

Süchtig nach Suchtdiagnosen?

Autor(en): **Lieb, Hans**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **DrogenMagazin : Zeitschrift für Suchtfragen**

Band (Jahr): **18 (1992)**

Heft 4

PDF erstellt am: **06.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-801276>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Süchtig nach Suchtdiagnosen?

Vom Nutzen eines erweiterten Suchtbegriffes.

VON HANS LIEB

Welche Rolle spielt der Rausch im menschlichen Leben einerseits und in der Suchttherapie andererseits? Was ist überhaupt ein Rausch? Würden wir ein sogenanntes semantisches Gitter um dieses Wort herum aufbauen, so gehörten zum Kern zunächst die Begriffe ekstatisch, grenzenlos und besessen und erst im weiteren Umfeld die in Richtung Sucht weisenden Begriffe Leidenschaft, Trieb und Begierde.

Beschäftigen wir uns genauer mit dem berauschten Zustand selbst, so ergibt sich eine sehr interessante Parallele zu jenen Zuständen, die in der Literatur «aussergewöhnliche Bewusstseinszustände» oder «veränderte Wachbewusstseinszustände» genannt werden. Dittrich und Scharfetter haben in ausführlichen Studien die genaue Phänomenologie solcher Zustände herausgearbeitet. Sie haben dabei eine wichtige Entdeckung gemacht, die in der Rauschliteratur immer wieder erwähnt wird: Die Einheit von «Himmel und Hölle» im Rausch.

Mit anderen Worten: Die Tatsache, dass angenehme und unangenehme Erfahrungen sehr nahe beieinander liegen. Zu den angenehmen gehört das, was sie «ozeanische Selbstentgrenzung» nennen.

Demgegenüber die höllische Seite dieser Zustände: Die Angst, sich zu verlieren; das Gefühl, eingengt zu sein; die fast panisch erlebte Begegnung mit der Enge, der Leere oder gar dem Nichts.

Die Frage, welche Rolle der Rausch in verschiedenen Zeitaltern und Kulturen spielte und spielt, wäre eine eigene Betrachtung wert. Bekannt ist seine Rolle bei den Heilungsritualen der Schamanen oder bei den Initiationsriten sogenannter indigener Kulturen. Immer geht es im

Rauschzustand um die Überschreitung des normalen Alltagsbewusstseins, um den Zugang zum Wissen der Götter, zum Kontakt mit Geistern oder mit den Toten. Immer geschieht dies gezielt, bewusst und, was mir für unser Thema wichtig erscheint, in positiver Absicht für alle. Hinsichtlich letzterem möchte ich nur beispielhaft erwähnen, dass die Schamanen im Rausch genau jenes Wissen erfahren, das sie zur Heilung eines Kranken benötigen. Vermutlich würden Ethnologen und Kulturanthropologen folgender Aussage zustimmen: Der Rausch gehört zu den menschlichen Grunderfahrungen und Grundfähigkeiten. In ihm überschreitet er die Enge seines Alltags. In gesunden Völkern weiss der Mensch aber, dass es nur Rauschmomente sind und dass er in den Alltag zurückzukehren hat.

Frage: Wo darf der Mensch heute berauscht sein? Gerade das Konzept der «neuen Süchte» weist darauf hin, dass der Mensch heute berauscht ist. Nur: Darf er es sein, darf er es wollen? Oder rationalisiert er über diesen Zustand und begründet ihn aus dem Lichte seiner beengten Alltagslogik: «Ich tue das, weil...»: und dann folgen die alltagsimmanenten Logeleien?

Eine Reise durch die Jahrtausende würde uns sowohl Himmel wie auch Hölle des Rausches zeigen: Hier von einer Spielsucht trunkene römische Bürger auf ihrem Weg zu Gladiatorenkämpfen, da liebestrunkene Minnesänger im Mittelalter und dort, nur 50 Jahre her, ein von seinem eigenen Führerbild besoffenes Volk wahrlich fasziniert und berauscht von dem Gedanken, die Welt von unwertem Leben frei zu machen.

Rausch und Sucht

Nach Zutt (1975) beginnt Sucht dort, wo die Rückkehr von der Ekstase auf den Weg der eigenen individuellen, alltäglichen Persönlichkeit nicht gelingt, wo die

Disziplin um des Genuss willens aufgegeben wird. Hier beginnt, seiner Meinung nach, aber auch der Verlust des positiven Rauscherlebens. Sucht beginnt also nicht bei der Ekstase, auch nicht bei dem Wunsch danach, ja nicht einmal bei dem Verlangen danach. Ich möchte mit Gregory Bateson hinzufügen: Sucht beginnt, wo der Rausch nicht mehr als eine Gelegenheit, als ein «Geschenk der Götter» angesehen wird, sondern wo der Mensch versucht, den Rausch unter seine eigene, möglichst dauerhafte Kontrolle zu bringen: Beständig in der Zeit- unabhängig vom Ort. Fast könnte man sagen: Wo der Mensch sich über den Rausch erhebt, wo er den Alltag nicht im Rausch für kurze Zeit verlässt, sondern den Rausch umgekehrt zum Bestandteil seines Alltags macht. Daran kann er nicht nur scheitern, daran muss er scheitern.

Rausch und Suchttherapie

Wäre, so darf man fragen, also nicht gesund, wer sich seinen Rausch gönnt, wer sich der Rolle des Rausches in seinem Leben bewusst ist? Bitte bedenken Sie, dass die Einnahme von Rauschmitteln nur einen Weg zu solchen Zuständen darstellt. Dittrich und Scharfetter führen aus, dass es in unserer wie in anderen Kulturen viele nicht stoffgebundene Wege zu solchen Zuständen gibt. Zweifellos befinden sich viele Künstler in der Zeit ihres Schaffens in solch einem Zustand. Wir könnten die Hypothese aufstellen, dass auch viele der sogenannten stoffungebundenen Suchtverhaltensweisen vorübergehend zu solchen Zuständen führen.

Wie steht es nun mit dem Menschenbild der Suchttherapie in Sachen Rausch? Würdigt sie diesen göttlichen Teil des Menschen oder ächtet sie ihn? Es lohnt sich hierzu eine Betrachtung darüber, welches Ideal eines Nichtsüchtigen in Publikationen über nichtstoffliche Süchte zu finden ist. Wie sieht dieses Ideal eines

Mensch aus – und wie steht er zum Rausch:

■ Er löst Probleme adäquat, stets und mit Erfolg. Er ist überhaupt ein nüchterner Problemlöser.

■ Er hat Kontrolle über sich und weicht Problemen nie aus; er liebt es vielmehr, sich Konflikten und Problemen zu stellen und mit ihnen zu ringen.

■ Er sagt nein zu jeder Rauschverführung; er liebt das Leben, aber nie den Rausch.

■ Er ist stets auf der Lauer, um den zahlreichen Rauschverführungen des Lebens zu widerstehen.

■ In Kontakt mit sich selbst trennt er streng zwischen einem guten, nüchternen und wahren Ich und einem falschen, verführbaren und vielleicht doch die Leidenschaft liebenden Ich.

■ Er ist eher misstrauisch gegenüber sich selbst und er vermeidet Menschen, die nicht nüchtern sind wie er.

■ Er gehört, da die Gesellschaft ja weiterhin «versüchtelt» ist, zu den Auserwählten, die der Versuchung widerstanden haben.

Mit anderen Worten: Dieser Mensch hat den Rausch überwunden.

Frage: Ist dieses Konzept eines Ideals nicht selbst ein Rausch? Ist, wer auf diese Weise glaubt, nüchtern zu sein, nicht unentwegt besoffen?

Eine entscheidende Frage zum Thema «Die neuen Süchte» wäre demnach diese: Ab wann trägt ein erweiterter Suchtbegriff zu einer Ächtung des Rauschzustandes oder des Bedürfnisses danach bei? Verführt er so ungewollt zu einer Verleugnung eines kulturanthropologischen Tatbestandes? Und baut er ihn, den Rausch, damit in wahrlich paradoxer Verkehrung seiner positiven Absichten nicht in den Alltag ein? Schreibt er ihn vielleicht einigen Kranken zu, damit der Rest, die Gesunden, davon sauber bleiben?

Die Tatsache, dass das, was ignoriert oder verdrängt wird, so erst sein Unwesen zu treiben beginnt, kennen wir ja aus vielen anderen Lebensbereichen. Diesen Gedanken brauche ich hier nicht zu vertiefen.

Das Suchtkonzept stoffungebundener Süchte

Verabschieden wir uns vom Rausch und wenden uns der Sucht zu. Bei der Diskussion, was Sucht ist, stehen seit Jahrhunderten immer wieder drei Fragen im Zentrum:

1. Ist Sucht eine persönliche Schuld? Damit ist die Verantwortung des Betroffenen angesprochen.

2. Ist Sucht eine Krankheit? Damit ist die Rolle der Heilungsexperten und ihrer Verfahren angesprochen.

3. Bezeichnet Sucht eher die Abhängigkeit von einem bestimmten Mittel, oder steht die innere Suchthaltung im Vordergrund?

Die WHO hat in ihren Definitionen die Abhängigkeit von einem bestimmten Mittel und die daraus ableitbaren Folgen in ihren Krankheitsbegriff aufgenommen und die Beleuchtung der Innenansicht der Sucht, die innere Suchthaltung aus ihren Definitionen herausgenommen. Das war historisch nicht immer so: Vom 17. – 19. Jahrhundert stand ein religiöses Suchtverständnis im Vordergrund: Sucht war Liebe zum Trunk, mithin ein individuell zu verantwortendes Laster. Zwischen 1850 und 1950 fand ein Kampf zwischen dem «Lastermodell» und dem «Krankheitsmodell» statt, der nach Meinung vieler Experten auch heute noch tobt. Offiziell hat das Krankheitsverständnis seit ca. 1950 gewonnen und hat sich auch in entsprechenden Gesetzgebungsverfahren niedergeschlagen. Heute steht dabei ein psychiatrisches Krankheitsmodell in Abkehr von einem rein organisch-biologi-

schon im Vordergrund; eine Wende ist in Sicht.

Für unser Thema erscheint mir folgender Aspekt besonders wichtig zu sein: Mit der Thematisierung der sogenannten neuen Süchte tritt an die Stelle der Fixierung auf den äusseren Teil der Sucht, also auf das Suchtmittel, die Wiederkehr des Inneren. Wie schon im religiösen Suchtzeitalter steht dabei die innere psychologische Haltung des Betroffenen im Vordergrund. Nur ist sie heute, anders als damals, mit dem Krankheitskonzept verbunden. Sucht ist demnach a) eine innere Haltung und b) eine Krankheit. Dieses Konzept bedeutet für viele Betroffene eine grosse Hilfe- es bedeutet aber auch eine grosse Gefahr. Auf beide Seiten möchte ich abschliessend kurz eingehen.

Die Chancen eines erweiterten Suchtbegriffes

Ich glaube, die heilsame Wirkung der Aussage «Ich bin süchtig» muss man selbst erfahren haben, um sie in ihrer Bedeutung zu verstehen. Es bedeutet die Aufgabe des Kampfes mit einem Stoff, oder, wie uns die neuen Süchte lehren, mit einem Verhalten oder auch mit einer Idee. Gregory Bateson weist darauf hin, dass mit der Erkenntnis, süchtig nach etwas zu sein, also mit dieser Art der Benennung eines Problems ein mühevoller Kampf enden kann, den der Betroffene immer schon verloren hat. Kann ich nämlich sagen, dass ich nach Sex, Arbeitserfolg, Romanzen, Dünnssein usw. süchtig bin, dann kann ich mit dieser Sichtweise auch davon ablassen. Noch einmal mit anderen Worten: Mit dieser Aussage kann ich mein süchtiges Verlangen als Teil von mir selbst anerkennen und integrieren statt es zu bekämpfen und dabei zu verlieren.

Nach Meinung vieler Autoren und Autorinnen auf diesem Gebiet verbindet sich damit u. a.:

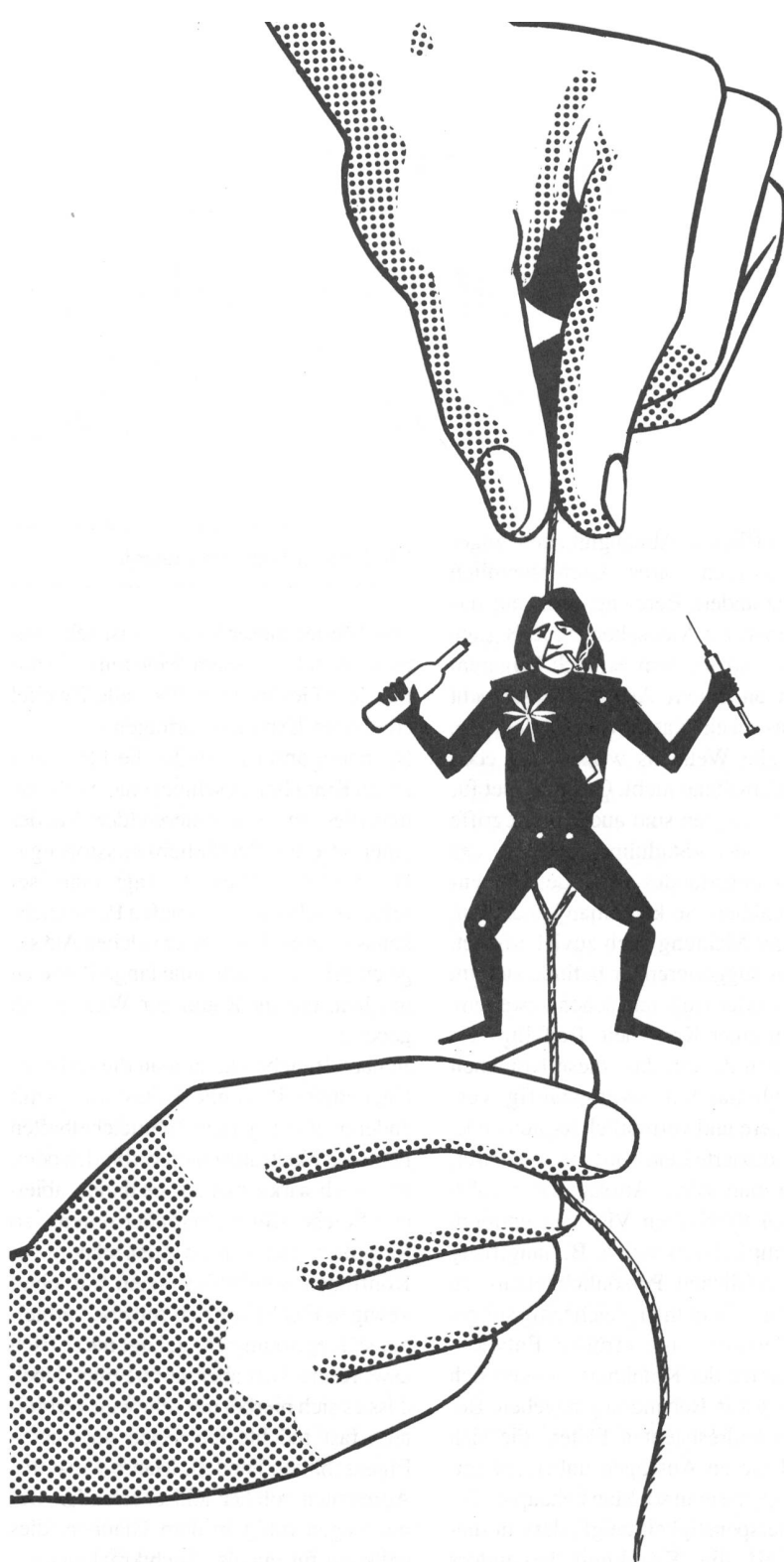
■ Die Erfahrung von innerer Klarheit und Freiheit, im amerikanischen mit dem nicht zu übersetzenden Begriff «Sobriety» bezeichnet.

■ Die Erfahrung, dass ich mit dieser Sichtweise wieder handlungsfähig werde: Ich kann den Kampf beenden – es liegt in meiner Hand.

■ Die Erkenntnis, dass man auch von Ideen abhängig sein kann, z. B. von der Idee einer idealen Partnerschaft.

■ Die Erfahrung, dass man sich mit dem Abschied von süchtigen Illusionen unweigerlich auf die Suche nach der eigenen Moral, nach dem eigenen Wertesystem begibt.

Man beachte, dass die Realisation dieser Chancen eines auf die Innerlichkeit bezogenen stoffungebundenen Suchtbegriffes an folgende Bedingung gebunden ist: Dass nämlich die Diagnose «Sucht» der Betroffene sich selbst stellen muss. Diagnostiker und Diagnostizierter oder, mit anderen Worten, Erkenntnis-Subjekt und Erkenntnis-Objekt sind also identisch! Und damit sind wir bei den Gefahren eines erweiterten Suchtbegriffes: Diese beginnen meiner Meinung nach da, wo solche Diagnose von Menschen über Menschen gestellt werden, vor allem wenn sie im Mantel einer «Objektiven Erkenntnis» daherkommen. Hier tragen alle Sucht-Experten eine grosse Verantwortung. Denn es liegt in der Natur der Sache, dass leidende Menschen, die bei ihnen Hilfe suchen, sie als Autoritäten anerkennen. Und diese müssen wissen, dass sie auf diesem Gebiet auch wirklich Autoritäten sind. Die Gefahr beginnt dort, wo die Idee, dass eine Verhaltensweise Ausdruck einer Sucht sei, nicht mehr als Idee, sondern als Wahrheit propagiert wird. Und wo dieses Wahrheitspostulat mehr Leid beim Betroffenen erzeugt als es Leid mindert. Wie kann dies geschehen?



Anleitung zur Produktion von Leid – ein Leitfaden für Suchttherapeuten

Ich möchte diesen letzten Aspekt meines Beitrages hier einmal mit dem diskreten Charme eines Paul Watzlawick formulieren:

Wie müsste man vorgehen, wenn man mit der Idee einer Suchtdiagnose Leid produzieren wollte? Ich möchte hier 3 einfache Strategien vorschlagen:

1. Die Sprachverwirrstrategie
2. Die Personifizierungsstrategie
3. Die Uniformitätsstrategie

Die Sprachverwirrstrategie

Diese geht auf den Philosophen Ludwig Wittgenstein zurück, der, vereinfacht gesagt, folgender Meinung ist: Wir können erfolgreich Sprachsalat und Verwirrung erzeugen, wenn wir über die Angelegenheit unseres ureigensten Innenlebens so reden, als handele es sich um objektive, jedermann zugängliche Angelegenheiten.

Man gehe nun folgendermassen vor: Man wende Begriffe, die nach bisheriger Übereinkunft ausschliesslich dem Be-

reich stofflicher Abhängigkeiten zugeordnet worden waren, klammheimlich auf ganz andere Bereiche, z. B. auf das Innenleben von Menschen an: Z. B. sage man jemandem, dem es nach längerem Spielen an einem Automaten schlecht geht, das sei ein Kater. Man tue dabei so, als ob alle Welt das wüsste, nur eben dieser Betroffene nicht. Gut geeignet für solche Strategien sind auch die Begriffe «Phase» oder «Stadium» im Sinne des Entwicklungsstandes einer tieferliegenden Krankheit. So kann man jemandem, der seiner Meinung nach zuviel arbeitet, mühelos suggerieren, er befinde sich im «ersten» oder vielleicht schon «zweiten» Stadium einer Krankheit. Beifällig verweise man darauf, dass diese Krankheit sich unbehandelt zwangsläufig verschlechtere und vermutlich tödlich ende. Das produzierte Leid wird um so grösser, je mehr man solche Aussagen mit wahrlich apokalyptischen Visionen garniert. Dazu empfiehlt es sich z. B., langfristig von «verfallenen Persönlichkeiten» zu sprechen, womit man gleichzeitig suggeriert, Personen aus «frühen Entwicklungsstadien der Krankheit» mögen sich schleunigst in Behandlung begeben. Besonders leidresistenten Fällen, die sich von all diesen Aussagen unberührt zeigen, begegne man so: Man behaupte, diese Widerspenstigkeit zeige, dass in diesem Fall die Krankheit besonders hinterhältig sei, was man gerade an dieser Widerspenstigkeit erkennen könne. Damit vermag man in aller Regel eine schon recht tiefsitzende Angst vor der Zukunft zu erzeugen, die man ja später, als Therapeut, wieder entsprechend bearbeiten kann. Ich überlasse es der Phantasie des Lesers bzw. der Leserin, mit welchen Wortspielen er/sie diese Strategie erweitern könnte.

Die Personifizierungsstrategie

Das Muster dieser Strategie ist sehr einfach und sehr wirksam: Man muss sie nur mit dem Gestus eines über alle Zweifel erhabenen Experten vortragen. Nachdem unser Kandidat die Idee einer tiefen Krankheit geschluckt hat, verbinde man dies mit einer weiteren Idee: Mit der einer «tiefen Persönlichkeitsstörung». Die Suchtkrankheit, so sagt man, sei selbst Ausdruck einer «tiefen Persönlichkeitsstörung». Nach einer solchen Aussage empfiehlt es sich, eine lange Pause zu machen, um ihr Raum zur Wirkung zu geben.!

Je nach Belieben kann man die Existenz einer «tiefen Persönlichkeitsstörung» mit anderen nicht gerade schmeichelhaften Persönlichkeitsattributen verbinden oder, was noch wirksamer ist, sie daraus ableiten: Solche «Suchtpersönlichkeiten», so formuliere man z. B., würden ständig vor Konflikten weglaufen, seien auf einer «ewigen Flucht vor sich selbst», verhielten sich egozentrisch, geizig, narzistisch usw. Keinesfalls aber verrate man dabei, dass es sich hierbei um sehr weit verbreitete, fast möchte ich sagen «normale» Eigenschaften handelt. Man belasse den Adressaten solcher leidenschaftlichen Bemühungen ruhig in dem Glauben, dies gelte nur für ihn als «Suchtkranken».

Sollte man/frau es bei seinen/ihren Bemühungen mit einem familien- oder systemtherapeutisch Infizierten zu tun haben, dann weite man diese Darstellungen einfach aus und spreche statt von «gestörten Persönlichkeiten» von «gestörten Familien», denen man/frau dann die gleichen Attribute zuordne. Ich versichere: Wenn derjenige, dem man das vermittelt, auch nur einigermassen leidet und verunsichert ist, zieht man ihn mit solchen Beschreibungen ein gutes Stück weiter nach unten. Und auch hier kann man/frau ggf. betonen, ein Widerspruch gegen diese «Wahrheiten» sei typisch für solche Per-

sonen. Aus dieser Falle kommt er so leicht nicht mehr heraus!

Zur Uniformitätsstrategie fasse ich mich kurz: Mit ihr behaupte man, jede Sucht verlaufe ganz genau gleich: Gleiche Symptome, gleiche Phasen, gleiche Stadien, gleiches Ende. Daraus leite man ab, dass demzufolge auch alle der gleichen Therapie bedürfen. Das erzeugt zwar noch nicht unbedingt Leid, aber es gibt die Möglichkeit, das Spektrum der Personen, bei denen Strategie 1 und 2 angewandt werden können, beliebig zu erweitern. Man braucht nur für ein Gefühl oder ein Verhalten, unter dem jemand leidet, «herausgefunden» zu haben, das sei süchtig – schon hat man ihn im System: Häufiges telefonieren ist Telefonsucht. Langes Fernsehen ist Fernsehsucht. Viel Sex ist Sexsucht. Viele Suchtdiagnosen stellen ist Suchtdiagnosensucht. oder glauben Sie, sehr verehrte Leserin oder sehr verehrter Leser, so etwas gäbe es nicht ?

Literatur

- Bateson, G.: Die Kybernetik des Selbst. Eine Theorie des Alkoholismus. In: Bateson, G.: Ökologie des Geistes. Frankfurt. Suhrkamp. 1988.
- Dittrich, A. u. Scharfetter, C.: Phänomenologie aussergewöhnlicher Bewusstseinszustände. In: Dittrich u. Scharfetter (Hrsg.): Ethnopsychotherapie. Stuttgart. Enke. 1987.
- Zutt, J.: Anthropologie von Rausch und Sucht. In: Steinbrecher, W. u. Solms, H. (Hrsg.): Sucht und Missbrauch. Georg Thieme Verlag, Stuttgart. 1975.

Anschrift des Autors:
Dipl.-Psych. Hans Lieb, Psychotherapeutische Praxis
Rieslingweg 13, 6735 Maikammer

Der vorliegende Beitrag ist die überarbeitete Version eines Referates für die Fachtagung der Fachklinik am Rosenberg, Daun, zum Thema «Die neuen Süchte» am 25. 4. 91. Diese Tagung beschäftigte sich mit den sog. neuen Süchten und deren Behandlungsmöglichkeiten: Spielsucht, Arbeitssucht, Sexsucht usw.

(Aus: SUCHT 6/91)