

N° 1/2019

Momentum

Das österreichische Journal für positive Suchttherapie
Herausgegeben vom Anton Proksch Institut



Schwerpunktthema Ressourcen

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser!

Um das Leben von chronisch suchtkranken Menschen nachhaltig zu verändern, müssen verschiedenste Faktoren zusammenwirken – Wissen, Zuwendung, der passende Rahmen, um nur einige zu nennen. Und dann braucht es etwas, das auch wir als Expertinnen und Experten nur bedingt steuern können: Es braucht ein Momentum. Diesen Punkt in einer Lebensgeschichte, an dem Veränderung zum Positiven möglich ist.

Als Österreichs größte Einrichtung für Suchtkranke ist es uns in den mehr als sechs Jahrzehnten seit der Gründung gelungen, viele Lebensgeschichten zum Positiven zu verändern. Ein wichtiger Teil der Erfolgsgeschichte des Anton Proksch Instituts ist die kontinuierliche Weiterentwicklung der medizinisch-therapeutisch-psychosozialen Behandlung im stationären und ambulanten Bereich unter Berücksichtigung neuer Suchtformen. Aber auch die Entwicklung neuer Angebote, welche die individuellen Lebenslagen der Betroffenen berücksichtigen, steht im Fokus der täglichen Arbeit.

In den letzten Jahrzehnten fand diese kontinuierliche Weiterentwicklung im so genannten Orpheus-Programm ihren Niederschlag. So wie es in der griechischen Mythologie dem Sänger und Dichter Orpheus gelang, dem Ruf der Sirenen zu widerstehen, soll es auch unseren Patientinnen und Patienten gelingen, für sich selbst ein selbstbestimmtes und damit schöneres Leben zu finden, in dem Suchtmittel (oder ein süchtig machendes Verhalten) ihre Verlockungen verlieren.

Damit sind wir auch schon mittendrin in der Publikation, die Sie erstmals in Händen halten. Wir sind stolz darauf, Ihnen Momentum vorstellen zu können, das Österreichische Journal für positive Suchttherapie. Mit diesem Heft möchten wir Ihnen in Zukunft mehrmals pro Jahr Einblick geben in aktuelle wissenschaftliche Entwicklungen. Wir möchten Menschen zu Wort kommen lassen, die das Thema Sucht aus unterschiedlichsten Perspektiven kennen. Wir betrachten aktuelle theoretische Strömungen in der Therapie und ihre Implementierung in der Praxis. Und im besten Fall schaffen wir damit ein Momentum, einen Aha-Effekt, eine neue Erkenntnis oder einen Denkanstoß für Sie.

Die erste Ausgabe von Momentum erscheint anlässlich des Kongresses des Anton Proksch Instituts Ende Jänner 2019 und ist – wie auch der Kongress – dem Thema Ressourcen gewidmet. Auch in den künftigen Ausgaben des Heftes werden wir uns ganz auf die Aspekte der positiven, humanbasierten Behandlung konzentrieren. Ganz im Sinne unseres Leitbildes, das sich an den individuellen Fähigkeiten und Stärken der Menschen orientiert und ein selbstbestimmtes und freudvolles Leben für alle in den Mittelpunkt rücken soll.

Wir freuen uns, dass Sie unser Journal in Händen halten. Bitte bestellen Sie es, damit Sie es in Zukunft regelmäßig lesen können –

und sagen Sie es gern auch weiter, wenn es Ihnen gefällt. Abo-Bestellungen sind unter abo@api.or.at jederzeit kostenlos möglich.

Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre!

DSA Gabriele Gottwald-Nathaniel, MAS
Geschäftsführerin

Mag. Christian Breituß
Geschäftsführer



4 „Wir leben, weil es so schön ist“

Interview mit
Michael Musalek

10 Ressourcen nutzen, Leben verändern

Ute Andorfer

14 Wie Glücksspiel, Internet oder Kaufen süchtig machen

Roland Mader

18 Der individuelle Weg in ein „gutes Leben“

Oliver Scheibenbogen

„Wir leben, weil es so schön ist“

Ein ausführliches Gespräch an einem strahlenden Wintermorgen im Café Sperl. Michael Musalek, Ärztlicher Leiter des Anton Proksch Instituts, unternimmt eine gedankliche Reise durch die Philosophiegeschichte und gibt Einblicke in ein Konzept, das ihn umtreibt: die positive, ressourcenorientierte Therapie.

INTERVIEW: ANDREA HEIGL

Herr Professor Musalek, das Café Sperl in Wien-Mariahilf ist sozusagen Ihr zweites Wohnzimmer. Wenn Sie sich eine historische Figur aussuchen könnten: Mit wem würden Sie denn hier gern mal eine Melange trinken?
Mit Friedrich Nietzsche. Ganz eindeutig. Nietzsche ist mein großer Denk-Heroe, hat viel in meinem Leben verändert und hat letztlich auch sehr viel zu unserem Therapieprogramm beigetragen. Obwohl er natürlich nichts davon wissen kann (*lacht*).

Was würden Sie ihn denn fragen wollen?
Ich hätte die Frage, wie er das Konzept der „Amor fati“ (*Anm.: Liebe zum Schicksal*) wirklich entwickelt hat. Das ist das Konzept, das wir im Anton Proksch Institut umsetzen. Dabei geht es darum, das Faktische – also das, was wir erleben – als solches zu akzeptieren. Und noch viel mehr: Es lieben zu lernen und das Beste daraus zu machen. Mich würde sehr interessieren, wie Nietzsche dazu gekommen ist. Ich vermute, aus der ganz persönlichen Erfahrung heraus. Nietzsche hatte ja sehr schwere Kopfschmerzen, hat dauernd gelitten und trotzdem ganz lebensbejahend gelebt. Das ist wirklich faszinierend.

Und das würden Sie gerne bei einer Melange besprechen.
Genau. Wir würden aber zwei oder drei brauchen.

In Ihrer Arbeit gibt es die zwei großen wissenschaftlichen Lieben: Philosophie und Psychiatrie. Wie sind diese Disziplinen miteinander verbunden?

Für mich ist Philosophie nichts Abgehobenes, für den Normalverbraucher Unerreichbares, sondern es geht darum zu reflektieren, was wir Tag für Tag machen. Ich sehe mich ja nicht als Philosophen, sondern als jemanden, der gerne hinterfragt, was er tut. Die Philosophen haben zum schönen und zum guten Leben extrem viel beigetragen, von ihnen kann man viel lernen. Für mich ist die Beschäftigung damit eigentlich alternativlos.

Welche Denkerinnen und Denker haben Sie außer Nietzsche noch beeinflusst?

Derzeit beschäftige ich mich sehr mit Martha Nussbaum, einer zeitgenössischen amerikanischen Philosophin, die sich vor allem mit Emotionen auseinandersetzt. Sie sagt völlig zu Recht, dass Emotionen nicht der Gegenpol zu den Kognitionen sind, sondern dass wir Emotionen sehr wohl auch kognitiv reflektieren können. Das ist insofern wichtig, weil die landläufige Meinung immer noch ist, dass Emotionen der tierische Anteil in uns sind, den wir in den Griff kriegen müssen, den wir unterdrücken müssen. Ich denke, wir haben uns viel zu lang nur mit den Kognitionen beschäftigt. Seit der Aufklärung geht es mehr oder weniger die ganze Zeit darum: Wir sind denkende Wesen, deshalb sind wir etwas Besonderes, etwas Besseres. Ich bin hingegen der festen Überzeugung, dass Emotionen die Welt bewegen.

Für viele Ihrer Patientinnen und Patienten ist die Beschäftigung mit Philosophie Neuland. Wie übersetzen Sie die theoretischen Konzepte in die tägliche Arbeit?

Karl Popper hat gesagt, dass jeder Mensch ein Philosoph oder eine Philosophin ist. Und das stimmt. Jeder und jede von uns stellt sich schon als Kind die Frage: Warum bin ich da? Was soll aus mir werden? Wie soll ich mein Leben gestalten? Das sind zutiefst philosophische Fragen. Wir sehen, dass viele Patientinnen und Patienten fasziniert davon sind, über die Welt



nachzudenken. In unseren philosophischen Gruppen werden oft hochkomplexe Fragen beantwortet. Philosophie ist nicht etwas Abgehobenes aus irgendwelchen akademischen Schlössern, sie ist tagtäglich da.

Der diesjährige Kongress des Anton Proksch Instituts widmet sich der ressourcenorientierten Behandlung. Wie sind die Ressourcen in den Mittelpunkt Ihres Arbeitens gerückt?

Ich bin aufgewachsen in einer Medizin, die ganz auf Defekte ausgerichtet ist. Mit der Zeit kommt man ganz unweigerlich drauf, dass der Mensch, der einem in der

„Philosophie ist nicht etwas Abgehobenes aus akademischen Schlössern, sie ist tagtäglich da.“

Therapie gegenübersteht, auch viele gesunde Anteile hat. Alle Menschen bestehen aus Stärken und aus Schwächen. Eine Diagnostik, die den ganzen Menschen umfasst, muss sich daher auch mit diesen Facetten beschäftigen. Das ist das Wesen der humanbasierten Medizin. Gleichzeitig ist unsere Arbeit vom Zeitgeist geprägt. Der amerikanische Psychologe Martin Seligman hat um die Jahrtausendwende das Zeitalter der positiven Psychologie ausgerufen. Sie orientiert sich am gesunden Menschen. Eine Suchterkrankung oder eine Psychose ist ja in der Regel eine chronische Krankheit, sie verschwindet nie ganz, auch wenn sie manchmal keine Symptome mehr zeigt. Der Verlauf hängt wesentlich davon ab, welche Ressourcen die Betroffenen einsetzen können. So beginnt man zu schauen, welche Ressourcen es gibt, welche mehr oder weniger wirksam sind.

Sie sind also der Überzeugung, dass jeder Mensch Ressourcen hat?

Ja. Aber sie sind oft verschüttet. Denken Sie zum Beispiel an interaktionelle Ressourcen: Es gibt Menschen, die wirken auf alle angenehm und sympathisch und können diese Eigenschaft gut für sich nutzen. Aber sie sind sich dieser Ressource vielleicht gar nicht bewusst. Sie existiert ja auch nicht per se, sie muss auf etwas Bestimmtes ausgerichtet sein – zum Beispiel darauf, sich ein besseres Familienleben zu schaffen.

Ihre Arbeit ist, diese Ressourcen zu identifizieren?

Es ist eine ganz wesentliche Funktion des Therapeuten oder der Therapeutin, Ressourcen freizulegen. Zum Beispiel die so genannten estimativen Ressourcen, das, was wir landläufig als Wertschätzung bezeichnen. Wenn wir etwas wertschätzen, dann gibt es uns Kraft und die Möglichkeit, es besser durchzuführen. Besonders deutlich sieht man das dort, wo die Wertschätzung fehlt. Wenn ich meine Beziehung nicht wertschätze, dann werde ich aus ihr nie Kraft schöpfen können. Und die Selbstwertschätzung, sich selbst als wertvoll zu erleben, ist wesentlich. Gerade Suchtpatientinnen und -patienten sehen sich überhaupt nicht als wertvoll. Das ist ein besonderes

Zur Person: Michael Musalek

Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek, Jahrgang 1955, studierte in seiner Heimatstadt Wien Medizin und absolvierte anschließend die Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Neurologie. Er ist seit 2001 im Anton Proksch Institut tätig, seit 2004 als dessen ärztlicher Leiter, und prägte die „Orpheus-Methode“ maßgeblich mit.

Musalek ist zudem als außerordentlicher Universitätsprofessor für Psychiatrie an der Medizinischen Fakultät der Universität

Wien tätig und ist Vorstand des Instituts „Sozialästhetik und psychische Gesundheit“ der Sigmund Freud Universität. Der Schwerpunkt seiner zahllosen Publikationen und Vorträge liegt auf den Themenbereichen Psychopathologie, Ideengeschichte der Medizin und Psychiatrie sowie auf Philosophie und Psychiatrie, insbesondere Ästhetik in der Medizin.

Musalek ist verheiratet und hat zwei erwachsene Kinder.





Michael Musalek beim Gespräch in seinem Wiener Stammcafé, dem „Sperl“. Dort würde er gern mit Friedrich Nietzsche eine Melange trinken. Oder zwei oder drei.



Fotos: Felicitas Matern

Thema unserer Zeit. Es gibt viele Menschen, die sich selbst überschätzen, die haben aber trotzdem keine Wertschätzung sich selbst gegenüber. Die überhöhen sich, aber das ist leer und oberflächlich.

Müssen estimative Ressourcen von innen kommen?

Die Schwierigkeit ist, dass viele Menschen gar nicht für ein Lob offen sind, es ist ihnen eher peinlich. Wenn man es aber schafft, für Lob offen zu sein, dann hat das eine unglaubliche Wirkung. Jeder weiß: Wenn dir ein anderer ehrlich sagt „Das hast du toll gemacht!“, dann geht beim nächsten Mal alles viel leichter. Dann läuft's einfach. Bruno Kreisky hatte schon recht, als er sagte: „Sie glauben gar nicht, wie viel Lob ich ertragen kann.“

Messen wir dem Lob zu wenig Bedeutung bei?

Ganz sicher. Auch ich muss mich immer wieder selbst daran erinnern, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu loben. Selbstwert hängt ja auch mit Optimismus zusammen. Der ist wiederum die Bedingung für die fiktionalen Ressourcen, die Ressourcen des Möglichen. Ein Optimist oder eine Optimistin hält natürlich mehr für möglich als ein Pessimist oder eine Pessimistin. Dabei ist es ja heutzutage fast schon peinlich, optimistisch zu sein. Es gehört zum guten Ton, dass man einen gewissen Kulturpessimismus an den Tag legt.

Oder Optimismus und Naivität werden überhaupt wortident verwendet.

Genau. Und mit naiv meint man eigentlich dumm.

Welche Ressourcen sind darüber hinaus noch wichtig?

Da gibt es die sozialen Ressourcen, den Stand in der Gesellschaft. Dann die spirituellen Ressourcen. Die umschiffen wir in der Therapie gern, weil wir in der Regel zu wenig davon zu verstehen. Aber an etwas zu glauben – ob das nun Gott ist oder die Familie –, das gibt unglaublich viel Kraft. Ganz wichtig ist es auch, etwas zu wünschen und zu wollen. Der Satz „Ich bin wunschlos glücklich“ – der ist furchtbar! Da hört das Leben auf.

Wie wichtig ist die Hoffnung als Ressource?

Wir machen oft den Fehler, dass wir Hoffen und Erwarten fast wortident verwenden. Dabei sind das substantiell unterschiedliche Dinge. Nehmen wir an, Sie spielen Lotto: Sie füllen den Schein aus und erwarten, dass Sie gewinnen. Dann ist Sonntag, Sie warten bei der Ziehung auf den Gewinn – und Sie sagen dann folgerichtig: „Ich habe verloren“, weil Sie den Gewinn erwartet haben. Man kann nur etwas verlieren, das man bereits gehabt hat. Im Falle der Erwartung ist es der fiktive Gewinn. Ganz anders ist es, wenn Sie auf einen Gewinn hoffen, dann können sie nichts verlieren und haben im schlimmsten Fall nicht gewonnen. Verlieren oder Nicht-Gewinnen fühlen sich völlig anders an. Wir Menschen sind per se schlechte Verlierer. Darum sind jene, die immer etwas erwarten, viel schlechter dran. Sie werden ständig im wahrsten Sinn des Wortes ent-täuscht.

Sind wir nicht so gestrickt: Man setzt Schritt A, B, C – und etwas hat gefälligst einzutreten?

Wir sind definitiv eine Erwartungsgesellschaft. Als müsste man sich etwas nur noch „abholen“, weil man es in der Fiktion schon längst hat. Es ist entscheidend, das zu durchschauen, und zwar kognitiv und emotional.

Ihre „Lieblingsressourcen“ sind die ästhetischen Ressourcen ...

Es sind jedenfalls die wirkkräftigsten. Wenn wir etwas Schönes tun, dann gibt uns das Kraft. Wenn ich im Sommer in der südlichen Toskana bin, gehe ich stundenlang durch die Wälder und werde nicht müde. Dann komme ich zurück nach Wien, geh' ins Fitnessstudio, bin zehn Minuten auf dem Stepper und habe überhaupt keine Kraft mehr. Das Gerät ist gegen mich, ich bin gegen mich - alles furchtbar. Da sieht man so deutlich, was das Schöne ausmacht. Es ist wirklich eine Urkraft. Deshalb haben die beiden 2017 erschienenen Bücher von mir auch den Titel „Der Wille zum Schönen“. Ich bin überzeugt, dass wir nicht nur leben, um zu überleben. Wir leben auch nicht nur, um mehr zu werden. Wir leben vor allem, weil es so schön ist.

Fehlt uns für dieses Schöne im Alltag oft der Blick?

Ja, deshalb sprechen wir eben von verschütteten Ressourcen. Gerade beim Alkoholkranken finden wir häufig solch verschüttete Ressourcen. Jedes Suchtmittel, auch Alkohol, wirkt anästhetisch. Alkohol führt schon in mittlerer Menge zu sich genommen dazu, dass man weniger spürt und empfindet - auch sich selbst. Damit werden viele Ressourcen, gerade die im emotionalen Bereich, verschüttet. Den lustigen Säufer oder die lustige Säuferin gibt es nicht, die Lebensgeschichten haben immer eine desaströse Komponente. Den Menschen kommt das Hoffen abhanden, sie haben kein Selbstwertgefühl, sie können sich gar nicht mehr vorstellen, was sie sich wünschen können. Die Ressource des Schönen wirkt nur dann, wenn ich das Schöne auch wirklich spüren kann.

Haben wir diese Fähigkeit, das Schöne wahrzunehmen, verloren?

Ich habe noch keinen Menschen erlebt, der das Schöne nicht möchte. Aber es gibt viele, die glauben, es gibt für sie nichts Schönes mehr. Es ist auch ein mediales

„Ich habe noch keinen Menschen erlebt, der das Schöne nicht möchte.“

Problem: Bad News sind Good News. Es werden nur die Scheußlichkeiten unserer Welt gezeigt, nicht die Schönheiten. Wenn ich sage, dass die Welt schön ist, dann denken viele in einem ersten Schritt: Ist der blöd? Ist das ein naiver Gutmensch? Oder überhaupt ein Dummerl? Wenn man dann aber konkret einzelne schöne Dinge erwähnt, dann sagen die meisten: Ja, das ist eigentlich wahr. Aber da schaue ich nie hin.



Spaß, Freude, Genuss - für Michael Musalek sind das die Steigerungsstufen des schönen Lebens.

Wie arbeiten Sie an dieser Wahrnehmung?

Es braucht Aufmerksamkeit, um die sinnliche Wahrnehmung zu kultivieren. Wir haben zum Beispiel zwei Laufgruppen: Eine läuft von A nach B, möglichst rasch. Und dann gibt es eine Orpheus-Laufgruppe, die hat die Aufgabe, sich selbst in der Bewegung, in der Natur zu erleben. Die einen bewegen sich wie die „Dampfwalzen“, die anderen sind wie „Vogel“, sie haben eine Leichtigkeit, die man schon von weitem sieht. Jede und jeder kann das selbst versuchen.

Hat der Genuss etwas mit Schönheit zu tun? Und wie verhält er sich zur Sucht?

Wir sprechen von verschiedenen Stadien des Schönheitserlebens. Die niederste Stufe ist das bloße Schönheitserlebensurteil, also einfach zu sagen: Das ist schön, ich erlebe das als angenehm. Dann gibt es die nächste Stufe, das ist die Freude. Erich Fromm hat zu Recht zwischen Spaß und Freude unterschieden. Es ist schwer geworden, über Freude zu sprechen, weil wir in einer Spaßgesellschaft leben und uns die Freude weitgehend abhandengekommen ist.

Wie würden Sie Spaß und Freude differenzieren?

Spaß ist ein Gipfelerlebnis, das heißt, man hat einen raschen Anstieg, man erreicht einen Peak, und dann folgt die post-koitale Tristesse. Jedes Suchtmittel verursacht einen Kick, und je höher und rascher der erreicht ist, desto höher ist das Suchtpotenzial. Dann ist der Peak vorbei, und weil man in die post-koitale



Tristesse schlittert, muss man schauen, möglichst rasch wieder den Peak zu erreichen. Die Freude hingegen ist charakterisiert durch einen langsamen Anstieg zu einem Plateau, auf dem man dann lange Zeit verharren kann. Das ist erstens viel wertvoller, und man hat keine Suchtentwicklung. Fromm vergleicht den Unterschied zwischen Spaß und Freude mit dem Unterschied zwischen lieblosem Sex und sexuell erfüllter Liebe.

Und die höchste Form der Freude ist der Genuss?

Genuss ist etwas Hochkomplexes. Er beginnt mit der Öffnung dem Schönen gegenüber, dazu braucht es Achtsamkeit. Dann muss man zulassen, die Kontrolle zu verlieren. Es gibt kein Genießen im kontrollierten Zustand, das ist nicht möglich. Aber Kontrollverlust macht vielen Menschen extrem Angst. Denken Sie nur an das Wort Hingabe, da läuft es vielen schon kalt über den Rücken. Bedingung für den Genuss ist der „kontrollierte Kontrollverlust“, also ein Kontrollverlust in gesicherter Umgebung. Und jetzt kommt das Wesentlichste und Schwierigste: Man muss sich beschenken lassen können. Mit anderen Worten: Man muss viel dazu tun, um zu genießen, aber der Genuss-Akt selbst passiert einfach. Wenn man erlernt hat zu genießen, dann kann man alles genießen. Jeden einzelnen Moment. Und das kostet oft auch nichts. Da kann es reichen, auf einem Bankerl zu sitzen und jemandem die Hand zu halten. Man ist dann völlig offen für das Schöne, die Welt rundherum existiert nicht, und man wird von diesem Moment beschenkt – einfach himmlisch: Hiersein ist herrlich! ■

Woraus wir Kraft schöpfen: Zwölf (plus eine) Ressourcen

1. Kognitive Ressourcen

Intelligenzleistungen, Wissensstand, analytisches, logisches und assoziatives Denken, Orientierungsfähigkeit, Merkfähigkeit und Gedächtnisleistungen, Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeitsfunktionen, auch Achtsamkeit

2. Emotionale Ressourcen

Fühlen, Spüren, Emotionen, affektive Reagibilität, emotionale Agilität und Stabilität, „emotionale Intelligenz“, Vitalität, Lebenskraft

3. Körperliche Ressourcen

Größe, Kraft, Beweglichkeit, Bewegungskoordination, Fitness, Schnelligkeit, Ausdauer, Belastbarkeit

4. Interaktionelle Ressourcen

Verbale und paraverbale Kommunikation, Empathie, Resonanz, „Gruppentauglichkeit“

5. Soziale Ressourcen

Soziale Stellung, Netzwerke, soziale Sicherheit, „Gesellschaft“/„Sozialstaat“

6. Possessionale Ressourcen

Einkommen, Besitzung, Vermögen, Bargeld, Schmuck, Versicherungen

7. Spirituelle Ressourcen

Religion, Spiritualität, Glaube

8. Fiktionale (optative) Ressourcen

Das (prinzipiell bzw. konkret) Mögliche, Vorstellungen, Utopien, Fantasien, Träume

9. Expektative (kupidale) Ressourcen

Erwarten, Begehren, Hoffen, Wünschen

10. Volitionale Ressourcen

Wille, Wollen, Vorsatz, Motivation

11. Estimative Ressourcen

Wertschätzung, Hochachtung, Anerkennung, Selbstvertrauen, Selbstliebe

12. Ästhetische Ressourcen

Das (apollinisch bzw. dionysisch) Schöne, Attraktivität, Faszination, Begeisterung, Spaß und Freude, Liebe, Genussfähigkeit, „ästhetische Existenz“; der Wille zum Schönen als Naturkraft und kulturelles Geschehen, Kosmopoesie

Zusätzlich: Rekreative Ressourcen

Ressourcen der Ruhe, der Erholung, des Pausierens und Müßiggangs, der Rückgewinnung verbrauchter Kräfte und Wiederherstellung von Leistungs- und Genussfähigkeit.

Diese Ressourcen nehmen insofern eine Sonderstellung ein, als sie für sich selbst allein nicht wirksam sind, sondern ihre Wirkungen und gesundheitsförderlichen Effekte erst dann in vollem Ausmaß entwickeln, wenn sie im Wechselspiel mit Erschöpfung bzw. Nutzung anderer Ressourcen stehen. Wenn es nichts gibt, wovon man sich erholen kann, können Ruhe und Müßiggang in Stillstand, Trägheit und Langeweile umschlagen, die ihrerseits wieder zu Entkräftung führen. Auf diese Weise können Ressourcen der Ruhe und der „Erholung“ zu „Anti-Ressourcen“ werden – im Gegensatz zu den Hauptressourcen, die immer mehr oder weniger wirksame Kraftquellen sind.

Ressourcen nutzen, Leben verändern

Die Aktivierung von Ressourcen ist von zentraler Bedeutung in der Psychotherapie. Wenn Patienten und Patientinnen den Mut dazu finden, neue Ideen für ihr Leben zu entwickeln, ist nachhaltige Veränderung möglich.

UTE ANDORFER



**MAG. DR. UTE
ANDORFER**

studierte Psychologie an der Universität Wien und an der Humanwissenschaftlichen Universität Liechtenstein. Sie ist Klinische und Gesundheitspsychologin sowie Verhaltenstherapeutin. Seit 2000 ist sie am Anton Proksch Institut tätig und betreut dort u.a. die Schwerpunkte Psychotraumatologie und Gender und Diversity. Neben anderen Engagements ist sie u.a. Vorstandsmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Arbeitsqualität und Burnout (Burn Aut).

Über eine Psychotherapie nachzudenken oder sich tatsächlich in psychotherapeutische Behandlung zu begeben: Das sind in unserem Kulturkreis nach wie vor zwei völlig unterschiedliche Dinge. Ersteres geschieht wahrscheinlich öfter, wenn Menschen unter problematischen „Rahmenbedingungen“ ihres Lebens leiden, keine Lösungsmöglichkeiten sehen und schleichend seelisch oder vielleicht auch körperlich krank werden. Zweiteres – also eine Psychotherapie zu beginnen – ist immer noch nicht so selbstverständlich, wie mit körperlichen Problemen zum Arzt zu gehen. Psychotherapie ist für manche Menschen nach wie vor etwas, wofür man sich schämt, weil andere einen als schwach abstempeln könnten, als nicht dazu fähig, selbst mit sich und seinem Leben klarzukommen.

Ich gehe davon aus, dass Menschen, die sich letztlich für eine Psychotherapie entscheiden, schon länger unter etwas leiden, was so für sie nicht mehr zu ertragen ist – seien es nun unterschiedliche Lebensprobleme oder tatsächlich krankheitswertige Störungen, etwa Depressionen oder Angststörungen. Der Mensch an sich hält lange Zeit ein gewisses Maß an Leid aus, aber irgendwann geht es dann einfach nicht mehr. Wahrscheinlich haben manche Betroffene lange versucht, selbst an ihren Problemen „herumzudoktern“, vielleicht auch die eine oder andere Form der vermeintlichen Selbstmedikation ausprobiert, also Alkohol oder andere kompensatorische Verhaltensweisen eingesetzt, um sich Linderung zu verschaffen. Das Scheitern im Rahmen dieser „Selbstheilungsversuche“ macht vielleicht den Schritt in eine Psychotherapie erst möglich.

Das „Rocking-Chair“-Phänomen

Als Psychotherapeutin treffe ich zu Beginn einer Therapie oft auf Menschen, die erschöpft sind aufgrund der Lebensbedingungen, die sie in eine psychotherapeuti-

sche Behandlung gebracht haben. Gleichzeitig sind sie aber erleichtert, endlich bei jemandem angekommen zu sein, der ihnen nicht nur empathisch und wertschätzend zuhört, sondern sich auch tatsächlich für ihr Leid interessiert. Und oft glauben diese Hilfesuchenden zu Beginn auch, dass, wenn sie nur lange und ausführlich genug über ihre problematischen Lebensbedingungen sprechen, sie dadurch allein schon Linderung erfahren könnten. Im Sinne von „geteiltes Leid ist halbes Leid“ trifft dies zu Beginn zwar zu, aber es ist nicht einmal die halbe Miete auf dem Weg zur gelungenen Therapie.

Je schwerer das Leiden, desto weniger hilft es dem Patienten oder der Patientin, dass da ein freundlicher Therapeut oder eine freundliche Therapeutin sitzt, der/die ihm aufmerksam zuhört. Das tröstet vielleicht, reicht aber nicht. Zwar ist dieser Effekt in Psychotherapien sehr stark, es wurde aber lange Zeit unterschätzt, dass es ein Placeboeffekt ist. Dieser sehr wirkmächtige Effekt entbindet den Psychotherapeuten oder die -therapeutin nicht davon, zusätzlich evidenzbasierte, störungsspezifische Methoden anzuwenden.

Kein Millimeter Fortschritt

Sich ständig mit Dingen zu beschäftigen, die sich nicht ändern lassen und die sich auch in absehbarer Zeit nicht ändern werden, sich andauernd Sorgen zu machen über zukünftige Ereignisse, das gibt dem Menschen zwar eine Beschäftigung, aber es bringt ihn zumeist nicht weiter. Das ist so ähnlich wie das Schaukeln mit einem Schaukelstuhl: Man ist zwar beschäftigt, kommt aber keinen Millimeter voran. Und wie aus der Stressverarbeitungs-forschung hinlänglich bekannt, ist die gedankliche Weiterbeschäftigung, das Grübeln über die immer selben Probleme, keine gute Strategie im Abbau von Stress, ganz im Gegenteil: Sie hält das emotionale Gestresstsein nur noch mehr aufrecht.



Wer im sprichwörtlichen Schaukelstuhl sitzt, wiegt sich zwar in seinen Problemen – kommt dabei aber nicht voran.

Was macht nun aber tatsächlich Psychotherapie zu einer erfolgreichen Therapie? Nach Klaus Grawe, dem bereits verstorbenen deutschen Psychotherapeuten und Hochschullehrer mit dem Tätigkeitsschwerpunkt „Therapieforschung“, lassen sich folgende grundlegende Wirkfaktoren von Psychotherapie nachweisen:

1. *Therapeutische Beziehung*: Die Qualität der Beziehung zwischen dem Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin und dem Patienten oder der Patientin trägt signifikant zu einem besseren (oder auch schlechteren) Therapieergebnis bei.

Durch Vertrauen entsteht die Hoffnung auf Veränderung.

2. *Ressourcenaktivierung*: Die Eigenarten, die der Patient oder die Patientin in die Therapie mitbringt, werden als positive Ressource für das therapeutische Vorgehen genutzt. Das betrifft vorhandene motivationale Bereitschaften, Fähigkeiten und Interessen.

3. *Problemaktualisierung*: Die Probleme, die in der Therapie verändert werden sollen, werden unmittelbar erfahrbar. Das kann zum Beispiel dadurch geschehen, dass Therapeut oder Therapeutin und Patient oder Patientin reale Situationen aufsuchen, in denen die Probleme auftreten, oder dass sie durch intensives Erzählen, Imaginationsübungen oder Rollenspiele die Probleme erlebnismäßig aktualisieren.

4. *Motivationale Klärung*: Die Therapie fördert mit geeigneten Maßnahmen, dass der Patient oder die Patientin ein klareres Bewusstsein über die Ursprünge, Hintergründe und aufrechterhaltenden Faktoren seines problematischen Erlebens und Verhaltens gewinnt.

5. *Problembewältigung*: Die Behandlung unterstützt den Patienten oder die Patientin mit bewährten problemspezifischen Maßnahmen darin, positive Bewältigungserfahrungen im Umgang mit seinen/ihren Problemen zu machen.

Plausibel und hinlänglich bekannt ist, dass es einen Therapeuten oder eine Therapeutin braucht, dem der Patient oder die Patientin vertrauen kann. So wird das Sprechen über schambesetzte Inhalte möglich, gleichzeitig entsteht Hoffnung auf Veränderung und der Glaube an die eigene Selbstwirksamkeitserwartung beim Meistern zukünftiger Herausforderungen.

Als zweiten Faktor listet Grawe jedoch gleich die Ressourcenaktivierung. Ohne eine intensive Erforschung und Stabilisierung bestehender Ressourcen oder auch das Entwickeln ganz neuer Ressourcen macht es keinen Sinn, sich auf den Weg in die Problemaktualisierung, die motivationale Klärung und die Problembewältigung zu machen.

Ressourcen bewusst machen

Viele Menschen haben die Angewohnheit, besonders gut über das Sprechen zu können, was ihnen im Leben Probleme bereitet, worunter sie leiden. Viel schwerer fällt es ihnen, von all dem Schönen, das es in ihrem Leben auch gibt, zu erzählen. Menschen, die sich für eine Psychotherapie entscheiden, sind sich ihrer Ressourcen gar nicht mehr bewusst. Eine Psychotherapie wirkt vor allem dann, wenn es gelingt, diese wieder zu aktivieren.

Eine Psychotherapie beforscht die personellen Ressourcen des Patienten oder der Patientin, sie interessiert sich für individuelle Fähigkeiten und Kompetenzen, günstige Lebenseinstellungen, emotionale Kompetenzen und natürlich Persönlichkeitseigenschaften wie Zuversicht, emotionale Ausgeglichenheit, Humor, Optimismus, Selbstwertschätzung, aktive Auseinandersetzung

Ressourcenorientierte Psychotherapie

Psychotherapie bezeichnet allgemein die „gezielte professionelle Behandlung psychischer Störungen oder psychisch bedingter körperlicher Störungen mit psychologischen Mitteln“. Die dabei angewandten Verfahren, Methoden und Konzepte sind durch verschiedene Psychotherapieschulen geprägt.

Nach einer bis heute oft zitierten methodenübergreifenden Definition von Hans Strotzka ist Psychotherapie „ein bewusster und geplanter interaktionaler Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient/Patientin, Therapeut/Therapeutin und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunika-

tion) meist verbal, aber auch a verbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens. In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Bindung notwendig.“

Ressourcen in der Psychotherapie sind innere Potentiale

eines Menschen und betreffen zum Beispiel Fähigkeiten, Fertigkeiten, Kenntnisse, Geschicke, Erfahrungen, Talente, Neigungen und Stärken, die oftmals gar nicht bewusst sind. Eine weitere Ressource ist Sinnerfüllung sowie Sinnfindung nach Sinnverlust. Innerhalb einer Psychotherapie können Ressourcen als Kraftquellen genutzt werden. Von Klaus Grawe wird die Arbeit mit Ressourcen als zentraler Wirkfaktor nachgewiesen.

mit Anforderungen und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen. Zudem ist es innerhalb des therapeutischen Prozesses wichtig herauszufinden, inwiefern ein Mensch sozial-interaktionelle Kompetenzen nutzen kann.

Natürlich geht es auch um zwischenmenschliche Ressourcen, etwa um die soziale Einbindung eines Menschen und wie er auf Zuwendung, Anerkennung und Wertschätzung zurückgreifen kann. Das Bewusstmachen oder auch das Schaffen sozialer Unterstützung in Familie, Partnerschaft, Freundschaften und anderen Beziehungen ist ein ganz wesentlicher Teil der therapeutischen Auseinandersetzung.

Das Hilfreiche verstärken und implementieren

Bei der therapeutischen Ressourcenaktivierung geht es immer darum, all das Hilfreiche zu beforschen, zu verstärken oder auch neu zu erschaffen und zu implementieren, das der Mensch produktiv zu nutzen vermag.

Ressourcen werden nicht durchgängig von jedem Menschen und in jeder Situation oder Lebensphase als solche aufgefasst. Dies variiert je nach dem Kontext, in dem ein Mensch sich befindet: nach Alter, Geschlecht, Entwicklungsstadium, Stimmungslage oder Wertesystem. Zudem ist die Ressourcenwahrnehmung abhängig von den anstehenden Anforderungen, von den aktuellen oder langfristigen Zielsetzungen eines Menschen und vom Verständnis der individuellen Lebenssituation. Die Dienlichkeit von Ressourcen entsteht erst, wenn sie von der Person oder von relevanten Bezugspersonen für die angestrebten Ziele bzw. die Problemlösung als sinnvoll, brauchbar und nützlich bewertet werden und sie zudem auch in das emotional-kognitive Bewertungssystem der Person passen. Oft gilt es in der Psychotherapie, ruhende, nicht-genutzte, potenzielle Ressourcen zu aktiven Ressourcen zu machen, zur Zielerreichung in einem bestimmten Kontext als brauchbar erkennbar zu machen, damit sie entsprechend eingesetzt werden können.

Wenn also ein Patient vor mir sitzt, stelle ich mir immer wieder Fragen wie: Kann er ausdrücken, was er braucht? Oder auch: Weiß mein Patient vielleicht noch nicht einmal, was er braucht? Ist er einsam? Möchte er dies ändern? Und wenn ja, welche Gedanken helfen ihm dabei? Auf welche Erfahrungen, die er bisher gemacht hat, kann er zurückgreifen? Und wer könnte ihm dabei vielleicht noch hilfreich sein?

Man kann lernen, andere um Hilfe zu bitten. Man kann lernen, Worte zu finden, um seine Bedürfnisse zu artikulieren. Ein Schlüssel zum Erfolg ist schließlich, dass der Patient oder die Patientin seine/ihre Erwartungen an die Zukunft ändert und auch zuversichtlich wird, statt davon auszugehen, dass ihn sein altes Leben sowieso wieder einholen wird.

Ganz wesentlich ist es im Rahmen einer gelungenen Therapie, dass der Patient oder die Patientin – aufbauend und mithilfe seiner/ihrer Ressourcen – Entscheidungen trifft, Chancen wahrnimmt und Veränderungen umsetzt. Dazu kann aber hin und wieder auch gehören, dass er oder sie falsche oder zumindest noch nicht ganz richtige Entscheidungen trifft oder auch Fehler macht. Um ein gelungenes Leben führen zu können, braucht

der Patient oder die Patientin auch die Begleitung beim Fehlermachen. Es gilt dabei zu lernen, hin und wieder die Angst abzulegen, falsch zu liegen oder eben auch wirklich Fehler zu machen. Denn das heißt nichts anderes, als dass wir leben und Dinge ausprobieren, dass Leben also stattfindet und wir am Tun sind und nicht warten, bis sich vielleicht hoffentlich irgendetwas eines Tages verändern wird. Wenn Patienten und Patientinnen einmal lernen, ihr Gefühlsleben zu regulieren, erwerben sie damit eine Fähigkeit, die ihnen später in allen Lebenslagen nützlich sein kann.

Jeder und jede von uns hat die Wahl: Wir können unglücklich sein und unglücklich bleiben oder uns aber motivieren und nach anderen Möglichkeiten suchen. Das mag für den Therapeuten oder die Therapeutin klar sein, nicht aber für Patienten oder Patientinnen, die oft in der eigenen Lebenssituation „betriebsblind“ sind.

Der Therapeut/die Therapeutin als Ressource

Der Therapeut oder die Therapeutin ist immer auch Modell. Ich erlebe es als entlastend für meine Patienten und Patientinnen, wenn ihnen bewusst wird, dass sie mit einer schwierigen Lebenssituation nicht alleine sind. Denn es hat doch jeder und jede von uns seine/ihre Ängste oder auch Verluste, mit denen es im Leben klarzukommen gilt.

Und: Wir haben auch alle unsere „real wants“, all das, was wir wirklich haben wollen, was wir lieben, was wir wirklich erreichen wollen im Leben! In zielorientierten Dialogen gilt es gemeinsam mit dem Patienten oder der Patientin herauszufinden, wohin die Reise wirklich gehen soll, wofür es sich auch anzustrengen lohnt.

Es ist oft erstaunlich, auf welche Herausforderungen der Mensch sich einlassen kann und welche Herausforderungen er auch meistert. Aber neben dem Vertrauen in sich selbst braucht er dazu auch jemanden, der an ihn glaubt, der ihn zum Ausprobieren begeistert und ermutigt, denn nichts kann Erfahrung ersetzen. In einer Psychotherapie geht es immer wieder darum, tapfer zu sein und Risiken einzugehen, aber mit Mut beginnen oft die schönsten Geschichten.

Gelingt eine Therapie, gehen Symptome zurück und die Patienten und Patientinnen können wieder für sich sorgen und ihr Leben gestalten, so wie sie es möchten. Oft zeigen sich positive Begleiteffekte, etwa dass Beziehungen besser werden, Patienten und Patientinnen insgesamt selbstfürsorglicher mit sich umgehen können oder auch entscheidungsfreudiger im Sinne von Veränderung werden. Im Rahmen ressourcenorientierter Psychotherapie geht es also nicht nur um das Verschwinden von Symptomen, die das Leben einschränken, sondern vielmehr um das Entwickeln von Ideen und Visionen, die es von Seiten der Patienten und Patientinnen in die Tat umzusetzen gilt, um diese auch wirklich zu erleben. Ganz nach dem Motto: Die Steigerung von Leben ist Erleben! ■

LITERATUR ZUM THEMA:

Klaus Grawe: Neuropsychotherapie. Hogrefe, Göttingen 2004.

Klaus Grawe: Empirisch validierte Wirkfaktoren statt Therapiemethoden. In: Report Psychologie. 7/8 2005. S. 311.

Hans Strotzka: Psychotherapie und soziale Sicherheit. Verlag Hans Huber, Bern 1969, zit. nach Hans-Ulrich Wittchen, Jürgen Hoyer: Klinische Psychologie & Psychotherapie. Springer 2011.

WEITERFÜHRENDE LITERATUR:

Ann Elisabeth Auhagen (Hrsg.): Positive Psychologie. Anleitung zum „besseren“

Wie Glücksspiel, Internet oder Kaufen süchtig machen

Stoffungebundene Süchte werden immer häufiger. Abstinenz ist dabei meistens keine Lösung – die Herausforderung in der Therapie ist es also, den Betroffenen einen sinnvollen Umgang mit ihrem Suchtmedium zu ermöglichen.

ROLAND MADER



PRIM. DR. ROLAND

MADER studierte Medizin an der Universität Wien und ist Facharzt für Psychiatrie und Neurologie bzw. für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin. Seit 1991 ist er am Anton Proksch Institut tätig, zusätzlich absolvierte er seine Ausbildung in unterschiedlichen Kliniken in Wien und Graz. Mader ist Koordinator des Schwerpunktbereiches Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit am Anton Proksch Institut und seit 2011 Primarius der Abteilung III.

Bei stoffungebundenen Suchtformen handelt es sich um Abhängigkeiten von besonderen Verhaltensweisen wie z.B. intensives Kaufen, Spielen oder im Internet surfen, wobei die typischen suchtspezifischen Kriterien erfüllt sein müssen, nämlich Toleranzentwicklung, Kontrollverlust, Verschlechterung des psychophysischen Zustandes bei Verzicht (Entzugssymptomatik) und in weiterer Folge das Zentrieren des Lebens auf die jeweilige Verhaltensweise. Substanzabhängige Suchtformen wurden im ICD 10, dem Klassifikationssystem der Krankheiten der WHO, dem Bereich der Impulskontrollstörungen diagnostisch zugeordnet. Diese Einordnung ist allerdings aus klinischer Sicht keineswegs ausreichend, da es sich in der Regel bei

pathologischem Spielen, Kaufen oder pathologischem Internetsurfen nicht um einfache Impulskontrollstörungen handelt, sondern um komplexe Abhängigkeitsstörungen, sodass die Berücksichtigung suchtspezifischer Kriterien notwendig ist. Der DSM-5 (Diagnostischer und statistischer Leitfadens psychischer Störungen) wurde dem insofern bereits gerecht, als hier zumindest die Glücksspielsucht und ein Teilbereich der Internetsucht, nämlich „Online-Gaming“, den Suchterkrankungen zugeordnet werden.

Da potenziell zu Sucht führende Angebote dramatisch zunehmen, erleben wir auch eine deutliche Zunahme von Patientinnen und Patienten mit stoffungebundenen Abhängigkeiten.

Glücksspielsucht: Das vermeintlich schnelle Geld

Eine 2011 in Österreich durchgeführte Befragung ergab bei 0,4 Prozent der erwachsenen Bevölkerung ein problematisches Glücksspielverhalten, d.h. sie spielen regelmäßig, verspielen auch wiederholt größere Summen, können aber das Ausmaß ihres Spielens, zumindest meistens, kontrollieren. Weitere 0,7 Prozent waren

pathologische Glücksspieler und -spielerinnen. Hier hat die Glücksspielsucht ein Ausmaß erreicht, wo der Spieler oder die Spielerin vollends die Kontrolle über sein/ihr Spielverhalten verloren hat und in aller Regel eine spezifische therapeutische Unterstützung benötigt, um aus dem Suchtverhalten aussteigen zu können.



Foto: Getty Images

Kaufen um des Kaufens Willen: Bei Suchtkranken steht oft nicht der Wunsch, etwas zu besitzen, im Vordergrund, sondern bloß der Akt des Kaufens selbst.

9 von 10 Spielsüchtigen sind Männer

Die Glücksspielsucht tritt typischerweise bei Männern schon in der Adoleszenz, bei Frauen in der Regel erst im mittleren Lebensabschnitt auf. 90 Prozent aller pathologischen Spielerinnen und Spieler sind Männer, der Anteil der Frauen hat jedoch zuletzt stetig zugenommen. Nahezu die Hälfte aller pathologischen Spielerinnen und Spieler ist jünger als 18 Jahre. Bei 70 Prozent sind gewerbliche Geldspielautomaten (auch bekannt als „Kleines Glücksspiel“) das vorwiegende Glücksspielmedium.

Je schneller ein Spiel abläuft, desto suchtfördernder ist es. Es sind also vor allem die Ereignisfrequenz und das Auszahlungsintervall, die das Suchtpotenzial des jeweiligen Spiels bestimmen. Weiters entscheidend sind gewisse Kompetenzanteile des Spielers oder der Spielerin: Wird er oder sie aktiv (Drücken der Start/Stop-Taste oder Risiko-Taste) in das Spiel miteinbezogen? Wird ihm/ihr das Gefühl vermittelt, das Glücksspiel in besonderer Weise beeinflussen zu können? Diese Faktoren steigern die Spielmotivation. Spielautomaten haben einen überdurchschnittlich hohen Anteil an so genannten Fast-Gewinnen, die dem Spieler oder der Spielerin suggerieren, dass er oder sie jeweils nur knapp den Gewinn verpasst hat.

Ein typisches Merkmal von pathologischen Spielern und Spielerinnen ist das so genannte „Magische Denken“. Dabei handelt es sich um eine fast unkorrigierbare Überzeugung, im nächsten Spiel zu gewinnen bzw. die Gewinnzahlen „spüren zu können“. Gerade dieses „Magische Denken“ stellt oftmals eine große Hürde dar, wenn sich die Spielsuchterkrankten in Behandlung begeben.

Depressionen besonders häufig

Affektive Störungen, besonders Depressionen, finden sich bei rund der Hälfte der Spieler und Spielerinnen. Nahezu jeder vierte pathologische Spieler bzw. jede vierte pathologische Spielerin berichtet über einen oder mehrere Suizidversuche. Nur Persönlichkeitsstörungen (bei über 60 Prozent - Petry et al 2005) sind eine noch häufigere Komorbidität. Typische Folgen der Spielsucht sind auch Verschuldung und Delinquenz: 89 Prozent der Spieler und Spielerinnen, die in eine Spielerberatung kommen, sind mit durchschnittlich einem Betrag von 40.000 Euro verschuldet. An delinquenten Verhaltensweisen stehen Betrug, Unterschlagung und Diebstahl zur Geldbeschaffung im Vordergrund, Gewalttaten treten bei Spielsüchtigen nur selten auf.

Therapeutische und sozialarbeiterische Hilfe

Die Behandlung der Spielsucht kann ambulant oder stationär durchgeführt werden. In einem Erstgespräch ist nach genauer psychiatrischer Anamnese und psychopathologischem Status ein individueller Therapieplan zu erstellen. Eine stationäre Behandlung ist bei bisherigen erfolglos verlaufenen ambulanten Therapieverläufen bzw. bei massiv ausgeprägter Suchtproblematik oder schwerwiegenden komorbiden Störungen empfehlenswert. Die häufigsten Probleme in der Behandlung von Spielsüchtlingen sind suchttypische Abwehr- und Verleugnungsmechanismen, eine pathologische bzw. pathogene Familiendynamik und komorbide Störungen.

Die psychotherapeutische Behandlung erfolgt in Einzel- und Gruppensitzungen. Einen besonderen

Schwerpunkt stellt aufgrund der häufig vorhandenen sozialen Problematik die sozialarbeiterische Beratung und Betreuung dar, und zwar in erster Linie im Hinblick auf Schuldenregelung, Geldmanagement und das Erstellen eines individuellen Finanzplans. In den meisten Fällen ist es auch erforderlich, die Angehörigen in das Behandlungskonzept mit einzubeziehen.

Die psychopharmakologische Behandlung bezieht sich zum einen auf die Behandlung der komorbiden psychischen Störungen, hier insbesondere der häufig vorhandenen Depressionen bzw. Angststörungen, und zum anderen auf die Verringerung des Suchtverlangens mit sogenannten „Anti-Craving-Substanzen“, wie z. B. dem Opiat-Antagonisten Naltrexon, der auch bei der Spielsucht gut wirksam zu sein scheint (Grant, 2008).

Kaufsucht: Angebot bestimmt das Suchtrisiko

Die ersten Untersuchungen zur Prävalenz der Kaufsucht („Compulsive Buying“) wurden Ende der 1980er Jahre von amerikanischen (Faber et al.) und kanadischen (Valence et al.) Forschern durchgeführt. Sie berechneten eine Prävalenz zwischen 1,8 und 8 Prozent.

Wie Scherhorn et al. 1991 bzw. 2001 feststellten, nahm die Tendenz zum suchtdrivenen Kaufen in Deutschland in den letzten zehn Jahren deutlich zu. Während der Anteil der Kaufsuchtgefährdeten in den so genannten alten Bundesländern (Ex-BRD) von 5 auf 7 Prozent stieg, hat er sich in den so genannten neuen Bundesländern (Ex-DDR) sogar versechsfacht und liegt nunmehr mit 6 Prozent mehr oder weniger gleichauf mit den alten Ländern. Daraus ist, wie auch bei anderen Suchtformen, ein direkter Zusammenhang zwischen Angebot des Suchtmittels bzw. bestimmten Verhaltensweisen und Suchtentwicklungen ersichtlich.

Sinnlose Dinge horten

Ähnlich wie bei der Alkoholkrankheit kann sich die Kaufsucht für den Betroffenen chronisch manifestieren (tägliches Kaufen unnötiger Waren) bzw. phasenhaft in Erscheinung treten (Kaufattacken).

Typisch sind multiple Einkäufe der gleichen Ware bzw. sinnloser Dinge sowie der Kauf von Geschenken für andere Personen. Das Gekaufte wird in der Regel gehortet, oft gar nicht ausgepackt, in nur seltenen Fällen auch wirklich verwendet. Die Patienten und Patientinnen berichten, dass die Ware selbst nicht das Entscheidende ist, sondern das Einkaufen und manchmal auch der entstandene soziale Kontakt mit dem Verkaufspersonal. Nach dem übermäßigen Einkauf werden dann Schuld- und Schamgefühle beschrieben, die Einkäufe werden verheimlicht, die Waren versteckt, gehortet, verschenkt bzw. vergessen.

Jede Ware kann exzessiv gekauft werden, wobei Frauen Einkäufe bevorzugen, die das äußere Erscheinungsbild betreffen, wie Kleidungsstücke, Schuhe, Kosmetik und Schmuck, während Männer sich

hauptsächlich auf technische Artikel bzw. Sportartikel konzentrieren.

Persönlichkeitsstörung als Komorbidität

Kaufsucht ist ebenso wie andere Suchterkrankungen sehr häufig mit anderen psychischen Störungen bzw. Erkrankungen vergesellschaftet. In einer Studie von Christenson et al. (1994) konnte nachgewiesen werden, dass Kaufsüchtige eine erhöhte Lebenszeitprävalenz für Impulskontrollstörungen, Essstörungen, Substanzmissbrauch und Angststörungen aufweisen. Black et al. (1998) beschrieben ein erhöhtes Auftreten von affektiven Störungen und anderen psychiatrischen Erkrankungen. Schlosser et al. (1994) beschreiben, dass 60 Prozent der von ihnen untersuchten Stichprobe die Kriterien mindestens einer Persönlichkeitsstörung erfüllen. Als häufigste fanden sich neben zwanghaften Persönlichkeitsstörungen auch eine Borderline- bzw. vermeidende Persönlichkeitsstörungen.

Individuelle Strategien finden

Verlässliche Studienergebnisse zu einer spezifischen psychopharmakologischen Therapie bei Kaufsucht liegen nicht vor. Die wenigen Studien, die mit so genannten Serotoninwiederaufnahmehemmern (bestimmte Antidepressiva wie die SSRIs Fluvoxamin, Citalopram) durchgeführt wurden, konnten keine unmittelbare Wirkung dieser Substanzen auf die Kaufsucht nachweisen, obgleich Begleiterkrankungen wie depressive Störungen bzw. Angststörungen damit verbessert werden konnten. Erstmaßnahmen zum Aufbau eines kontrollierten Kaufverhaltens bzw. die Rückgabe von Kunden- und Kreditkarten, die Meidung von saisonalem Hochkonsum wie z.B. Einkaufen in der Vorweihnachtszeit, im Ausverkauf etc. erwiesen sich ebenfalls als zumindest begleitend wirkungsvoll. Das therapeutische Hauptaugenmerk sollte aber auf die individuelle Analyse des Kaufverhaltens sowie auf Interaktionsstrategien mit der Umwelt gelegt werden.

Online-Sucht: Flucht in virtuelle Welten

Der Begriff „Internet Addiction Disorder“ wurde erstmals 1995 vom amerikanischen Psychiater Ivan Goldberg in die Fachsprache eingebracht, wobei er damals (in Anlehnung an das DSM-IV) den pathologischen Internetgebrauch meinte. Zentrales Merkmal dieser Störung ist ein exzessiver, unkontrollierter Internetgebrauch, der zum wesentlichen Lebensinhalt der Betroffenen wird und in weiterer Folge einen massiven Leidensdruck bei Betroffenen und deren Angehörigen auslöst.

Kaum repräsentative Studien

Für die Gesamtbevölkerung eines Landes repräsentative epidemiologische Studien fehlen derzeit noch weitgehend. Vielmehr konzentrieren sich Forschungsarbeiten primär auf Onlinebefragungen, die den Bevölkerungsanteil, der das Internet nicht nutzt, automatisch ausschließen und somit keinen Anspruch auf Repräsentativität für die Gesamtbevölkerung haben können. Ein anderes Selektionsproblem stellt die Beschränkung von Studien auf bestimmte Altersgruppen (wie zum Beispiel Jugendliche) dar. Die letzte Studie zur Internetsucht in Österreich stammt aus dem Jahr 2013. Damals galten vier Prozent der 15- bis 18-Jährigen als suchtkrank, sechs Prozent als gefährdet.

Das Spiel mit der eigenen Identität

Virtuelle Lebenswelten stellen für die Menschen unterschiedliche Bedürfnisbefriedigungsmöglichkeiten dar. Dem Wunsch nach Kommunikation/Zugehörigkeit (Chat, Online-Spiele, E-Mail, Social Networks etc.), nach Befriedigung des Spieltriebes (Glücksspiel, Online-Spiele aller Art etc.), nach Spiel mit der eigenen Identität (Online-Rollenspiele, Chat etc.), nach Ausleben sexueller Fantasien (Online-Erotik etc.) und vielem mehr kann online unter dem scheinbaren Deckmantel der Anonymität ohne wesentliche Zugangseinschränkungen nachgegangen werden. Bei Risikopersonen steigert sich dieser virtuelle Medienkonsum in weiterer Folge immer mehr zu exzessivem bis hin zu pathologischem Verhalten.

Die eigene Identifikation und Steigerung des Selbstwertgefühls wird zunehmend online erlebt, was wiederum einen vermehrten Einstieg in die virtuellen Welten begünstigt. Das ideale virtuelle Alter-Ego ersetzt immer mehr das reale Selbst.

Die Bereiche Online-Gaming sowie Kontaktbörsen dominieren bei der Nutzung auch heute noch, jedoch haben sich die Relationen etwas verschoben, da Angebote wie Online-Pornographie, Online-Auktionshäuser und vor allem soziale Netzwerke ein großes Feld der aktuellen Internetnutzung darstellen. Vor allem Social Media werden intensiv genutzt. Durch die flächendeckende Verbreitung des mobilen Internets ist mit einer Ausweitung des Phänomens zu rechnen.

Generell sagt die Nutzungsdauer digitaler Medien nichts über eine eventuelle Gefährdung aus, allerdings können bestehende psychische oder soziale Probleme durch eine intensive Mediennutzung verstärkt werden. Ein Phänomen unserer Zeit ist auch „Cybermobbing“, also das Denunzieren anderer User

über soziale Medien. Durch das ständige Mitsichtragen von Smartphone und Co. ist auch kein Rückzug in eine gesicherte Umgebung mehr möglich. Eine Social-Media-Sucht zeichnet sich durch Kontrollverlust aus, wenn digitale Medien immer häufiger genutzt werden und wenn sich die Nutzung negativ auf schulische oder berufliche Leistungen auswirkt. Oft findet auch ein sozialer Rückzug statt, die Nutzung wird verheimlicht und es kann zu Konflikten mit primären Bezugspersonen kommen. Die Nutzung wird auch als immer weniger befriedigend erlebt und Versuche, sie einzuschränken, scheitern häufig.

Häufig: Soziale Phobien

Rezente Studien weisen deutlich darauf hin, dass ein Großteil der Internetabhängigen auch Kriterien für eine andere psychische Störung erfüllt. Besonders häufig scheinen hierbei affektive Störungen, Angsterkrankungen – vor allem Sozialphobien – sowie Persönlichkeitsstörungen aufzutreten. Weiters finden sich häufig auch stoffgebundene Abhängigkeiten, hier vor allem Alkoholabhängigkeit oder Nikotinabhängigkeit (vgl. Black et al 1998; Orzack/Orzack 1999; Shapira et al 2000).

Abstinenz ist kein Ziel

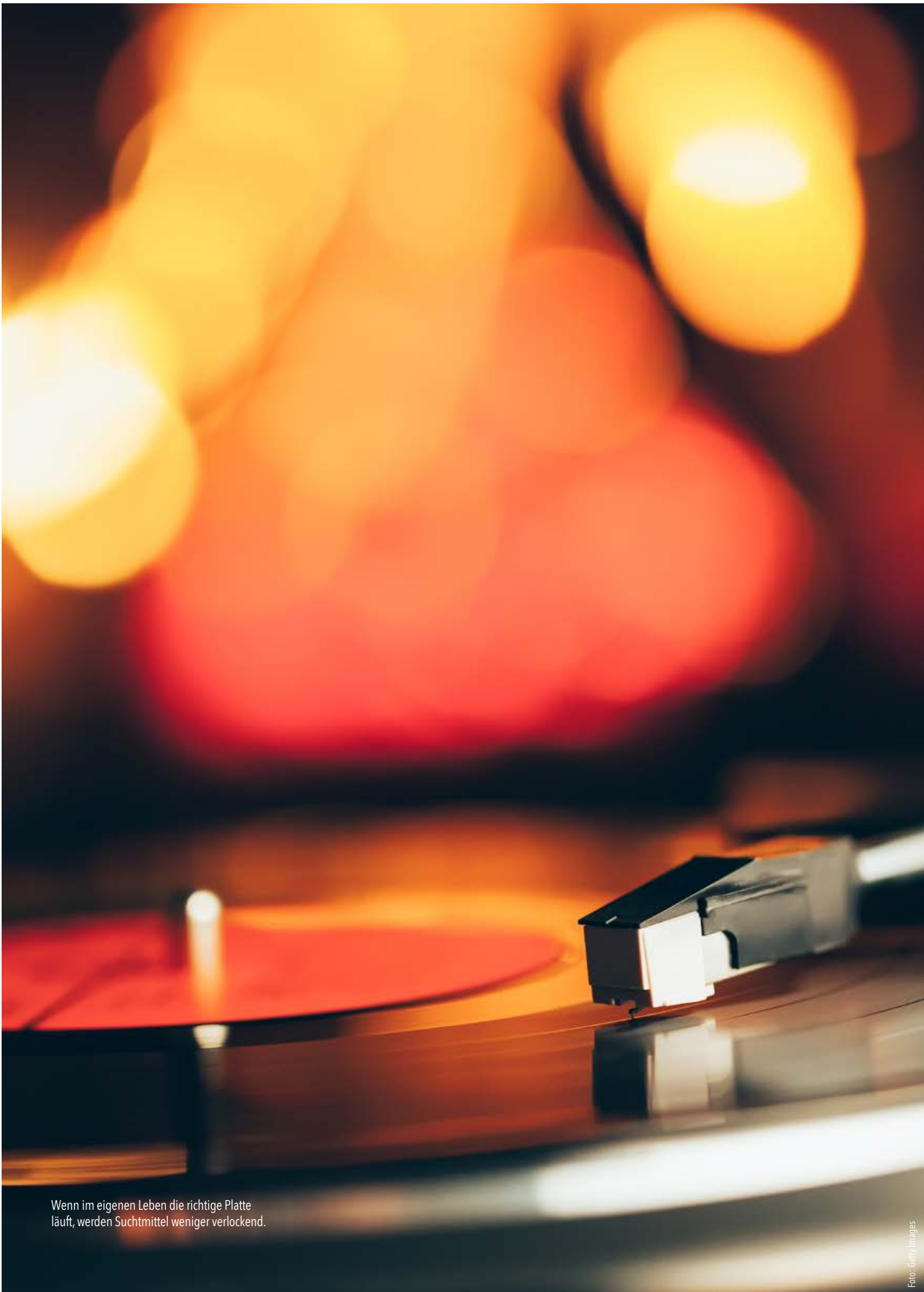
Wichtig ist, dass eine Abstinenz bei der Internetsucht kein Ziel sein kann, da ein Leben in unserer Gesellschaft ohne das Medium Internet kaum vorstellbar ist. In der Behandlung bewährt hat sich das sogenannte „Ampelmodell“. Wesentlicher Bestandteil der Therapie ist auch die Vermittlung eines für den Betroffenen plausiblen Störungsmodells sowie auch soziale Ängste, Einsamkeit und soziale Konflikte bzw. Interaktionsstörungen in den Therapieplan miteinzubeziehen. In keinem Fall genügt es, den Patienten oder die Patientin nur auf der Symptomebene zu behandeln. Es gilt, auch hier die gesunden Anteile der Betroffenen zu stärken, um ihnen einen Ausstieg aus dem Suchtverhalten zu ermöglichen. Gleichzeitig sollen im Sinne einer ressourcen-orientierten Behandlung all jene Kräfte mobilisiert werden, die es dem/der Betroffenen in Hinkunft auch möglich machen, wieder einen ausgewogenen Umgang mit dem Medium Internet zu pflegen (Musalek 2008). Seit Herbst 2018 gibt es im Anton Proksch Institut eine eigene Therapiegruppe für Online-Gaming- bzw. Internet-Süchtige. ■



Seit Herbst 2018 bietet das API erstmals eine eigene Therapiegruppe für Online-Gaming-Süchtige an. Weitere Informationen: www.api.or.at

Zusammenfassung

Stoffungebundene Suchtformen sind ebenso wie stoffgebundene als hochkomplexe psychische Störungen anzusehen und es braucht daher auch komplexe und vielfältige Behandlungsangebote, um ihrer Herr zu werden. Völlige Abstinenz ist nicht bei allen Verhaltenssuchtformen als Therapieziel möglich. Vor allem bei der Online-Sucht kann eine völlige Abstinenz zusätzliche Probleme mit sich bringen. Es braucht daher die Entwicklung von Therapieformen, die über die klassische Orientierung an der Abstinenz hinausgehen. Nur diese ermöglichen den Betroffenen einen mäßigen und kompetenten Umgang mit dem Suchtmedium.



Wenn im eigenen Leben die richtige Platte läuft, werden Suchtmittel weniger verlockend.

Der individuelle Weg in ein „*gutes Leben*“

Was ist Wohlbefinden, wie gelingt das gute, schöne Leben?
Eine wissenschaftliche Suche nach Antworten auf höchst subjektive
Fragen, die das Leben von Suchtkranken ganz unmittelbar beeinflussen.

OLIVER SCHEIBENBOGEN

Zwischen der Erstmanifestation von alkoholassoziierten Problemen und der Inanspruchnahme von fachlicher Hilfeleistung vergehen im Durchschnitt zehn Jahre (Uhl et al 2009). Die Gründe für einen dermaßen verzögerten Behandlungsantritt sind mannigfaltig, sie reichen von der Stigmatisierung von Suchterkrankungen und der damit verbundenen Behandlung bis zur Attraktivität des Behandlungsziels. Viele von Sucht Betroffene und deren Angehörige haben die Intention, das Suchtmittel so rasch wie möglich wieder aus ihrem Leben zu verbannen. Der Verzicht bzw. die Abstinenz stehen im Fokus initialer Bemühungen. Aus motivationaler Perspektive ist das sehr ungünstig, geht es dabei doch primär um die negativen Aspekte eines zukünftigen Lebens.

Von Sucht Betroffene möchten – setzt man sich differenziert mit ihren Wünschen und Bedürfnissen zu Beginn einer geplanten Behandlung auseinander – vor allem ein schönes und autonomes, d.h. „gutes Leben“ (wieder) führen (Lampe, Scheibenbogen & Musalek 2015). Der ressourcenorientierte Ansatz in der Behandlung suchtkranker Personen am Anton Proksch Institut greift genau diesen Aspekt auf und stellt ihn in den Mittelpunkt therapeutischer Bemühungen.

Wie Schönes messbar machen

Die Frage nach dem „guten Leben“ ist Inhalt zahlreicher Weisheitslehren und wissenschaftlicher Forschungsrichtungen und wahrscheinlich so alt wie die Menschheit selbst. In der empirischen Forschung im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen hingegen wird diese Fragestellung erst in jüngerer Zeit intensiver diskutiert, obwohl sie in der Praxis der Suchtbehandlung nahezu immer Gegenstand der therapeutischen Arbeit ist. Das schöne, de facto gute Leben zu operationalisieren, d.h.

messbar und abbildbar zu machen, ist eine schwierige und heikle Herausforderung. Man läuft stets Gefahr, universell gültige Wertvorstellungen im Sinne eines One-size-fits-all-Ansatzes etablieren zu wollen und begibt sich damit auch in die Nähe der Moralthherapie. Ehemals haben Moralthérapeuten festgelegt, wie man richtig zu leben hat, und das wurde „trainiert“. Der fatale Irrtum bestand darin zu glauben, dass jeder und jede die gleiche Vorstellung davon hätte, wie ein schönes Leben denn aussähe. Reflektiert man kontinuierlich diese Gefahr, lohnt es sich im Sinne der Erweiterung bestehender Therapieoptionen, sich mit einer wissenschaftlichen Fundierung des schönen Lebens auseinanderzusetzen.

Marcel Hunecke, Professor für Allgemeine Psychologie sowie Organisations- und Umweltpsychologie an der Fachhochschule Dortmund, hat sich mit dem Thema des subjektiven Wohlbefindens ausgiebig beschäftigt und die Genuss-Ziel-Sinn-Theorie entwickelt. Zwar geht sein Modell von wirtschaftlichen Überlegungen einer Postwachstumsgesellschaft aus, propagiert jedoch einen Bewusstseinswandel weg von der vorherrschenden Konsum- und Wohlstandskultur hin zu einem nachhaltigen Lebensstil (Hunecke 2013), der auch für Personen mit Abhängigkeitserkrankungen von höchster Relevanz ist.

Die Strategien der guten Lebensführung sind nach Hunecke (2013) der Hedonismus, Zielerreichung und Sinn. Die sechs Psychischen Ressourcen dieses Modells (s. Abbildung nächste Seite) Genussfähigkeit, Selbstakzeptanz, Selbstwirksamkeit, Achtsamkeit, Sinngebung und Solidarität sind neben der Behandlung der suchtbefindlichen Defizienzen (soma-tisch und psychisch) und der mit der Suchterkrankung einhergehenden komorbiden Störungen zentrale Elemente des Orpheus-Programms. Die drei ersten Ressourcen stellen



DR. OLIVER SCHEIBENBOGEN

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

immaterielle Zufriedenheitsquellen dar, machen unabhängig von sozialen Vergleichsprozessen und tragen somit wesentlich dazu bei, resilienter in Bezug auf kompensatorisches Konsumverhalten bzw. dysfunktionale Bewältigungsstrategien zu werden. Damit das eigene

Handeln nicht nur egoistischen Impulsen folgt, bedarf es auch zielgebender und wertbildender Ressourcen (Achtsamkeit, Sinnggebung und Solidarität). Dabei geht es nicht um die therapeutische Verordnung bestimmter Werte, sondern um die Förderung von Reflexionsprozessen. Das Orpheus-Programm des Anton Proksch Instituts versucht in der Behandlung suchtkranker Personen, die für die (Weiter-)Entwicklung dieser Ressourcen nötige Atmosphäre zur Verfügung zu stellen.

Genuss erleben können

Im Genuss erleben werden Ereignisse so intensiv wahrgenommen, dass es nicht mehr nötig ist, möglichst viele positive Erfahrungen zu machen. Die Konsumfrequenz tritt zugunsten der Intensität in den Hintergrund. Studien am Anton Proksch Institut zur Evaluierung der Gruppe zum Genuss erleben konnten deutlich zeigen, dass Genuss kein vorübergehendes Ereignis darstellt, sondern

um mit den Worten von Goethe zu sprechen: „Der Eindruck, den der Genuss hinterlässt, ist bleibend.“ Ferner besteht ein starker Zusammenhang zwischen Genuss und Selbstwirksamkeit (Scheibenbogen, Andorfer, Franzke & Kuderer 2015). Personen, die sich im Rahmen

ihrer stationären Therapie in der Gruppe zum Genuss erleben intensiv mit diesem Thema beschäftigt haben, weisen eine deutlich höhere Selbstwirksamkeitserwartung auf (Cohen's $d = 0,72$).

Das eigene Selbst akzeptieren

Als Teil des Selbstwerts bedeutet Selbstakzeptanz das Annehmen der eigenen Person mit allen positiven und negativen Eigenschaften in wertschätzender Art. Eine erste Strategie zur Erhöhung der Selbstakzeptanz besteht in der Überführung von globalen in bereichsspezifische Annahmen über das eigene Selbst, Generalisierungen werden dabei aufgelöst. Gerade Personen mit Suchterkrankungen leiden sehr stark unter der Stigmatisierung, aber auch unter den negativen Konsequenzen des oftmals über Jahre bestehenden konsumatorischen Verhaltens. In der therapeutischen Arbeit wird daher verstärkt auf die Integration der dem süchtigen Teil zugeschriebenen negativen Werte in das eigene Selbst fokussiert.

Vertrauen zu sich selbst finden

Die Selbstwirksamkeit ist die optimistische Überzeugung einer Person, selbst über die notwendigen personalen Ressourcen zur Bewältigung schwieriger Anforderungen zu verfügen (Bandura 1997).

Die Erhöhung von Selbstwirksamkeitserwartungen während der Therapie trägt ganz entscheidend zur Verringerung der Rückfallwahrscheinlichkeit (Chavarria, Stevens, Jason & Ferrari 2012), auf das „Nein-Sagen“ in Bezug auf Alkoholangebote und somit auf die konsumierte Alkoholmenge bei (Oei & Burrow 2000).

In der Therapie wurde allzu oft auf die Vermittlung von Skills fokussiert und zugleich dem Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten wenig Beachtung geschenkt.

LITERATURVERZEICHNIS

Bandura, A. (1997). Self-Efficacy: The Exercise of Control.

Chavarria, J., Stevens, E. B., Jason, L. A., & Ferrari, J. R. (2012). The Effects of Self-Regulation and Self-Efficacy on Substance Use Abstinence.

Hunecke, M. (2013). www.denkwerkzukunft.de/downloads/MemoPsycho.pdf.

Lampe, K., Scheibenbogen, O., & Musalek, M. (2015). Goal-oriented Dialogue (GoD).

Musalek, M. (2015). Behandlungsziel schönes Leben – Das Orpheus Programm.

Oei, T., & Burrow, T. (2000). Alcohol expectancy and drinking refusal self-efficacy: a test of specificity theory.

Scheibenbogen, O., Andorfer, U., Franzke, S., & Kuderer, M. (2015). Genuss als Katalysator des Therapieerfolges?

Strategie der guten Lebensführung	Psychische Ressource	Psychologische Funktion	Positive Emotion
Hedonismus	Genussfähigkeit	Erlebnisintensität statt Erlebnisvielfalt Förderung immaterieller Genussquellen	Sinnliche Genüsse Ästhetisch-intellektuelles Wohlbefinden
Zielerreichung	Selbstakzeptanz Selbstwirksamkeit	Größere Unabhängigkeit gegenüber sozialen Vergleichsprozessen Stärkung von Handlungskompetenzen	Zufriedenheit Stolz Flow
Sinn	Achtsamkeit Sinnggebung Solidarität	Orientierung an überindividuellen Zielen Motivation zu kollektiven Aktionen	Gelassenheit Sicherheit Zugehörigkeit Vertrauen

Das ist insofern kritisch zu sehen, als im Zutrauen die motivationale und volitionale Kraft verborgen ist, sich den Herausforderungen zu stellen, die ein (neues) Leben ohne Suchtmittel bedingen.

Aufmerksamkeit auf den Augenblick richten

Achtsam zu sein bedeutet, absichtsvoll und nicht wertend die Aufmerksamkeit ganz auf den aktuellen Augenblick zu richten. Dadurch wird es möglich, unbewusste und vorbewusste Werte ins Gewahrsein zu bringen und zu entscheiden: Sind das wirklich Werte, die ich erstrebenswert finde? Oder beruhen diese lediglich auf biologischen Reaktionen oder kulturellen bzw. gesellschaftlichen Konventionen?

Während des stationären Aufenthaltes gibt es für Patienten und Patientinnen neben der spezifischen Achtsamkeitsgruppe zahlreiche Möglichkeiten, achtsames Verhalten einzuüben. Die Angebote reichen hier von Waldwanderungen über Körperwahrnehmung bis hin zu spezifischen Elementen in psychotherapeutisch-orientierten Gruppen.

Werte verwirklichen

„Den Sinn des Daseins erfüllen wir (...) allemal dadurch, dass wir Werte verwirklichen“ (V. Frankl, 1984). Diese Werte teilt Frankl in drei große Kategorien: Erlebniswerte, Schöpferische Werte und Einstellungswerte. Die Ergebnisse unserer wissenschaftlichen Begleitforschung im stationären Setting belegen eine Zunahme des Sinnerlebens.

Verantwortung füreinander übernehmen

Solidarität als psychische Ressource umfasst zwei Teilaspekte des kollektiven Handelns, zum einen die Übernahme einer Verantwortung für das Wohlergehen anderer Menschen und zum anderen die Überzeugung, dass man als Handelnder in der Interaktion mit anderen gleichsinnig Handelnden auch tatsächlich eine Steigerung des Wohlbefindens bewirken kann. Viele Studien zur Suchtbehandlung zeigen, dass sich Suchterkrankte unterdurchschnittlich von Angehörigen unterstützt fühlen und Beziehungen als belastend erleben. Auch nach einer stationären Behandlung kommt es zumeist zu keiner nennenswerten Erhöhung des Gefühls, Teil einer unterstützenden Gemeinschaft zu sein. Die Intensivierung von gesundheitsförderlichen Beziehungen abseits des konsumierenden Freundes- und Bekanntenkreises ist für die Aufrechterhaltung der wiedergewonnenen Abstinenz von unschätzbarem Wert.

Abstinenz nicht als alleiniges Therapieziel

Die zentrale Intention des Orpheus-Programms ist es, suchterkrankte Personen bei der Entwicklung eines autonomen sowie sinn- und freudvollen Lebens zu unterstützen (Musalek, 2015). Ein dauerhafter Verzicht auf das Suchtmittel wird gerade zu Therapiebeginn oder sogar noch früher, nämlich in der Phase der Absichtsbildung, als sehr belastend und schmerzhaft erlebt. Die Folge ist eine unzureichende Entwicklung intrinsischer Therapiemotivation. Deshalb fokussiert das Orpheus-Programm neben bestehenden Therapieverfahren auf

Das Lied des Orpheus

Orpheus war im griechischen Mythos ein begnadeter Sänger. Als Orpheus und die Argonauten mit ihrem Schiff unterwegs waren, um das goldene Vlies zurückzubringen, kamen sie an den Sirenen, den berühmt-berüchtigten Vogel-Menschen der Antike, vorbei. Durch ihren süßen und verführerischen Gesang versprachen die Sirenen den vorbeifahrenden Schiffen Schönheit und Genuss, brachten jedoch Tod und Verderben. In diesem Sinn ähnelten sie den Suchtmitteln, auch sie sind hoch attraktiv und bringen Verderben, wenn sie zu oft, zu lange und in zu hoher Dosierung konsumiert werden. Wer die Sirenen hört, verfällt ihnen. Man berichtet, dass man in ihrer Gegenwart vor Leidenschaft verglühe und in der Tat war es so, dass alles um sie herum zu Staub und Asche wurde.

Es gab mindestens zwei berühmte antike Helden, die unverwundet und lebend an den Sirenen vorbeikamen: Odysseus und unser Orpheus. Odysseus ließ sich von seinen Kameraden an einen Schiffsmast binden und befahl den Ruderern, sich selber Wachs in die Ohren zu geben, um der Verführung Stand zu halten. Orpheus wählte eine andere Methode, um lust- und genussvoll an den Sirenen vorbei ein spannendes Leben zu führen. Als er und die Argonauten an den Sirenen vorbeischifften, nahm er seine Leier und sang so schön, dass er die Sirenen übertönte - er machte einfach die bessere Musik.



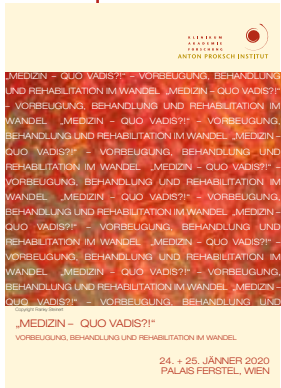
Foto: Getty Images

die Stärkung der eigenen Ressourcen der Patienten und Patientinnen. Gelingt es den Betroffenen, ein freudvolles und sinnreiches Leben wiederaufzunehmen, so tritt die Sucht allmählich in den Hintergrund. Berücksichtigt man in der Suchtbehandlung auch oben genannte Quellen für eine gute Lebensführung, wird Abstinenz von Betroffenen nicht mehr als alleiniges Therapieziel erlebt. Sie wird lediglich zur Basis für einen Transformationsprozess hin zu einer nachhaltigen Lebenszufriedenheit, die zunehmend unabhängiger von materiellen Gütern und Vergleichsprozessen wird. ■

Kongress 2020: Medizin - quo vadis?!

Merken Sie sich schon jetzt den Termin für den Kongress des Anton Proksch Instituts 2020 vor! Bei der Tagung im kommenden Jahr geht es um das Thema: „Medizin - quo vadis?! Vorbeugung, Behandlung und Rehabilitation im Wandel“. Der Kongress findet am 24. und 25. Jänner im Palais Ferstel statt.

Weitere Infos: www.api.or.at
bzw. kongress@api.or.at



Symposium zum Lächeln und Lachen

Am 16. Februar 2019 findet an der Sigmund-Freud-Privatuniversität (1020 Wien) ein Symposium zum Thema „Lächeln und Lachen“ statt, veranstaltet vom Institut für Sozialästhetik und psychische Gesundheit. Dort sprechen unter anderem auch die Autorinnen und Autoren von „Momentum“: Michael Musalek („Mit dem Lächeln zur Hand gelangt man durchs ganze Land - Zur Sozialästhetik des Lächelns“), Ute Andorfer („Lächeln in der Psychotherapie“) und Oliver Scheibenbogen („Psychologie des Lächelns und Lachens“).

Beginn der Veranstaltung ist um 9 Uhr. Die Teilnahme ist kostenlos, um Anmeldung wird gebeten: margit.zangerle@api.or.at

Menschenbilder in der Medizin

In den Räumlichkeiten des Vereins social design business laden das Institut für Sozialästhetik und psychische Gesundheit der Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien gemeinsam mit der Stiftung Anton Proksch Institut-Wien und dem Stiftungsfonds Erwin Ringel Institut zum „Salon Philosophique“. Es spricht Michael Musalek zum Thema „Menschenbilder in der Medizin - vom Homunkulus zum Homo Amans“.

27. Februar 2019, 19 Uhr, Schleifmühlgasse 6, 1040 Wien, www.gabarage.at



Plakate für Ordinationen und Apotheken

Tausende Menschen gehen tagtäglich in Arztpraxen und Apotheken aus und ein - viele von ihnen sind direkt oder indirekt vom Thema Sucht betroffen. Mit einem eigenen Plakat macht das Anton Proksch Institut auf Unterstützungsmöglichkeiten aufmerksam. Helfen Sie uns, zu helfen - bestellen Sie das Plakat gratis via info@api.or.at oder 01 880 10-0.

Ausstellung „Beauty“ im MAK: Ein Plädoyer für das Schöne

Es scheint, als hätte das Diktat der Funktionalität unseren Alltag mit hässlichen Dingen überzogen. Niemand mag die Farbe braun und niemand mag Rechtecke - warum sind dann so viele Gebäude braun und rechteckig? Es sind vermeintlich banale Fragen wie diese, von denen ausgehend sich Stefan Sagmeister und Jessica Walsh derzeit mit einer Ausstellung in Wien dem Thema Schönheit annähern.

Der weltweit erfolgreiche Grafikdesigner mit Vorarlberger Wurzeln und seine amerikanische Kollegin „bespielen“ noch bis Ende März das Museum für Angewandte Kunst (MAK) mit multimedialen Exponaten zum Thema Schönheit. Sie zeigen eindrücklich, wie das Schöne im Alltag für uns alle zur Ressource werden kann - und nicht nur Freude macht, sondern Orte, Räume und Objekte auch besser funktionieren lässt.

Stefan Sagmeister und Jessica Walsh widmen dem Schönen eine Ausstellung - noch bis Ende März im Wiener MAK.



Foto: John Madere

IMPRESSUM

Herausgeber

Stiftung Anton Proksch-Institut Wien

Medieneigentümer

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

Für den Inhalt verantwortlich

Michael Musalek
Gabriele Gottwald-Nathaniel

Wissenschaftlicher Beirat

Ute Andorfer
Roland Mader
Michael Musalek
Wolfgang Preinsperger
Oliver Scheibenbogen

AutorInnen dieser Ausgabe

Ute Andorfer
Christian Breitfuß
Gabriele Gottwald-Nathaniel
Roland Mader
Oliver Scheibenbogen

Redaktion & Projektmanagement

Andrea Heigl, Kristina Schubert-Zsilavec
(bettertogether Kommunikationsagentur)

Gestaltung

Markus Zahradnik-Tömpe
(Schrägstrich Kommunikationsdesign)

Coverfoto

Getty Images

Druck

Gedruckt nach der Richtlinie
„Druckerzeugnisse“ des Öster-
reichischen Umweltzeichens.
gugler*print, Melk, UWZ-Nr. 609,
www.gugler.at

