

Unser therapeutisches Handeln im Spannungsfeld zwischen Warum und Wozu - Krankheitskonzepte und ihre Aus- wirkungen auf die tägliche Praxis

Manuskript verfasst nach der Antrittsvorlesung gehalten von Prim. Univ. Prof. Dr. M. Musalek am 3. Juni 2004 im Rahmen der Inaugurationsfeier zu seiner Bestellung als Ärztlicher Direktor und Institutsvorstand des Anton Proksch Instituts

Michael Musalek
Leiter des Anton Proksch Instituts (API)

Zusammenfassung

Die Hauptforderung an Diagnose- bzw. Klassifikationssysteme ist deren klinische Relevanz für die Behandlungsplanung. Herkömmliche Klassifikationssysteme wie ICD-10 und DSM-IV können dieser Forderung nur in geringem Ausmaße gerecht werden. Eine mögliche Alternative stellen so genannte dimensionale Diagnoseansätze dar. Eine dimensionale Diagnostik wie sie hier vorgestellt werden soll, muss immer phänomen-, pathogenese-, prozess- und verstehens-orientiert sein. Die Suchterkrankung wird dabei als ein multidimensionaler Prozess aufgefasst, in dem verschiedene körperliche, psychische und soziale Faktoren als prädisponierende, krankheitsauslösende bzw. krankheitserhaltende Momente wirksam werden. Effektive Behandlungsstrategien müssen demnach auf einer umfassenden Erfassung aller pathogenetischen und pathoplastischen Konstellationen basieren. Dabei kommt nicht nur den Symptomen selbst (also der Natur der Erkrankung) sondern auch deren Bedeutung, sowie der Bedeutung der Erkrankungen selbst (also den um sie rankenden Erzählungen) eine zentrale Rolle zu. In einer solchen mehrdimensionalen Diagnostik steht dann nicht mehr das Krankheitskonstrukt im Zentrum des Interesses sondern Mensch mit all seinen Defizienzen und Ressourcen. In einer Human-based Medicine wird somit, in Erweiterung der Evidence-based Medicine, die sich vornehmlich mit Teilfunktionsstörungen eines fragmentierten Patienten beschäftigt, wieder der ganze Mensch mit all seinen Möglichkeiten und Unmöglichkeiten zum Maß aller Dinge.

Schlüsselwörter

Diagnostik und Therapie von Suchterkrankungen, Abhängigkeitsstörungen, dimensionale Diagnostik, human-based medicine, theoretische Psychopathologie, moderne und postmoderne Psychiatrie

1. Einleitung

Die gestellte Aufgabe, die Fragen nach dem Warum und Wozu unseres therapeutischen Handelns umfassend zu beantworten, übersteigt in ihrer Komplexität in jedem Fall weit die Möglichkeiten einer Antrittsvorlesung, und es ist daher vonnöten, vor dem eigentlichen Beginn der Ausführungen einige Beschränkungen anzubringen. Eine erste Eingrenzung der Thematik findet sich schon im Untertitel. Die Ausführungen werden demnach im Wesentlichen auf unsere heutigen Krankheitskonzepte, also auf jene Annahmen und Voraussetzungen Bezug nehmen, die unser tägliches medizinisches Handeln bestimmen. All den ethischen und moralischen Problemkreisen, mit denen man sich bei Beschäftigung mit Zielsetzungen unseres therapeutischen Handelns und deren Grundlagen ganz unmittelbar konfrontiert sieht, kann hier leider nicht der Raum gegeben werden, der gerade in Zeiten wie diesen nötig wäre. Der im Rahmen eines Selbstreflexionsprozesses unvermeidbare (und auch gar nicht vermieden werden sollende) ethische Diskurs wird daher in hohem Maße bruchstückhaft bleiben müssen.

Auch all die mannigfachen gesellschaftspolitischen, ökonomischen und kulturellen Aspekte der Therapie von Suchtpatienten können hier nicht ausführlich behandelt werden. Eine sorgfältige Untersuchung derselben wäre nicht nur höchst reizvoll, sondern gerade heute auch höchst notwendig. Die ökonomische Perspektive unseres therapeutischen Handelns wurde ja gerade in den letzten Jahren im wahrsten Sinne des Wortes zum brennenden Thema. Trotzdem muss sie im Folgenden weitgehend unbeachtet bleiben. Daraus kann und soll aber keineswegs der Schluss gezogen werden, dass ökonomischen Überlegungen in der Suchtherapie ein nur geringer Stellenwert beizumessen wäre. Im Gegenteil: Die heute in der sogenannten westlichen Welt geführte Gesundheitsdiskussion ist sogar hauptsächlich von wirtschaftlichen Kritiken und Polemiken geprägt. Inhaltliche Betrachtungsweisen bleiben dabei leider auf der Strecke. Diese Diskrepanz mag auch eine der Erklärungen für das so weit verbreitete (aber keineswegs der beobachtbaren Realität entsprechende) Zerrbild eines kranken Gesundheitswesens liefern. Im vorliegenden Beitrag soll daher gleichsam als Gegengewicht solch einseitiger ökonomisch-polemischer Diskussionsführungen vielmehr auf inhaltliche Probleme unseres medizinischen Handelns, also auf diagnostische und therapeutische Grundsatzfragen im engeren Sinne eingegangen werden.

Warum wird dann ein solches Unterfangen bei so vielen Einschränkungen überhaupt im Rahmen einer Antrittsvorlesung in Angriff genommen: Zum einen, weil sich damit ohne Zweifel die Möglichkeit eröffnet, diejenigen Zielrichtungen vorzustellen und zu diskutieren, wohin sich unsere Arbeit am und mit dem Patienten im Anton Proksch Institut in den kommenden Jahren entwickeln kann und soll; und zum anderen in der Hoffnung, dass die anschließend präsentierten Skizzen zu den Hintergründen unseres therapeutischen Handelns vom einen oder anderen wohlwollend aufgenommen und fruchtbringend weiterentwickelt werden, um damit unser oberstes Ziel zu erreichen: Den uns zur Behandlung anvertrauten Men-

schen auf ihren Wegen aus ihrem Kranksein effektiver helfend beizustehen.

Zentrales Anliegen des Beitrages ist es also, im Rahmen eines Diskurses Problemzonen unseres Handelns mit kranken Menschen in der täglichen Praxis zu reflektieren. Roland Barthes (Barthes 1988) definierte in seinen Fragmenten einer Sprache der Liebe den philosophischen Diskurs als eine Bewegung des Hin- und Herlaufens, des Kommens und Gehens. So sollen auch hier mit analytischen Hin- und Herbewegungen im vorgegebenen Spannungsfeld die philosophischen Grundlagen unserer Krankheits- und Behandlungskonzepte reflektiert werden, um damit eine Basis für Problemlösungsansätze zu schaffen, die ihrerseits dann wieder die Entwicklung wirksamerer Behandlungsstrategien ermöglichen. Dabei wird immer darauf zu achten sein, sich nicht im Rahmen theoretischer Abhandlungen und Diskussionen zu verlieren, sondern den Bezug auf das tägliche diagnostische und therapeutische Handeln in einer modernen Suchtklinik wie dem Anton Proksch Institut Wien Kalksburg im Auge zu behalten. Es wird also auch vor allem darauf einzugehen sein, welche Bedeutungen und Auswirkungen die angestellten Überlegungen zur Diagnostik im allgemeinen und hinsichtlich der Suchtdiagnostik im besonderen auf unser tägliches Handeln im Umgang mit den unsere Hilfe suchenden Suchtkranken haben.

2. Theoretische Psychopathologie – Philosophie der Psychiatrie („Philosophy of a Science“)

Als Hilfsmittel bei Skizzenerstellung und Diskurs sollen vor allem rezente Arbeiten, Erkenntnisse und Modellentwicklungen auf dem Gebiet der theoretischen Psychopathologie dienen. In den letzten Jahren hat sich aus der internationalen Forschungsgemeinschaft der Psychopathologen eine Gruppe zusammengefunden, die es sich zur Aufgabe machte, die Grundlagen der Psychopathologie, der psychiatrischen Krankheitslehre, zu untersuchen. Um dieser Gruppe von Wissenschaftlern, einen gemeinsamen Platz zum Erfahrungsaustausch zu ermöglichen, wurden in den letzten Jahren in nationalen bzw. internationalen Vereinigungen eine Reihe von Plattformen geschaffen, wie z.B. die Section for Philosophy and Psychiatry der Association of European Psychiatrists (AEP) oder die Section for Philosophy and Humanities der World Psychiatric Association (WPA). Als Österreicher können wir stolz darauf sein, dass wir seit 2002 auch in der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP) über eine Sektion Philosophie und Psychiatrie verfügen, die im übrigen mit den vorgenannten Vereinigungen und auch mit dem neu gegründeten International Network for Philosophy and Psychiatry in enger Verbindung und Kooperation steht.

Ähnlich wie in der Physik zwischen experimenteller und theoretischer Physik unterschieden wird, erschien es nun auch im Bereich der Psychopathologie als zielführend, neben einer schon lange bestehenden klinischen Psychopathologie eine theoretische Psychopathologie als

Forschungsrichtung neu zu etablieren. Dabei bleibt zu hoffen, dass die damit geförderte theoretische Grundlagenforschung für das gesamte Gebiet der Psychopathologie und Psychiatrie ähnlich erfolgreich wird, wie dies die theoretische Physik für die Entwicklungen in der Physik und Technik insgesamt war und ist: Denken wir nur an die bahnbrechenden theoretischen Arbeiten zur Quantenphysik – um nur ein Beispiel für die Praxisrelevanz der wissenschaftlichen Arbeiten auf dem Gebiet der theoretischen Physik zu nennen. Ob solch hochgesteckte Ziele erreicht werden können, wird die Zukunft zu beantworten haben. In jedem Fall aber erscheint es sinnvoll und notwendig, sich mit den erkenntnistheoretischen, historischen, gesellschaftlichen und ethischen Grundlagen unseres therapeutischen Handelns auseinander zu setzen. Damit wird die Möglichkeit für die Entwicklung viablerer Krankheits- und Behandlungsmodelle eröffnet, die ihrerseits dann eine Steigerung der Effektivität unserer therapeutischen Maßnahmen erwarten lassen.

Wenn also im Folgenden von philosophischen Überlegungen, Diskursen oder einfach von Philosophie in der Psychiatrie gesprochen wird, dann heißt das nicht, dass hier grundlegende Probleme der Philosophie, wie die der Epistemologie, Ethik bzw. Ästhetik diskutiert werden sollen. Die nachfolgenden Erörterungen werden sich vielmehr nur auf die Aufgaben einer philosophischen Teildisziplin beschränken, die im anglo-amerikanischen Sprachraum als „Philosophy of a Science“ bekannt wurde. Zu den Hauptaufgaben einer solchen Philosophie eines bestimmten Fach- bzw. Forschungsgebietes, wie z.B. einer Philosophie der Geschichtswissenschaften, Rechtswissenschaften, etc. oder wie in unserem Fall der medizinischen Wissenschaften und hier im besonderen der Psychiatrie – gehört es, die Konzepte, die unser Denken strukturieren, zu untersuchen, um damit die Grundlagen und Voraussetzungen für unser medizinisches Handeln freizulegen. Auf diese Weise wird der philosophische Diskurs zum selbstreflexiven Prozess, „die Praxis erlangt auf diese Weise Selbstbewusstsein“ (Blackburn 1996). Es geht also in der theoretischen Psychopathologie („philosophy of psychiatry“) ganz wesentlich um die Erforschung und Reflexion der Grundlagen unserer Diagnostik und unseres therapeutischen Handelns. Dabei ist die Frage von höchster Wichtigkeit, mit welchen grundlegenden Veränderungen der Diagnostik wir welche Verbesserungen in der Behandlung erreichen können.

Jede Form der Selbstreflexion kann aber immer nur eine vorläufige sein und sie muss daher zwangsläufig unvollständig bleiben. So werden auch die nachfolgenden Ausführungen im Wesentlichen Vorläufiges bleiben; Vorläufiges im Sinne des (noch) Unvollständigen, aber auch im Sinne des der Zukunft (und zukünftigen Entwicklungen) Vorauslaufenden, Vorseilenden. Mit anderen Worten: Es sollen in diesem Beitrag nicht nur die Grundlagen unseres diagnostischen und therapeutischen Handelns im Allgemeinen aufgezeigt werden, sondern vor allem auch die Basis unseres zukünftigen Handelns im Anton Proksch Institut geortet und erörtert werden. Es gilt also Spuren zu finden und zu legen. Spuren, die uns, Therapeuten wie auch Patienten im Anton Proksch Institut, als Wegbereiter in eine von uns gemeinsam zu schaf-

fende bessere Zukunft dienen. Manche werden uns zu einer zielführenderen Suchtdiagnostik bzw. -behandlung im Speziellen führen, einige können aber auch über die Suchtbehandlung hinausreichend Gültigkeit als Wegweiser für andere Gebiete der Psychiatrie bzw. möglicherweise sogar für die (post)moderne Medizin im allgemeinen erlangen.

3. Suchterkrankungen in der Modernen und Post-Modernen Geisteswelt

Jedes wissenschaftliche Konzept, jede wissenschaftliche Hypothese spiegelt in jedem Fall auch den ihr zugrunde liegenden „Zeitgeist“ wider. Auch unser therapeutisches Handeln ist immer (ob wir es wollen oder nicht, ob bewusst oder nicht bewusst) eingebettet in den jeweiligen Zeitgeist. Im Rahmen eines selbstreflexiven Prozesses unserer Behandlungsformen ist demnach vorerst der Frage nachzugehen, welche Form(en) des Zeitgeistes, welche philosophischen Anschauung(en), welche weltanschaulichen Prämissen unsere heutige Diagnostik und Therapie bestimmen. In welcher ideengeschichtlichen Epoche leben wir? Beim Versuch diese Fragen zu beantworten stellt sich gleich zu Beginn ein nahezu unüberwindliches Problem: Bei genauerer Betrachtung des Gegenwärtigen zeigt sich nämlich, dass wir es hier nicht mit einer Epoche im eigentlichen Sinn zu tun haben.

Historische Epochen sind, wie das griechische Wort sagt, Einklammerungen von Zeiten. Im vorliegenden Fall fehlen aber ganz wesentliche Einklammerungen. Einer Gegenwart kann man zwar in der Regel aufgrund des Endes vorgängiger Epochen einen Anfang, einen Ursprung, nicht aber ein hinreichend definiertes Ende zuordnen. Darüber hinaus befinden wir uns heute ideengeschichtlich in einem Übergangsbereich: Jenem zwischen dem Zeitalter der Moderne und dem der Post-Moderne. Auch wenn unter philosophischem Blickwinkel schon in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts das Denken der Postmoderne das der Moderne ablöste, finden sich in der kontemporären psychiatrischen Forschung immer noch mannigfaltig Relikte modernen Denkens. Auch das klinisch praktische Handeln ist, wie noch aufzuzeigen sein wird, nach wie vor weitgehend von positivistischem, also von modernem und (noch) nicht von postmodernem Gedankengut geprägt.

Die von uns erlebte und gelebte Gegenwart kann daher nicht einfach nur als Beginn einer neuen Epoche, etwa der „Postmoderne“ charakterisiert werden. Sähe man die Moderne als Epoche an, würde sie zu einem abgeschlossenen Ganzen werden – und das obwohl das Projekt Moderne noch keineswegs beendet ist. Die Zielvorstellungen der Moderne sind bei weitem noch nicht erfüllt; auch das Scheitern der Moderne ist noch nicht besiegelt. Es gilt hier ein endgültiges Urteil über den Abschluss des Projekts der Moderne, an dem viele von uns gegenwärtig ja auch noch teilnehmen, abzuwarten. „Erst nach Abschluss der entsprechenden Gegenwart kann (also) diese Moderne zu einer Epoche werden“ (Stekeler-Weithofer 2004). Aber auch das andere Projekt, das auf die Moderne folgende, kann noch nicht als Epo-

che bezeichnet werden. Es hat zwar schon begonnen, aber auch hier ist ein Ende noch keineswegs absehbar; auch hier fehlt also eine wichtige Einklammerung. Natürlich sind wir nicht in der Lage, die Gegenwart aus dem Blickwinkel einer abgeschlossenen Zukunft zu betrachten. Ohne einen solchen Abschluss aber, ist ein verbindliches Urteil noch weit verfrüht, um nicht zu sagen: Eigentlich unmöglich.

Darüber hinaus setzt die Bestimmung einer Geistesepoche zumindest ein gewisses Maß an Konsens über charakteristische und typische Entwicklungen bzw. Ideen voraus, durch welche sie vom Zeitgeist einer anderen Epoche unterschieden werden kann. Wie im späteren noch aufzuzeigen sein wird, bereitet uns aber gerade deswegen eine lückenlose Grenzziehung zwischen dem Projekt der Moderne und dem der Postmoderne große Schwierigkeiten. Bei der Postmoderne handelt es sich nämlich nicht um ein einziges bereits feststehendes Ideeengebäude, sondern um ein Konglomerat von verschiedenen Gedankenströmen mit nur einigen wenigen Gemeinsamkeiten. Es erscheint daher schon allein deshalb nicht legitim, von einer „Epoche der Postmoderne“ zu sprechen. Vielmehr sollte von postmodernen Strömungen bzw. Entwicklungen die Rede sein, um damit die deutlich erkennbaren Unterschiede zu den Denkweisen der Zeit davor, des Zeitgeistes der Moderne deutlich zu machen (Musalek 2005). Wenn im Folgenden also die Postmoderne als solche benannt wird, dann eben immer nur mit dem Blick auf die verschiedenen heutigen Entwicklungen und Denkansätze, die sich von modernen Denkweisen abheben, ohne deren epochale Wertigkeit abschließend zu beurteilen.

All diesen epochalen Verwirrungen und Verirrungen hinsichtlich unserer vom „Phänomen der Gleichzeitigkeit des Ungleichzeitigen“ (P.Stekeler-Weithofer 2004) geprägten Gegenwart zum Trotz wird eine artifizielle Trennung der Konstrukte „Zeitalter der Moderne“ und „Zeitalter der Postmoderne“ aus praktischen Gründen aber doch sinnvoll. Zum einen können auf diese Weise ganz wesentliche – und vor allem auch für die klinische Praxis der Suchtdiagnostik und -behandlung relevante Unterschiede zwischen den beiden Geisteswelten aufgezeigt werden – zum anderen eröffnet eine Unterscheidung moderner und postmoderner Diagnose- und Behandlungsstrategien im Suchtbereich die Möglichkeit zu einem ebenso notwendigen wie längst fälligen Paradigmenwechsel. Um die Grundlagen unserer bisherigen diagnostischen und therapeutischen Handlungsweisen zu erfassen und neue zu entwickeln, wird es daher nötig sein, vorerst die Grundsätze der Moderne und deren Folgen auf medizinisches Handeln zu skizzieren, um sie dann den Hauptannahmen der Post-Moderne und deren Auswirkungen auf die klinische Praxis im Suchtbereich gegenüberzustellen. Mit Hilfe eines Diskurses von Suchterkrankungsmodellen im Zeitalter der Moderne und der Post-Moderne sollen dann nachfolgend auch die Auswirkungen eines auf diese Weise möglichen Paradigmenwechsels auf unser zukünftiges diagnostisches und therapeutisches Handeln im Anton Proksch Institut erörtert werden.

3.1 Suchterkrankungen in der Moderne

Die moderne Psychiatrie und damit auch die derzeit gültige Lehre von den Suchterkrankungen ist genauso wie die moderne Medizin im allgemeinen noch immer ganz wesentlich durch die Maximen des Positivismus geprägt. Das trifft ganz besonders für den Bereich der sogenannten biologischen Psychiatrie mit ihren Forschungsmodellen zu. Aber auch in der psychologischen und soziologischen Forschung geht es vorzugsweise um das Auffinden des eigentlich Wahren, von letzter Wahrheit. Dieses Auffinden des Wahren wird dann als ein Entdecken des in der Natur Verborgenen angesehen, womit bereits die Grundfeste des Positivismus umrissen ist. In positivistischer Perspektive ist Realität das, was mit der Empfindung und Wahrnehmung korrespondiert. Die das Reale bezeichnenden Begriffe haben nur eine einzig richtige Bedeutung, die sich am Beispiel der Erfahrung demonstrieren lässt, d.h. Begriffe haben nur dann eine Bedeutung, wenn sie in Bewusstseinsfakten, also in dem was wir üblicherweise als Natur bezeichnen bzw. in dessen assoziativer Verknüpfung ihr letztes Fundament haben (Braun/Radermacher 1978).

Im Positivismus wird also eine direkte Beziehung zwischen der Wirklichkeit und dem Beobachteten postuliert; der Mensch wird als prinzipiell dazu fähig angesehen, die Natur in ihrem Wesen zu erkennen. Die Aufgabe des Forschers ist es demnach, der Natur die ihr zugrundeliegenden Wahrheiten abzurufen. Dabei gilt es die Naturgesetze, verstanden als von der Natur uns vorgegebenen Gesetze, die uns und unsere Welt beherrschen, zu „entdecken“. Es gilt im Rahmen von Forschungsvorhaben den Schleier der uns umgebenden Natur zu lüften, der uns diese Wahrheiten noch verbirgt. Besonders deutlich und markant werden die Grundsätze der Modernen von Vertretern des so genannten logischen Empirismus vorgestellt. Der logische Empirismus (auch Neopositivismus oder logischer Positivismus genannt und als Wiener Schule weltberühmt geworden) zeichnet sich vor allem durch seine scharfe Kritik der Metaphysik aus; „es wird (mit ihm) ein Sinnkriterium eingeführt, mit dessen Hilfe sinnvolle Sätze von bloßen Scheinsätzen unterschieden werden können. Dieses Sinnkriterium für empirische Aussagen besagt, dass nur solche Aussagen sinnvoll sind, die direkt oder indirekt empirisch verifiziert werden können. Sonst sind nur analytische Sätze (z.B. Sätze der Mathematik) sinnvoll.“ (Ulfig 1999).

Die Verifikation wird damit zum zentralen Anliegen des Forschers. Das Verifizieren (lat. *verificare*: die Wahrheit nachweisen) von Gegebenheiten und Sachverhalten bzw. von Sinnzusammenhängen ist nach übereinstimmender Meinung von positivistisch orientierten Naturforschern nur auf der Basis nachprüfbarer Beobachtungen bzw. Experimente möglich. Eine besondere Rolle nehmen dabei in Zahlen ausgedrückte bzw. in Zahlenwerten ausdrückbare und damit einer statistischen Berechnung zugängliche Studienergebnisse ein. Mit ihrer Hilfe versucht man der allgegenwärtigen Subjektivität Herr zu werden, um damit der ebenfalls zentralen Forderung im Positivismus nach Objektivität (im Sinne einer nicht mehr durch das Subjektive kontaminierten Wahrheitsschau) gerecht werden zu können. Mittels mathematisch-

statischer Methoden vermeint man dann Wahrheiten aus der Natur herauslösen zu können. Alle anderen wissenschaftlichen Aussagen werden entweder auf das Niveau „nur vorläufiger Annahmen“ zurückgestellt oder überhaupt als letztlich „haltlose Behauptungen“ desavouiert. Manche Forscher gehen auf dem neo-positivistischen Pfad sogar soweit, dass sie den Realitätsgehalt von Gegebenheiten, wenn er nicht mittels statischer Untersuchungen verifiziert werden kann, überhaupt negieren, womit unweigerlich eine extreme Einschränkung der „wahren Welt“ auf eine messbare und damit eine in Zahlenwerten ausgedrückte Welt erfolgt.

Der Mensch in seiner ganzen Komplexität und Schönheit, als faszinierendes und fasziniertes, letztlich aber auch unerklärbares Seiendes wird damit aus der wissenschaftlichen Forschung, die nur mehr eine „naturwissenschaftliche“ ist, ausgeschlossen. Der Mensch wird zum messbaren, in Zahlenwerten ausdrückbaren und ausgedrückten Ding reduziert; der Schlüssel zur Kenntnis dieses Dinges findet sich in statistischen Methoden. „Signifikante Ergebnisse“ öffnen das Tor der Erkenntnis. Damit wurde auch ein neues positivistisches Sinnkriterium in den Wissenschaftsbetrieb eingeführt, das alsbald dann auch als Allmächtskriterium der Wissenschaft, zur eigentlichen Bestimmung von Wissenschaftlichkeit diente und dient: Die statische Signifikanz. Der Mensch findet sich so in der Welt der Modernen auf „ein extrovertiertes, rationales Sein, ...“ reduziert „... das durch Naturgesetze gesteuert ist ... (und) im Kontext von biologischen Determinanten operiert“ (Alexander 1995), die mittels mathematisch-statistischer Methoden erkennbar gemacht werden können.

In der modernen Medizinforschung ist es also nicht der Mensch in seiner Gesamtheit, der im Vordergrund des Forschungsinteresses steht, sondern nur mehr einzelne Teile von ihm bzw. überhaupt nur mehr einzelne Mechanismen, die vermeintlich den Menschen mit ausmachen sollen. Smith (1993) bezeichnete das Jahr 1913 als Wasserscheide dieser Entwicklung: Es war das Jahr „indem Watson sein behavioristisches Manifest veröffentlichte, Freud und Jung ihre letzten Briefe wechselten und Henry Ford sein Fließbandprojekt startete, in dem der Mensch nur mehr als Teil einer Maschine funktionierte“ (Meares 2004). Nicht mehr der Mensch selbst stand damit im Mittelpunkt der Gesellschaft, sondern seine Teilleistungen und Funktionsmöglichkeiten. Diese Entwicklung geht soweit, dass man sich heute nicht des Eindrucks erwehren kann, dass der Mensch und sein psychisches Funktionieren nur mehr auf Vorgänge in winzigsten Teileinheiten des Gehirns, nämlich an den Synapsen bzw. im synaptischen Spalt reduziert wird. In diesem Zusammenhang muss die Warnung ausgesprochen werden, dass eine Psychiatrie, die einen solchen Weg konsequent geht, Gefahr läuft nicht nur Patienten als Menschen zu verlieren, sondern „selbst im synaptischen Spalt zu verschwinden.“ (Kapfhammer 2002).

Eine sich ausschließlich mit Teilbereichen des menschlichen Lebens auseinandersetzen, fraktionierte und fraktionierende Medizin gibt den Menschen in seiner Gesamtheit auf und produziert einen fraktionierten Patienten. An die Stelle des Faszinosums Mensch rückte die

Faszination der Zahl. Nicht der Mensch ist, wie schon von Prothagoras erkannt, mehr das Maß aller Dinge (Russel 1946/1990), sondern die Zahl. Sie wird jeder Kontamination mit Subjektivität entledigt zum Schlüssel der eigentlichen Erkenntnis der Natur, zum Schlüssel, der das Tor zur (letzten) Wahrheit öffnet. Für viele positivistische Forscher scheint das Buch der Natur in mathematischer Sprache geschrieben zu sein. Man braucht daher die Natur nur auf diese Weise, nämlich mittels Zahlenwerten zu lesen, um zum Eigentlichen der uns erscheinenden Natur zu kommen und gleichzeitig eine besondere Befriedigung unseres allgegenwärtigen Sicherheitsbedürfnisses zu erreichen. Schon Johannes Kepler soll auf den letztgenannten Umstand mit dem Satz: „Die Mathematik allein befriedigt den Geist durch ihre außerordentliche Gewissheit“ verwiesen haben (Musalek 2006).

Die positivistische Zahlengläubigkeit, die heute „wie ein Dämon in alle Anwendungen des Lebens gefahren ist“ wird allerdings, wie Robert Musil (1978) in seinem „Mann ohne Eigenschaften“ so treffend feststellt, mit einem sehr hohen Preis bezahlt, nämlich mit dem unserer Seele, ja mehr noch: Mit dem ganzen Wesen Mensch – und damit mit uns selbst. Musil schreibt über die Lehre von den Zahlen und Zahlenkombinationen, also über die Mathematik: „Vielleicht glauben nicht alle Menschen an die Geschichte vom Teufel, dem man seine Seele verkaufen kann; aber alle Leute, die etwas von der Seele verstehen müssen, ... bezeugen es, dass sie von der Mathematik ruiniert worden sei und dass die Mathematik die Quelle eines bösen Verstandes bilde, der den Menschen zwar zum Herrn der Erde, aber zum Sklaven der Maschine mache. Die innere Dürre, die ungeheuerliche Mischung von Schärfe im Einzelnen und Gleichgültigkeit im Ganzen, das ungeheure Verlassensein des Menschen in einer Wüste von Einzelheiten, seine Unruhe, Bosheit, Herzensgleichgültigkeit ohnegleichen, Geldsucht, Kälte und Gewalttätigkeit, wie sie unsere Zeit kennzeichnen, sollen nach diesen Berichten einzig uns allein die Folge der Verluste sein, die ein logisch scharfes Denken der Seele zufügt“.

Auch unsere Suchtkranken leben in einer solchen Welt der Bosheit, Herzensgleichgültigkeit, Gewalttätigkeit und Kälte. Auch sie müssen die innere Dürre und das ungeheure Verlassensein bis hin zur Aussichtslosigkeit in einer von mathematischen Konstrukten regierten Welt ertragen, in der sich der Mensch solange zum Sklaven seiner eigenen Abstraktionen macht bis er gar nicht mehr in ihr vorkommt. Auch in der modernen Medizin ist es nämlich nicht mehr der Patient selbst, sondern es sind seine Krankheiten und deren Entstehungsbedingungen, die ihnen zugrundeliegenden biologischen, psychischen und sozialen Prozesse, die zum Brennpunkt wissenschaftlicher Forschung werden. Die „gewöhnliche Erlebniswelt“ des Einzelnen bleibt aus der Forschung weitgehend ausgeschlossen „um Platz für Höheres und Reineres“ zu schaffen (Meares 2004). Die unvermeidbare Folge war und ist eine Entwertung des einzelnen Menschen und damit einhergehend auch eine Entmenschung der Psychiatrie im Allgemeinen.

Diese Entmenschung beschränkt sich aber keineswegs nur auf die Forschung, sie findet sich ebenso in der The-

rapie: Nicht Suchtkranke sondern Suchtkrankheiten werden in einer dem Positivismus verpflichteten modernen Medizin behandelt. Besonders deutlich wird diese Entwicklung in der psychiatrischen Diagnostik sichtbar. Im noch stark an der Theorie der Psychoanalyse orientierten DSM-II, dem Vorgänger der heute alles beherrschenden Diagnosesysteme DSM-IV (1994) bzw. ICD-10 (1993), flossen noch persönliche Entwicklungen des Einzelnen, also gleichsam Reste des betroffenen Menschen in die Diagnose ein. In der heutigen modernen Diagnostik geht es hingegen ausschließlich um Krankheitskonstrukte, also um vorgeformte Kategorien, um Merkmalskataloge und dazugehörige Algorithmen. Letztere dienen der Verknüpfung einzelner Krankheitsmerkmale mit der Zielsetzung einer korrekten und reliablen Zuordnung zu ersterem, nämlich zu einer dem Krankheitsbild entsprechenden Krankheitskategorie.

Ganz dem positivistischen Denken verbunden werden diese einem „De-Historisierungsprozess“ (Musalek 2005) anheim gefallenen Krankheitskategorien dann als naturgegebene Krankheitseinheiten angesehen und dienen so als Ausgangspunkt für mannigfache Forschungsvorhaben: So versucht man z.B. seit mehreren Jahrzehnten die genetische(n) Ursache(n) für „die Schizophrenie“ (auch eine solche als naturgegeben gewählte, aber doch nur von Menschenhand geschaffene Krankheitskategorie) zu finden. Ein Unterfangen, dem schon allein aus theoretischen Überlegungen (woher soll unser genetisches Material etwas von in mehr oder weniger demokratischen Prozessen produzierten Krankheitskonstrukten wissen, um diese dann verursachen zu können ?!) wenig Aussicht auf Erfolg besichert sein wird.

Die Klassifikationssysteme DSM-IV und ICD-10, die im Rahmen eines diagnostischen Globalisierungsprozesses weltweite Verbreitung fanden und so auch die Grundlage für die international anerkannte, moderne Suchtdiagnostik bilden, weisen zudem eine ganze Reihe von Ungeheimnissen auf: Zum einen zeigt sich hier „... eine Tendenz, drei Klassen von Begriffen zu vermischen – Gehirn, Geist, Verhalten ... oft werfen sie (die Psychiater) aus allen drei Klassen in ein einziges taxonomisches System zusammen. Man führe sich nur einmal die Standardnomenklatur der American Psychiatric Association (DSM-III – Anm. d. Verfassers) vor Augen, die den Geisteskrankheiten so diverse Phänomene wie progressive Paralyse, reaktive Depression und Homosexualität zurechnet.“ (Szasz 1978). Zum anderen wird in den vorzugsweise auf psychopathologische Phänomene zurückgreifenden Diagnosealgorithmen nur wenig dem Umstand Rechnung getragen, dass psychopathologische Phänomene nicht per se, also schon allein aus ihrer Phänomenologie als pathologisch anzusehen sind. Wie bereits Krafft-Ebing (1878) schon vor weit mehr als 100 Jahren feststellte, kann jedes psychopathologische Phänomen auch als normal-psychologisches in Erscheinung treten. Erst durch eine bestimmte Intensität, Dauer und vor allem einen bestimmten Kontext seines Auftretens erhält das normal-psychologische Phänomen seine pathologische Wertigkeit.

Das gilt natürlich auch für diejenigen Phänomene, die in ihrer Kombination die Diagnosekategorien Suchtkrankheit

(in den ICD-10 „F1x.2: Abhängigkeitssyndrom“ genannt) ausmachen. Wer hat nicht schon einmal einen starken Wunsch oder vielleicht sogar eine Art inneren Zwang erlebt, ein Genussmittel zu konsumieren, dessen Einnahme zu einem psychischen Wohlbefinden führt (siehe Kriterium 1 der Klasse F1x.2)? Wer hat nicht schon Formen des Kontrollverlustes hinsichtlich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums von Genussmitteln erlebt: Man nimmt sich z.B. vor, an einem bestimmten Tag keine Schokolade oder ein sonstiges Genussmittel zu sich zu nehmen, um doch wieder „rückfällig“ zu werden (siehe Kriterium 2 der Klasse F1x.2)? Wer hat noch nicht erlebt, dass zunehmend höhere Dosen eines Genussmittels erforderlich werden, um gleiche Effekte zu erreichen (siehe Kriterium 4 der Klasse F1x.2)? Wer hat nicht schon zugunsten des Genussmittelkonsums auf andere Vergnügen oder Interessen verzichtet bzw. diese vernachlässigt; wer nicht schon ein Genussmittel weiterhin zu sich genommen, obwohl ihm ein daraus entstehender Schaden, sei er körperlicher, psychischer bzw. sozialer Natur, erwachsen kann (siehe Kriterien 5 u. 6 der Klasse F1x.2)?

Einzig und allein das körperliche Entzugssyndrom (siehe Kriterium 3 der Klasse F1x.2) bleibt Nicht-Suchtkranken weitgehend fremd. Allerdings zeigt sich auch hier, wenn man diese Symptomkonstellation auf phänomenologischer Ebene betrachtet, dass es sich bei den Einzelphänomenen selbst wieder um ubiquitär vorkommende normal-psychologische bzw. normale körperliche Phänomene handelt, wie z.B. die für das Alkoholentzugssyndrom typische Unruhe- und Spannungszustände, das Zittern, die Übelkeit, die Angstzustände, Schlafunterbrechungen, insgesamt verkürzter Schlaf, etc. Wieder erst durch den bestimmten Kontext ihres Auftretens, durch Dauer und Intensität erhalten diese psychischen und körperlichen Zustände pathologische Wertigkeit: Nämlich, nur dann, wenn sie bei Dosisreduktion bzw. Nicht-Einnahme eines Suchtmittels in Erscheinung treten, sind sie als Suchtkriterien zu bewerten.

Natürlich macht es keinen Sinn all die genannten Phänomene schon als Süchte bzw. Abhängigkeitsstörungen zu bewerten. Eine solche Ausweitung des Suchtbegriffes auf alle Formen des Kontrollverlustes und psychischer Abhängigkeiten birgt vielmehr die Gefahr einer begrifflichen Verwässerung in sich, die leicht dazu führen kann, dass die furchtbaren Leiden von Suchtkranken nicht mehr als Krankheit ernst genommen werden, sondern nur mehr als Willensschwäche bzw. Charakterschwäche, der man mit „Sich-Zusammenreißen“ wirkungsvoll entgegenzutreten könne, aufgefasst werden. Der Suchtpatient ist dann nicht einmal mehr psychisch Kranker, womit ihm zusätzlich zu den durch seine schwere psychische Erkrankung bedingten Leiden auch noch die prinzipielle Möglichkeit zu deren Linderung, nämlich sein Recht auf Behandlung und Pflege verwehrt wird.

Das zentrale Problem jedweder kategorialer Diagnostik liegt in dem Umstand, dass die Natur die von uns kreierten Krankheitseinteilungen nicht kennt. Unsere Krankheitskategorien wurden nicht von Gott in die Welt gesetzt und können daher auch niemals perfekt sein. Es handelt sich dabei auch nicht um „uns von der Natur gegebene“

Fakten, sondern sie sind einfaches Werk von uns Menschen. „Die Natur (kennt nämlich) keine Formen und Begriffe, also auch keine Gattungen ..., sondern nur ein für uns Unzugängliches und Undefinierbares“ (Nietzsche 1882/1988). Wir sind es, die die Begriffe, Definitionen und Kategorien schaffen, in die wir dann die uns umgebende Natur ordnen.

Nicht die Natur sondern der Mensch war es, der die Klassifikationskriterien der Suchterkrankungen schuf. Mehr noch: Bei den ICD-10 Diagnosekriterien handelt es sich nicht einmal um Resultate empirisch-psychopathologischer Forschungsarbeiten, sondern schlicht um Resultate von Abstimmungen, die in Expertengremien erzielt wurden – also letztlich um historisch-demokratische Konstrukte. Oberstes Ziel war es bei der Schaffung der Globaldiagnosesysteme ICD-10 und DSM-IV eine möglichst gute Vergleichbarkeit hinsichtlich der einzelnen diagnostischen Zuordnungen in verschiedenen Institutionen, Ländern, ja Kontinenten zu erreichen. Es wurde also alles getan um die Reliabilität der Diagnosen zu erhöhen: Als wirksamstes Mittel erwies sich dabei die Entwicklung von Diagnosealgorithmen. Es zeigte sich nämlich, dass eine geringe Reliabilität der Einzelphänomene (vor allem wenn es sich nicht um vom Patienten berichtete, sondern um vom Diagnostiker beobachtete Phänomene handelt) durch bestimmte Verknüpfungsregeln (z.B. mit der Anweisung, dass 3 von 6 Merkmalen zur diagnostischen Zuordnung in eine bestimmte Diagnoseklasse nötig seien) signifikant erhöht werden kann.

Mit einer solchen Vorgangsweise kann die Reliabilität erhöht werden, allerdings in der Regel auf Kosten der Validität und vor allem auch der Relevanz der Diagnostik. Es ist demnach auch gar nicht verwunderlich, dass auf diese Weise konstruierte Diagnosekategorien nur inhomogene Gruppen abbilden können. Unsere Grenzziehungen nicht kennend, kann sich die Natur auch nicht an unsere diagnostischen Demarkationen halten und es müssen daher die Klassen kategorialer Klassifikationssysteme in ihren Überlappungen verschwommen begrenzt bleiben. Damit sind die Überschneidungen zwischen den Zuordnungen zu einzelnen Kategorien (heute oft wenig exakt „Komorbiditäten“ genannt) nicht mehr nur die Ausnahme, sondern werden zum Regelfall.

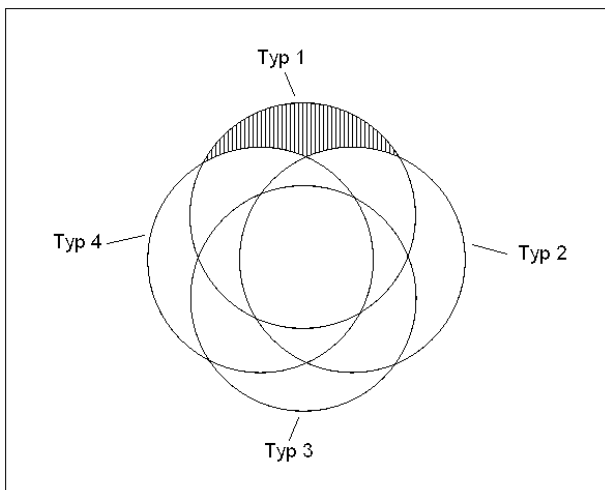
Das für die gesamte kategoriale psychiatrische Diagnostik Gesagte gilt natürlich auch für die heute gängigen Diagnosekriterien für Abhängigkeitserkrankungen. Auch hier wird leider nur eine höchst inhomogene Gruppe abgebildet. Die einzelnen Kriterien, wie Toleranzentwicklung, Abstinenzsyndrom, Kontrollverlust, psychische Abhängigkeit und Craving stellen zwar sehr typische Merkmale der Suchtkrankheit dar. Die Verknüpfungsregeln (Algorithmen) zur Diagnose des Abhängigkeitssyndroms führen aber dazu, dass doch sehr unterschiedliche Patienten mit ein und derselben Diagnose versehen werden. So finden sich z.B. in der Diagnosekategorie ICD-10 Abhängigkeitssyndrom (F1x.2) sowohl Patienten mit einem körperlichen Entzugssyndrom wie auch Patienten, die noch nie an körperlichen Erscheinungen bei Reduktion bzw. Absetzen des Alkohols litten. Ohne Zweifel brauchen aber Patienten mit körperlicher Ent-

zugssymptomatik eine andere (medikamentöse) Behandlung als diejenigen ohne eine solche.

Gleiches gilt auch für das Alkoholverlangen. Natürlich macht es einen großen Unterschied – sowohl hinsichtlich medikamentöser Behandlung wie auch psychotherapeutischer Maßnahmen – ob nun ein Patient ein unerträgliches Verlangen nach der Substanz („Craving“) aufweist oder nicht. Beide Patientengruppen können sich aber in derselben Diagnosekategorie Abhängigkeitssyndrom finden. Ein Einsatz einer Anti-Craving-Substanz ist jedoch bei Suchtkranken, die gar kein Craving aufweisen, als nicht zielführend anzusehen. Schon diese wenigen Beispiele machen bereits deutlich, dass eine solche kategoriale Globaldiagnostik der Abhängigkeitserkrankungen in der klinischen Praxis ohne wesentliche therapeutische Relevanz bleiben muss.

Diese höchst unbefriedigende Situation meinte man in den Achtziger-Jahren des vorigen Jahrhunderts durch die Schaffung von Subgruppen der herkömmlichen Diagnoseklassen (oft auch „Typologien“ genannt) in den Griff zu bekommen. In nur wenig mehr als einem Jahrzehnt wurden mehr als 50 solcher Typologien im Bereich der Suchtdiagnostik entwickelt (Musalek 2004). Man glaubte, auf diese Weise die Therapierelevanz von künstlichen Diagnosekategorien erhöhen zu können. Aber auch hier war man mit dem gleichen Problem konfrontiert: die Natur weiß natürlich auch nichts von den von Menschenhand geschaffenen Subkategorien. Auch hier trat daher die schon diskutierte Überschneidungsproblematik zutage, die eine behandlungsrelevante Zuteilung unmöglich macht. Die überwiegende Mehrzahl der Patienten sind nicht nur einer einzigen Gruppe zuzuordnen und erscheinen somit als so genannte „Mischtypen“ (vgl. Abb. 1).

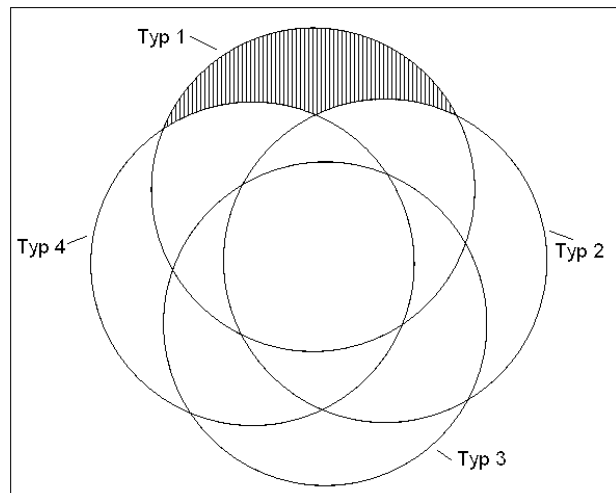
Abb. 1: Mischtypen



Besonders brisant wird das Problem der Subgruppen vor allem aber auch dadurch, dass zwischen diesen durchaus signifikante Unterschiede festgestellt werden konnten und demnach der Eindruck entstand, dass es sich bei einzelnen Typologien doch um gute Abgrenzungsmöglichkeiten handelte, die im klinischen Betrieb hilfreich sein könnten. Ob die Unterschiede zwischen den einzelnen

Typen mittels statistischer Methoden als signifikant zu bezeichnen sind, hängt ganz wesentlich von der Anzahl der Individuen, die nur einem Typus zuzuordnen sind – also von der Größe jener Fläche, die in Abb.1 als gestrichelt ausgewiesen wird, ab (vgl. Abb. 1). Mit Vergrößerung der Fläche, also mit Zunahme der Anzahl der reinen Zuordnungen z.B. durch Erhöhung der Probandenzahl in einer Kohortenstudie (vgl. die Vergrößerung der gestrichelten Fläche in Abb. 2), kann somit auch die Chance, ein signifikantes Ergebnis zu erzielen, erhöht werden. Gleichzeitig entsteht dabei auch der trügerische Eindruck, dass es sich bei dem signifikanten Ergebnis um ein besonders relevantes handelt, da es ja an einer hohen Anzahl von Untersuchten erzielt wurde.

Abb. 2: Vergrößerung der Fläche durch Vergrößerung der Stichprobe und dadurch Zunahme der absoluten Anzahl reiner Zuordnungen

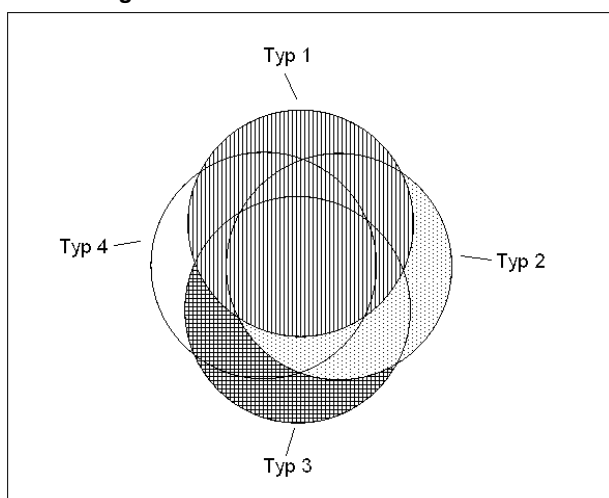


Die Relevanz solcher Ergebnisse ist aber für die klinische Praxis, wie z.B. im Rahmen der Behandlungsplanung auf individueller Ebene, enttäuschend gering. Da die meisten der Patienten eben nicht als „reine Typen“, sondern als mehr oder weniger ausgeprägte „Mischtypen“ in Erscheinung treten, lassen die mit mathematisch-statistischen Mitteln in Kohortenstudien erzielten Signifikanzen auch keine verbindlichen Ergebnisse für den einzelnen Patienten zu. Für ihn haben wir aber einen zielführenden Behandlungsplan zu erstellen. Es ist immer der einzelne Patient für den wir den Behandlungsplan zu erstellen haben. Signifikante Ergebnisse an großen Kohorten sind entsprechend großer Überschneidungsproblematik sind dabei nicht nur von geringer (oder gar fehlender) Relevanz, sie können sogar den Blick auf das für die Behandlung des Einzelnen Wesentliche verstellen.

Manche versuchten dieser Problematik mit Hilfe mathematischer Algorithmen zu entkommen. Aber auch dieser Versuch künstlicher Trennungen muss als mehr irreführend als hilfreich bewertet werden. Eine solche Zuordnung in Typen mittels Algorithmen (vgl. Abb. 3) kann z.B. auf die Weise erfolgen, dass wenn jemand Zeichen des Typ 1 aufweist, er nicht mehr dem Typ 2, 3 oder 4 zugeordnet werden kann, selbst dann nicht, wenn er Merkmale eines oder mehrerer dieser Typen aufweist. Dem

Selektionsmechanismus folgend werden dann dem Typ 2 alle jene zugeordnet, die Zeichen des Typ 2, aber keine des Typ 1 aufweisen, Merkmale des Typ 3 bzw. 4 verhindern eine solche Zuordnung nicht; denn ein Typ 3 ist nur dann zu diagnostizieren, wenn keine Zeichen von Typ 1 und keine Merkmale des Typ 2 vorhanden sind, usw.). Da mit einer solchen Vorgehensweise nur die Vortäuschung einer Pseudoexaktheit nicht jedoch eine exakte Einordnung des einzelnen Kranken in eine bestimmte therapierelevante Untergruppe der Suchtkrankheit erreicht wird, musste auch dieser Versuch der klinischen Praxis scheitern.

Abb. 3: Hierarchische Zuordnung in Typen mittels Algorithmen



Genauso wie bei der Globaldiagnostik, und vielleicht sogar noch akzentuierter, stellt sich bei einer Subgruppendiagnostik bzw. bei Typologien das Problem, dass wir diese nicht – wie von einer positivistisch orientierten modernen Medizin postuliert – der Natur abringen; sie also nicht Abbild des uns in der Natur Gegebenen sind, sondern die Natur ganz offensichtlich mit unseren Untereinteilungen, wenn überhaupt etwas, dann nur sehr wenig, gemein hat. Das Projekt der Typologien (und damit auch das gesamte Projekt der modernen, sich an positivistischen Maximen orientierenden kategorialen Diagnostik) scheiterte somit letztlich an dem Umstand, dass wir die wahre Natur und ihre Ordnungsprinzipien nicht erkennen können, sondern dass das, was wir die wahren bzw. eigentlichen Ordnungen der Natur nennen, nur von Menschenhand geformte Einteilungen der uns gegenüberstehenden Phänomene sind – oder wie es Wittgenstein so treffend ausdrückte: „Man glaubt (zwar), wieder und wieder der Natur nachzufahren, und fährt doch nur der Form entlang, durch die wir sie betrachten.“ (Wittgenstein 1958).

Naturerkenntnis im Sinne des Erfassens des Wahren, des uns eigentlich Gegebenen (Donatum) bleibt uns also verwehrt. Wir können nur Modelle entwickeln, die uns einen besseren Umgang mit dem uns Gegebenen, dem uns Geschenkten, dem uns Gegenüberstehenden, mit den uns umgebenden Gegenständen ermöglichen. Dieses von uns daraus Modellierete wird in einer positivistisch

orientierten Medizin so gern als „Faktum“ (in der Bedeutung des Donatum) ausgegeben, ganz darauf vergessend, dass der Terminus „Faktum/Fakten“ nicht die Summe des uns Gegebenen bezeichnet, sondern nur für die Mehrzahl des von uns Gemachten steht – vergessen wir dabei nicht die Herkunft des Wortes Faktum: faktum lat. gemacht; Partizip Perfekt von machen. Das heißt aber auch, dass psychische Krankheiten im Allgemeinen und Suchterkrankungen im Besonderen, die wir ja so gern als naturgegeben ausweisen, nichts anderes sind, als von uns geschaffene Modelle, also Konstrukte, die wir in die Welt setzen.

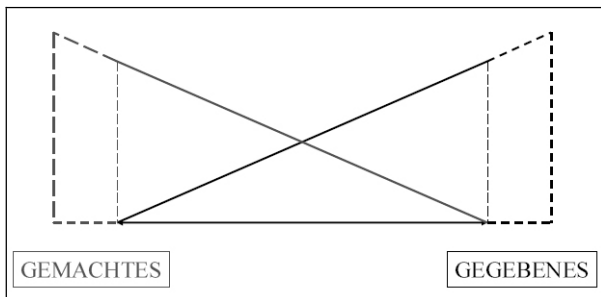
„Les médecins inventent des maladies qui n'existent pas ... mais ils guérissent les maladies qu'ils inventent“ Mit diesem Satz aus seinem Bühnenstück „Les Rhinocéros“ trifft Eugène Ionesco pointiert das Herzstück einer sich auf positivistische Grundlagen aufbauenden, modernen kategorialen Diagnostik. Die Mediziner erfinden in ihren Diagnosesystemen Erkrankungen um Erkrankungen, die allesamt in der Natur als solche nicht existieren. Nach einiger Zeit (die für einen nachhaltig wirksamen De-Historisierungsprozess vonnöten ist – siehe auch: Musalek 2005) wird dann auf den menschlichen Schaffensprozess vergessen. Das menschliche Konstrukt wird zur Naturgegebenheit, zum Donatum, und damit zum Ausgangspunkt einer medizinischen Forschung, die im Sinne einer positivistischen Wahrheitsfindung darauf abzielt mittels (natur-)wissenschaftlicher Methoden die „eigentlichen Ursachen“ der Krankheit zu finden, obwohl für die Erforschung der von Menschenhand geschaffenen Krankheitskonstrukte natürlich historisch-hermeneutische bzw. soziologisch-politische Analysen wesentlich angebrachter erscheinen (Foucault 1961).

Mit der Feststellung, dass wir uns unsere Krankheiten selbst schaffen, soll aber nicht einer heute weit überholten Antipsychiatrie das Wort geredet werden. Psychische Erkrankungen sind nicht „reine Erfindungen“, quasi aus dem Nichts heraus. Sie sind auch nicht nur von Psychiatern Geschaffenes, um daraus ihre eigene Lebensberechtigung abzuleiten, wie uns manche antipsychiatrischen Agitateure der 60-iger und 70-iger Jahre des vorigen Jahrhunderts glauben machen wollten. Wenn hier davon gesprochen wird, dass die Mediziner (in unserem Fall der Suchterkrankungen sind es die Psychiater) die Krankheiten selbst in die Welt setzen, dann ist damit nur die Erfindung der Krankheitskategorien selbst, keinesfalls aber eine etwaige Erfindung der den Patienten Leiden verursachenden psychischen Krankheitszuständen gemeint. Ohne Zweifel sind die einzelnen, unmittelbar vom Betroffenen erlebten, Krankheitsphänomene vorzugsweise Naturgegebenes. Damit sind auch die unter der Bezeichnung Suchterkrankungen zusammengefassten Einzelphänomene und Leidenszustände nicht als Erfindung im eigentlichen Sinn, also nicht als ausschließlich von Menschenhand Gemachtes anzusehen. Sie sind vielmehr Gegebenheiten in (und von) der „Welt, in die wir geworfen sind“ (Heidegger 1927/1977).

Das reine (nur) Gemachte, ebenso wie das rein (nur) Gegebene kann zwar von uns gedacht werden, in unserer Lebenspraxis haben diese beiden Extremvarianten eines dazwischen liegenden Kontinuums jedoch als Ein-

zernes keinen Platz (vgl. Abb. 4, gestrichelter Bereich). All unsere Erlebnisse, Erfahrungen, Denkprozesse, etc. sind auf der Strecke zwischen diesen Polen anzusiedeln (vgl. Abb. 4, durchgezogene Linien). Sie sind immer Gegebenes und Gemachtes zugleich: Einmal mehr vom einen (z.B. im unmittelbaren emotionalen Erleben), einmal mehr vom anderen (z.B. bei der phantasievollen Ausgestaltung von Tagträumen – vgl. Abb. 4). Unmittelbares Krankheitserlebnis, unmittelbares Leiden sowie das einzelne Krankheitsphänomen sind ganz auf der Seite des Gegebenen einzuordnen. Erst durch das Aufzeichnen und Katalogisieren in vorbestimmten Symptomgruppen (die ihrerseits als Kernstück von Krankheiten aufgefasst werden), vor allem aber durch das Einordnen von leidbringenden Zuständen in vorgeformte Krankheitskategorien wird das vorwiegend Gegebene (Donatum) immer mehr zum überwiegend Gemachten (Faktum).

Abb. 4: Kontinuum zwischen dem rein (nur) Gemachten und dem rein (nur) Gegebenen



Eine in ihrer Hauptausrichtung sich an der Natur der Störungen, also sich an dem uns Gegebenen und nicht so sehr sich an dem von uns Gemachten orientierende, postmoderne Medizin wird sich daher ganz im Sinne Husserl'scher (1993) Überlegungen mit den Einzelphänomenen selbst und nicht so sehr (wie in der modernen Medizin üblich) mit dem von uns Gemachten, mit den von uns künstlich erstellten Krankheitskonstrukten beschäftigen müssen.

3.2 Suchterkrankungen in der Post-Moderne

3.2.1 Was ist Post-Modern(e)

Wie bereits eingangs erwähnt, fällt es nicht leicht die Postmoderne als eigenständige Epoche zu definieren. Das liegt zum einen wie schon angesprochen daran, dass die postmodernen Entwicklungen noch keineswegs abgeschlossen sind. Es ist noch nicht einmal ein Ende des postmodernen Projektes in Sicht; es ist sogar noch weitgehend unklar, wohin uns postmodernes Denken noch führen kann und wird. Zum anderen werden unter dem Begriff Postmoderne höchst unterschiedliche Denkweisen und Forschungsansätze subsumiert, was die definitorische Verunsicherung und Unübersichtlichkeit noch erhöht. Üblicherweise wird die Postmoderne als Reaktion gegen einen naiven Fortschrittsglauben und auf das Ernstnehmen von Objektivität und wissenschaftlichen Wahrheiten bezeichnet, die in einem profunden Misstrauen, in die so genannten großen Erzählungen (Grands Récits, Grandes Narratives) der Menschheit mündet (Blackburn 1996). Sie opponiert dabei gegen einen her-

kömmlichen Realismus sowie jede Form von Fundamentalismus (Audi 2001). Sie wendet sich also gegen jedwede Doktrin, auch gegen die, der zufolge es eine vom menschlichen Denken unabhängige Realität gibt, die aber trotzdem von uns (zumindest bis zu einem gewissen Grad) erkannt werden kann.

„Lässt sich die Moderne durch das Vertrauen auf den stetigen (wirtschaftlichen, technischen, wissenschaftlichen) Fortschritt kennzeichnen, so diskutiert die Postmoderne dessen Grenzen“ (Heckmann/Lotter 2004). Die Postmoderne wird damit zu einer „Art der Kulturkritik“, einer „Kritik am neuzeitlichen, erkenntnistheoretischen Subjekt und an der Logos-Zentriertheit des abendländischen Denkens, wie sie schon bei Nietzsche, Heidegger und im Historismus auftauchte“. (Ulfig 1999). Im Gegensatz zur vom Positivismus geprägten Moderne wird in der Postmoderne die Möglichkeit einer (wissenschaftlichen) Objektivität abgelehnt, dementsprechend kann es auch keine von uns erkennbare letzte, absolute Wahrheit geben. Die heute weite Bereiche unseres psychiatrischen Denkens noch beherrschenden Theorien und Thesen, wie z.B. das Thesensystem der Psychoanalyse oder das alles psychische Leben bzw. Erleben auf Neurotransmitterprobleme reduzierende der Biologischen Psychiatrie, werden nicht mehr als letzte, der Natur abgerungenen Wahrheiten (als die sie heute von einer noch immer weitgehend sich dem Positivismus verpflichtet fühlenden Psychiatrie ausgegeben werden) aufgefasst. Sie erhalten stattdessen den Status einer vorläufigen Interpretation der Natur, einer unser Leben mitgestaltenden Hypothese, einer großen Erzählung der Menschen. Auch das Primat der Eindeutigkeit der Sprache wird verlassen. „Die Bedeutung eines Wortes ist sein Gebrauch in der Sprache“ sagt Wittgenstein (1958), einer der Urväter postmodernen Gedankengutes, und betont damit die prinzipielle Veränderlichkeit der Bedeutungen von Wörtern. Die Sprache und die damit erfolgten Bedeutungsgebungen werden fortan als kontext- und kulturabhängig bewertet, womit eine weitere Bastion des Positivismus in Misskredit gerät.

Aber nicht nur die Sprache, jedwedes Sein ist und bleibt immer kontextabhängig und ist somit auch immer nur in Relation zu anderem Sein zu verstehen. Diese Beziehung zum Anderen ist nicht gewähltes sondern unmittelbar konstitutives Element unseres Daseins. Dabei bleiben wir auch als Beobachter in all unserer Subjektivität immer gestaltender Teil des zu erforschenden Systems. Unserer Subjektivität können wir nicht entfliehen. Sie steht untrennbar in Relation zu einem Anderen. Der Dialog mit dem Anderen, die Ich-Du Beziehung wird als fundamental und als nicht mehr weiter ableitbar gesehen. „Nicht durch ein Verhältnis zu seinem Selbst, sondern nur durch ein Verhältnis zu einem anderen Selbst kann der Mensch selbst werden.“ (Buber 1923/2004). Gleiches im Anderen kann dabei mit Veränderung des Kontextes unterschiedliche Bedeutungen annehmen, Unterschiedliches kann zu Gleichem werden. Wir haben es in der Hand, welche Bedeutung unsere Welt erlangt, wie unsere Welt ge- und beschaffen ist. Nicht die Natur gestaltet unsere Welt; sie schenkt uns nur das uns Gegenüberstehende, aus dem wir als Kosmopoeten dann mit neu erlangter, besser: Neu bewusster Freiheit unsere Welt

schaffen und gestalten können. Jeder Erkenntnisakt wird so auch zum Welterschaffungsakt, jeder Forschungsakt zum Gestaltungsakt. Als Kosmopoeten, sowohl zur Kosmopoiesis (der Welterschaffung) wie auch zur Poesie (dem Poetischen, dem Schönen und Erhabenen) fähig, eröffnet sich uns die Chance zur Neugestaltung einer besser viableren (besser wegbareren) und schöner (er-)lebbarer Welt.

Zusammenfassend kann postmodernes Denken als vorzugsweise von Relativismus, Subjektivismus, Sprachkritik und Konstruktivismus geleitet gesehen werden. Nichts vom Althergebrachten hat mehr Bestand, kein Stein bleibt auf dem anderen. Die klassischen Bezugssysteme, wie eine letzte Wahrheit und Objektivität, haben ausgedient. An Stelle der vermeintlichen Sicherheiten der modernen Welt mit ihren Wissenschaftsdogmen tritt die Unsicherheit eines „Anything goes“ (Mason/Feyerabend 1998), eines primär nihilistisch anmutenden „Nix is' fix“, verbunden mit der Gefahr sich in Sarkasmen und Zynismen zu verlieren. Auf das positivistische Dilemma der Moderne folgt das erkenntnistheoretische Polylemma der Postmoderne: Mehrere unterschiedliche wissenschaftliche Wahrheiten können nebeneinander für ein und dasselbe gleiche Gültigkeit haben. Für manche heißt Postmoderne daher nicht nur jedweden Dogmatismus aufzugeben, sondern sich im Wirrwarr von haltlosen Spekulationen ohne solide Denkbasis zu verlieren, um damit selbst verloren zu gehen.

Diese für viele nahezu unerträglich gewordene Verunsicherung führt manche sogar bis hin in existentielle Angst. Sie werden so zum „Steppenwolf ... das in eine fremde und unverständliche Welt verirrt Tier, das seine Heimat, Luft und Nahrung nicht mehr findet“ (Hesse 1975). Gerade das postmoderne Primat des Vorläufigen und des Unvollendeten verunsichert und bereitet Vielen Angst. Dabei bräuchten wir keine Furcht vor dem Gefangensein im Unvollendeten, im Unvollkommenen haben, wenn wir J. J. Rousseaus Ausruf in seiner *Scène lyrique* „Pygmalion“ folgen: „Ach, die Vollkommenheit macht ihren Makel aus ... Göttliche Galathea! Wärest du weniger vollkommen, so würde dir nichts fehlen ...“ (Rousseau 1883). Nur wenige folgen aber heute diesem Ruf, zu attraktiv ist für viele noch die mittels positivistischer Forschungsprojekte zu erzielende (vermeintliche, vorgetäuschte!) Sicherheit, zu groß vielleicht auch die Angst, sich auf das Unbekannte und Unsichere einzulassen. Eine solche aus postmoderner Verunsicherung entspringende (existentielle) Angst, alle Bezugspunkte und Grundfeste zu verlieren, ist wohl auch einer der Hauptgründe für das Festhalten am positivistischen Gelände, selbst dann noch, wenn man dessen Haltbarkeit längst in Zweifel ziehen muss. Das moderne Projekt ist nämlich – wie von J. Habermas bereits 1981 proklamiert – eigentlich schon tot, trotzdem aber immer noch dominant (Habermas 2002). Viele namhafte Psychiater und Forscher halten immer noch an positivistischen Denkweisen fest bzw. verteidigen sie standhaft, obwohl zumindest seit Nietzsche, spätestens aber seit den philosophischen Untersuchungen Wittgensteins postmodernes Gedankengut und damit auch das Wissen um die Problematik und das Ende positivistischer Maximen der Moderne allgemein zugänglich ist.

Postmodernes Denken muss aber nicht nur Angst und Verunsicherung bedeuten. Ganz im Gegenteil: Die Postmoderne eröffnet uns in der Psychiatrie auch völlig neue (in vielen Bereichen noch weitgehend ungeahnte) Möglichkeiten. Sie bietet uns mit ihrer Entlarvung der herkömmlichen Wissenschaftswahrheiten als große Erzählungen sowie mit dem Postulat des Perspektivismus und der Kontextabhängigkeit jedweden Seins auch die Chance zu einem Paradigmenwechsel in der Suchtdiagnostik und zur Neuorientierung im Umgang mit Suchtkranken. Drei dieser Paradigmenwechsel bzw. Neuorientierungsmöglichkeiten sollen im Folgenden nun noch näher beleuchtet werden: Zum ersten der Wechsel von einer herkömmlichen kategorialen zu einer dimensional diagnostischen, dann der Weg vom Monolog des Experten zum Dialog mit dem suchtkranken Menschen und im Schlussabschnitt dann der Ausblick auf eine postmoderne Medizin, in der nicht mehr nur das Krankheitskonstrukt, sondern wieder der Mensch in seiner Gesamtheit mit all seinen Möglichkeiten und Unmöglichkeiten im Zentrum steht.

3.2.2 Von der klassischen kategorialen zu einer dimensional diagnostischen

Als höchstes Ziel gilt es in der kategorialen Diagnostik, ein bestimmtes Krankheitsbild einer entsprechenden Krankheitskategorie richtig zuzuordnen. Diese Krankheitskategorien dienen wie Schubladen, die mit der dafür geeigneten Symptomkonstellation zu öffnen sind, in der Hoffnung, dass sich dort für diese Krankheit eine spezifische Behandlungsanleitung bzw. Prognosestellung findet; unter dem Motto: Jeder Krankheit seine spezifische Behandlung und Prognose. Die jeweilige Krankheitskategorie ist aber, wie bereits erörtert, nicht eine von der Natur selbst vorgegebene, sondern eine vom Menschen geschaffene. Mit anderen Worten: Wir begegnen in den Krankheitseinheiten nicht der Natur, sondern wieder nur uns selbst. Die heute alles bestimmenden Diagnosesysteme DSM-IV und ICD-10 und damit auch die in ihnen enthaltene Suchtdiagnostik sind in ganz besonderem Maße Instrumente der Selbstbegegnung. Als Ergebnis von Expertenabstimmungen sind sie nicht einmal einer einzelnen Schule zuordenbare, theoriegeleitete Konstrukte zur Erklärung des Natürlichen; sie sind vielmehr vorläufige Endprodukte von psychiatrie-historischen und politischen Prozessen.

In diesem Zusammenhang stellt sich natürlich die Frage: Brauchen wir dann eine kategoriale Suchtdiagnostik wie in den beiden Mega-Klassifikationssystemen zur Verfügung gestellt überhaupt noch? Diese Frage ist mit einem ebenso kompromisslosen wie nachhaltigen Ja zu beantworten. Ein Verzicht auf die Krankheitskategorie „Sucht“ bzw. „Abhängigkeitserkrankung“ in den DSM-IV bzw. ICD-10 würde nämlich die Gefahr eines Rückfalls in die dunklen Anfänge des Umgangs mit Suchtkranken im 19. und beginnenden 20. Jahrhundert bedeuten, also einen Rückfall in Zeiten, wo Sucht nicht als Erkrankung, sondern noch als Delikt gesehen wurde, wo Suchtkranke einfach weggesperrt wurden oder sich moralischen Kuren zur Läuterung ihrer Persönlichkeit unterziehen mussten. Mit dem Bekenntnis zur Notwendigkeit der Kategorie „Sucht- bzw. Abhängigkeitserkrankung“ ist aber keines-

falls die Frage mit Ja beantwortet, ob eine solche kategoriale Suchtdiagnostik auch für einen zielführenden Umgang mit Suchtkranken, eine möglichst sichere Prognoseerstellung und die Bereitstellung und Entwicklung effektiver Behandlungsformen ausreichend ist.

Die Legitimierung jedweder diagnostischen Klassifikation findet sich vorzugsweise in ihrer Wertigkeit als Entscheidungsgrundlage für die Wahl bestimmter Behandlungsformen bzw. als Grundlage für prognostische Aussagen (Musalek 2005). Wie bereits ausgeführt, kann das die herkömmliche kategoriale Suchtdiagnostik nicht leisten. Eine Erweiterung der traditionellen Diagnostik um handlungsrelevanteren Informationen aufzuzeichnen bzw. zu bewerten ist demnach nicht nur eine höchst reizvolle theoretische Aufgabenstellung sondern eine für den klinischen Alltag unabdingbare Notwendigkeit. Bei Durchsicht der Fachliteratur zur Behandlung von Suchtkranken wird deutlich, dass praktisch alle in der Psychiatrie zur Verfügung stehenden Psychopharmaka mit mehr oder weniger großem Erfolg im Rahmen der Suchtbehandlung eingesetzt werden können. Ähnliches gilt sicher auch für die verschiedenen Formen der Psychotherapie, wobei sich hier unser Wissensstand hinsichtlich der Einsatzprädiktoren im Vergleich zur Psychopharmakotherapie noch weitgehend rudimentär ausnimmt. Entgegen der Behauptung von Russel Meares (2004), dass die Vormachtstellung eines positivistisch-behavioristischen Ansatzes bereits in den 70-iger Jahren des vorigen Jahrhunderts als Fehlschlag aufgegeben werden musste, werden in der Suchtbehandlung auch heute noch vor allem verhaltenstherapeutische Maßnahmen als besonders geeignet propagiert. Trotzdem oder gerade deswegen ist hier aber nachdrücklich festzustellen, dass man auch im Suchtbereich nicht in Globalvorurteile verfallen sollte und einzelne Methoden als einzig wirksame ausgeben sollte, sondern es vielmehr darum geht eine differenzierte und differenzierende Diagnostik zu entwickeln, die es dem Therapeuten dann erlaubt, sicherere Entscheidungen hinsichtlich einer effektiven Behandlungsplanung zu treffen. Dafür bietet sich eine so genannte „dimensionale Diagnostik“ an.

Im Gegensatz zur kategorialen Diagnostik geht es in einer dimensional diagnostik, wie sie hier vorgestellt werden soll, nicht mehr um richtige oder falsche Zuordnungen in vorgegebene Krankheitskategorien, sondern um die Erfassung, Beschreibung und Registrierung von Einzelphänomenen und deren Bedeutung(en), die Herkunft, die Plastizität sowie um ihre Auswirkungen. Eine solche dimensionale Diagnostik muss somit phänomen- und pathogenese-orientiert, prozess- und verstehensorientiert sein und eine multidimensionale Betrachtung, also gleichzeitige Erfassung und Bewertung mehrerer Perspektiven, erlauben. Die zentrale Frage ist dabei, welche Bedingungskonstellationen hinter dem Auftreten eines bestimmten Einzelphänomens, z.B. des Kontrollverlustes, des Cravings, der Polarisierung auf das Suchtmittel, etc. stehen.

In den vergangenen Jahrzehnten wurden verschiedene Pathogenesemodelle für psychische Erkrankungen entwickelt. Der klassische positivistisch-mechanistische Ansatz wurde von Emil Kraepelin vertreten als er die

Dementia precox (später von Eugen Bleuler: Schizophrenien bezeichnet – Bleuler 1906) der Fachwelt als neue Krankheitsentität vorstellte. Er ging dabei davon aus, dass eine Krankheit hinsichtlich Symptomatik, Verlauf und Ätiologie eine Einheit bildet (Kraepelin 1909/1927, Berner/Musalek 1989). Auf eine phänomenologische Ebene umgelegt würde das bedeuten: Jedem Phänomen seine bestimmte Ursache. Oder allgemeiner: Jedes Ding, jedes Geschehen spezieller Ausprägung hat eine bestimmte ihr zugeordnete und zuordenbare Ursache.

Schon sehr bald, spätestens aber seit den bahnbrechenden Arbeiten Bonhoeffers zur Noxenunspezifität der psychopathologischen Symptomatik von organischen Psychosen (Bonhöffer 1912, Berner 1982) wurde klar, dass dieses in der Medizin so weit verbreitete einfache mechanistische Krankheitsmodell bei psychischen Erkrankungen nicht durchgehend sinnvoll anwendbar ist. In der Folge wurden weitere, mehr der beobachtbaren Realität entsprechende, multikausale Krankheitsentstehungsmodelle entwickelt, die allesamt im so genannten „bio-psycho-sozialen Ansatz“ ihre Zusammenfassung fanden. Verschiedene Faktoren, in der Regel körperliche, psychische und soziale bewirken zusammen das Auftreten eines Krankheitsphänomens. Damit wurde, wenn auch spät der Forderung Gaupps nach multikausalen Krankheitsmodellen Rechnung getragen, der bereits 1903 ausführte: „Nicht eine Ursache, sondern mehrere schaffen die Geisteskrankheit. Aber wir kennen meist nur eine, niemals alle, und darum wundern sich manche, wenn diese eine bei verschiedenen Wirkungen beteiligt ist und doch ist dies alles eigentlich selbstverständlich; denn es gibt in der ganzen Natur keinen Vorgang, der nur eine Ursache hätte.“ (Gaupp 1903)

Aber auch solch einfache multi-kausale Konzepte mussten modifiziert werden, als immer klarer wurde, dass all diese pathogenetischen Einzelfaktoren weder das gleiche Gewicht aufweisen noch hinsichtlich ihrer Zeitlichkeit (Dauer, Auftreten, Abfolge) vergleichbar sind. Damit war auch der Grundstein für das lange Zeit das pathogenetische Denken prägende „Vulnerabilitätskonzept“ gelegt. Hier wird die Pathogenese nicht mehr als ein Sammeltopf angesehen in den verschiedene Faktoren eingefüllt werden und dessen Überlaufen dann letztendlich zum Hinaustreten von Krankheitszeichen führt, sondern es wird zwischen prädisponierenden und krankheitsauslösenden Faktoren unterschieden. Die erstgenannten formen die spezifische Vulnerabilität für das jeweilige Krankheitsgeschehen, letztere bewirken als unspezifische Belastungsfaktoren eine so weit reichende Verstärkung des schon latent bestehenden Krankheitsgeschehens, dass es dann als psychopathologisches Zustandsbild erlebbar und sichtbar wird.

Auch dieses Modell erklärt jedoch nicht die mannigfachen klinischen Beobachtungen zur Entstehung von Krankheitsepisoden bei chronisch rezidivierenden, psychischen Erkrankungen. Bei manchen Krankheitsphasen sind im Vorfeld massive Auslöser feststellbar, bei anderen findet man trotz intensiver Suche keine wesentlichen pathogenetischen Faktoren. Gerade bei schizophrenen Psychosen aber auch bei Suchterkrankungen geschieht der Rückfall ins Krankheitsgeschehen einmal völlig verständ-

lich und nachvollziehbar aufgrund des Auftretens von gut erkennbaren Belastungsfaktoren. Gar nicht selten entsteht aber das psychopathologische Zustandsbild ohne solch sichtbare auslösende Faktoren quasi aus dem Nichts heraus. Aufgrund ähnlicher Beobachtungen entwickelten Faloon et al. (1984) ein „dynamisches Vulnerabilitätsmodell“ zur Erklärung chronisch rezidivierender Erkrankungen. Dabei wird Vulnerabilität nicht mehr als eine statische Gegebenheit angesehen, die einmal erworben ein Leben lang in gleicher Stärke ihre Wirkung entfaltet (wie z.B., eine genetische Prädisposition), sondern als dynamischer Prozess mit einem hohen Maß an Plastizität.

Die Vulnerabilität für eine bestimmte Erkrankung ist nicht immer gleich hoch. Je nachdem, ob sich ein Mensch in einer chronischen Belastungssituation befindet oder nicht, ist sie einmal hoch bzw. das andere Mal niedrig. Ist sie niedrig braucht es massive akute körperliche, psychische bzw. soziale Faktoren, um das latent vorhandene Krankheitsgeschehen zum Krankheitsrezidiv werden zu lassen. Ist die Vulnerabilität hoch, so genügen ganz banale Faktoren um einen Rückfall auszulösen. Steigt sie soweit an, dass durch sie selbst das Krankheitserscheinungsniveau überschritten wird, tritt das psychopathologische Zustandsbild gleichsam aus dem Nichts heraus in die beobachtbare Welt. Selbst dieses Modell aber, das weit besser als die vorgenannten, die mannigfachen Krankheitsbilder und ihre komplexen Bedingungskonstellationen erklärt, entspricht in einem wesentlichen Bereich immer noch nicht der von uns beobachtbaren Realität.

Bisher wurden Krankheiten nämlich als Dinge angesehen, die aufgrund bestimmter Faktoren einmal in unsere Welt treten und, als solche schon allein deswegen Bestand haben, weil sie einmal entstanden sind, gleichsam wie Häuser, die weiter in der Landschaft stehen, nur weil sie einmal dorthin gebaut wurden. Menschen sind aber keine Dinge, sondern sie sind Geschehen. Sie sind als Prozesse der permanenten Veränderung unterworfen – und dementsprechend sind auch Krankheiten keine Dinge, die nur deshalb weiter bestehen, weil sie einmal entstanden sind. Auch Erkrankungen sind Prozesse, die nicht nur für ihr Entstehen sondern auch für ihren Fortbestand entsprechender pathogenetischer Konstellationen bedürfen. Die bisherige Pathogeneseforschung fokussierte sich im wesentlichen auf prädisponierende und krankheits-triggernde Faktoren; erst in den letzten Jahren begann man sich intensiver mit der Erforschung von krankheitserhaltenden Faktoren zu beschäftigen, das diesbezügliche Wissen ist dementsprechend auch in weiten Bereichen noch rudimentär. Wie in rezenten Forschungsprojekten aufgezeigt werden konnte, sind es neben dem Weiterwirksambleiben von krankheitsauslösenden bzw. -prädisponierenden Faktoren und Folgeerkrankungen bzw. -störungen der Primärerkrankung, vor allem die so genannte „Eigendynamik einer Erkrankung“ und die Bedeutung der Erkrankung, die für den Fortbestand eines Krankheitsgeschehens verantwortlich zeichnen (siehe auch Musalek 2002).

Als Eigendynamik einer Erkrankung bezeichnet man jene ganz typisch für das jeweilige Krankheitsbild seienden, interaktionellen Vorgänge, die aus der Erkrankung selbst

heraus entstehen. So induziert z.B. das misstrauische Verhalten des Wahnkranken eine ablehnende Haltung der ihn umgebenden Menschen, was wiederum paranoid durch den Wahnkranken verarbeitet wird, womit die Wahnsymptomatik erneut verstärkt und prolongiert wird. Auch für Suchtkranke kennen wir eine solche spezifische Eigendynamik der Erkrankung, die ihrerseits die Krankheitssituation verschärft. Für Alkoholranke ist das Alkoholthema permanent präsent. Geht z.B. ein Ehepartner mit seinem angetrauten Alkoholkranken aus, dann wird über das Alkoholtrinken selbst dann gesprochen, wenn er keinen trinkt. Nicht das Essen, das Lokal, die Einrichtung, der Koch etc. sind das Hauptthema, sondern ob der Kranke diesmal etwas trinken wird oder nicht. Im besten Fall wird das Nicht-trinken des Betroffenen damit quittiert, dass man hervorhebt, wie schön der Abend war, weil er nicht getrunken hat. Damit wird das Suchtmittel omnipräsent, was seinerseits Craving bis hin zum Rückfall auslösen kann.

Jede Krankheit tritt aber nicht in ihrer Natur, sondern ganz wesentlich auch in ihrer Bedeutung zutage. Jede Erkrankung ist nicht nur Gegebenheit, sondern auch Erzählung über sie (Musalek 2003). Auch Suchterkrankungen bestehen nicht nur aus ihren Symptomen, sondern ganz wesentlich in ihrer Bedeutung – die im Regelfall eine negative ist. Die Diagnose Sucht ist in hohem Maße stigmatisierend. Sie ist in ihrer Bedeutung in unserer Gesellschaft keineswegs mit anderen schweren körperlichen Erkrankungen, wie z.B. Arteriosklerose, Diabetes mellitus, chronische Polyarthritis vergleichbar; ja nicht einmal mit anderen psychischen Erkrankung, wie z.B. der Depression oder Angststörungen von denen Robert Musil in seinem „Mann ohne Eigenschaften“ schon sagt, dass die von ihnen Betroffenen nicht nur an einer minderwertigen Gesundheit, sondern auch an minderwertigen Krankheit leiden (Musil 1978). Die Minderwertigkeit der Erkrankung wird dann gar nicht so selten dem Suchtkranken zugeordnet: Er leidet somit nicht nur an seiner minderwertigen Erkrankung, sondern vor allem auch an seiner ihm zugesprochenen Minderwertigkeit. Mit andern Worten: Dem Suchtkranken wird mit der Diagnosestellung auch noch das Leiden an einer Krankheit abgesprochen: Er wird zum Charakterschwachen, Haltlosen, Asozialen, im besten Fall zumindest zum Willensschwachen und Unverlässlichen abgewertet.

Diese Pervertierung der Diagnose Suchterkrankung (mit Erstellung der Krankheitszuordnung wird das Vorhandensein von Krankheit negiert) führt gar nicht selten dazu, dass manche unserer Patienten an der Etikettierung „Sucht“ wesentlich mehr leiden als an den damit bezeichneten Störungen selbst. Dieses Leiden kann dann selbst wieder als krankheitserhaltender Faktor wirksam werden. Stigmatisierung führt zur Beeinträchtigung der individuellen Wertigkeit, zur Beeinträchtigung der sozialen Wertigkeit bis hin zur sozialen Desintegration sowie zu mannigfachen Interaktionsproblemen bzw. -störungen. Chronische Selbstwertverletzung, Abwertung, Zurückweisung führt natürlich zur Destabilisierung der Person, womit eine leider ideale Voraussetzung für ein Krankheitsrezidiv und damit für den Krankheitserhalt gegeben ist – die stigmatisierende Bedeutung der Erkrankung wird so zum krankheitserhaltenden Faktor. Die

Bedeutung der Erkrankung scheint dann untrennbar mit der Natur der Störung verbunden.

Eine der Grundfesten positivistischen Denkens ist es, dass das Objekt und das Wort als eine in zwei Teile gebrochene Einheit aufzufassen sind und daher die jeweilige Bedeutung und das dazugehörige Objekt untrennbar zusammengehören (siehe auch Referentieller Ansatz – Rohmann 2001). Seit Wittgenstein wissen wir aber, wie schon erwähnt, dass die Bedeutung eines Wortes sein Gebrauch in der Sprache ist (Wittgenstein 1958), d.h. dass die Bedeutung einer Gegebenheit über die Zeit hinweg Veränderungen unterliegt. Im so genannten hermeneutischen Ansatz der „Bedeutungstheorie“ („Theory of Meaning“) wird dieser propositionelle Ansatz Wittgensteins noch dahingehend erweitert, als darauf verwiesen wird, dass die Bedeutungsgebung nicht einfach durch den Gebrauch des Wortes passiert, sondern dass Bedeutung immer nur in einem historischen und kulturellen Kontext geltend gemacht werden kann. Verändert sich der Kontext, so verändert sich auch die Bedeutung (Rohmann 2001). Wir sind es aber, die den Kontext und damit auch die Bedeutung verändern können; wir sind es daher auch, die für die Bedeutung einer Erkrankung verantwortlich zu machen sind, nicht das Krankheitsgeschehen oder allein der von ihr Betroffene selbst.

Die Bedeutungsübertragung auf den Anderen erfolgt dabei nicht nur durch das Wort sondern ganz wesentlich auch durch nonverbale bzw. paraverbale Kommunikationsmittel (siehe auch Interaktioneller Ansatz in der Bedeutungstheorie – Musalek 2003). Der Ton macht die Musik; die abweisende Geste, der mitleidige Gesichtsausdruck, der abschätzige Blick bereiten ebenso Leiden wie das abwertend gesprochene Wort und tragen so zum Krankheitsfortbestand bei. Auf diese Weise können wir alle zum krankheitserhaltenden Faktor werden – das ist die schlechte Nachricht. Die gute Nachricht: Da wir uns für die Bedeutung der Suchtkrankheit verantwortlich zeichnen, sind es auch wir, die ihre Bedeutung zum Guten wenden könn(t)en, im Kleinen, im Einzelfall, wie im Großen, in unserer Gesellschaft. In jedem Fall betrifft Suchtkrankheit aber nicht nur den Kranken selbst, sondern uns alle.

Die Suchtkrankheit stellt sich somit als ein komplexes Geschehen dar, das durch das Zusammenspiel von verschiedenen von außen und innen wirksamen körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren sowie deren Bedeutung und der Bedeutung der Krankheit selbst bedingt und aufrecht erhalten wird. Die Aufgabe einer umfassenden Diagnostik muss es demnach sein, nicht nur eine globale Zuordnung zu einer vorgeformten Krankheitseinheit zu vollziehen, sondern alle sie ausmachenden Einzelphänomene in ihrer ganzen Plastizität zu erfassen und ihren Bedingungskonstellationen (sowohl den sie prädisponierenden, auslösenden wie auch den sie erhaltenden) nachzugehen, um auf diese Weise sowohl die Natur der Störung erklären wie auch ihre Bedeutung für den Betroffenen verstehen zu können. Mit einer solchen dimensional Diagnostik kann dann auch eine aussichtsreichere diagnostische Grundlage für eine effek-

tive Therapieplanung geschaffen werden als allein mit den herkömmlichen kategorialen Diagnoseansätzen.

3.2.3 Vom Monolog zum Dialog

Das Verstehen der Bedeutungen, die das Kranksein für den Betroffenen hat, ist aber nur in der Begegnung, im Dialog mit dem Anderen erfahrbar. „Wenn wir eines Weges gehen und einem Menschen begegnen, der uns entgegenkam und auch eines Weges ging, kennen wir nur unser Stück, nicht das seine, das seine erleben wir nur in der Begegnung“ (Buber 1923/2004). In einer verstehenden Suchtdiagnostik geht es aber nicht mehr nur um das Sammeln und Katalogisieren von oberflächlichen Erscheinungsformen der Suchtkrankheit, nicht mehr um rücksichtsloses und jedwede Intimität missachtendes Herausbekommen von Daten und Fakten. Es geht vielmehr um ein behutsames Bergen von Leidenszuständen und das Verstehen ihrer Ursprünge; es geht um Lebensinhalte, Ansichten, Wünsche, Phantasien, Lebensperspektiven und -möglichkeiten des Kranken und seiner Angehörigen. Mit anderen Worten: An die Stelle von als Interviews titulierten, seelenlos kalten Verhören sollen verstehende und verständnisvolle Gespräche, echte Dialoge treten. Erst der Dialog ermöglicht ein Verstehen im Jasper'schen Sinne (Jaspers 1913/1973); ohne Dialog kann man Krankheiten im besten Fall nur Beschreiben und Erklären (und selbst das meist nur höchst unvollständig).

Die klassische moderne Psychiatrie ist eine im Wesentlichen monologisierende Psychiatrie. „Die Konstituierung des Wahnsinns als Geisteskrankheit am Ende des 18. Jahrhunderts trifft die Feststellung eines abgebrochenen Dialogs, Die Sprache der Psychiatrie, die ein Monolog der Vernunft über den Wahnsinn ist, hat sich nur auf einem solchen Schweigen errichten können“, beklagt M.Foucault in seiner *Histoire de la folie* (Foucault 1961). Die Konstituierung des psychischen Krankseins in unserer postmodernen Geisteswelt ermöglicht uns die Wiederaufnahme dieses abgebrochenen Dialoges mit dem Anderen und seinen Leiden. (Musalek 2004). Nicht mehr der Monolog des Fachkundigen über den Kranken soll die Arzt-Patienten-Beziehung regieren. Eine postmoderne Psychiatrie kann uns die Möglichkeit durch die Aufnahme eines echten Dialogs zwischen Arzt und Patient das Erfassen des Patienten als gesamten Menschen in all seiner Vielfalt, seinen Möglichkeiten und Unmöglichkeiten, seinen Störungen und Ressourcen, eröffnen. Zentrales Anliegen des medizinischen Handelns ist dann nicht mehr ein superfizielles Registrieren mit anschließendem Versuch eines „Symptom-killing“, eines Zum-Verschwinden-Bringen von Krankheit(-skonstrukten), sondern das gemeinsame Auffinden von neuen Wegen aus dem Leiden heraus hin zur Wiedererlangung eines selbstgewählten, möglichst autonomen und freudvollen Lebens.

In einer postmodern orientierten Suchtklinik stehen also nicht mehr nur die Suchtkrankheit und ihre Folgen im Zentrum des diagnostischen Interesses, sondern ein auf entsprechendem Fachwissen basierender Dialog mit dem suchtkranken Menschen, der ein Erfassen und Verstehen des suchtkranken Menschen in all seinen unterschiedli-

chen Erscheinungsformen, Erlebnisweisen und Handlungsmöglichkeiten ermöglicht. Die Grundlage für einen solchen Dialog ist aber das Aussteigen aus der Welt des „man“ (*man* muss das so verstehen, *man* kann das nicht machen, *man* verhält sich nicht so, *man* sollte die Medikamente auf diese Weise einnehmen, etc.). Das „man“ muss zum *ich*, *du*, zum *wir* werden. Das Man von dem H.G. Gadamer sagt: „Dem ‚Man‘, dem Gerede, der Neugier als Verfallsform der Uneigentlichkeit setzte Heidegger den Begriff der Eigentlichkeit des Daseins entgegen, das sich seiner Endlichkeit bewusst ist und sie entschlossen annimmt.“ ... „... die Wucht, mit der der Aufruf zur eigentlichen Wahl seiner Existenz die Scheinwelten von Bildung und Kultur zertrümmerte, war ein Einbruch in den akademischen Frieden.“ (Gadamer 2003)

Dialog bedeutet die Überwindung des „Man“. Der Dialog bietet uns die Möglichkeit zur „Horizontverschmelzung“ (Gadamer 2003), die immer dann passiert, wenn sich zwei Verstehenssubjekte verständigen, wobei hier „Verstehen“ als entwerfende Selbstausslegung des Daseins aufgefasst wird, das Dasein gewinnt im Verstehen ein Selbst – und damit auch ein Seinsverständnis (Heidegger 1927/1977). Durch den Dialog wird demnach Verstehen und damit auch die Schaffung eines neuen Selbst und Seinsverständnis des Patienten ermöglicht. Mit dem Dialog gelingt es nicht nur das Es und das Man sondern auch das isolierte und isolierende Ich zu überwinden. Das Ich von dem Martin Buber in seinem Hauptwerk „Ich und Du“ (Buber 1923/2004) sagt, dass es eigentlich gar nicht gibt, denn für ihn gibt es „... nur das Ich des Grundwortes Ich-Du und das des Grundwortes Ich-Es“.

Wir leben heute vorzugsweise im Reich des Es, des Ich-Es – denn selbst das Es, wie wir zum Es stehen bedeutet Beziehung; allerdings keinesfalls die, die Buber als Ich-Du-Beziehung benennt. Mit Es ist hier nicht das Freud'sche Es gemeint, sondern die Beschreibung des Etwas, des Gegenstandes, des Uns-gegenüber-Stehenden. Wir können einen Monolog über das Es, das Es führen. Der Mensch, der Patient wird zum Es, zum Etwas, zum Ding, zur mehr oder weniger gut funktionierenden Maschine, zum messbaren Gegenstand, zur in Zahlenwerten ausdrückbaren Teilfunktion. „Wer Du spricht, hat kein Etwas zum Gegenstand Aber er steht in der Beziehung ... Das Grundwort Ich-Du stiftet die Welt der Beziehung ... Beziehung ist Gegenseitigkeit ... (das Grundwort Ich-Du) kann nur mit dem ganzen Wesen gesprochen werden“ (Buber 1923/2004). Dieses In-Beziehung-Treten und In-Beziehung-Stehen geschieht im unmittelbaren Erleben des Anderen. „Der Wesensakt, der hier die Unmittelbarkeit stiftet, wird gewöhnlich gefühlschaft verstanden, und damit verkannt ... Gefühle werden gehabt, die Liebe geschieht. Das ist keine Metapher, sondern die Wirklichkeit: die Liebe haftet dem Ich nicht an, so dass sie das Du nur zum Inhalt, zum Gegenstand hätte; sie ist zwischen Ich und Du. Wer dies nicht weiß, mit dem Wesen nicht weiß, kennt die Liebe nicht, ...“ (Buber 1923/2004).

Spreche ich nur über das Ich-Es ohne das Ich-Du zu erleben und erlebt zu haben, spreche ich letztlich nur wieder über mich selbst, ohne dem Anderen begegnet zu sein. In Abwandlung des Beginns des Johannesevange-

liums schreibt M. Buber: „Im Anfang ist die Beziehung.“ Und er trifft damit auch den Kern der postmodernen Diagnostik. Am Anfang der Diagnostik steht nicht das diagnostische Manual, das standardisierte Interview, die Symptom-Checklist sondern die Beziehung zwischen Patient und Therapeut, zwischen Mensch und Mensch. Der diagnostische Dialog ist ein Wechselspiel der Ich-Du- und der Ich-Es-Beziehung. Nur im Ich-Du kann ich den Menschen mir gegenüber soweit erleben und erfassen, dass ich sinnvoller Weise über das Ich-Es sprechen kann. Die von Therapeutenseite zur Verfügung zu stellenden Grundvoraussetzungen für einen solchen diagnostischen Dialog mit dem Suchtkranken sind ein angstfreies und vertrauensvolles Zugehen auf den Anderen, fachliche und interaktionelle Kompetenz, sowie uneingeschränkte Wertschätzung und menschliche Wärme.

4. Zusammenfassung und Ausblick

Mit einer solchen auf echtem Dialog aufbauenden dimensional Diagnostik rückt auch wieder der Mensch in den Mittelpunkt des diagnostischen (und damit auch therapeutischen) Interesses. Nicht mehr diagnostische Kunstprodukte und deren Zerstörung durch Behandlung stellen das Faszinosum in der postmodernen Diagnostik und Therapie dar. Um wieder zum Menschen zu gelangen, ist es aber nötig, dass wir dem von der modernen Medizin entlebten Patienten (Stanghellini 2004), dem auf ein Diagnosekonstrukt reduzierten Kranken, dem fragmentierten Patienten wieder seinen Leib, seine Leiblichkeit, sein Wesen als Mensch zurückgeben. Es geht also in der postmodernen Suchtdiagnostik darum, den Menschen wieder als Ganzheit zu erfassen und nicht nur als Summe einiger weniger körperlicher Einzelfunktionen. Oder wie es der französische Phänomenologe Maurice Merleau-Ponty (1966) ausdrückte: Es geht heute darum, dass wir uns wieder als Leib-Subjekte denken, als menschliche Wesen, die in all ihrer Leiblichkeit in der Welt sind. Den Menschen als Ganzes, mit all seinen Möglichkeiten und Unmöglichkeiten, seinen kranken und gesunden Anteilen, seinen Lebensvorstellungen und existentiellen Wünschen, seinem Wertesystem, seinem Intellekt, seiner Emotionalität, seinem Wollen, in all seinen Fähigkeiten und Unfähigkeiten zu erfassen, das ist die Hauptaufgabe einer postmodernen dimensional Diagnostik, wie wir sie hier im Anton Proksch Institut umsetzen wollen.

Eine postmoderne Medizin, wie in diesem Beitrag skizziert, steht dann nicht in krassem Gegensatz zur heute so hoch gelobten „evidence-based medicine“, dem medizinischen Flaggship mechanistisch-positivistischer Weltanschauung. Ohne Zweifel brachte die Entwicklung dieser Form der Medizin, die die „eminence-based medicine“, also eine Medizin in der Meinungen und Ansichten von hochgeschätzten Persönlichkeiten oft mehr galten als nachprüfbar Ergebnisse von medizinisch-wissenschaftlichen Kohortenstudien, eine ganze Reihe von Vorteilen. Vor allem dort, wo es sich um die Beurteilung von ganzen Patientenkollektiven handelt, sind die Ergebnisse einer Medizin, die eigentlich besser und richtiger statistical-based Medizin genannt werden sollte, von

unschätzbarem Wert. Der Psychiatrie brachte sie außerdem auch die Anerkennung als naturwissenschaftliche medizinische Disziplin. Mit der Entwicklung der großen kategorialen Diagnosesysteme DSM-III bzw. IV und ICD-9 bzw. 10 erfüllte die Psychiatrie nun auch die Kriterien einer vollwertigen medizinischen Disziplin, „in der man über die Krankheiten, die es zu behandeln gilt, genau Bescheid weiß“.

Es sind mit der „evidence-based medicine“, die man auch „Leitlinienmedizin“ nennen könnte und die wohl den Kulminationspunkt positivistischen Denkens in der modernen Medizin repräsentiert, aber auch eine ganze Reihe von nicht zu vernachlässigenden Nachteilen verbunden, vor allem dann, wenn die Vielfalt medizinischen Wissens und Handelns einzig und allein auf sie reduziert wird. Die unerträgliche Verkürzung und Einengung in die eine moderne, sich ausschließlich auf empirisch-positivistische Maximen berufende Psychiatrie führen muss, wurde bereits lange vor der Hochblüte der „evidence-based medicine“ von Seymour Krim mit dem Ausruf quittiert: „Welch starkes Werkzeug für seine Befreiung schienen dem modernen Menschen einst das Vokabular und die Definitionen der Psychiatrie! Jetzt ist daraus die Schlinge geknüpft, die dem Geist die Gurgel abdrückt.“ (Krim 1959). Rund 40 Jahre später bezeichnete Volker Eckhardt (2001) die Evidence-based Medicine in einem Vortrag dann treffenderweise als „Korsettmedizin“.

In der Tat finden sich eine ganze Reihe von Parallelitäten zwischen dieser Medizinform und einem Korsett. Korsette und auch die „evidence-based medicine“ stützen und unterstützen, sie können das Ausufernde wieder in Form bringen, sie vermitteln ihren Trägern bzw. Protagonisten das Gefühl der Sicherheit – und sie sind dabei in vielen Ausformungen durchaus attraktiv. Gleichzeitig täuschen sie aber auch nicht selten eine Form vor, die im Natürlichen dahinter nicht (mehr) zu finden ist – und beide beengen auf besondere Weise die Vielfalt und Ausdehnung des Natürlichen. Korsette ebenso wie die „evidence-based medicine“ brauchen daher zumindest von Zeit zu Zeit den Vorgang des Öffnens, überhaupt dann, wenn sie zu eng geschnürt sind. Bill Fulford und John Sadler vollzogen eine solche erste Öffnung mit der Entwicklung und Vorstellung einer „values-based medicine“ (Sadler 2005). Damit sollten nicht länger mehr einzig und allein statistisch signifikante Ergebnisse von Kohortenstudien als Wertvolles angesehen werden und als gesichertes Wissen in die täglichen Diagnose- und Behandlungspraxis einfließen, sondern es sollte darüber hinaus unser medizinisches Handeln auch von Werten und Wissen geleitet werden dürfen, die sich einer mathematisch-statistischen Untersuchung entziehen.

Jedoch selbst eine solche „values-based medicine“ greift noch zu kurz. Elfriede Jelinek betont zu Recht in ihrer Klavierspielerin, „dass der Mensch erst dann seinen höchsten Wert erreicht, wenn er die Realität loslässt und sich in das Reich der Sinne begibt“ (Jelinek 1997). Mit anderen, auf die heutige Medizin übertragenen Worten heißt das: Der Patient wird dann erst zum Menschen, wenn er seine die Realität unserer heutigen Medizin ausmachenden (und Sicherheit vortäuschenden) Konstrukte loslässt und wieder zu sich selbst in seiner gan-

zen Leiblichkeit findet. Oder noch anders ausgedrückt: Wir brauchen heute mehr denn je eine Medizin in der der ganze Mensch im Mittelpunkt steht, eine Medizin in der der Mensch wieder das Maß aller Dinge ist, eine „human-based medicine“.

In einer solchen „human-based medicine“ verlieren Krankheitskonstrukte ihr Primat. Stattdessen werden die verschiedenen Facetten, Schichten und Erscheinungsformen des Menschen und ihre Bedingungskonstellationen Hauptziele diagnostischen Vorgehens. Sie sieht den Menschen in all seinen Facetten, ohne ihn zu fragmentieren. Sie betrachtet den Menschen nicht nur hinsichtlich seiner Defizienzen, sondern auch (und sogar vielmehr) in seinen Handlungsmöglichkeiten, in all seinen Stärken, aber auch in all seiner Zerbrechlichkeit. Eine „human-based medicine“, wie hier vorgestellt, zielt nicht darauf ab, die „evidence-based medicine“ abzuschaffend zu ersetzen. Sie sieht sich auch nicht als alternativen, sondern als komplementären Handlungsansatz.

Postmodernen Denkweisen zur Kontextabhängigkeit von Wahrheit folgend ermöglicht sie eine simultane Zusammenschau mehrerer Betrachtungsebenen, ohne dabei eine von vornherein zu bevorzugen bzw. andere ausschließen zu müssen. Pharmakotherapie und Psychotherapie sind hier keine Gegensatzpaare mehr, sondern komplementäre Behandlungsmöglichkeiten. Somatologische und psychologische, individuelle und systemische Einzelanalysen können gleichzeitig in die Gesamtbeurteilung des Betroffenen einfließen, ohne dass sie gegeneinander aufgerechnet werden. Die „evidence-based medicine“ wird damit zu einer von mehreren möglichen Perspektiven in der heutigen Medizin, sie bleibt damit als wesentlicher Ansatz medizinischen Handelns erhalten, ohne dabei aber noch länger die aus ihrer heutigen Vorrangstellung resultierenden Einengungen in Kauf nehmen zu müssen.

In einer „human-based medicine“ ist nicht mehr das Einzelfragment des Menschen, sondern der ganze Mensch das Objekt der Diagnostik. Viktor Frankl gebrauchte in einer seiner Vorlesungen das Bild eines Zylinders, um den Vorteil mehrperspektivischer Wahrnehmung zu verdeutlichen. Betrachtet man einen Zylinder von einer Ebene; dann sieht man ein Rechteck – und es ist richtig (= wahr), was man sieht. Betrachtet man den gleichen Zylinder von einer dazu in 90-gradigem Winkel stehenden Ebene aus, dann sieht man einen Kreis – und es ist richtig (= wahr), was man sieht. Keine der beiden Betrachtungsebenen alleine ermöglicht es uns, den Zylinder als Zylinder zu erkennen. Nur indem man die beiden Betrachtungsebenen miteinander verbindet, gelingt es die Form des Zylinders auszumachen. Ebenso wenig erfahren wir vom Menschen, wenn wir ihn nur aus somatologischer oder nur aus psychologischer Perspektive betrachten. In beiden Fällen werden wir den Menschen uns gegenüber nicht ausmachen können, sondern nur Fragmente registrieren, die noch keinen sinnvollen Rückschluss auf den Menschen als Ganzes erlauben. Schon gar keinen Sinn macht es, wenn wir dann noch einen Wettstreit beginnen, welche der beiden Perspektiven, die somatologische oder die psychologische, die individuelle oder die systemische, nun die bessere, die richtigere, die

„wahrere“ wäre – genauso wenig als es auch keinen Sinn machte, darüber zu streiten, ob derjenige, der einen Kreis sieht mehr oder Richtigeres sieht als derjenige, der das Rechteck sieht.

Der Mensch ist aber natürlich ein noch viel komplexeres, wesentlich vielschichtigeres Objekt als der beispielhafte Zylinder. Dementsprechend genügt es auch nicht, ihn nur von zwei Blickwinkeln zu betrachten. Je mehr Betrachtungsebenen wir in unseren diagnostischen Prozess involvieren, desto größer die Objektivität unserer Diagnostik, desto näher kommen wir dem Zielobjekt unserer dimensional diagnostik, dem uns gegenüber stehenden ganzen Menschen. Eine dimensionale Diagnostik, wie hier vorgestellt, hat daher immer eine multidimensionale zu sein. Unabdingbare Voraussetzung für eine solche dimensionale Suchtdiagnostik ist der Dialog, die Ich-Du-Beziehung. Nur durch das Wechselspiel von Ich-Du und Ich-Es-Beziehung wird es uns möglich all jene Einzelheiten über den uns anvertrauten Patienten in Erfahrung zu bringen, die nötig sind um ressourcen-orientierte Behandlungsstrategien, mit dem letzten Ziel eines selbst gewählten, möglichst autonomen und freudvollen Lebens entwickeln zu können.

Ohne echten Dialog im Buber'schen Sinne bleiben uns die Wünsche, Bedürfnisse, Möglichkeiten, Unmöglichkeiten, Stärken und Zerbrechlichkeiten des Anderen unbekannt – die Folge wäre dann eine unlautere Lebensvorgabe nach Muster des Einen für den Anderen. Eine vertrauensvolle Ich-Du Beziehung, zwischen dem Patienten mit all seinen Erlebniswelten und dem Therapeuten mit all seinem Fachwissen ermöglicht erst die Entwicklung gemeinsamer und gemeinschaftlicher Problemlösungs- und Lebensgestaltungsstrategien und damit eine den Wünschen des Patienten gerecht werdende und das Fachwissen des Behandelnden nützende Behandlungsplanung. Ein solcher echter Dialog zwischen zwei Menschen muss einerseits von uneingeschränkter Wertschätzung, also einer Wertschätzung, die sich nicht nur auf den abstinenter Zustand, sondern auf den ganzen Menschen in all seinen Lebenszuständen bezieht, und andererseits von menschlicher Wärme geprägt sein.

„Kalt sein ohne Seele wird dem modernen Menschen nachgesagt; ‚Kälte ist der Begriff, mit dem die Welt der Moderne charakterisiert wird ... Die Kälte wird bei ihm (Theodor W. Adorno) zum Grundprinzip der bürgerlichen Subjektivität, zur sinnlichen Erfahrung einer Gesellschaft isolierter und einander gleichgültiger Subjekte, die in ihrer Selbsterhaltung ihren einzigen Lebenszweck finden.“, sagt der Lebenskunstexperte Wolfgang Schmid (2005). Diese Kälte, eine Kälte, die gar nicht selten in eine Erstarrung, in ein das Leben nicht mehr in die Hand nehmen, ein sich und das Leben nicht mehr in der Hand haben mündet, müssen viele unsere Patient erleben. Wie die Welt, in der wir leben, beschaffen ist, das liegt vorzugsweise an uns. Wir als Kosmopoeten sind es, die unsere Welt(en) schaffen. Natürlich schaffen wir unsere Welt nicht aus dem Nichts heraus. Martin Heidegger (1927/1977) bezeichnete den Menschen als „geworfenen Entwurf“. Wir alle – und so auch unsere Patienten – sind in eine Welt geworfen, die wir nicht wählen. In dieser Geworfenheit und auch in all unserer Unvollständigkeit

sind wir aber auch zu eigenem Entwurf fähig. Wir können uns unsere Welt entwerfen und sie nach unseren Möglichkeiten und Stärken, begrenzt durch unsere Schwächen und Unmöglichkeiten gestalten. Nicht nur unsere Patienten können sich auf diese Weise mit unserer Hilfe aus einer leidvollen, beengenden, eine neue, eine für sie bessere, lebenswertere, freudvollere entwerfen und umsetzen. Auch wir Suchtexperten können den Schritt aus einer beengenden und einengenden (wenn auch Sicherheiten vermittelnden), modernen Medizin in eine zwar mit einigen Unsicherheiten verbundene, aber hohes Entwicklungspotential bereitstellende postmoderne Medizin wagen, um eine Suchtdiagnostik und Suchtbehandlung umzusetzen, in der der Mensch wieder das Maß aller Dinge ist.

Summary

The main requirement for diagnostics and classification systems is its clinical relevance with respect to treatment and prognosis. Various empirical studies showed that classical categorical classification systems of mental disorders in general and the diagnosis dependence syndrome were of minor value concerning pathogenesis-oriented treatment approaches. A possible alternative to the classical categorical approach may be a dimensional approach. Such diagnostics focus on the constellation of conditions of single psychopathological phenomena and/or symptoms and its meaning for the patient suffering from them. According to the results of recent phenomenological and psychopathological studies the pathogenesis of addiction has to be considered as a multidimensional process in which various mental, physical and social factors and their meanings for the sufferer act as predisposing, triggering, and disorder-prolonging factors. Effective treatment strategies have to be based on an accurate differential diagnosis concerning the complex constellation of conditions underlying and establishing the dynamic process of a disorder and its meaning. In post-modern addiction research no longer the disease constructs but the suffering individual represents the centre of scientific interest. In a human-based medicine the human being with all its deficiencies and resources becomes the most prominent measure of diagnostic and treatment procedures.

Keywords

Diagnostics and treatment of addiction, dependence syndromes, dimensional diagnostics, human-based medicine, theoretical psychopathology, modern and post-modern psychiatry

Literatur

Alexander, F.G., Sheldon, T.S. (1995) The History of Psychiatry. An Evaluation of Psychiatric Thought and

- Practice from Prehistoric Times to the Present. Jason Aronson Inc., London
- Audi, R. (2001) *The Cambridge Dictionary of Philosophy*. Second Edition. Cambridge University Press
- Barthes, R. (1988) *Fragmente einer Sprache der Liebe*. Suhrkamp
- Berner, P. (1982) *Psychiatrische Systematik*. (3. Aufl.). Huber, Bern
- Berner, P., Musalek, M. (1989) Schizophrenie und Wahnkrankheiten. In D. Platt (Hrsg.), *Handbuch der Gerontologie*. Bd 5, Neurologie und Psychiatrie. Gustav Fischer, Stuttgart New York
- Blackburn, S. (1996) *Oxford Dictionary of Philosophy*. Oxford University Press, New York
- Bleuler, E. (1906) Die Prognose der Dementia praecox (Schizophreniegruppe). *Allg. Z. Psychiat.* 65, 436-464
- Bonhoeffer, K. (1912) Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen, Allgemeinerkrankungen und inneren Erkrankungen. In: Aschaffenburg: *Handbuch der Psychiatrie*. Deuticke, Leipzig (aus Berner 1982)
- Braun, E., Radermacher, H. (1978) *Wissenschaftstheoretisches Lexikon*. Styria, Graz
- Buber, M. (1923/2004) *Ich und Du*. 11. Auflage. Lambert Schneider, Reclam, Heidelberg
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (1994) American Psychiatric Association
- Eckhardt, V. (2001) zit. aus einem Artikel in *Medical Tribune* 21, 23. Mai 2001
- Faloon, I.R., Boyd, J.L., McGill C.W. (1984) *Family Care of Schizophrenia*. Guilford Press, New York
- Foucault, M. (1961) *Histoire de la folie*. Librairie Plon, Paris
- Gadamer, H.-G. (2003) Zur Einführung. In: Martin Heidegger. *Der Ursprung des Kunstwerkes*. Reclam
- Gaupp, R. (1903) Über die Grenzen psychiatrischer Erkenntnis. *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*. 26, 1-15
- Habermas, J. (2002) James Lecture of the New York Institute for the Humanities at New York University, March 1981; zit. aus Habermas, J.: *Modernity an incomplete project*. In: H. Foster (ed.) *The Anti-Aesthetic*. Essays on postmodern culture. New Press New York, 2002
- Heckmann, W., Lotter, K. (2004) *Lexikon der Ästhetik*. 2. (aktualisierte und erweiterte) Aufl., C.H.Beck, München
- Heidegger, M. (1927/1977) *Sein und Zeit*. Gesamtausgabe, Bd. II. Frankfurt/Main
- Hesse, H. (1975) *Der Steppenwolf*. Suhrkamp, Frankfurt/Main
- Husserl, E. (1993) *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie*. Allgemeine Einführung in die reine Phänomenologie. Niemeyer, Tübingen
- Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 (1993) Hans Huber, Bern
- Jaspers, K. (1913/1973). *Allgemeine Psychopathologie* (1./9. Aufl.). Springer, Heidelberg
- Jelinek, E. (1997) *Die Klavierspielerin*. Rowohlt
- Kapfhammer, H.P. (2002) *Persönliche Mitteilung*
- Kraepelin, E. (1909/1927) *Psychiatrie*. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 1.-9. Auflage. Bart, Leipzig
- Krafft-Ebing, R.v. (1879) *Lehrbuch der Psychiatrie*. Enke, Stuttgart
- Krim, S. (1959) *The insanity bit*. In: Krim, S. (ed.) *The Beats*. Fawcett, New York
- Mason, R. (1998) P.K.Feyerabend, In: Brown, S. et al. (eds): *One hundred twentieth-century philosophers*. Routledge, London
- Meares, R. (2004) *Towards a psyche for psychiatry*. In: Fulford, B., Sadler, J., Stanghellini, G., Morris, K. (eds.) *Nature and Narrative*. International Perspectives in Philosophy and Psychiatry, Oxford University Press
- Merleau-Ponty, M. (1966) *Phänomenologie der Wahrnehmung*. De Gruyter, Berlin
- Musalek, M., Hobl, B. (2002) *Der Affekt als Bedingung des Wahns*. In: Fuchs, T., Mundt, C. (eds.) *Affekt und affektive Störungen*. Schöningh, Paderborn
- Musalek, M. (2003) *Meaning and causes of delusions*. In: Fulford, B., Sadler, J., Stanghellini, G., Morris, K. (eds.) *Nature and Narrative*. International Perspectives in Philosophy and Psychiatry, Oxford University Press
- Musalek, M. (2004) *Die Diagnose Sucht*. Entwicklung des Suchtbegriffes, Diagnose, Kriterien. In: Brosch, R., Mader, R. (Hrsg.) *Sucht-Problematik und Behandlung in Österreich*. LexisNexis Verlag
- Musalek, M. (2005) *Die unterschiedliche Herkunft von Schizophrenien und ihre philosophischen Grundlagen*. *Fortschritte Neurol. Psychiat.* 73/S1, 16-24
- Musalek, M. (2006) *Die Faszination der Zahl*. In: Halwachs-Baumann, G.: *Labormedizin: Klinik, Praxis, Fallbeispiele*. Springer, Wien, New York
- Musil, R. (1978) *Mann ohne Eigenschaften*. Rowohlt
- Nietzsche, F. (1882/1988) *Die fröhliche Wissenschaft*. In: Colli, G., Montinari, M. (Hrsg.) *Friedrich Nietzsche Sämtliche Werke*. Kritische Studienausgabe. De Gruyter 1988
- Rohmann, Ch. (2001) *The Dictionary of Important Ideas and Thinker* Hutchinson Press, London
- Rousseaus, J.J. (1883) *Pygmalion, Scène lyrique*. Lemonnyer, Paris ; zit.n. Aurnhammer, A., Martin, D. (2003) *Mythos Pygmalion*. Reclam, Leipzig
- Russel, B. (1946/1990) *A History of Western Philosophy*. Unwin, London
- Sadler, J.Z. (2005) *Values and Psychiatric Diagnosis*. Oxford University Press, New York

Schmid, W. (2005) Schönes Leben? Einführung in die Lebenskunst. Suhrkamp

Smith, T. (1993) Making the Modern, Art, and Design in America. University of Chicago Press, Chicago

Stanghellini, G. (2004) Disembodied Spirits and Deanimated Bodies. Oxford University Press, New York

Stekeler-Weithofer, P. (2004) Epoche und Kanon. In: Stekeler-Weithofer, P. (Hrsg.) Geschichte der Philosophie in Text und Darstellung: Gegenwart. Reclam

Szasz, Th. (1978) Recht, Freiheit und Psychiatrie. Europaverlag

Ulfig, A. (1999) Lexikon der philosophischen Begriffe. Fourier, Wiesbaden

Wittgenstein, L. (1958) Philosophical Investigations. Prentice Hall, London

Korrespondenzadresse

Prim. Univ. Prof. Dr. Michael Musalek
Anton Proksch Institut (API)
Mackgasse 7-11
A-1230 Wien
Tel.: +43-1-88010-101
E-Mail: info@api.or.at