mich während
meines Studiums mehr fasziniert
und geprägt. Einer der Schlüsselsätze
aus dem Buch lautete: „Motivation ist
unwidersprechlich Sache des einzel-
nen. Ihr Freiraum zu geben ist Sache
der Führung.“ Ein anderer: „Führen ist
vor allem das Vermeiden von Demo-
tivation.“ Der Klassiker hat für mich
auch heute nichts an seiner Aktualität
verloren!

Mag. Benedikt Wildner
Leitung Betriebsorganisation, Prokurist

David Fuchs: Bevor wir verschwinden

Der Autor David Fuchs kennt den
Krankenhausbetrieb gut – er arbeitet
als Onkologe und Palliativmediziner
in einem Krankenhaus in Linz. In
seinem Roman „Bevor wir verschwin-
den“ beschreibt er die Begegnung
des angehenden Arztes mit seiner

Jugendliebe Ambros auf der Krebs-
station. Inmitten des Krankenhausall-
tags nähern sich die beiden behutsam
wieder aneinander an. David Fuchs
thematisiert in seinem Buch die Schön-
heit und Leichtigkeit des Lebens im
Angesicht eines Abschieds.

Johannes Salaban-Hofer
Controller

Eckart von Hirschhausen: Wunder wirken Wunder

Der deutsche Kabarettist und Autor
Eckart von Hirschhausen behandelt
mit feinem Humor verschiedene
Themen aus dem Bereich Medizin,
wobei auch Themen wie der schäd-
liche Gebrauch von Alkohol und Tabak
nicht unerwähnt bleiben. Besonders
ansprechend fand ich das Kapitel über
das „Wundermittel“ Dankbarkeit, in
dem er dessen positive Wirkung
beschreibt.

Sabine Osterauer
Assistentin der Geschäftsführung

IMPRESSUM

Herausgeber

Stiftung Anton Proksch-Institut Wien

Medieneigentümer

API Betriebs gemeinnützige GmbH
Gräfin Zichy Straße 6
1230 Wien
+43 1/880 10-0
www.api.or.at

Für den Inhalt verantwortlich

Michael Musalek
Gabriele Gottwald-Nathaniel

Wissenschaftlicher Beirat

Ute Andorfer
Roland Mader
Michael Musalek
Wolfgang Preinsperger
Oliver Scheibenbogen

AutorInnen dieser Ausgabe

Gabriele Gottwald-Nathaniel
Evelyn Grösel
Michael Musalek
Meryam Schouler-Ocak
Oliver Scheibenbogen

Redaktion & Projektmanagement

Andrea Heigl, Kristina Schubert-Zsilavec
(bettertogether Kommunikationsagentur)

Gestaltung

Doris Lang, Markus Zahradnik-Tömpe
(Schrägstrich Kommunikationsdesign)

Coverfoto

Getty Images

Druck

Gedruckt nach der Richtlinie
„Druckerzeugnisse“ des
Österreichischen Umweltzei-
chens.
gugler*print, Melk,
UWZ-Nr.609
www.gugler.at

