



Verkommt die Suchttherapie zur Moraltherapie?

Alfred Springer 2007

Warum diese Fragestellung?

An sich ist die Frage der „moralischen Verwaltung der Geisteskranken“ eine alte und sehr zentrale Frage in der modernen Psychiatrie.

Ein historischer Exkurs sei eingangs gestattet.

Am Beginn der modernen Psychiatrie steht die sogenannte Befreiung der Irren Ende des 18. Jahrhunderts durch Ärzte in England, Amerika und Frankreich. Pinel ist bei uns wohl der bekannteste Vertreter dieser neuen auch als philanthropische Wende in der Behandlung der Geisteskranken bezeichnete Entwicklung.

Eng verbunden mit dieser Wende ist die Entwicklung der „moralischen Behandlung“. Positive Darstellungen meinen, dass die Entwicklung dieses Konzepts die Einstellung gegenüber den Geisteskranken entscheidend verändert hätte. In diesem Augenblick seien die Geisteskranken plötzlich in der menschlichen Familie willkommen geheißen worden. Die Verrückten, die manisch-depressiven, all jene Individuen, die an psychischen Störungen litten wurden als Personen, die unter schweren Störungen litten, erkannt, aber dennoch in ihrer vollen Menschlichkeit. Die Einstellung war in Einklang mit den edlen Impulsen der demokratischen Ordnung und mit dem Geist der Unabhängigkeitserklärung, dass alle Menschen gleich geboren seien. Endlich wurden auch die Geisteskranken es für wert befunden, mit Respekt und Anstand behandelt zu werden.

Was war nun unter diesem therapeutischen Zustand zu verstehen? Eine geläufige Definition lautet: Eine Art Milieuthherapie, die im 19. Jhd. entstanden ist und Wert auf religiöse Beeinflussung und wohlmeinende Führung hinsichtlich der Tagesgestaltung aufbaute. Sie war eine frühe Art der Psychotherapie und stand im Gegensatz zu den damals geläufigen somatischen Methoden wie Aderlass und Klistieren.

In den USA war es von den Quäkern entwickelt worden. In der amerikanischen Geschichte der Psychiatrie wird ihm ein bedeutsamer Einfluss auf die Entwicklung der Psychiatrie zugewiesen. Bestimmte Züge dieser Behandlungsform sind bis heute akzeptiertes Rüstzeug in der Versorgung Geisteskranker.

Foucault hat auf die Entwicklung einen kritischen Blick geworfen und die bis heute gefeierte Humanität dieses neuen Zugangs radikal dekonstruiert und damit infrage gestellt.

Er stellte dar, dass Pinels moralische Behandlung eigentlich eine neue Form moralischer Unterdrückung war, die die bis dahin praktizierte physische Unterdrückung ablöste. Das wichtigste Element der Heilung bildete das Geständnis des Kranken: das Eingeständnis einer Täuschung und die Anerkennung eines Irrtums. Die sogenannte "moralische Behandlung" brachte in ihrer idealen Form zwei Personen zusammen: den Arzt und den Kranken. Die Rückkehr zur Vernunft konnte nur dadurch vollzogen werden, indem der Kranke einen vernünftigen Willen internalisierte (bzw. zu ihm zurückfindet) der ihm zunächst fremd - in Gestalt des Arztes - gegenübertritt.

Der Kranke musste die Verrücktheit bei andern erkennen (das heißt das Konzept des Arztes übernehmen), dann in sich selbst, bis er Schuld und Reue verspürte. Obwohl der Arzt über die Prozesse, die dem Verhalten des Kranken zugrunde lagen, nicht ausreichend Bescheid wusste, hatte er nichtsdestoweniger autoritäre Macht und definierte die Geisteskrankheit: „... *der Eingriff des Arztes (vollzieht sich) nicht Kraft eines Wissens oder einer ärztlichen Macht, die er als ihm eigen besäße und die durch ein Gebiet objektiver Kenntnisse gerechtfertigt wäre. Nicht als Gelehrter nimmt der homo medicus seine Autorität im Asyl wahr, sondern als Weiser... als juristische und moralische Garantie*“.

Aus der Beobachtung dieser Verhältnisse zog Foucault den Schluss, dass das “moralische” Asyl kein Ort war, in dem Beobachtung, Diagnose und Therapie frei entwickelt wurde, sondern ein „*juridischer Raum, in dem jemand angeklagt, beurteilt und verurteilt werden konnte*“. In der Person des Arztes spiegelten sich archaische Gestalten wider: Vater, Richter, Familie und Gesetz

Die Umkehrung der Medizin in Justiz und der Therapie in Repression erkannte Foucault als eine der Paradoxien der üblicherweise als philanthrope „Befreiung der Irren“ gehandelten Reformen Pinels.

Und damit komme ich zu meiner konkreten Fragestellung:

Inwieweit und in welcher Gestalt spiegeln sich die Prinzipien der MORALISCHEN Behandlung“ in der aktuellen Philosophie der Suchtbehandlung wider. Sind ihre Spuren den demokratischen Grundregeln angepasst oder bedeuten sie ein Überhängen autoritärer Strukturen. „*Die moralische Behandlung - oder sagen wir jetzt: die therapeutische Beziehung - bewahrt einige entscheidende Züge ihrer Asylnatrix. Stets funktioniert sie ausgehend von einer fundamentalen Ungleichheit zwischen zwei Personen, von denen die eine das Wissen, die Macht und die Norm repräsentiert. Allerdings sind die sichtbaren Grundlagen dieser Privilegien verschwunden...*“

Dass sie ein Element der abstinenzorientierten Behandlung repräsentieren ist ein Faktum, dem ich nicht näher nachgehen möchte. Ich möchte der Frage nachgehen inwieweit und in welcher Gestalt sie auch in alternativen suchtbegleitenden Konzepten präsent sind.

Die Substitutionsbehandlung in ihrer reinsten Form könnte als medizinische Intervention als unabhängig von moralischen Einflüssen gesehen werden. Definiert man Morphinabhängigkeit als somatische Krankheit dann müsste die moralische Einflussnahme nicht weiter gehen als auch sonst bei der Behandlung somatischer Erkrankungen. An sich ist es eine Selbstverständlichkeit, dass der Patient darüber informiert wird, dass sein Arzneimittel ein bestimmtes Wirkungs- und Nebenwirkungsspektrum besitzt und dass es am besten zur Wirkung kommt, wenn es in der verordneten Weise eingenommen wird. In der allgemeinen medizinischen Praxis allerdings gilt es nicht als moralische Verfehlung, wenn der Patient/die Patientin sich nicht an die Vorschläge und Empfehlungen des Arztes hält. Aus gesundheitlichen Gründen kann allerdings ein Arzt auch eine Behandlung abbrechen, wenn die „Compliance“ sich nicht als ausreichend erweist. Im allgemeinen werden jedoch gesundheitsbezogene Vorstellungen sowohl die Empfehlungen der Einnahme als auch das Motiv zum Therapieabbruch steuern.

Thesen:

Auf klinischem Niveau haben die Kontrollelemente und Strategien, die in Substitutionsprogrammen definiert werden, daher zwei Ziele: einerseits das Ziel, die Behandlung möglichst effizient und nach den Regeln guter ärztlicher Praxis zu gestalten und andererseits die Vorgaben des Staates zu erfüllen, die vor allem darin bestehen, die Diversion der Substanzen zu verhindern. Grundsätzlich – und das ist eine international vergleichbare Situation – rücken daher Substitutionskonzepte die Medizinische Ausübung und damit auch die Professionellen in eine Art Staatsdienst. Darin liegt die Gefahr, dass die Medizin zu einer Kontrollagentur des Staates wird. Aus Erfahrungen über das Wesen von Medizin und Psychiatrie im Kontext autoritärer Regimes wissen wir, dass dieses Verhältnis vorsichtig und umsichtig gestaltet werden muss, um Verletzungen von Menschen- und Patientenrechten zu vermeiden. Ich möchte mich in meinem Beitrag einem speziellen, unzureichend behandelten Aspekt widmen – der moralischen Beeinflussung, die in unserem Regelwerk de facto auf Gesetzesweg als Komponente der Substitutionsbehandlung verordnet ist.

Die Gesetzeslage, die derzeit hinsichtlich der Substitutionsbehandlung besteht, verpflichtet alle Beteiligten am Behandlungsprozess, sich als Teilhaber an einem Prozess moralischer Beeinflussung zu verstehen. Insofern ist diese Behandlungsform zu einem einzigartigen therapeutischen System geworden, wo die Konzepte von Überwachung, Kontrolle und Strafe und der Überführung des Patienten in ein "ordentliches" Leben den engen Raum der Psychiatrie verlassen haben und in die Allgemeinmedizin eingedrungen sind.

Allerdings wird in Österreich dem Psychiater innerhalb der Substitutionsbehandlung eine besonderer Stellenwert zuerkannt.

Die Psychiatrie als Lehre und Praxis beinhaltet regelmäßig Komponenten der „moralischen Behandlung“ und ist drauf und dran diese Komponente noch weiter auszubauen. Insofern ist sie ein verlässlicher Bündnispartner geht es um Kontrolle und Überwachung der KlientInnen. Über alle Entwicklungen der Psychiatrie – insbesondere auch der biologischen Psychiatrie – hinweg, blieb ein moralisches Element in ihr enthalten. Der Psychiatriekritiker Robert Castel hat diesen Aspekt besonders hervorgehoben:

„...ich glaube, dass die moralische Behandlung erheblich mehr als eine vorübergehende Episode darstellt, denn sie hat ein praktisches Dispositiv hervorgebracht, das die Matrix für alle künftigen Psychotherapien ausmachen wird. Jenes Dispositiv hat die Bearbeitung des menschlichen Seelenlebens in den Rahmen einer Dienstleistungsbeziehung gestellt. Denn ausgehend von der moralischen Behandlung wird diese „Arbeit“ tatsächlich und gänzlich zur professionellen, d.h. technischen Tätigkeit.“

Allerdings: psychiatrischerseits wurde diese moralische Komponente bereits frühzeitig kritisiert. Pierre Janet, der Zeitgenosse Freuds, selbst in der Salpetriere tätig, in der die Pinelsche Moralthherapie entwickelt wurde, hat den Standpunkt vertreten, dass die moralische Behandlung den Samen für die Entwicklung der Psychotherapie zur Verfügung gestellt habe. Jedoch sei diese Bedeutung vergleichbar mit jener, die das Theriak des Mittelalters für die Entwicklung späterer differenzierter Arzneimittel gehabt habe. Es gelte, aus der groben undifferenzierten Matrix eine Therapie zu entwickeln, die präzise sei, praktikabel und vermittelbar/lehrbar sei.

Vor allem dürfe es nicht lediglich um moralische Beeinflussung gehen. In einer wissenschaftlich gestützten Behandlung sei die Symptomatik der Kranken in einem kontinuierlichen Prozess zu beobachten, ihr Verhalten innerhalb der Krankheit zu verstehen und zu beurteilen und mit den jeweils geeigneten und notwendigen Mitteln zu behandeln.

Die „Moralthherapie“, die nun in unserem Kontext vorgeschrieben wird, orientiert sich an äußerst archaischen Mustern der Methode: Verwalten, Überwachen, Kontrollieren, Ausschließen. Sie ist nicht kompatibel mit dem Anspruch Janets und verliert den Anschluss an moderne Umgestaltungen der „moralischen Therapie“, wie sie als Elemente direkter psychotherapeutischer Methoden, der Methodik therapeutischer Gemeinschaften und auch bestimmter sozialpsychiatrischer Interventionen, sowie in relativ rezenter Gestalt in der Psychoedukation fort bestehen. Vergleicht man die heute aktuellen psychosozialen Konzepte und „milieutherapeutische“ Zugänge (z.B. therapeutische Gemeinschaften) mit den traditionellen Konzepten der moralischen Behandlung erkennt man zwar einerseits Parallelen und Gemeinsamkeiten, zum andern aber wird deutlich, dass insbesondere hinsichtlich der Definition von menschlichen Umweltbedingungen und Ressourcen Unterschiede bestehen.

Als Beispiel dafür kann gelten, dass im 20. Jahrhundert der Hilfe - zur Selbsthilfe - Gedanke entwickelt wurde und dass die Bedeutung der Peer-Group für die Förderung der Gesundheit der PatientInnen erkannt wurde. Dementsprechend besteht auch die Förderung der Selbstkompetenz als zentrale psychotherapeutische Aufgabe. Diese Erkenntnisse beschränkten die Autorität der professionellen Behandler und stellen dementsprechend einen Einbruch in die Allgewalt von Überwachung und Kontrolle dar.

Die prinzipiellen Patientenrechte als Teil der allgemeinen Menschenrechte – Mitbestimmung und Prinzip der informierten und unerzwungenen Zustimmung müssen Teil jedes Therapievertrags sein. Und auch bereits dadurch kann Behandlung nicht nur direktiv / paternalistisch sein, sondern muss gewisse Spielregeln des non-direktiven /non-paternalistischen Prinzips beinhalten.

Die Forderungen an die Substitutionsbehandlung bedeuten hier einen Rückschritt.

Die Regulierungen der Substitutionstherapie repräsentieren paradigmatisch die Umgestaltung der Psychiatrie und nun eben auch der Allgemeinmedizin zum Teil einer politischen Technologie, in der die klassische Internierung durch neue Formen von Institutionen, präventiver Eingriffe und therapeutischer Interventionen ergänzt wird. Sozialarbeiter, Pädagogen, Arbeitgeber, Richter, Polizeibeamte - alle verwalten eine Parzelle sozialer Macht.

Die Abhängigkeit führt den Kranken in einen Prozess, in dem ihm ein Therapievertrag gleichzeitig Ärzte, Sozialarbeiter, Therapeuten, Apotheker, Polizisten, Untersuchungsführer und Richter liefert. Das ist ein Prozess, in dem jede Verfehlung im Leben und jedes Beharren am Symptom zu einem gesellschaftlichen Verbrechen wird, das überwacht, beurteilt und bestraft wird...Insofern wird der Suchtkranke und seine Sucht in einer moralischen Welt eingekerkert, in der zusätzlich die Kompetenz der kontrollierenden Agenten immer komplexer und undurchschaubarer wird.



Es ist gerechtfertigt, davon auszugehen, dass in der Regulierung der Substitutionsbehandlung dem Suchtkranken die traditionelle Position des Geisteskranken in einer Weise zugewiesen wird, die sonst im Diskurs über Psychiatrie zumindest diskutabel scheint:

- a. Der Patient muss seinen eigenen Willen als krank erkennen, er muss sich weiter als Objekt erkennen, das der überdauernden Überwachung bedarf und deshalb auf bestimmte Grundrechte (Verschwiegenheit) verzichten muss. Dazu gehört auch der Zwang zu einer bestimmten Einnahmeform, ohne dass ausreichend verstanden wird, warum der Patient ursprünglich eine andere Form der Einnahme bevorzugt hat.
- b. Er muss den Eingriff in die Gestaltung des Tagesablaufs als therapeutische Intervention akzeptieren.
- c. Er muss sich soweit als „gefährlichen Andern“ erkennen und mit der öffentlichen Einstellung gegenüber Abhängigkeitskranken identifizieren, dass er sich hinsichtlich der Wahrung der Menschenwürde äußerst fragwürdigen Kontrollen unterwirft: Harngewinnung unter Sicht, öffentliche Mundkontrolle in Apotheken, etc. unterwirft.
- d. Immanente Psychiatrisierung.

Die archaische Ausrichtung der österreichischen Variante der moralischen Intervention innerhalb des Substitutionsvertrags verrät sich in bestimmten Aspekten der Regulierung:

1. Ich habe vorhin ausgeführt, dass die Förderung der Freiheit und der persönlichen Kompetenz das entscheidende Kriterium ist, das die moderne moralische Behandlung vom alten Konzept unterscheidet.

Grundsätzlich ist in den allgemeinen Vorstellungen zur Substitution als medizinischer Behandlung der Suchtkrankheit dieser Gedanke ebenfalls enthalten. Von Anfang an wurde hervorgehoben, dass durch die Substitution es dem Patienten möglich wird, ein „normales“ produktives Leben zu führen. Diese Vorstellung muss eine de facto normale Mobilität und Lebensqualität einschließen. In vielen Programmen bestehen sozialtherapeutische Komponenten, die den Entwicklungsprozess der KlientInnen dazu nutzen, diese Normalisierung einzuleiten und die Kompetenz und Mobilität ständig zu erweitern. Eine gebräuchliche derartige Strategie ist die graduelle Ermöglichung von Take-home Dosen nach einem vorgegebenen und dem Patienten bekannten Schema. Überwachung und Kontrolle bleiben zwar dabei die vornehmsten Ziele, andererseits werden sie aber auch in ihrer beschränkenden und die Lebensqualität beeinträchtigenden Bedeutung ernst genommen und dem Klienten die Möglichkeit gegeben, ihre Wirkung dadurch zu reduzieren, dass sie den Regeln folgen. Damit wird ihnen eine bestimmte, wenn auch immer noch begrenzte Fähigkeit zur Selbstverwaltung zugesprochen (zuerkannt).

Diese Möglichkeit verfehlt die österreichische Regulierung, indem die Mitgaberegeln einen gesetzlich vorgegebenen Rahmen nicht überschreiten und die Regulierung der Mitgabe nur äußerst eingeschränkt als Teil des Therapieprozesses zum Einsatz kommen kann. Da ihr aber theoretisch und auch gemäß therapeutischer Evidenz in diesem Prozess eine ganz wesentliche und durch andere Maßnahmen nicht ersetzbare Bedeutung zukommt, schreibt schlicht und ergreifend das Gesetz eine schlechte Behandlung vor, die sich nicht an den Vorgaben der professionellen Qualitätssicherung orientieren darf.

2. Die Fetischisierung der Integration in den Arbeitsmarkt.

Die in unserem Gesetz verfügte Bindung von Mitgabe und Urlaub an den Nachweis einer geregelten Arbeit, wodurch diese zu einer wesentlichen Komponente der Steuerung der Therapie wird, ist ein Aspekt, der einen besonderen Bezug zur moralischen Behandlung aufweist.

Lassen wir einmal Foucault zu Wort kommen:

„Die Arbeit steht bei der moralischen Behandlung an erster Stelle....Die Arbeit besitzt in sich selbst eine Kraft des Zwanges, die allen Formen physischer Unterwerfung überlegen ist und darin besteht, dass die Regelmäßigkeit der Stunden , die erforderte Aufmerksamkeit und die Verpflichtung zu einem Resultat zu kommen, den Kranken von einer geistigen Freiheit lösen, die ihm zum Verderben gereichen würden, und ihn in ein System der Verantwortlichkeit einbeziehen. Die regelmäßige Arbeit muss vom physischen wie vom moralischen Standpunkt aus vorgezogen werden...es gibt nicht Angenehmeres und nichts ist den Illusionen seiner Krankheit mehr entgegen gesetzt....Dadurch kehrt der Mensch wieder in die Ordnung der Gebote Gottes zurück, unter wirft seine Freiheit Gesetzen, die gleichzeitig die der Realität und der Moral sind. ...Im Asyl war allerdings die Arbeit von den Regeln der Produktivität gelöst und diente ausschließlich als moralische Regel. Es handelte sich um die Begrenzung der Freiheit, die Anerkennung einer Ordnung, die Erziehung zur Verantwortlichkeit mit dem alleinigen Ziel, den im Exzess einer Freiheit, die der physische Zwang nur dem Anschein nach begrenzt, verlorenen Geist zur Vernunft zu verändern.“

Verstehen Sie mich bitte richtig. Ich bezweifle nicht, dass der Arbeit eine wesentliche regulierende Funktion zukommt und dass sie auch psychoökonomisch hohen Wert besitzt. Nicht umsonst bin ich Vorsitzender von beruflichen Rehabilitationsprojekten und ich möchte auch von einem Recht auf Arbeit sprechen, für alle, dieses Recht in Anspruch nehmen und wollen. Es ist jedoch verfehlt davon auszugehen, dass es auch jenseits der Arbeitswelt die Möglichkeit persönlichen Wachstums und persönlicher Reifung gibt (etwa Psychotherapie). Weiters ist es inhuman und kontraproduktiv Personen, die aufgrund ihrer Behinderung vom Arbeitsmarkt schwer vermittelbar oder ausgeschlossen sind, noch zusätzlich zu infantilisieren.

3. Infantilisierung und Stigmatisierung.

Der Behandlungsvertrag bedeutet für den Patienten, dass er sich völlig der Autorität und Geltung des Behandlungssystems ausliefert. Er wird auch als psychologisches und nicht lediglich als juristisches Subjekt beherrscht und bestimmt und muss diese existentielle Bedingung noch zusätzlich selbst unterzeichnen. Grundlegend für diese Situation ist eine Unschärfe in der Definition des Wesens der Sucht. Zum einen bezieht die Substitutionsbehandlung ihre Rechtfertigung aus der medizinischen Interpretation der Morphinabhängigkeit, zum andern aber gilt sie als psychophysische Auswirkung eines moralischen Fehlers / Lasters (Verweis auf Kongress Russland).

Dadurch eigenen ihr auch die Inhalte von Straffälligkeit, von moralischer Sanktion und gerechter Bestrafung.

Aus dieser unscharfen Interpretation beziehen die Regeln die Rechtfertigung für ÜBERWACHUNG UND BEURTEILUNG und infantilisierende und teilweise erniedrigende Maßnahmen:

- ❖ Öffentliche Einnahme
- ❖ Öffentliche Einnahmekontrolle
- ❖ Einnahme in Zuckersaft / Limonade
- ❖ Etc....

Dabei besteht keine Erkenntnis, dass diese regelkonformen Maßnahmen gleichzeitig den Prozess behindern, den sie fördern wollen:

Die öffentliche Einnahme und Einnahmekontrolle fördert die Stigmatisierung der Kranken. Es wird damit öffentlich gemacht, dass man ihnen nicht trauen kann, dass sie kontrolliert werden müssen wie kleine Kinder oder wie Tiere.

Die Verweigerung der Selbstverwaltung und Selbstbestimmung führt zur Devianzspirale: Der dänische Forscher Helle Vibeke Dahl hat vor kurzem das so genannte Methadon-Spiel beschrieben. Er hat empirisch beforscht, dass das Tricksen, der Beigebrauch und die schlechte Compliance der SubstitutionsklientInnen letztlich darauf zurückzuführen ist, dass diese darin eine letzte Möglichkeit finden, Autonomie über ihren pharmakologischen Status zu gewinnen, Selbstrespekt und Selbstkontrolle aufrecht zu erhalten und Macht auszuüben, die ihnen durch den Behandlungsvertrag verweigert wird.

Univ. Prof. Dr . Alfred Springer
Boltzmann-Institut für Suchtforschung
am Anton-Proksch-Institut
<http://www.api.or.at/akis/mitarbeiter/springer.htm>

Statement zur Podiumsdiskussion „Suchttherapie zwischen Utopie und Realität“ am 11.10.2007, b.a.s. – Steir. Gesellschaft für Suchtfragen