

Horizonte der Psychiatrie und Psychotherapie  
*Karl Jaspers* – Bibliothek

Michael Musalek

# Ressourcen- orientierte Suchttherapie

Grundlagen und Methoden  
des Orpheus-Programms

**Kohlhammer**

**Kohlhammer**

# Horizonte der Psychiatrie und Psychotherapie – Karl Jaspers-Bibliothek

Herausgegeben von Matthias Bormuth, Andreas Heinz und Markus Jäger

Eine Übersicht aller lieferbaren und im Buchhandel angekündigten Bände der Reihe finden Sie unter:



<https://shop.kohlhammer.de/horizonte>

## Der Autor



© Foto: Inge Prader

Prof. Dr. med. Michael Musalek, Psychiater und Psychotherapeut, war bis 2020 Ärztlicher Direktor des Anton Proksch Instituts, einer der größten Suchtkliniken Europas, hat derzeit den Lehrstuhl für Allgemeine Psychiatrie an der Medizinischen Fakultät der Sigmund Freud Privat-Universität in Wien inne und ist Direktor der Institute für Sozialästhetik und Psychische Gesundheit an der Sigmund Freud PrivatUniversität in Wien und in Berlin. Darüber hinaus war er jahrelanges Mitglied des Führungsgremiums der European Psychiatric Association (EPA) und ist derzeit Mitglied des EPA-Ethics Committee sowie Ehrenmitglied der World Psychiatric Association (WPA). Für seine Leistungen im Rahmen seines medizinischen Wirkens wurde er mit dem Goldenen Ehrenzeichen für Verdienste um die Republik Österreich sowie mit dem Goldenen Ehrenzeichen für Verdienste um das Land Wien ausgezeichnet.

Michael Musalek

# **Ressourcenorientierte Suchttherapie**

Grundlagen und Methoden des  
Orpheus-Programms

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Pharmakologische Daten, d.h. u.a. Angaben von Medikamenten, ihren Dosierungen und Applikationen, verändern sich fortlaufend durch klinische Erfahrung, pharmakologische Forschung und Änderung von Produktionsverfahren. Verlag und Autoren haben große Sorgfalt darauf gelegt, dass alle in diesem Buch gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Da jedoch die Medizin als Wissenschaft ständig im Fluss ist, da menschliche Irrtümer und Druckfehler nie völlig auszuschließen sind, können Verlag und Autoren hierfür jedoch keine Gewähr und Haftung übernehmen. Jeder Benutzer ist daher dringend angehalten, die gemachten Angaben, insbesondere in Hinsicht auf Arzneimittelnamen, enthaltene Wirkstoffe, spezifische Anwendungsbereiche und Dosierungen anhand des Medikamentenbeipackzettels und der entsprechenden Fachinformationen zu überprüfen und in eigener Verantwortung im Bereich der Patientenversorgung zu handeln. Aufgrund der Auswahl häufig angewandeter Arzneimittel besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

Dieses Werk enthält Hinweise/Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Zum Zeitpunkt der Verlinkung wurden die externen Websites auf mögliche Rechtsverstöße überprüft und dabei keine Rechtsverletzung festgestellt. Ohne konkrete Hinweise auf eine solche Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich unverzüglich entfernt.

1. Auflage 2024

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-033728-2

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-033729-9

epub: ISBN 978-3-17-033730-5

## Vorwort zur Reihe

Psychiatrie und Psychotherapie nehmen im Kanon der medizinischen Fächer eine besondere Stellung ein, sind sie doch gleichermaßen auf natur- wie kulturwissenschaftliche Methoden und Konzepte angewiesen. Bereits vor hundert Jahren wies der Arzt und Philosoph Karl Jaspers darauf hin, dass man sich im psychopathologischen Zugang zum Menschen nicht auf eine einzige umfassende Theorie stützen könne. So warnte er entsprechend vor einseitigen Perspektiven einer Hirn- bzw. Psychomythologie. Viel mehr forderte Jaspers dazu auf, die verschiedenen möglichen Zugangswege begrifflich scharf zu fassen und einer kritischen Reflexion zu unterziehen. Diese Mahnung zur kritischen Pluralität gilt heute ebenso, werden sowohl auf neurobiologischem als auch auf psychotherapeutischem bzw. sozialpsychiatrischem Gebiet nicht selten dogmatische Positionen vertreten, ohne dass andere Sichtweisen in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung ausreichend berücksichtigt würden.

Die Reihe »Horizonte der Psychiatrie und Psychotherapie – Karl Jaspers-Bibliothek« möchte die vielfältigen Zugangswege zum psychisch kranken Menschen in knappen Überblicken prägnant darstellen und die aktuelle Bedeutung der verschiedenen Ansätze für das psychiatrisch-psychotherapeutische Denken und Handeln aufzeigen. Dabei können viele Probleme im diagnostischen und therapeutischen Umgang mit den Menschen nur vor dem Hintergrund der zugrundeliegenden historischen Konzepte verstanden werden. Die »Karl Jaspers-Bibliothek« möchte den Leser dazu anregen, in solch pluralistischer und historisch weiter Horizontbildung den drängenden Fragen in Psychiatrie und Psychotherapie nachzugehen, wie sie die einzelnen Bandautoren entfalten werden. Ziel der Reihe ist hierbei auch, ein tieferes Bewusstsein für die begrifflichen Grundlagen unseres Wissens vom psychisch kranken Menschen zu entwickeln.

Oldenburg/Berlin/Kempen  
Matthias Bormuth, Andreas Heinz, Markus Jäger



## Motto

*Geb in der Verwandlung aus und ein.  
Was ist deine leidenste Erfahrung?  
Ist dir Trinken bitter, werde Wein.*

Rainer Maria Rilke:  
Die Sonette an Orpheus II/29 (Fragment);  
Château de Muzot im Februar 1922



# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort zur Reihe</b> .....	<b>5</b>
<b>Motto</b> .....	<b>7</b>
<b>1 Prolog</b> .....	<b>11</b>
<b>2 Ressourcenorientierte Suchttherapie</b> .....	<b>13</b>
2.1 Ressourcen – Begriffsbestimmung, Charakteristika und Eigenschaften .....	13
2.1.1 Ressourcen-orientierte versus Defekt- bzw. Defizienz-orientierte Medizin .....	14
2.1.2 Ressourcendefinitionen in verschiedenen Fachdisziplinen .....	16
2.1.3 Fähigkeiten, Potentiale, Reserven und Ressourcen ....	24
2.2 Entwicklungen von Ressourcenmodellen/-klassifikationen ...	27
2.2.1 »Subjektive« und »objektive« Ressourcen .....	27
2.2.2 Ressourcentheorien – Konzepte, Modelle und Ordnungen .....	28
2.3 Ressourcenorientierte Suchtdiagnostik in der klinischen Praxis – Ressourcenklassifikation in zwölf Kategorien .....	37
2.3.1 Kognitive (noopsychische) Ressourcen .....	39
2.3.2 Emotionale (thymopsychische) Ressourcen .....	41
2.3.3 Körperliche Ressourcen .....	46
2.3.4 Interaktionelle bzw. kommunikative Ressourcen ....	48
2.3.5 Soziale Ressourcen .....	53
2.3.6 Possessionale Ressourcen .....	54
2.3.7 Spirituelle Ressourcen .....	55
2.3.8 Kupidale bzw. expektative Ressourcen .....	57
2.3.9 Volitionale bzw. motivationale Ressourcen .....	59
2.3.10 Fiktionale (optative) Ressourcen .....	62
2.3.11 Ästimatorische Ressourcen – Ressourcen der Wertschätzung .....	63
2.3.12 Ästhetische Ressourcen – Ressourcen des Schönen ...	66
2.3.13 Anhang: »Rekreative Ressourcen« – Ressourcen der Erholung .....	74

2.4	Ressourcenorientierte Therapie – Auf dem Weg zur Kultivierung des Lebens und Erlebens .....	75
2.4.1	Ressourcenerkennung und -aktivierung .....	75
2.4.2	Ressourcenentfaltung und -entwicklung .....	80
2.4.3	Ressourcenschaffung, -transfer und -kultivierung .....	81
<b>3</b>	<b>Das Orpheus-Programm .....</b>	<b>84</b>
3.1	Ausgangssituation und Grundlagen .....	84
3.1.1	Hauptprobleme in der herkömmlichen Suchtbehandlung .....	84
3.1.2	Erste Ideen – Ein- und Ausgangsüberlegungen zum Orpheus-Programm .....	88
3.2	Namensgebung .....	91
3.2.1	Orpheus – der große Sänger der Antike .....	91
3.2.2	Orpheus und die Sirenen .....	96
3.3	Theoretische Basis und Grundprinzipien .....	98
3.3.1	Sozialästhetik als Wissenschaftsfeld .....	100
3.3.2	Sozialästhetik als Wissenschaftsmethode und Denkform .....	102
3.3.3	Angewandte Sozialästhetik in der Suchtbehandlung ..	106
3.4	Therapieziele des Orpheus-Programms .....	113
3.4.1	Autonomes Leben .....	115
3.4.2	Freudvolles Leben .....	119
3.5	Ressourcenorientiertes modulares Therapieprogramm in Theorie und Praxis .....	126
3.5.1	Grundlegendes und Besonderheiten in der praktischen Umsetzung des Orpheus-Programms .....	126
3.5.2	Orpheus-Behandlungsmodule .....	128
<b>4</b>	<b>Epilog .....</b>	<b>136</b>
<b>5</b>	<b>Literatur .....</b>	<b>139</b>



# 1 Prolog

Die herkömmlichen Behandlungsangebote für psychisch kranke Menschen im Allgemeinen und für Suchtkranke im Besonderen sind allesamt im Wesentlichen defizienzorientiert (Priebe et al. 2014). Suchtkrankheit wird dabei in der Regel als ein psychischer Defekt verstanden, in dessen Zentrum die Unfähigkeit steht, bestimmte Verhaltensweisen bzw. den Gebrauch von psychotropen Substanzen mit Suchtpotential nachhaltig kontrollieren zu können. Dieser als »Kontrollverlust« benannte zentrale Defekt von Suchtkranken steht in engem Zusammenhang mit weiteren Defekten bzw. Defizienzen, wie zum Beispiel einem nicht bzw. kaum zu widerstehendem inneren Verlangen und Drängen nach dem Suchtmittel oder bestimmten Suchtverhaltensweisen, der Entwicklung einer Toleranz der Suchtmittelwirkung bzw. dem süchtigen Verhalten gegenüber, die üblicherweise mit einer Dosissteigerung einhergeht und/oder dem Erscheinen von Entzugssymptomen, die sich dann entwickeln, wenn der Suchtmittelkonsum einen kritischen Wert unterschreitet beziehungsweise, wenn man bestimmten Verhaltensweisen nicht mehr in ausreichendem Maße nachkommt (ICD-10 1993).

An diese eng mit dem zentralen Phänomen des Kontrollverlustes in Verbindung stehenden Defizienzen, die in ihrer Gesamtheit auch als Kernsymptomatik von Suchterkrankungen angesehen werden, reihen sich dann in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle meist noch andere psychische, soziale und körperliche Beeinträchtigungen bzw. Symptomkonstellationen, die zwar nicht als unmittelbare Zeichen der Suchtkrankheit selbst angesehen werden, die aber doch eng mit dem Suchtgeschehen vergesellschaftet sind und daher als »Komorbiditäten« (Lindemeyer 2011, 2018; Petry 2005) bezeichnet werden. Beispiele hierfür wären depressive Störungen, Angststörungen, psychotische Erscheinungsbilder, Schlafstörungen, Persönlichkeitsstörungen, hoch beeinträchtigende psychosoziale Störungen bzw. Probleme und/oder verschiedenste körperliche Erkrankungen. Diese »Komorbiditäten« stehen den Suchterkrankungen nicht nur gleichsam als Begleiter zur Seite, sondern sie sind vielmehr eng mit dem Suchterkrankungsgeschehen verwoben, entweder indem sie das Suchtverhalten selbst mitauslösen bzw. (mit-)bedingen oder indem sie als Folgeerscheinung von übermäßigem Suchtmittelgebrauch das Suchtverhalten selbst mitaufrecht erhalten.

All diese Charakteristika von Suchterkrankungen und der ihnen assoziierten Störungen werden dabei als Defizienzen, Defekte oder Defizite, als Schäden, Fehler, Mangelzustand oder Fehlfunktionen verstanden. Es ist heute unüblich geworden, in medizinischen Aufsätzen oder Vorträgen direkt von Defekten oder Defiziten zu sprechen, viel häufiger hört und liest man die etwas milder anmutende Ausdrucksform »Defizienz«, ein Lehnwort aus dem Englischen, wo Defektzustände und

Defizite als »deficiencies« bezeichnet werden. Da es nun in der deutschsprachigen Medizin üblich wurde, von Defizienzen zu sprechen, wird im Folgenden auf die eigentlich korrekte Bezeichnung »Defekt« bzw. »Defizit« verzichtet und dort, wo von einer sich an Defekten und Defiziten orientierenden Medizin die Rede sein wird, diese als eine »Defizienz-orientierte« ausgewiesen.

Die herkömmliche Medizin geht davon aus, dass das Normale im Sinne einer Idealnorm im völligen Funktionieren des Systems besteht, während Abweichungen von diesem Idealzustand als »Störungen«, »Fehlfunktionen« bzw. »Mangelercheinungen« aufgefasst werden. Eine solche defizienzorientierte Herangehensweise an Krankheitsgeschehen steht im krassen Gegensatz zu einer dynamisch-systemischen Sichtweise, bei der Krankheit als eine der möglichen Antworten eines lebendigen Systems auf die vielfältigen Herausforderungen der Lebenswelt (Schipperges 2001; Canguilhem 2017) angesehen wird und demnach im diagnostischen und therapeutischen Prozess nicht nur den Unfähigkeiten und Fehlerhaftigkeiten des von Krankheit Betroffenen Aufmerksamkeit geschenkt wird, sondern vor allem auch seinen besonderen Fähigkeiten und Möglichkeiten, sich den Gegebenheiten seiner Lebenswelt zu stellen.

Das Orpheus-Programm als Prototyp eines ressourcenorientierten Behandlungsprogramms fokussiert demnach nicht nur auf die Mängel und Defizienzen, sondern vor allem auch auf die Fähigkeiten und Potentiale von an Suchtkrankheit Leidenden. Dieses vom Autor entwickelte und dann gemeinsam mit den Mitarbeitern des Anton Proksch Instituts Wien in die Praxis umgesetzte Behandlungsprogramm steht damit für einen Paradigmenwechsel in der Suchtbehandlung von einer sogenannten »Indikationsmedizin«, die auf die Behandlung von Suchtkrankheiten (»Indikationen«) ausgerichtet ist, hin zu einer human-basierten Medizin, wo der an einer Krankheit leidende ganze Mensch zum Maß aller therapeutischen Bemühungen erklärt wird (Musalek 2015a).

## 2 Ressourcenorientierte Suchttherapie

### 2.1 Ressourcen – Begriffsbestimmung, Charakteristika und Eigenschaften

Ressourcenförderung, Ressourcenorientierung, Stärkeorientierung, Kompetenzförderung und Ressourcenentwicklung sind Begriffe, die man seit der Jahrtausendwende immer häufiger in Fachpublikationen zur Behandlung von psychisch Kranken antrifft. »Ressource« wurde vor allem in den letzten beiden Jahrzehnten im deutschen Sprachraum gleichsam zu einem »Zauberwort« (Schemmel und Schaller 2013), die Erforschung von Ressourcen und deren Einsatz in der klinischen Praxis zu einem »Modethema« (Willutzki 2013). Ressourcenorientiertes medizinisches Handeln ist aber bei weitem keine Erfindung des zwanzigsten bzw. einundzwanzigsten Jahrhunderts. Schon weit früher wurde da und dort in der Behandlung von Kranken ressourcenorientiert vorgegangen, ohne diese Maßnahmen noch explizit als »ressourcenorientiert« oder »ressourcenfördernd« auszuweisen. Als erste Beispiele von westlichen Medizinformen, die sich vornehmlich auch an Ressourcen orientierten, können die ganzheitsmedizinischen Behandlungsansätze von Hippokrates, Galen und Paracelsus genannt werden (Musalek 2008a).

In der von Hippokrates und seinen Schülern entworfenen Medizin erscheint der Mensch als ein Ganzes, als beseelter Leib, dessen Gesundheit es zu erhalten bzw. wiederherzustellen gilt. Die Aufgabe des Arztes besteht für Hippokrates nicht nur darin, im Krankheitsfall mittels genauer Anamneseerhebung und klinischer Beobachtung die richtige Diagnose und auf deren Basis das entsprechende Therapieverfahren zu wählen, sondern wesentlich auch darin, im Bereich der Gesundheitserhaltung präventiv tätig zu werden, indem ein gesunder Lebensstil gefördert wird, im Rahmen dessen die körperlichen, psychischen und sozialen Ressourcen des Einzelnen gestärkt werden. Hippokrates zählt daher gemeinsam mit Pythagoras zu den Urvätern einer auf gesunde Ernährungs- und Lebensweisen ausgerichteten und damit auch ressourcenorientierten ganzheitlichen Medizin (Leitzman et al. 2009).

Für Galen (Galenos von Pergamon oder auch Aelius Galenus), der den Menschen, ebenso wie sein Lehrer Hippokrates, als eine Leib-Seele-Einheit sieht, gibt es fließende Übergänge zwischen Gesundheit und Krankheit, wobei er zwischen *sanitas*, dem Zustand der Gesundheit, *aegritudo*, dem des Krankseins, und einem »Übergangsstadium«, *neutralitas*, unterscheidet. *Neutralitas* ist für ihn jener Zustand, in dem wir uns üblicherweise befinden, während *sanitas* als ein anzustrebender Zustand vor uns liegt. Ähnliche Überlegungen liegen auch der heute gültigen

Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1948) zugrunde, wenn dort gefordert wird, dass Gesundheit nicht nur die Abwesenheit von Krankheit (»neutralitas«) ist, sondern erst bei einem völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefinden (»Wohlsein« – »well-being« – »sanitas«) erreicht wird. Ein solches völliges Wohlbefinden bleibt uns im täglichen Leben aber natürlich unerreichbar, zumindest kann es nie dauerhaft erlebt werden. Trotzdem ist es als ein orientierungsschaffendes Konstrukt im Hinblick auf präventive, gesundheitserhaltende und therapeutische Maßnahmen unverzichtbar. Der Weg ist hier das Ziel. Um diesen Weg beschreiten zu können, brauchen wir den Einsatz unserer Ressourcen. Für Galen sind es zum einen *res naturales* (physiologische Faktoren wie z. B. Blut und Körpersäfte oder die im Körper wirkende Kräfte, *virtus animalis*, *virtus spiritualis* und *virtus naturalis*) sowie zum anderen sechs *res non naturales* (*aer* – Licht und Luft, *cibus et potus* – Speise und Trank, *motus et quies* – Arbeit und Ruhe, *somnus et vigilia* – Schlaf und Wachen, *secreta et excreta* – Absonderungen und Ausscheidungen und *affectus animi* – Anregung des Gemüts), die uns Menschen Gesundsein im Sinne der *sanitas* ermöglichen, wobei die *res non naturales* für ihn all jene Faktoren sind, die in einem balancierten Verhältnis für ein gesundes Leben verantwortlich zeichnen. Sie entsprechen dem, was auch heute noch immer als fundamentale Grundlagen für Ressourcen zur Gesundheitsförderung angesehen wird: maßvolle Bewegung, Rhythmisierung des Alltags, ausgewogene Schlaf-Wach-Abfolge, gesundheitsförderliche Speisen sowie positive Emotionen und Affekte (Steiner 2016).

Der unter dem Namen Paracelsus bekannt und berühmt gewordene Arzt Philipus Aurelius Theophrastus von Hohenheim beschreibt in seiner in der ersten Hälfte des 16. Jahrhunderts verfassten medizinischen Schrift *Von der Bergsucht und anderen Bergkrankheiten* nicht nur, wie man Lungenkrankheiten von Bergbauarbeitern behandeln kann, sondern fokussiert im Besonderen auch auf all jene Handlungen, die erforderlich sind, um prophylaktisch die Widerstandskraft derselben zu erhöhen. Dabei werden Lebensstiländerungen sowie Diätvorschriften und Schwitzbäder zur Ressourcengenerierung als wesentliche präventive Maßnahmen hervorgehoben (Duffin 1999; Kelly 2008). Sowohl in der antiken wie auch in der mittelalterlichen Medizin spielen demnach ressourcenorientierte Präventions- und Therapieansätze eine zentrale Rolle. Erst später mit den zunehmenden Erfolgen von medizinisch-technischen Behandlungsmethoden wird in der Neuzeit der Hauptfokus immer stärker auf die Behandlung von Krankheiten ausgerichtet, womit die vorerst im Wesentlichen ressourcenorientierte prophylaktische Medizin zugunsten einer defizienzorientierten Medizin weitgehend in den Hintergrund gedrängt wird.

### 2.1.1 Ressourcen-orientierte versus Defekt- bzw. Defizienz-orientierte Medizin

Ressourcen-orientierte Medizin und Defekt- bzw. Defizienz-orientierte Medizin werden heute oft als Gegenpole aufgefasst (Willutzki 2013), die sich unvereinbar gegenüberstehen. Letztere folgt im Wesentlichen einer »pathogenetischen Tradition« (Antonovsky 1997; Udris et al. 1992) bzw. »klinifizierenden Sichtweisen« (Bastine und Tuschen 1996) und stellt Defizite, Schädigungen, Störungen sowie