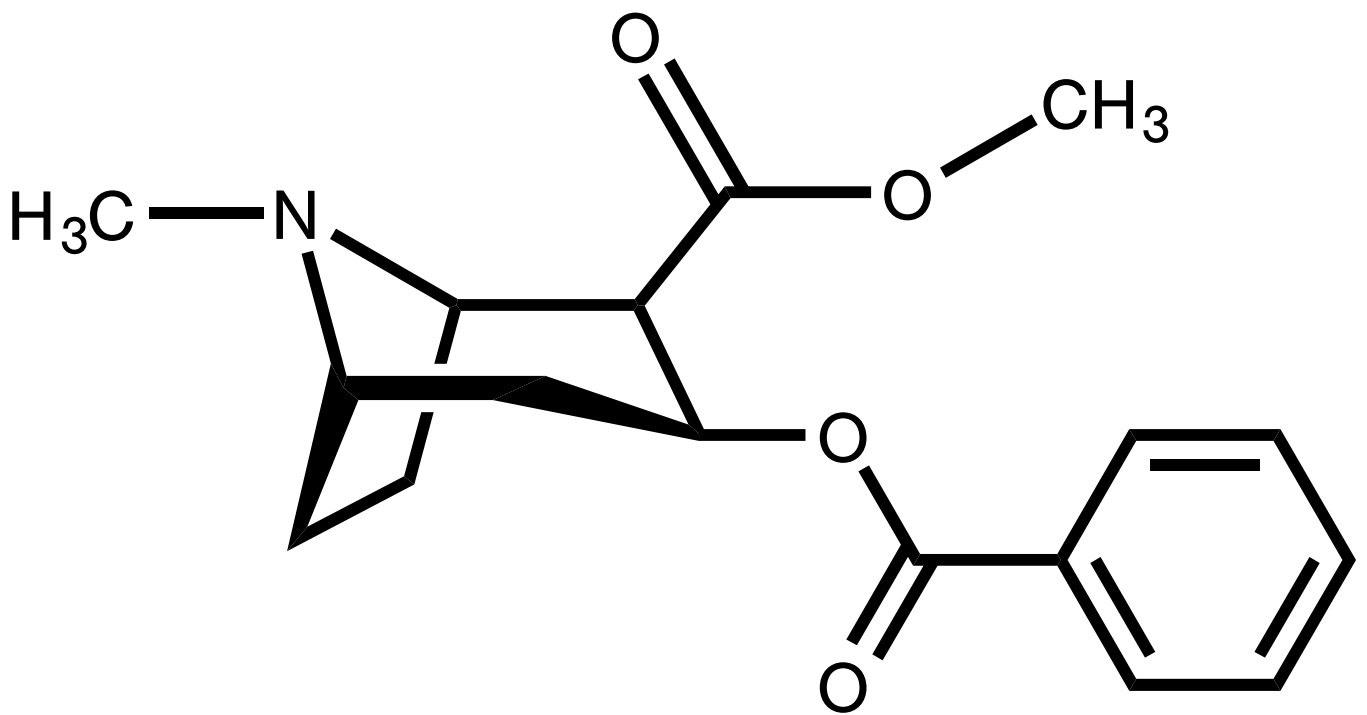


SUCHT



Themenschwerpunkt Kokain

Wir danken unseren Spender*innen

Elfriede Aschbeck, Wien
Dkfm. Günter Baumgartner, Wien
Reinhard und Rosemarie Burndorfer
Beate Cerny, Wien
René Ferrari, Leonding
Andreas und Petra Hofinger
Robert Kopera, Reisenberg
Ingeborg Kühntreiber
Robert Maurer
Dr. Günther Mittendorfer, Linz
Gesine Muschl, Maria Enzersdorf
Elisabeth Ringhofer-Koller
Lisa Maria Steindl
Manfred und Christine Stiller
Marco Tatschl
Astrid Thürriedl
Dr. Alfons Willam, Wien



Partner des **Grünen Kreises**
Die **Niederösterreichische Versicherung** unterstützt die Arbeit des **Grünen Kreises**.
»Menschen, die wieder ein selbstbestimmtes Leben ohne Abhängigkeit führen wollen, brauchen vielfältige Unterstützung, um ihre Krankheit zu besiegen. Als Partner des **Grünen Kreises** nehmen wir unsere soziale Verantwortung in der Gesellschaft wahr und leisten damit unseren Beitrag, den Betroffenen auf dem Weg aus der Sucht zu helfen.«
Niederösterreichische Versicherung AG
www.noever.at
Herzlichen Dank im Namen aller Klient*innen des Vereins Grüner Kreis!

Unterstützen & Spenden

Helfen Sie uns helfen!

Mit Ihrer Unterstützung können wir gemeinsam dazu beitragen, suchtkranken Menschen einen Weg aus der Sucht zu ermöglichen. Ihre Spende wird zur Weiterentwicklung von Projekten & Programmen im **Grünen Kreis** verwendet.
Bitte verwenden Sie für Ihre Spende die
HYPO NOE
Landesbank für Niederösterreich und Wien AG
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222
BIC HYPNATWW
oder fordern Sie bei
spenden@gruenerkreis.at
einen Zahlschein an.
Weitere Informationen finden Sie auch auf
www.gruenerkreis.at
im Bereich »Spenden & Sponsoring«.

Impressum

Erklärung über die grundlegende Richtung gem. § 25 Mediengesetz vom 12.6.1981:

Das Aufgabengebiet des **Grüner Kreis**-Magazins bildet die Berichterstattung zur Prävention suchtzindizierter Probleme im Allgemeinen, die wissenschaftliche Aufarbeitung der Abhängigkeitsthematik sowie Informationen über die Tätigkeit des Vereins **Grüner Kreis**.

Das **Grüner Kreis**-Magazin erscheint viermal jährlich in einer Auflage von je 30.000 Exemplaren

Medieninhaber: **Grüner Kreis**, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen

Herausgeber: Verein **Grüner Kreis**

Geschäftsführer: MMag. Dr. Martin Kitzberger

Redaktion: MMag. Dr. Martin Kitzberger, Dr. Jürgen Fuchshuber, BSc MSc, Andreas Eilenstein, Romana Chytra

Eigenverlag: **Grüner Kreis**, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen

Alle: 1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103

Tel.: +43 (0)1 5269489 | **Fax:** +43 (0)1 5269489-40

redaktion.sucht@gruenerkreis.at | www.gruenerkreis.at

Layout: Andreas Eilenstein

Anzeigen: Sirius Werbeagentur GmbH

Druck: Ferdinand Berger & Söhne Ges.m.b.H.

Diese Ausgabe entstand unter Mitwirkung von:

Matthäus Willeit, Ana Weidenauer, Harald Sitte, Katharina Sturm, Kenneth M. Dürsteler, Adrian Guessoum, Christine Garfath, Thomas Schwarzenbrunner, Deborah Andres, Evelin Mahlknecht, Regina Agostini, Bettina Schützhofer, Günter Knessl, Timo Bonengel, Kurt Neuhold und Klient*innen des Vereins **Grüner Kreis**

Bildquellennachweis: Cover: Leonid Andronov – stock.adobe.com; Fotos Seite 4: 12: Uolir – stock.adobe.com; 14: greentellect – stock.adobe.com; 18: lissbetha – stock.adobe.com; 28: Calado – stock.adobe.com; 6: Wikimedia Commons - Created by Wolfgang Beyer with the program Ultra Fractal 3
Profildfotos: privat, wenn nicht anders gekennzeichnet

Gender-Hinweis: Die Redaktion greift grundsätzlich nicht in die Texte der Gastautor*innen ein. Sofern sich eine Autorin oder ein Autor für die Verwendung des generischen Maskulinums entscheidet, soll damit keine Bevorzugung des Männlichen und insbesondere keine Diskriminierung des Weiblichen zum Ausdruck kommen. Die gewählte Form dient allein der besseren Lesbarkeit des Textes resp. einer leichteren Verständlichkeit seines Inhalts.

Helfen Sie uns helfen!

Sucht ist eine Krankheit, unter der alle Familienmitglieder leiden. Die Suchtgefährdung der Kinder, die in ihrer eigenen Familie schon mit diesem Problem konfrontiert sind, ist um ein Vielfaches erhöht. Rechtzeitige Hilfe verhindert langfristige Probleme. Unsere Präventionsarbeit verhindert, dass die Kinder von heute die Suchtkranken von morgen werden.

Geben Sie Sucht keine Chance - unterstützen Sie unsere Ziele durch Ihre Spende!

Verein **Grüner Kreis** | NÖ Landesbank-Hypothekenbank AG
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222 | BIC HYPNATWW





Geschätzte Leser*innen!

Gemäß dem Bericht zur Drogensituation in Österreich 2023 (nationaler »Drogenbericht« BMSGPK, Busch et al., GÖG 2024 i.A. der EBDD) wird die Lage in unserem Land als relativ stabil beschrieben. Im Bereich der illegalen Drogen besteht zwar ein kaum verändertes Konsumverhalten, es wird allerdings festgestellt, dass tödliche Überdosierungen - gerade unter jungen Menschen - zunehmen! Und dies, obwohl sich die stabile Lage der Drogensituation in Österreich auch beim Anteil der jüngeren Konsument*innen abbildet. Wenig verwunderlich dominiert in Österreich der Cannabiskonsum, wobei der multiple und problematische bzw. risikoreiche Konsum in Summe vorherrscht, insbesondere die Beteiligung von Opioiden.

Weil die illegale Droge Kokain bezüglich der Behandlungsrelevanz unter den Stimulantien laut dem aktuellen »Drogenbericht« hervorsticht, hinsichtlich der medizinischen Behandelbarkeit aber den Opioiden hinterherhinkt, bildet Kokain den Themenschwerpunkt der 130. Ausgabe des Magazins SUCHT. Aus mehreren wichtigen Betrachtungswinkeln ist es wert, diese Substanz näher unter die Lupe zu nehmen. Kokain war als zeitlich jüngere und noch nicht als Droge erkannte Substanz - im Gegensatz zu Morphinium - bereits zu Freuds Wirkungsanfängen gegen Ende des 19. Jahrhunderts nicht als »Therapiemittel« für Konsument*innen geeignet. Ein relevanter Aspekt der verhängnisvollen Geschichte dieser illegalen Droge, wie im Magazin erfahrbar wird.

Kokain ist als Leitdroge mittlerweile zu gut 20 Prozent bei der Erstbehandlung relevant, wie die neueren Entwicklungen zeigen. Auch bei »Check it« liegt Kokain beim anonymen Drug Checking auf Platz 1, wie wir erfahren. Das Extrakt aus den Kokablättern macht sich darüber hinaus nicht nur ansteigend im Abwasser bemerkbar, wie im März 2024 vom Labor des Instituts für Gerichtliche Medizin (GMI) in Innsbruck verlautbart wurde, sondern auch vermehrt in Behandlungseinrichtungen für suchtkranke Menschen. Aus diesem Grund soll uns insbesondere die Behandelbarkeit der Kokainabhängigkeit interessieren. Die Suchtmedizin verfügt nach wie vor leider nur über therapeutische Ansätze, aber keine nachweislich wirksame psychopharmakologische Behandlung - im Gegensatz zur Opioidsubstitution. Ein medikamentöser State-of-the-Art-Ansatz fällt somit als Bestandteil der methodenkomбинierten Behandlung derzeit bedauerlicherweise noch aus.

In eigener Sache freut es mich abschließend zu erwähnen, dass ich den Staffelstab von Dir. Alfred Rohrhofer mit 1. Mai 2024 als Geschäftsführer des Vereins Grüner Kreis übernommen habe, den dieser nun nach 40 Jahren intensivster Dienste für den Verein und dessen unumstößlichen Zweck, suchtkranken Menschen eine echte Alternative und professionelle Hilfe anzubieten, geleitet hat. Viele erfahrene Mitarbeiter*innen und Kolleg*innen sind mit mir bemüht, diesen Weg weiter zu beschreiten. Dafür möchte ich allen danken. Meine Redaktionskolleg*innen und ich führen das Magazin SUCHT nach bestem Wissen weiter. Halten Sie nun auch uns die Treue!

Martin Kitzberger

Der Grüne Kreis dankt seinen Kooperationspartner*innen

Mit finanzieller Unterstützung des



Arbeitsmarktservice
Niederösterreich

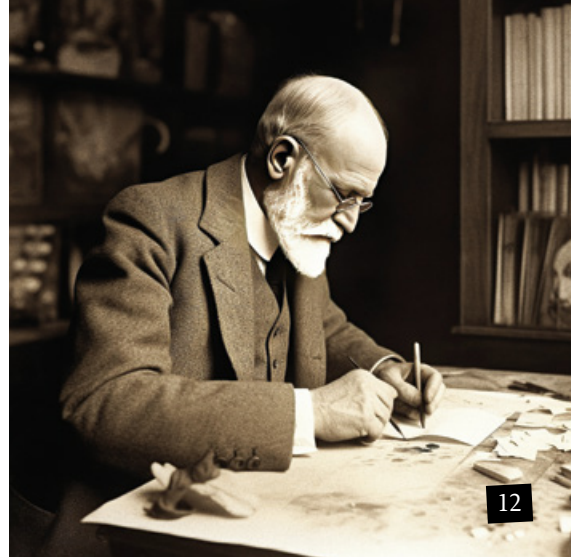


Sucht- und Drogen
Koordination Wien

Für die
Stadt Wien



14




12



18

A background featuring a complex, colorful fractal pattern in shades of blue, orange, and yellow, resembling a Mandelbrot set. The pattern is intricate and self-similar, creating a sense of depth and complexity.

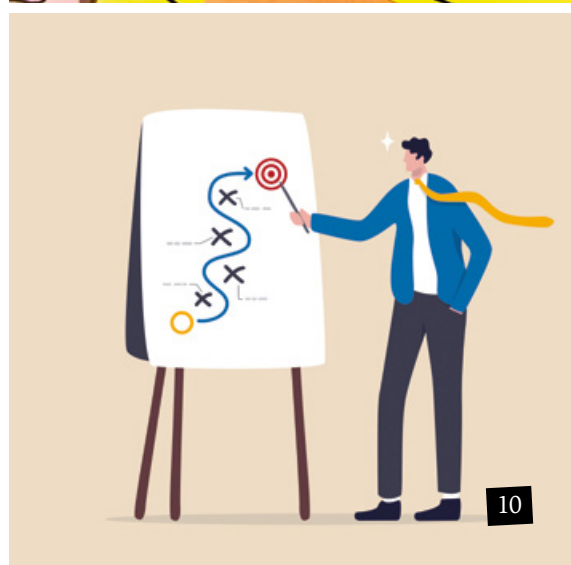
 **POSTGRADUATE
MEDICAL UNIVERSITY OF VIENNA**
Substance Use Disorders

Master Course of Substance Use Disorders

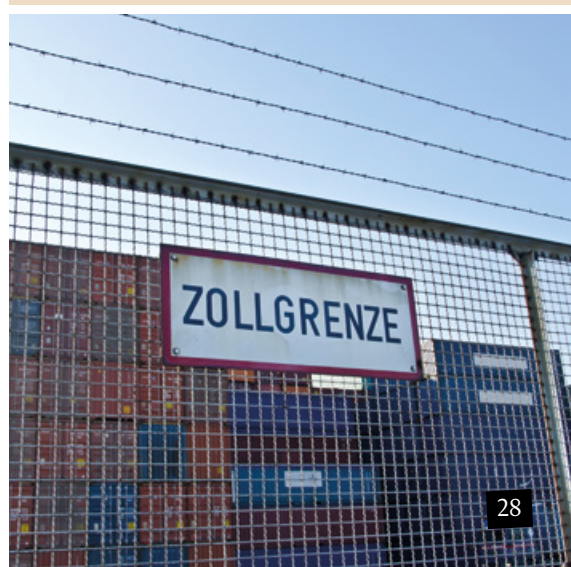
Interdisciplinary Postgraduate
Master University Course (MSc)

www.meduniwien.ac.at/mc-sud

6



10



28

Inhalt

3 Editorial
MMag. Dr. Martin Kitzberger

Themenschwerpunkt

6 Neurobiologische Aspekte des Kokainkonsums
Matthäus Willeit, Ana Weidenauer und Harald Sitte

Themenschwerpunkt

8 Interview mit »checkit!«
Katharina Sturm

Themenschwerpunkt

10 Therapie der Kokainabhängigkeit
Kenneth M. Dürsteler und Adrian Guessoum

Themenschwerpunkt

12 Freud und das Kokain. Vom Zaubermittel zur Jugendsünde
Christine Garfath

Themenschwerpunkt

14 Eine „Welle von Kokain“ schwappt über Europa ...
Thomas Schwarzenbrunner

16 Unser Betreuungsangebot

18 Bindungsbasierte Emotionsregulation bei Suchterkrankungen
Deborah Andres

20 Spurensuche
Betroffene berichten über ihre Erfahrungen mit Kokain

22 Auf der Suche nach Balance zwischen Risikoreduktion und Resilienzförderung
Evelin Mahlknecht

24 Psychotherapeutische Behandlung von Menschen in Substitutionstherapie - ein Erfahrungsbericht
Regina Agostini

26 Führerschein und Substitution
Bettina Schützhofer und Günter Knessl

Themenschwerpunkt

28 Kokain und der Krieg gegen die Drogen in den USA
Timo Bonengel

30 Die »Royal Oman Police« zu Gast in der Sonderkrankenanstalt Marienhof
Beitrag der GK-Magazin Redaktion

31 Maecenas Anerkennungspreis für die fitforlife-Literaturinitiative
Kurt Neuhold

Neurobiologische Aspekte des Kokainkonsums



von Matthias Willeit,
Ana Weidenauer und Harald Sitte

Das Alkaloid Kokain wird aus der in Südamerika heimischen Kokapflanze gewonnen. Dort wurden Kokablätter wegen ihrer antriebs- und leistungssteigernden Wirkung bereits in präkolumbianischer Zeit gekaut. Heute wird Kokain durch chemische Prozesse aus der Pflanze extrahiert und meist in Form eines weißlichen Pulvers („Schnee“), das Kokain in hohen Konzentrationen enthält, weltweit als illegale Substanz exportiert. In vielen Ländern zählt Kokain zu den am häufigsten konsumierten Freizeitdrogen. Einige Besonderheiten der Substanz führen dazu, dass der Konsum zu einem medizinisch relevanten Problem werden kann und ein gewisser Anteil der Nutzer:innen eine Kokain-Gebrauchsstörung entwickelt.

Neurochemie

Auf neurochemischer Ebene wirkt Kokain vor allem durch eine Hemmung von sogenannten Monoamin-Transportern an Nervenzellen in subkortikalen, also tief liegenden Gebieten des Gehirns. Monoamine – die wichtigsten von ihnen sind Dopamin, Serotonin und Noradrenalin – sind Botenstoffe, die chemische Signale von einer Nervenzelle zur anderen übertragen. Neurone – so der Fachausdruck für Nervenzellen – sind hochspezialisierte Zellen, die meist nur einen einzigen Botenstoff verwenden. Schüttet ein Neuron beispielsweise Dopamin aus, den für Suchterkrankungen bedeutendsten Botenstoff, wird dies von speziellen, Dopamin erkennenden Eiweißmolekülen (sogenannten Dopaminrezeptoren) benachbarter Zellen erkannt: Die Bindung von Dopamin an seinen Rezeptor löst dort eine Antwort

aus. Um die Signalwirkung wieder zu beenden, wird Dopamin unmittelbar nach der Freisetzung wieder in das Neuron aufgenommen, gespeichert und bei Bedarf wiederverwendet. Verantwortlich für die Wiederaufnahme ist der Dopamintransporter. Wird dieser geblockt, wie etwa durch Kokain, steigt die Dopaminkonzentration im extrazellulären Raum für längere Zeit stark an. Das Dopaminsignal wird dadurch intensiver, weitreichender und hält länger an.

Pharmakokinetik und „Suchtpotenzial“

Ob eine Substanz ein erhöhtes Risiko für einen zwanghaften (kompulsiven) Konsum mit sich bringt, also „Suchtpotenzial“ hat, hängt allgemein von zwei Eigenschaften ab: Erstens muss die Substanz direkt zu einer Freisetzung von Dopamin im Gehirn führen. Zweitens muss sie schnell im Gehirn „anfluten“, also eine schnelle Pharmakokinetik zeigen.

Kokain gelangt vom Blutkreislauf schnell ins Gehirn. Vor allem wenn es geraucht wird, werden erste Effekte schon nach wenigen Sekunden verspürt. Besonders schnell geschieht dies beim Rauchen von „free-base“ Kokain („Crack“). Bei Crack-Konsument:innen findet sich sehr häufig ein Hochrisiko-Konsummuster, was neben sozioökonomischen Faktoren auch auf ein besonders hohes Suchtpotenzial von Crack zurückgeführt wird. Nur wenig langsamer als beim Rauchen ist der Wirkeintritt bei intravenösem Kokainkonsum. Bei intranasalem Konsum werden erste Effekte nach 2 bis 5 Minuten verspürt, während die maximale Wirkung nach etwa 30 Minuten eintritt und über etwa eine Stunde anhält. Die Effekte von Crack oder intravenösem Kokain lassen meist schon innerhalb von 20 bis 30 Minuten weitgehend nach.

Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren, etwa der Positronen-Emissions-Tomographie, zeigen eine gute Übereinstimmung zwischen subjektiven Kokain-Wirkungen und dem Ausmaß und der Dauer der Blockade von Dopamintransportern durch Kokain. Zusammen mit vielfach bestätigten tierexperimentellen Ergebnissen zeigen diese Untersuchungen, dass die Wirkung im Dopaminsystem von zentraler Bedeutung für das Auftreten von Kokaingebrauchsstörungen ist (wobei an dieser

Stelle nicht unerwähnt bleiben soll, dass tierexperimentelle Ergebnisse meist von Mäusen aus hochselektierten Inzuchtlinien stammen und nicht unhinterfragt zur Erklärung klinischer Beobachtungen herangezogen werden sollten).

Dopamin – Funktionen im Nervensystem

Dopamin steuert und koordiniert eine Reihe von unterschiedlichen, auf den ersten Blick unzusammenhängenden Prozessen in Körper und Nervensystem. So ist es etwa für Bewegungsabläufe wichtig (die Bewegungsstörung beim sogenannten Morbus Parkinson entsteht durch einen Mangel an Dopamin), reguliert aber auch Motivation, Antrieb, kognitive und emotionale Prozesse und vieles mehr. Zudem ist es an der Verarbeitung und Filterung von Umgebungsreizen im Gehirn beteiligt und beeinflusst die Wahrnehmung bereits auf der Ebene der Sinnesorgane, etwa der Netzhaut des Auges.

Die Ansicht, dass Dopamin eine Art „Lusthormon“ ist (oft wurde es als „pleasure highway“ bezeichnet) – einst vorherrschende Lehrmeinung und immer noch weit verbreitet –, ist heute so nicht mehr haltbar. Vor allem tierexperimentell ist mittlerweile gut belegt, dass das Empfinden von Lust, das etwa bei der Nahrungsaufnahme oder beim Konsum von Substanzen wie Kokain auftritt (auch „hedonische Reaktion“ genannt), nicht durch die Ausschüttung von Dopamin entsteht, sondern durch andere neurochemische Signale vermittelt wird (unter anderem durch Aktivierung körpereigener Opiatrezeptoren). Dopamin spielt bei der Entstehung von Suchtverhalten dennoch eine zentrale Rolle, was vor allem damit zu tun hat, dass die Ausschüttung von Dopamin eine Bedingung dafür ist, dass der Zusammenhang zwischen einer Handlung und ihrer Folgewirkung erkannt und abgespeichert – also gelernt – werden kann.

Sensibilisierung

Die Dopaminausschüttung setzt auch einen Prozess in Gang, den man als „Sensibilisierung“ (englisch „sensitization“) bezeichnet. Sensibilisierung ist ein Phänomen, das bei allen mit einem Suchtverhalten assoziierten Substanzen beobachtet wurde. Bei der Sensibilisierung löst eine konstante Dosis einer Substanz (oder ein konstanter Umweltreiz) bei wiederholter

Darbietung zunehmend stärkere Effekte aus, weshalb Sensibilisierung auch als „drug learning“ bezeichnet wird, also ein durch die Substanz angestoßener „Lernprozess“.

Sensibilisierung ist gewissermaßen das Gegenteil der meist besser bekannten Toleranz, der abnehmenden Wirkung bei wiederholtem Gebrauch. In der Regel kommt es bei einigen Teilwirkungen einer Missbrauchssubstanz zur Toleranz, in anderen Bereichen hingegen zur Sensibilisierung. Bei der Sensibilisierung kommt es durch neurochemische Veränderungen und durch einen Umbau der Verbindungen zwischen dem Dopaminsystem und Nervenzellen im frontalen Kortex (dem hinter der Stirn liegenden Teil des Hirnmantels) zur Ausbildung einer positiven Rückkoppelungsschleife. Beim Substanzmissbrauch führt Sensibilisierung oft dazu, dass sowohl Drang zu als auch Wahrscheinlichkeit für erneuten Substanzkonsum mit wiederholter Einnahme größer werden. Man geht daher davon aus, dass Sensibilisierung vor allem am Beginn einer Suchtentwicklung wichtig ist, also am Übergang vom Substanzgebrauch zur Substanzgebrauchsstörung, wo Verhaltensmuster durch dopaminvermitteltes Wiederholungslernen geformt und durch Sensibilisierung verstärkt werden.

Vom Gelegenheitskonsum zur Substanzgebrauchsstörung

Beim anfänglichen Gelegenheitskonsum von Kokain steigt die Konzentration von Dopamin an den Dopaminrezeptoren über etwa eine Stunde hinweg stark an. Dies verändert nach wenigen Wiederholungen die Kommunikation zwischen dem tief im Hirn liegenden Dopaminsystem und Nervenzellen im frontalen Kortex: Im Zusammenspiel mit anderen Hirnregionen, etwa dem Hippocampus, werden Einzelheiten der Handlungen und Umstände, die zum Ansteigen der Dopaminkonzentration geführt haben, abgespeichert und wiedererkannt. Eine der wesentlichsten Funktionen von Dopamin ist es zu signalisieren, dass bestimmte Umgebungsmerkmale und damit verbundene Handlungen „bedeutsam“ sind. Durch den weiter oben beschriebenen Sensibilisierungseffekt und die zunehmende Erwartungshaltung kommt es zu einer progressiven Erhöhung der Dopaminausschüttung und der subjektiv erlebten Kokainwirkung. Dem Kokainkonsum wird unter den Zielen des motivierten Handelns daher eine immer höhere Bedeutung zugeschrieben. Dies wird umso schneller geschehen, wenn

„natürliche“ Auslöser für eine Dopaminausschüttung, etwa Sozialkontakte oder erfüllende Tätigkeiten im Alltagsleben der Konsument:innen, rar sind. Wenn weitere Risikofaktoren, etwa auf Ebene der Persönlichkeit oder auch psychiatrische Erkrankungen, dazukommen, kann gelegentlicher Konsum so zur Suchterkrankung werden (Substanzgebrauchsstörungen sind bei depressiven oder psychotischen Erkrankungen ein häufiges Problem).

Vor allem nach länger anhaltendem, wiederholtem Kokaingebrauch können nach Abklingen der erwünschten Wirkungen subjektiv sehr unangenehme Effekte auftreten, etwa Muskelverspannungen, Reizbarkeit, innere Anspannung und depressive Verstimmung. Dies hat wahrscheinlich damit zu tun, dass die Reizübertragung durch Monoamine, also Dopamin, Serotonin und Noradrenalin, laut tierexperimentellen Befunden bei sinkender Kokainkonzentration deutlich unter das Ausgangsniveau fällt. Und da der Hauptwirkmechanismus von Kokain, eine Erhöhung der Dopaminkonzentration an Dopaminrezeptoren, nicht in erster Linie zu Wohlbefinden oder Lustempfinden führt, sondern vielmehr ein Signal dafür setzt, dass die Handlungen, die zur Dopaminausschüttung geführt haben, wiederholt werden sollten, führt Kokain, anders als etwa Opiate, nicht zu einem „Sättigungserleben“. Dies erklärt, weshalb es bei Kokain oft zu Phasen von kontinuierlichem und exzessivem Konsum kommt, dem sogenannten „Binge-Konsum“, der meist nur durch fehlende Verfügbarkeit oder durch ein geschütztes Umfeld unterbrochen werden kann (ein ähnliches Konsummuster tritt beispielsweise auch bei Methamphetamin auf, dessen Hauptwirkung ebenfalls eine Erhöhung der Dopaminkonzentration ist). Die Tage nach einer Phase des Binge-Konsums sind meist gekennzeichnet durch starkes Verlangen („Craving“), Reizbarkeit und depressive Verstimmung bis hin zu suizidalen Krisen.

Chek your ... Cocaine

Erwähnenswert erscheint auch, dass die illegale Droge Kokain natürlich vollkommen ungetestet in den Straßenhandel gelangt. Und hier zeigt sich, dass Kokain nicht immer nur Kokain ist, dass vielfach Gewinnmaximierung durch Beigabe von unterschiedlichen Streckmitteln geschieht. Diese Streckmittel werden dabei nach dem Gesichtspunkt ausgesucht, die Konsument:innen klar zu täuschen: So muss ein ideales Streckmittel

ähnlich bitter schmecken wie Kokain, eine ähnliche Farbe aufweisen und sich ähnlich beim Erhitzen verhalten. Unter mehreren Streckmitteln, die auch Schmerzmittel beinhalten, findet sich auch das frühere Krebs-Bekämpfungsmittel Levamisol, das seinerzeit wegen schwerer unerwünschter Wirkungen auf die Blutbildung vom Markt genommen wurde. Heute findet es legalen Einsatz in der Tiermedizin als Wurmbekämpfungsmittel – und eben illegal als Streckmittel für Kokain, mit der Möglichkeit derselben unerwünschten Wirkungen. Daher seien User:innen immer angehalten, über Drogenpräventionsprogramme (wie beispielsweise „checkit!“ in Wien) anonym die erworbenen Substanzen testen zu lassen.

Ausblick

Anders als bei Opiaten oder Alkohol gibt es zur Behandlung der Kokaingebrauchsstörung keine gesichert wirksamen psychopharmakologischen Verfahren. Analog zur Opiat-Substitution wurde in kleinen Stichproben die Verabreichung von retardiertem Methylphenidat oder Lisdexamphetamin untersucht. Vom Wirkmechanismus her ähneln beide Medikamente Kokain, da sie ebenso die Dopaminkonzentration am Rezeptor erhöhen: Methylphenidat, indem es so wie Kokain den Transporter blockiert, Lisdexamphetamin, indem es den Transporter dazu bringt, Dopamin auszuschütten. Ein wichtiger Unterschied zu Kokain ist jedoch die Pharmakokinetik dieser Substanzen, also das Anfluten und Absinken ihrer Wirkkonzentration am Rezeptor. Bei retardiertem Methylphenidat und bei Lisdexamphetamin geschieht dies viel langsamer als bei Kokain. Daher ist auch die Wahrscheinlichkeit geringer, dass es zu einem compulsiven Konsummuster, also zu Suchtverhalten, kommt. Zwar steht ein endgültiger Wirknachweis derzeit noch aus, aber vielleicht könnten diese oder ähnliche medikamentöse Strategien die psycho- und soziotherapeutische Behandlung der Kokaingebrauchsstörung in Zukunft unterstützen.

Matthäus Willeit,^{1,2,3} Ana Weidenauer,^{1,2,3} Harald Sitte,^{3,4}

1) Univ. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Abteilung für Allgemeine Psychiatrie, Medizinische Universität Wien
2) Comprehensive Center for Clinical Neurosciences and Mental Health (C3NMH), Medizinische Universität Wien
3) AddResS – Center for Addiction Research & Science, Medizinische Universität Wien
4) Zentrum für Physiologie und Pharmakologie, Institut für Pharmakologie, Medizinische Universität Wien

Interview mit »checkit!«



von Katharina Sturm

Mit Drug Checking können gesundheitliche Schäden verhindert und Risiken beim Konsum in Kombination mit der Beratung reduziert werden.

I: Welchen Beitrag leistet checkit! zu einem Gesundheitssystem und warum ist eure Dienstleistung wichtig?

C: checkit! ist deswegen wichtig, weil wir eine Zielgruppe erreichen, die von sonstigen Suchtberatungsstellen nicht erreicht wird. Oft wenden sich Personen an andere Suchtberatungsstellen, wenn sich schon ein gewisses Problem oder eine Abhängigkeit entwickelt hat. Wir fördern einfach schon früher ein Risikobewusstsein und eine konsumkritische Haltung und stärken Konsumkompetenzen, wodurch präventiv einer Abhängigkeitsentwicklung entgegengewirkt wird. Wir ermächtigen die Person dabei, sich mit dem Konsum aktiv auseinanderzusetzen und sich die Fragen zu stellen: „Warum mache ich das? Wie viel möchte ich konsumieren?“. Mit dem Drug Checking können gesundheitliche Schäden verhindert und Risiken beim Konsum in Kombination mit der Beratung reduziert werden. Wir können auch Warnungen vor besonders gesundheitsschädigenden Substanzen aussprechen, sowohl im individuellen Kontakt als auch an die Bevölkerung. Ansonsten liefern wir noch wissenschaftliche Erkenntnisse über Konsumverhalten, Motive, Trends usw. und geben einen Einblick in den Markt.

I: Wie unterstützt ihr da konkret die KonsumentInnen beim Umgang mit Kokain und bei der Risikominimierung? Wie kann man sich das vorstellen?

C: Mit der direkten Risikominimierung hilft das Drug Checking, um überhaupt zu wissen: Was wird konsumiert? Wie hoch ist der Wirkstoffgehalt? Die Personen können sich dann immer noch entscheiden, ob und wie viel sie konsumieren wollen. Drug Checking ist für uns ein Tool, um mit Personen in Kontakt zu kommen und ihnen Safer-Use-Informationen zur Verfügung zu stellen und über Mythen aufzuklären. Die Aufklärung spielt eine wichtige Rolle. Auch wenn eine Person sich dazu entscheidet, die Substanz trotz all der Risiken zu konsumieren, können wir dabei unterstützen, die Risiken zumindest zu minimieren. Wir bieten außerdem Beratungsgespräche an, die entweder online, telefonisch oder auch persönlich stattfinden können. In unserer Unterstützung halten wir uns grundsätzlich an eine zieloffene Suchtarbeit. D.h., dass wir uns in der Beratung mit KlientInnen an ihren Zielen orientieren. Die Teilnahme ist anonym und so arbeiten wir natürlich unter Verschwiegenheit und ohne Kosten für die KlientInnen. Mit unserem Beratungsangebot sind wir recht flexibel; wir geben nicht vor, wie oft Personen kommen müssen oder in welchem Rahmen die Beratung stattfindet, was diese Zielgruppe auch schätzt. Bei KokainkonsumentInnen beobachten wir oft auch eher kürzere Beratungsverläufe und vermehrt Kontaktabbrüche. Eine Wiederaufnahme der Beratung ist dann jederzeit wieder möglich. Wir bieten das Ganze sowohl im Einzel- als auch im Gruppen-setting an. Wir geben auch Ziehröhrchen aus, die besonders beim Kokainkonsum die Option liefern, möglichst sicher zu konsumieren.

I: Wie wirkt sich die rechtliche Situation in Bezug auf Kokain und andere illegalisierte Substanzen auf eure Arbeit aus?

C: Tatsächlich bildet diese rechtliche Situation die Grundlage für das Drug Checking, das wir anbieten. Wir analysieren die Substanzen, die auf dem Schwarzmarkt unterwegs sind, weil bei diesen nicht klar ist, was für Inhaltsstoffe sich tatsächlich

darin befinden. Dementsprechend hat es natürlich eine große Auswirkung auf unsere Arbeit. Zusätzlich ist es ein guter Gesprächseinstieg in verschiedenen Beratungen. Personen fragen bei uns an, unter welches Gesetz eine gewisse Substanz fällt und was für Folgen möglich wären, wenn sie damit erwischt werden. Wir können diese Substanzen besitzen, weil wir damit wissenschaftlich auch zusammen mit der MedUni Wien arbeiten und das nach dem Suchtmittelgesetz für den Besitz von illegalisierten Substanzen erlaubt ist. Aus ähnlichen Gründen darf z. B. die Polizei eine gewisse Zeit im Besitz von diesen Substanzen sein.

I: Wie viele Proben Kokain werden durchschnittlich im Jahr getestet?

C: Wichtig ist hier zu erwähnen, wie man die Zahlen interpretieren muss. Von 1997 bis 2020 waren wir ausschließlich auf Events unterwegs und haben etwa zwölf Mal pro Jahr Drug Checking angeboten, wo Personen vor Ort konsumiert haben. Seit 2020 bieten wir das Drug Checking auch über unsere Beratungsstelle und Apotheken, mit denen wir zusammenarbeiten, an bzw. gibt es dort Abgabestellen von uns. Das heißt, wir erreichen seit 2020 auch eine andere Zielgruppe und dadurch verändern sich auch die Drug-Checking-Ergebnisse. Je nachdem, in welchem Setting wir analysieren, ändern sich auch die Substanzen, die abgegeben werden, was bei Events z. B. vor allem MDMA und Ecstasy sind. Aber zur ursprünglichen Frage: Seitdem wir auch stationäres Drug Checking anbieten, handelt es sich bei allen abgegebenen Proben bei ca. 30 % um Kokain. Die absoluten Zahlen sind immer unterschiedlich, da wir unser Angebot jedes Jahr erweitern und jedes Jahr mehr Proben testen als im Jahr davor. Von der Prozentzahl her bleibt es aber zwischen 27 % und 33 %. Von allen Substanzen liegt Kokain 2023 auch auf Platz 1 der am häufigsten abgegebenen Substanz.

I: Kann man da eine Mengenangabe geben? Und was passiert dann mit den Proben?

C: Generell benötigen wir für die Analyse 15 mg von der Substanz. Wir empfehlen,

dass das, was man zu Hause hat, gut durchmischert wird, um ein möglichst genaues Analyseergebnis zu erhalten. Prinzipiell erfolgt bei jeder einzelnen Probe eine Risikoeinschätzung durch unser Labor und unsere PharmakologInnen.

Wenn wir vor Ort sind, in der Homepage oder auf einem Event, ist psychosoziales Personal von uns da und nimmt die Substanz entgegen. Wir registrieren die Probe in unserer Datenbank und die Person fühlt die erforderlichen 15 mg in ein Gefäß. Die Probe kommt dann ins Labor – entweder direkt vor Ort auf einem Event oder ins Klinische Institut für Labormedizin am AKH, wenn die Probe in der Homepage oder über Apotheken abgegeben wird. Bei der Abgabe in Apotheken registriert man die Probe vorher online und gibt sie in einer unserer Boxen ab. In allen Fällen erhalten sie eine Probennummer, mit der später das Ergebnis bei uns abgefragt werden kann. Die genauen Analysemethoden sind auf unserer Homepage aufgelistet.

Wir arbeiten eng mit den PharmakologInnen und ChemikerInnen im AKH zusammen, die uns eine Einschätzung und ggf. pharmakologische Informationen liefern. Wichtig ist uns, die Ergebnisse im Austausch mit den Personen zu reflektieren: „Was bedeutet denn dieses Analyseergebnis überhaupt und wie setzt man das jetzt in die Praxis um?“

I: Welche sind die häufigsten Verunreinigungen oder gefährlichsten Streckmittel, die ihr bei Kokain findet?

C: In Kombination sind alle Substanzen – d. h., wenn der Mischkonsum stattfindet – immer risikoreich. Bei Kokain finden wir am häufigsten Streckmittel wie Levamisol, Phenacetin und verschiedene Lokalanästhetika wie Lidocain oder Benzocain, die ähnliche Effekte wie Kokain erzeugen sollen, um die Menge des eigentlichen Wirkstoffs zu strecken. Levamisol zum Beispiel wird in der Tier- und Humanmedizin gegen Wurmbefall eingesetzt. Es wird vermutet, dass Levamisol beigemischt wird, weil es sich im Körper zu Aminorex umwandelt, welches aufputschend wirkt. Dies tritt ungefähr dann ein, wenn die Wirkung von Kokain nachlässt, und verlängert somit das Gefühl der Kokainwirkung. Das könnte den Anschein erwecken, dass man besonders „gutes“ Kokain erwischt hat. Gefährlich an Levamisol sind mögliche allergische Reaktionen und bei regelmäßiger Einnahme eine Veränderung des Blutbilds, die sogenannte Agranulozytose. Dies kann, wenn nicht behandelt, lebensbedrohlich werden, da das Immunsystem

Infektionen nicht mehr abwehren kann. In anderen Fällen werden auch gefährlichere Substanzen beigemischt. Phenacetin, ursprünglich als Schmerzmittel und Fiebersenker verwendet, wird heute aufgrund seiner potenziell schädlichen Wirkungen nicht mehr verwendet. Es wirkt ebenfalls leicht aufputschend, was ein Grund für seine Beimengung sein könnte. Jenseits von Kokain beschäftigt uns zum Beispiel auch die Beimengung von synthetischen Cannabinoiden in Cannabis-Proben. Problematische Streckmittel, vor denen wir weitreichender warnen müssten, sehen wir aktuell zum Glück keine.

I: Kann man sicher schätzen, wie hoch der Reinheitsgrad momentan ist?

C: Von 2023 kann ich sagen, dass wir bei 74 % der Proben durchschnittlich 84 % Wirkstoffgehalt fanden. Das ist in den letzten Jahren höher geworden. Prinzipiell beobachten wir seit ungefähr 2012 einen stetigen Anstieg davon. Es hat noch einmal einen großen Sprung zwischen 2016 und 2017 gegeben, aber seitdem steigt auch der Wirkstoffgehalt stetig an. Zum Vergleich, 2016 hatten wir durchschnittlich 63 % Wirkstoffgehalt und 2012 nur 36 % – also innerhalb von 11 Jahren von 36 % auf 83 % durchschnittlichen Wirkstoffgehalt. Da hat sich schon einiges verändert. Es ist aber sehr wichtig zu bedenken, dass unsere Zahlen nur einen gewissen Einblick bieten. Wir erreichen nur eine gewisse Zielgruppe, wir analysieren nur eine gewisse Anzahl an Proben pro Jahr und wir prüfen hauptsächlich Proben aus Wien.

I: Welche Risiken und Gefahren gibt es beim Kokainkonsum?

C: Der Konsum ist auch eine hohe Belastung für das Herz-Kreislauf-System. Auch Angst- und Wahnzustände sind akute Risiken, sowie Muskelkrämpfe, Herzrasen, Herzrhythmusstörungen. Bei hohen Dosierungen und insbesondere auch Mischkonsum kann es bis zum Herzstillstand führen. Vor allem der gemeinsame Konsum mit Alkohol ist hier zu erwähnen. Zum einen mindert Kokainkonsum die subjektive Wirkung des Alkohols, wodurch man sich trotz hohem Blutalkoholwert wieder nüchterner fühlt. Das Gefühl entsteht, man könne mehr konsumieren, wodurch es leichter zu Überdosierungen kommen kann. Zusätzlich bildet der Körper bei dieser Kombination den sehr toxischen Stoff Cocaethylen, welches eine längere Halbwertszeit als Kokain besitzt, toxischer ist und das Risiko

für kardiovaskuläre Komplikationen erhöht.

Kokain wirkt sich akut stark auf das Selbstbewusstsein aus, was zur Selbstüberschätzung führen kann. Man traut sich mehr zu oder tut Dinge, die man im nüchternen Zustand nicht machen würde – Hemmungen fallen. Dadurch kann es passieren, dass dann mehr konsumiert wird, als geplant war, oder nicht auf Safer Sex und generell auf Safe-Use-Informationen geachtet wird.

Nun zu den langfristigen Risiken: Da gibt es natürlich die Abhängigkeit, wobei gerade beim Kokain ein bestimmtes Konsummuster auftritt. Das äußert sich so, dass über das Wochenende sehr viel konsumiert wird, wodurch ein Zustand der Erschöpfung folgt. Man konsumiert ein paar Tage lang kein Kokain und bekommt das Gefühl, man hat es eh im Griff und man kann jederzeit aufhören. Das Ganze wiederholt sich in den Wochen darauf und es entsteht ein Kreislauf, in den die Personen oft reinrutschen können. Psychische Folgen wären Angststörungen, Persönlichkeitsveränderungen, Depressionen, und die Kokainpsychose ist wahrscheinlich vielen ein Begriff. Diese kann bei regelmäßigem Konsum, aber auch schon bei einmaligem, intensivem Konsum auftreten, dass man Angstzustände oder gar Halluzinationen entwickelt.

checkit!

Suchthilfe Wien gGmbH
Gumpendorfer Straße 8
1060 Wien
Tel: (+43) 1 4000 53 650 (Mo-Do 10-15 Uhr)
E-Mail: checkit@suchthilfe.at
www.checkit.wien



Katharina Sturm, BA

Katharina Sturm ist Sozialarbeiterin und seit 2016 in der Suchthilfe Wien gGmbH in unterschiedlichen Bereichen und Projekten tätig. Seit 2020 ist sie Beraterin im Bereich der Suchtprävention, wo sie im Jahr 2022 auch die Teamleitung der checkit!-Homepage übernommen hat.

Therapie der Kokainabhängigkeit



von Kenneth M. Dürsteler



und Adrian Guessoum

Kokain ist nach Cannabis die weltweit am häufigsten konsumierte illegale psychotrope Substanz. Laut Angaben der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) haben ca. 2,3 Millionen Menschen der Altersgruppe zwischen 15 und 34 Jahren im letzten Jahr Kokain konsumiert. Kokain kann geschnupft, injiziert sowie in Baseform geraucht oder inhaliert werden. Kokainkonsum ist mit vielfältigen somatischen, psychiatrischen und psychosozialen Folgeschäden assoziiert.

In der Therapie der Kokainabhängigkeit muss zwischen der akuten und der postakuten Therapie differenziert werden. Die Akutbehandlung umfasst die Behandlung der Kokain-Intoxikation sowie des Entzugssyndroms. Eine akute Kokain-Intoxikation klingt je nach Schweregrad meist ohne pharmakologische Interventionen ab. Symptome umfassen Unruhe, Tachykardie, Schwitzen, thorakale Schmerzen und Krämpfe bis hin zu

Herzrhythmusstörungen, Schock und Herzstillstand. Die Therapie erfolgt symptomatisch, bei schweren Intoxikationen ggf. auch intensivmedizinisch. Beim Auftreten von psychotischen Symptomen, Anspannung oder Aggressivität können kurzzeitig sedierende Medikamente (Benzodiazepine oder Antipsychotika) eingesetzt werden, hier müssen stets Kontraindikationen und Wechselwirkungen beachtet werden.

Die Akutbehandlung der Kokainabhängigkeit sollte bereits mittels psychotherapeutischer Interventionen durchgeführt werden. Es empfiehlt sich, den Patienten psychoedukativ über den zu erwartenden Verlauf, auftretende Entzugssymptome sowie bestehende Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären.

Unabhängig von der Behandlungsphase ist die motivierende Gesprächsführung als Gesprächstechnik zu empfehlen. Zu Beginn der Behandlung stehen eine Verbesserung der Symptomatik, die Stabilisierung des Patienten sowie die Entwicklung einer Einsicht in die Problematik des Kokainkonsums im Vordergrund.

Um diese zu fördern, sollten die psychotherapeutischen Maßnahmen neben motivationalen Komponenten ebenfalls supportive Elemente beinhalten. Nachdem gemeinsam mit dem Patienten dessen Ziele bezüglich des Kokainkonsums eruiert wurden, sollte je nach Zielsetzung und Bereitschaft zur Konsumreduktion oder Entwöhnung eine kognitive Verhaltenstherapie beziehungsweise ein spezifisches Therapieprogramm angeboten und vermittelt werden. Die im Rahmen des Kokainentzugs auftretende Unruhe und Anspannung können mittels niedrigpotenter Antipsychotika oder pflanzlicher Präparate gemildert werden. Bei entzugsbedingten Schlafstörungen können neben oben genannten Substanzgruppen ebenfalls niedrigdosierte sedierende Antidepressiva angewendet werden. Der Einsatz von Benzodiazepinen und Z-Substanzen sollte aufgrund ihres Abhängigkeitspotenzials zurückhaltend und wenn, nur kurzzeitig erfolgen. Bei einem Entzugssyndrom mit vorherrschender depressiv-ängstlicher Symptomatik, Erschöpfung und/oder Hypersomnie können vorübergehend

antriebssteigernde Antidepressiva eingesetzt werden. Hierbei ist es wichtig, zuvor die Suizidalität abzuklären und diese aufgrund der antriebssteigernden Wirkung der Medikation im Verlauf zu evaluieren. Pharmakologische Behandlungsoptionen zur Unterstützung der Kokainabstinenz oder zur Konsumreduktion sind off-label (nicht für diese Behandlung zugelassen, die Kosten werden deswegen ggf. nicht von der Krankenkasse übernommen). Begleitende komorbide psychiatrische Störungen sollten behandelt werden, bei Verdacht sollte daher unbedingt eine Diagnostik erfolgen.

Bezüglich pharmakologischer Behandlung wurde in randomisierten und kontrollierten klinischen Studien eine vergleichsweise gute Wirksamkeit für eine Therapie mit hochdosiertem Acetylcystein nachgewiesen. In Studien wurde ebenfalls die Behandlung mittels Stimulanzien untersucht, jedoch sind die Ergebnisse diesbezüglich uneinheitlich. Dies könnte ggf. durch zu kleine Studienpopulationen und den Einsatz unzureichender Dosen bedingt sein. Bei einem komorbid vorliegenden ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) scheint der Einsatz einer Stimulanzientherapie jedoch grundsätzlich sinnvoll zu sein. Er könnte gerade in höheren Dosen neben einer Verbesserung der ADHS-Symptomatik ebenfalls zu einer Reduktion des Kokainkonsums beitragen. Zwecks Vermeidung eines Fehlgebrauchs (z. B. Sniffen oder Dosissteigerung) von verschriebenen Stimulanzien ist ein engmaschiger Kontakt mit dem Patienten notwendig. Jedoch sollte gerade bei Patienten mit komorbidem ADHS eine Stimulanzien-gabe nicht aufgrund der Sorge vor einem Fehlgebrauch prinzipiell ausgeschlossen werden.

Der Einsatz von langwirksamen Präparaten (retardiertes Methylphenidat, Lisdexamphetamin) trägt ebenfalls dazu bei, das Missbrauchspotenzial gering zu halten.

Da wie beschrieben bisher wenig Evidenz für eine medikamentöse Therapie besteht, stehen in der Postakut-Therapie der Kokainabhängigkeit psychotherapeutische Interventionen und Selbsthilfe im

Vordergrund. Wissenschaftliche Wirksamkeitsnachweise bestehen vor allem für verhaltenstherapeutische Verfahren. Es handelt sich dabei um kognitiv-behaviorale Therapien (CBT) und das Kontingenzmanagement.

Diese Verfahren gehen davon aus, dass Lernprozesse bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Substanzstörung eine wichtige Rolle spielen und diese auch genutzt werden können, um den Substanzkonsum zu verändern. In der Regel werden diese Verfahren ambulant im Einzelsetting durchgeführt. Bei schwer abhängigen Patienten oder Jugendlichen ist eine stationäre Behandlung angebracht. Bei stationären Behandlungen ist es ratsam, frühzeitig mit den Patienten einen Notfallplan zu erarbeiten und eine ambulante Weiterbehandlung aufzugleisen.

Kognitiv-behaviorale Therapieansätze beinhalten eine Vielzahl spezifischer Strategien und Techniken zur Förderung einer Verhaltensänderung. Zentrale Bestandteile sind Verhaltensanalyse und das Fertigkeitstraining. Die Verhaltensanalyse erfasst die Auslösesituation, die inneren Umstände (Gefühle, Gedanken, Körperprozesse, Verhalten) sowie positive und negative Folgen des Kokainkonsums. Das ermöglicht dem Patienten ein besseres Verständnis seines Erlebens und Verhaltens sowie seiner individuellen Risikosituationen und Auslöser des Kokainkonsums. Darauf aufbauend werden im Fertigkeitstraining mit dem

Patienten Auslöser- und Reaktionskontrolltechniken (z. B. Umgang mit Craving) erlernt und eingeübt. Es werden Fertigkeiten zum Ablehnen von Kokain und das Erkennen von scheinbar belanglosen Entscheidungen, welche zu Konsumergebnissen führen, geübt. Ebenfalls werden Strategien zum Lösen und Bewältigen von Problemen sowie zum Krisen- und Notfallmanagement vermittelt.

Im Therapieverlauf sollte die praktische Umsetzung der Strategien mit dem Patienten evaluiert werden, sodass schlussendlich ein Notfallplan mit erfolgreich erprobten Strategien entsteht.

Grundlage des Kontingenzmanagements ist, dass ein Verhalten deutlich, systematisch und zeitnah belohnt wird, wodurch die Auftretenswahrscheinlichkeit der erwünschten Reaktion zunimmt. Erwünschte Verhaltensweisen können individuell vereinbart werden (z. B. Abgabe kokainfreier Urinproben, Erreichen vereinbarter Therapieziele). Anreize wie Gutscheine, Lose oder Bargeld werden genutzt, um erwünschte Verhaltensweisen zu fördern. Während der Intervention ist die Wirksamkeit dieser Methode hoch, die Wirkung nimmt danach jedoch ab. Weiterhin besteht für das Kontingenzmanagement keine Leistungspflicht durch die Krankenkasse, sodass die Anwendung im klinischen Alltag begrenzt möglich ist. Abschließend muss angemerkt werden, dass ein suchtspezifisches ärztliches

sowie psychotherapeutisches Ausbildungsprogramm im deutschsprachigen Raum nach wie vor zu selten angeboten wird. Gerade da bisher keine zugelassene psychopharmakologische Behandlung der Kokainabhängigkeit vorhanden ist, wäre dies dringend vonnöten.

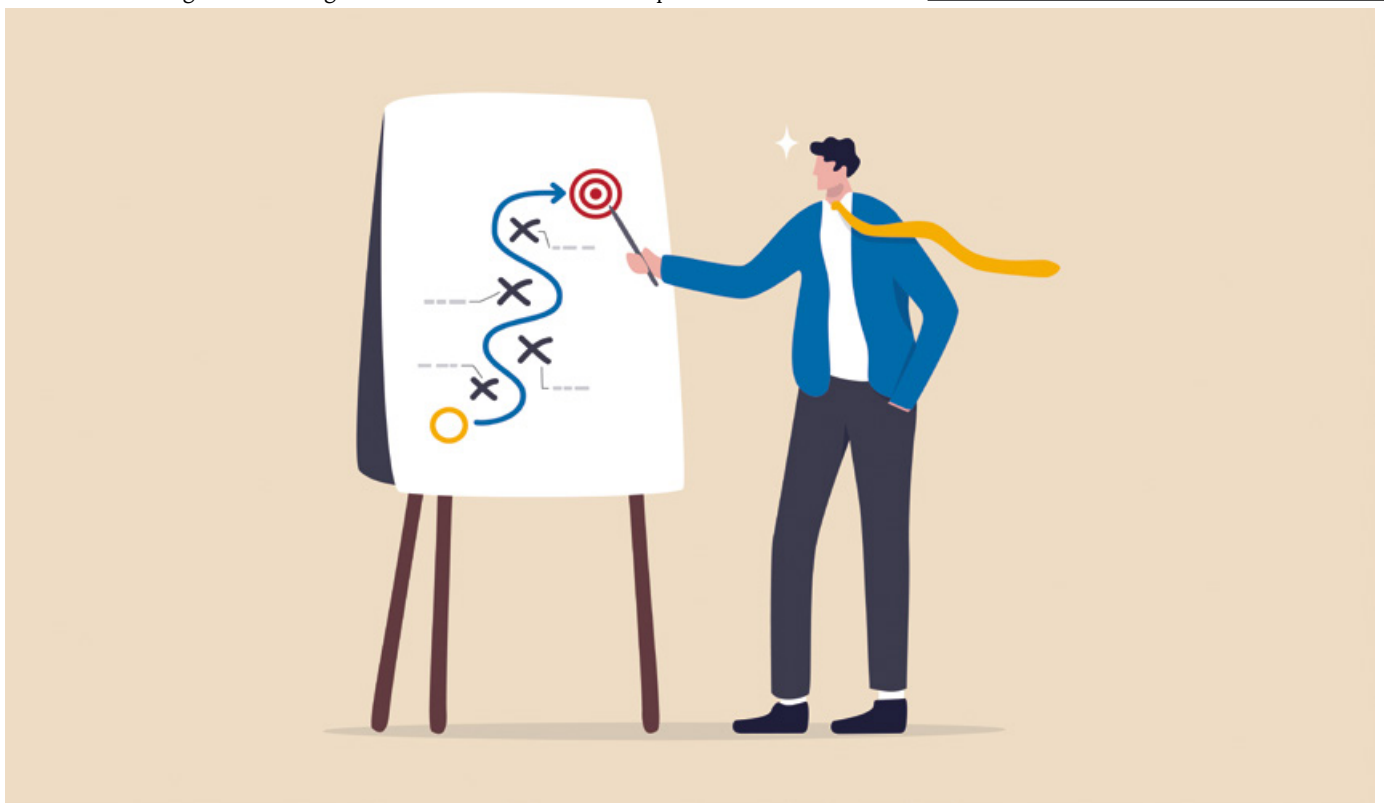
Literatur auf Anfrage erhältlich

Dr. phil. Kenneth M. Dürsteler

Leitender Psychologe an den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel; in dieser Funktion tätig im Suchtambulatorium, das auf die Behandlung von Menschen mit schweren Substanzkonsumstörungen und komplexen psychischen Störungen sowie begleitenden somatischen und sozialen Problemlagen spezialisiert ist, zusätzlicher Schwerpunkt ist die Früherkennung und Frühintervention bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Substanzkonsumstörungen und komorbiden psychischen Störungen. Autor und Koautor zahlreicher wissenschaftlicher Publikationen, Empfänger wissenschaftlicher Fördermittel für Forschung und Lehrbeauftragter an der Universität Zürich.

Adrian Guessoum

Arzt in Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie an den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel, Abteilungsarzt im Suchtambulatorium, Studienarzt in verschiedenen klinischen Studien mit suchtmmedizinischen Fragestellungen.



Freud und das Kokain. Vom Zaubermittel zur Jugendsünde



von Christine Garfath

1884 veröffentlichte Freud seine Literaturstudie „Über Coca“; darin sprach Freud euphorisch von den Wirkungen des Kokains: Es schütze vor Müdigkeit, Hunger und Schwäche, wirke bei vielen Menschen euphorisierend und habe sich als Ersatzmittel bei der Morphinentwöhnung bewährt.

Schmerz- und Suchtkrankheiten sind häufig miteinander verwoben: Es ist eine traurige Realität, dass sowohl die Erkrankten selbst als auch Familie und Verwandte, Freunde und Ärzte dem Leiden der Suchtkranken oder Schmerzleidenden oft hilflos gegenüberstehen. Das Unaushaltbare wegzunehmen oder zumindest erträglich zu machen, möglichst nichts durcharbeiten zu müssen, ist auf Seiten der Kranken wie der Helfer ein zutiefst verständliches Bedürfnis.

Ein Freund in Not

Sigmund Freuds Kokainstudien, fünf Artikel, die er in den Jahren 1884–1887 schrieb und die somit in die Zeit vor seiner Selbstanalyse und seine Jahre als Begründer der Psychoanalyse fallen, wurden in der Freud-Forschung durchaus kritisch betrachtet (Lindemann, 2018). Albrecht Hirschmüller stellte

diese Rezeptionen in seiner Einleitung zum Nachdruck dieser umstrittenen Frühschriften (2004) umfassend dar. Ich möchte in diesem Artikel das Augenmerk auf Freuds Versuch richten, seinen verehrten Freund und ehemaligen Lehrer Ernst Fleischl von Marxow von dessen langjährigen, schier unerträglichen Leiden als Morphinabhängiger zu befreien. In einem Brief, den Freud 50 Jahre nach jenem verhängnisvollen Versuch, im November 1934, schrieb, erklärte er:

„Wie war ich zum Cocain gekommen [...]? Meine Interessen waren damals längst spezialisiert, auf Hirnanatomie und neurologische Diagnostik gerichtet. Aber ein emotionelles Interesse war in mir erwacht, als ich zufällig in einer Kanadischen Zeitschrift die Notiz fand, das Alkaloid der Coca-pflanze leiste ausgezeichnete Dienste bei der Morphinentwöhnung. Ich wusste, dass einer meiner hochgeschätzten Lehrer am Physiologischen Institut, der mich auch seines persönlichen Umgangs würdigte, Dr. Ernst v. Fleischl, Morphinist war. Er litt an Neuromen [Nervenbündel, Anm. d. V.] nach einer Amputation des Daumens, die infolge einer Leicheninfektion notwendig geworden war. Um ihm Erleichterung zu schaffen, liess ich mir das Mittel von Merck kommen [...]. Meine Absicht bei diesen Arbeiten misslang, vielmehr sie schlug ins Gegenteil um. In meiner damaligen Naivität hatte ich nicht bedacht, dass das Cocain nichts gegen die Schmerzen leisten könne, die Fleischl zum beständigen Gebrauch von Morphin trieben.“ (Brief an Josef Meller, zitiert nach Daiber, 2018, S. 305)

Freud hatte von 1876 bis 1882 im Wiener Physiologischen Labor geforscht und dort Bekanntschaft mit Fleischl von Marxow gemacht, einem der beiden Assistenten des berühmten Ernst von Brücke. 1882 schrieb Freud seiner Verlobten Martha Bernays über seinen Freund:

„Gestern war ich bei meinem Freund Ernst von Fleischl [...]. Er ist ein ganz ausgezeichnete Mensch, an dem Natur und Beziehung ihr Bestes getan haben. Reich, in allen Leibesübungen ausgebildet, mit dem Stempel des Genies in seinen energischen Zügen, schön, feinsinnig, mit allen Talenten begabt und fähig, in den allermeisten Dingen ein originelles Urteil zu schöpfen, war er immer mein

Ideal, und ich war erst ruhig, als wir Freunde wurden und ich an seinem Können und Gelten eine reine Freude haben durfte.“ (Freud an Martha, datiert 27. Juni 1882)

Freud bekommt erst im Lauf der Jahre ihrer Bekanntschaft, spätestens aber wohl im Herbst 1883 Einblick in Fleischl von Marxows Leiden und Morphinabhängigkeit (Markel, 2011).

Im Frühjahr 1884 hatte Fleischl bereits zwei Morphiumentwöhnungen hinter sich, beide begleitet von schwerwiegenden und gefährlichen Entzugserscheinungen. Nachdem Freud auf die Anwendung des noch relativ unbekanntem und nicht verbreiteten Kokains im Morphinentzug aufmerksam wurde, bot er Fleischl, wohl mit Zustimmung des behandelnden Arztes Josef Breuers, heute bekannt als einer der Mitbegründer der Psychoanalyse, Kokain als Entwöhnungsmittel an.

Schwere Jahre

Die Jahre zwischen 1882 und 1885, die Sigmund Freud (1856–1939) als junger Assistenzarzt im Allgemeinen Krankenhaus verbrachte, waren für ihn keine leichten Jahre (Bernfeld, 1953). Er hatte eine vielversprechende wissenschaftliche Karriere aufgegeben, die er sechs Jahre lang erfolgreich verfolgt hatte, nicht zuletzt, um finanziell auf einen grünen Zweig zu kommen, und zwar aus gewichtigem Grund: Am 17. Juni 1882, zwei Monate nachdem er die damals 21-jährige Martha Bernays kennengelernt hatte, hielt er stürmisch um ihre Hand an.

Vorrangig aus besagten finanziellen Gründen sollte die Hochzeit erst vier Jahre später stattfinden. Marthas Mutter Emmeline Bernays konnte einer geplanten Hochzeit der beiden anfangs nur wenig abgewinnen. 1883 übersiedelte sie mit Martha und deren jüngerer Schwester Minna nach Wandsbek bei Hamburg, wohl hoffend, dass die Verbindung zu dem jungen Mann aus ärmlichen Verhältnissen von der „Mazzesinsel“, der Wiener Leopoldstadt, die Entfernung nicht überdauern würde.

Wie viele junge Ärzte in seiner Situation hoffte Freud, sich durch wissenschaftliche Forschungsarbeiten einen Namen zu machen, welche sich allerdings um die zermürbenden 14 oder 16 Stunden der Tag- und Nachtarbeit im Krankenhaus legen mussten (Markel, 2011).

Eine zauberhaft schnelle Lösung?

Am 1. Juli 1884 veröffentlichte Freud seine Literaturstudie „Über Coca“, wo er erstmalig die Forschungsergebnisse der Kokainforschung aus den USA, England, Frankreich und Deutschland zusammenführte; darin sprach Freud euphorisch von den Wirkungen des Kokains: Es schütze vor Müdigkeit, Hunger und Schwäche, wirke bei vielen Menschen euphorisierend und habe sich als Ersatzmittel bei der Morphiumentwöhnung bewährt. Er berichtete von etwa einem Dutzend Selbstversuche und erzählte auch, ohne Namen zu erwähnen, von einer gelungenen Morphiumentziehung:

„Ich hatte Gelegenheit, eine plötzliche Morphinentziehung unter Cocagebrauch bei einem Manne zu beobachten, der bei einer früheren Entziehungskur unter den schwersten Abstinenzerscheinungen gelitten hatte. Das Befinden war diesmal ein erträgliches, insbesondere fehlen Depression und Nausea, solange die Cocawirkung anhielt; Frieren und Diarrhoe waren die einzigen permanenten Symptome, welche an die Abstinenz erinnerten. Der Kranke blieb außer Bette und leistungsfähig und verbrauchte in den ersten Tagen je 3 Dezigramm Cocainum muraticum; nach 10 Tagen konnte er das Mittel beiseite lassen.“ (Freud, 1884e, in Hirschmüller, 2013, S.79)

Fleischl allerdings, um den es sich hier handelte, blieb nicht lange abstinent. Er litt grauenhafte Schmerzen, die das Morphin nun nicht mehr verdeckte. Eine neuerliche Operation am Daumenstumpf war nötig, in deren Verlauf erneute Morphininjektionen notwendig wurden; Freud gab seiner Hoffnung Ausdruck, dass Fleischl sich das Morphin nach der Operation wieder abgewöhnen würde. Spätestens im Laufe der ersten Jahreshälfte 1885 stellte sich allerdings ohne Zweifel heraus, dass Kokain Fleischl keineswegs dazu verholfen hatte, sich das Morphin auf Dauer abzugewöhnen, stattdessen war zum Morphin- in-

zwischenzeitlich ein Kokainmissbrauch hinzugegetreten. Während der Monate April und Mai 1885 verbrachte Freud „ganze Nächte bei Fleischl, in denen dieser zwischen Ohnmachts- und hochgradigen Erregungszuständen schwankte“ (Hirschmüller, 2015, S. 19). Fleischl konsumierte inzwischen etwa ein Gramm Kokain pro Tag, etwa das 100-Fache der Dosis, die Freud in seinen Selbstexperimenten erprobt hatte, und als sich Zustände einer Vergiftung und eines



Delirs einstellten, musste Freud eingestehen, dass Fleischl in eine kombinierte Morphin-Kokain-Abhängigkeit geraten war (Daiber, 2018).

In den Folgejahren kam es mehrfach zu lebensbedrohlichen Komplikationen. Fleischl erholte sich von seiner Drogenabhängigkeit nicht mehr, er litt an einer Polytoxikomanie (Hirschmüller, 2013), einer Abhängigkeit von mehreren Suchtmitteln, und starb am 22. Oktober 1891 mit erst 45 Jahren. Ein Schulfreund Fleischls, Sigmund Exner, der Ernst von Brückes Nachfolger wurde, beschrieb in einer biografischen Skizze (in Fleischl von Marxow, 1893, S. 12),

„[...] von Jahr zu Jahr wandelte sich allmählig das Verhältnis lebhafter gegenseitiger Freundschaft in das einseitige des tiefsten Mitleids um. Wir sahen eine der glänzenden Eigenschaften nach der anderen verderben, ersticken werden in dem elenden Schlamm körperlicher Schmerzen.“

Auch wenn Freud öffentlich den immer lauter werdenden Vorwurf (z. B.

Erlenmeyer, 1885 und 1886) zurückwies, dass seine Empfehlung zur Anwendung von Kokain bei einem Morphinenzug leichtfertig gewesen sei (Freud, 1887d, in Hirschmüller, 2013), so ließ ihn privat die Auseinandersetzung mit dieser Zeit nicht los; die Erinnerung an seinen Freund, die Auseinandersetzung mit diesen Ereignissen und der Versuch ihrer Durcharbeitung tauchten in den Folgejahren immer wieder auf, besonders offenkundig in einigen der Träume, die in die Zeit seiner Selbstanalyse fielen, nach dem Tod seines Vaters 1896 – ebenfalls im Oktober –, fast genau fünf Jahre nach Fleischls Tod. In der Traumdeutung (Freud, 1900) und auch noch in späteren Schriften (Freud, 1924 und 1930) offenbarte er die Gewissensbisse, die ihn bezüglich Fleischls plagten, betonte aber auch, er habe ihm nur zur internen Anwendung während der Morphiumentziehung geraten, Fleischl habe sich aber unverzüglich Kokaininjektionen verabreicht (Freud, 1900).

Kokain hatte sich in den späten 80er-Jahren des 19. Jahrhunderts als ungeeignetes Hilfsmittel bei der

Morphinentziehung erwiesen; die systematische medizinische Anwendung von Kokain bei solchen Entziehungen machte viele der Abhängigen zu sogenannten „Morphio-Cocainisten“. Die Suche nach einem Schmerzmittel, das so wirksam war wie Morphin, dabei aber nicht abhängig machte, ging weiter. 1898 brachte die Firma Bayer ein neues, anfänglich als harmlos eingeschätztes Wundermittel auf den Markt: Heroin. Es dauerte etwa sechs Jahre, bis klar wurde, dass die Substanz noch schneller abhängig macht als Morphin (dhs.de). Zuletzt hat die Geschichte von Oxycontin gezeigt, dass wir vor tragischen Wiederholungen nicht gefeit sind.

Literatur auf Anfrage erhältlich

Christine Garfath

Psychoanalytikerin i.A.u.S., studierte Psychologie und Philosophie an der University of Oxford

Eine „Welle von Kokain“ schwappt über Europa ...



von Thomas Schwarzenbrunner

Zieloffene Suchtarbeit bedeutet, mit Menschen an einer Veränderung ihres Suchtmittelkonsums zu arbeiten, und zwar auf das Ziel hin, das sie sich selbst setzen.

... so berichtete „euronews“ in Bezug auf Erkenntnisse von Europol im Oktober 2022. Auch andere Medien stimmen in den Chor der „Kokain-Welle“ und der „Kokain-Flut“ ein. Anscheinend ein Naturphänomen, das gerade Europa heimsucht. Zum Glück ist Österreich ein Binnenland ...

Im Ernst: Der Zugang „Keine Macht den Drogen“ war schon in den 90er-Jahren äußerst fragwürdig, weil es die Substanz als „Akteurin“, als „herrschsüchtigen Dämon“ darstellt. Es ist aber immer noch der Umgang der Menschen mit Substanzen, der Probleme schafft.

In Oberösterreich hatten wir ein ähnliches Phänomen einer „Crystal-Welle“ (ca. 2010–2014). In der Aufarbeitung dieser „Drogenpanik“ analysieren Seifried Seyer und Richard Paulik (2019) sehr treffend, dass die epidemische Ausbreitung des Methamphetaminkonsums in weiten Teilen der Bevölkerung nicht eingetreten ist. Allerdings sind die bio-psycho-sozialen Bedingungen der Konsumierenden als maßgebliche Variable aufgrund des Narrativs über die unausweichlichen Verelendungsfolgen des Crystal-Meth-Konsums in den Hintergrund gerückt. Im Anschluss an diesen Konsumanstieg werden unterschiedliche Entwicklungsverläufe skizziert, nämlich, dass es

„[e]inerseits zu einer Normalisierung (Rückgang der KonsumentInnenzahlen und damit verbundener Probleme, kompetentere und schadensminimierende Konsumformen), [gekommen ist und] andererseits zu Problemkumulierungen in Hochrisikogruppen“.

Bleiben wir also nüchtern und schauen uns die Daten an, denn „ganz Wien“ war’s in den 80er-Jahren nicht und ist es heute nicht.

Daten

„Mittlerweile liegen genügend Indizien aus unterschiedlichen Datenquellen (abwasserepidemiologische Studien, Anzeigen, Bevölkerungsbefragungen, Drug-Checking, Vergiftungsinformationszentrale) vor, um von einem Anstieg des Stimulanzienkonsums und insbesondere des Kokainkonsums in Österreich auszugehen. Dies bildet sich mittlerweile auch im Behandlungssystem ab.“

Bei den Anzeigenzahlen in Bezug auf Kokain war Anfang der Nuller-Jahre ein Anstieg zu verzeichnen, der sich wieder auf das Niveau Ende der 90er-Jahre reduzierte. Seit 2016 kommt es wieder zu einem Anstieg, der sich in der Spitze 2019, 2020 dem Niveau der Spitze der Nuller-Jahre angleicht. Die Anzeigenzahlen im Bereich Methamphetamin zeigen einen Anstieg Anfang der 10er-Jahre und pendeln sich ab 2013 auf diesem Niveau ein. Seit 2019 ist in diesem Bereich ein rückläufiger Trend zu verzeichnen. Bei den Anzeigenzahlen zu Amphetamin zeigt sich ein Anstieg seit 2012, der dann 2019 wieder rückläufig ist.

Kokain führt mit nicht ganz 6.000 Anzeigen im Jahr 2022 die Statistik an, gefolgt von Anzeigen betreffend Amphetamin (ca. 200 Anzeigen) und Methamphetamin (ca. 1000).

In der Bevölkerungsbefragung in OÖ 2019 wurde eine Lebenszeitprävalenz von 5,1 % bei Kokain, 4,9 % bei Amphetamin und 2,2 % bei Methamphetamin angegeben. In der aktuellen Repräsentativbefragung auf Bundesebene aus dem Jahr 2022 sind die Werte ebenfalls bei 5 bis 6 %.

Allerdings zeigt sich in den Antwortmustern bei der Severity of Dependence Scale bezüglich des Kokainkonsums, dass 25 % der Personen, die angeben, im letzten Jahr Kokain konsumiert zu haben – das sind 1,2 % der Befragten –, relevante

Suchtsymptome angeben. Das heißt, dass 0,3 % der Bevölkerung in Österreich relevante Suchtsymptome in Bezug auf Kokainkonsum aufweisen.

Bei den Abwasseranalysen, bei denen 2023 16 Kläranlagen in Österreich (insgesamt rund 160 Gemeinden, also ca. 3 Mio. Menschen) eingeschlossen wurden, zeigt sich, dass Österreich beim Drogenkonsum im europäischen Mittelfeld liegt, keine einzige Region „schaffte“ es unter die zehn umsatzstärksten Regionen. Unter den Stimulanzien weist Kokain die höchsten Werte auf und ist im Trend steigend.

Auch bei den Anrufen in der österreichischen Vergiftungszentrale spielt Kokain unter den Stimulanzien die größte Rolle, der Trend seit 2016 ist ebenfalls (stark) steigend. Dies zeigen auch die Statistiken der Drug-Checking Projekte (checkit! Wien, Triptalks Graz und Z6 Innsbruck), hier liegen die abgegebenen (vermeintlichen) Kokain-Proben mit Abstand an der Spitze.

Am auffälligsten ist die Entwicklung bei der Reinheit von Kokain. Hier hat sich der Durchschnittswert in den letzten 10 Jahren von rund 30 % auf mehr als 60 % verdoppelt. Warnungen vor 80- bis 90%igen reinen Kokainproben sind die Regel in den letzten Berichten des österreichischen Knotenpunkts des europäischen Frühwarnsystems, die sich im Wesentlichen auf die Drug-Checking-Projekte beziehen. Dies ist aus dem Blickwinkel des Konsument*innenschutzes eine gute Nachricht – weniger problematische Streckmittel –, wird aber aus Unwissenheit über die Reinheit im Einzelfall (noch) nicht im Konsum berücksichtigt und birgt daher natürlich auch massive (Über-)Dosierungsrisiken.

Was tun?

Die Erfahrungen im Umgang mit dem gestiegenen Konsum von Methamphetamin vor zehn Jahren in OÖ zeigen, dass uns in der Suchthilfandschaft ein ganz wesentliches Element im Angebot für hochriskanten Stimulanziengebrauch fehlt: der medikamentöse Ansatz und die darauf aufbauenden Systeme.

Zieloffene Suchtarbeit bedeutet, mit Menschen an einer Veränderung ihres Suchtmittelkonsums (alle konsumierten



Substanzen) zu arbeiten, und zwar auf das Ziel hin, das sie sich selbst setzen. Dabei wird an der bereits vorhandenen (ggf. noch „schlummernden“) intrinsischen Änderungsmotivation angesetzt.

In der zieloffenen Suchtarbeit wird heute davon ausgegangen, dass neben der Abstinenzorientierung zwei wesentliche Säulen komplementär bestehen müssen: die Reduktion und die Schadensminimierung. Während die Abstinenzorientierung auf einen (lebenslangen) Verzicht der Substanz gerichtet ist, zielt die Reduktion auf weniger und selteneren Konsum ab, inklusive Zeiten der sogenannten „Punktabstinenz“. Die Schadensminimierung zielt auf risikoärmere bzw. auf weniger schädliche Art des Konsums ab. Diese Erweiterung ist nicht nur aus ethischen Gründen („informed consent“) geboten, sondern auch aus Gründen der Erreichbarkeit und damit einhergehend der Erfolge der Dialoggruppe.

In allen drei Bereichen spielen medikamentöse Ansätze eine zentrale Rolle. Dazu stünden im Stimulanzienbereich auch verschiedene zugelassene Medikamente zur Verfügung. Warum werden sie dann nicht eingesetzt? Weil es wenig Mut zum kontrollierten Einsatz dieser

Medikamente und daher auch wenig wissenschaftliche Evidenz gibt. Die Schweiz hat in den 90er-Jahren im Opioidbereich mit dem Hintergrund der größten offenen Drogenszenen („Platzspitz“, „Bahnhof Letten“) gezeigt, welche Errungenschaften mit Diversifikation der Suchthilfeangebote und vor allem durch einen pragmatischen, kontrollierten Einsatz von agonistisch wirksamen Medikamenten möglich sind. Davon haben Suchthilfesysteme in ganz Europa profitiert.

Seit 20 Jahren wird in der Schweiz die kontrollierte Abgabe von Kokain, Methylenphenylat-Medikamenten oder Amphetamin-Medikamenten (Dexamphetamin, Lisdexamphetamin) bei Kokainabhängigkeit diskutiert. Mit dem Ansteigen des Crack-Konsums in der Schweiz nimmt diese Diskussion wieder Fahrt auf und so hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM) beauftragt, einen Bericht über Therapieformen bei Crack- und Kokainkonsum zu erstellen – auch mit dem Schwerpunkt, wo noch Wissenslücken bestehen bzw. wo es mehr Forschung braucht.

In ihrer Zusammenfassung hält die SSAM im Jänner 2024 ganz klar fest:

„Medikamentöse Ansätze müssen in Gesamtherapieangebote eingebunden werden. So können die genannten sozial-psychiatrisch-psychotherapeutische Ansätze mit Medikamenten oder Substitutionsbehandlungen individuell zusammengestellt werden.“

... und so wünsche ich der Schweiz den Mut, diese Erkenntnis in Umsetzung zu bringen ... Und Österreich wünsche ich den Mut, hier mitzuziehen!

Literatur auf Anfrage erhältlich

Thomas Schwarzenbrunner, MA

Thomas Schwarzenbrunner ist Sozialarbeiter und hat seine Ausbildung an der Akademie für Sozialarbeit absolviert. Seinen Master absolvierte er an der Pädagogischen Hochschule im Rahmen des Masterlehrgangs „Sucht- und Gewaltprävention“. Er ist Sucht- und Drogenkoordinator des Bundeslandes Oberösterreich. Seine Hauptaufgaben sind die Koordination, Planung und Steuerung der Suchthilfe und Suchtprävention in OÖ. Schwarzenbrunner arbeitet als nebenberuflicher Lehrbeauftragter an der Fachhochschule OÖ. Dort unterrichtet er Studierende der Sozialen Arbeit und Sozialpädagogik im Feld „Sucht- und Drogen“. An der Pädagogischen Hochschule unterrichtet er Masterstudierende des Lehrganges „Sucht- und Gewaltprävention“.

Unser Betreu

Prävention

Suchtprävention ist dem *Grünen Kreis* ein besonderes Anliegen. Die Abteilung für Suchtprävention entwickelt individuell zugeschnittene, präventive Konzepte für öffentliche und private Unternehmen sowie Schulen, um dort zu helfen, wo im Vorfeld der Weg in die Sucht verhindert werden kann. Wir konzipieren suchtpreventive Maßnahmen zur Sensibilisierung der Mitarbeiter*innen und zeigen Strategien für einen konstruktiven Umgang mit Suchtproblemen. Das Repertoire in diesem Bereich ist vielfältig und individuell zugleich, abgestimmt auf die Nöte und Anforderungen des jeweiligen Unternehmens und seiner Mitarbeiter*innen.

In Betrieben

Unsere betriebliche Suchtprävention hilft, Lernprozesse in Gang zu bringen. Sie will den Blick schärfen, um Krankheitsrisiken frühzeitig zu erkennen, und mithelfen, sinnvolle innerbetriebliche Lösungsansätze zu erarbeiten. Der Erwerb von Wissen und Handlungskompetenz, die Schulung von Lehrlingen, Mitarbeiter*innen und Führungskräften sind vor diesem Hintergrund entscheidende Maßnahmen.

In Schulen

Während der Schulzeit durchlaufen Kinder und Jugendliche häufig krisenhafte Entwicklungsphasen. Schulische Suchtprävention kann dazu beitragen, Jugendliche zu stützen, Entlastung zu schaffen, sie in die Lage zu versetzen, auf Krisensituationen kompetent zu reagieren und ein suchtförderndes Verhalten zu vermeiden.

Beratung

Im Rahmen der ambulanten Abklärung erhalten Betroffene individuelle Unterstützung und Begleitung durch Mitarbeiter*innen des Beratungs- & Betreuungsteams. Unsere Berater*innen sind in ganz Österreich für Betroffene unterwegs. Gespräche können in Krankenhäusern, Justizanstalten, Einrichtungen der Sozialen Arbeit, in den Beratungszentren des Vereins *Grüner Kreis* und überall dort stattfinden, wo sich Hilfesuchende aufhalten.

Unser Angebot richtet sich an

- Menschen mit substanzgebundenen Suchterkrankungen (legal und illegal)
- Menschen mit nicht substanzgebundenen Suchterkrankungen (z.B. pathologisches Glücksspiel)
- suchtkranke Erwachsene und Jugendliche
- ältere Suchtkranke
- suchtkranke Eltern und Mütter mit ihren Kindern
- Menschen mit komorbiden Erkrankungen
- Klient*innen aus Wien, die einen körperlichen Teil- oder Vollentzug absolvieren möchten
- Klient*innen aus Wien, die eine Alkoholrehabilitation absolvieren möchten
- Menschen mit einer richterlichen Weisung (§35 und § 39 SMG, § 50/51 StGB, § 173 StPO, § 179 StVG)
- Angehörige

Stationäre Kurzzeittherapie

Die stationäre Kurzzeittherapie ist gedacht für erwachsene Suchtkranke die einer kurzfristigen stationären Intervention bedürfen, die rasch stabilisiert werden können und in einer weiterführenden ambulanten Therapie behandelt werden können. Idealerweise sind diese Klient*innen in ihrem persönlichen Umfeld noch sozial integriert. Eine abgeschlossene Ausbildung oder eine Arbeitsstelle ist vorhanden bzw. es kann wieder rasch ein Arbeitsplatz gefunden werden.

Aufnahme finden auch Klient*innen mit einer Weisung zu einer gesundheitsbezogenen Maßnahme («Therapie statt Strafe» nach §35 und § 39 SMG, § 50/51 StGB, § 173 StPO, § 179 StVG), da der Bund die stationären Behandlungskosten nur bis zu einem Ausmaß von 6 Monaten übernimmt.

Im Rahmen der stationären Kurzzeittherapie findet auch die Alkoholentwöhnung/-rehabilitation für Wiener Klient*innen statt. Sie haben die Möglichkeit, sich nach einem körperlichen Teil- oder Vollentzug, einer stationären Reha-Entwöhnung in der Dauer von 1 bis 3 Monaten im Sonderkrankenhaus Marienhof zu unterziehen. Mit »Alkohol. Leben können.« gibt es neue Möglichkeiten für die Betreuung, welche ganz auf die individuelle Situation der/des Betroffenen zugeschnitten ist.

Stationäre Langzeittherapie

Die stationäre Langzeittherapie ist gedacht für jugendliche und erwachsene Suchtkranke, Paare oder Mütter mit Kindern, Multimorbiditätsklient*innen und Menschen die ihr Leben und sich selbst neu organisieren und neu orientieren müssen. Sie ist für Menschen geeignet, die über einen sehr langen Zeitraum eine Vielzahl von Suchtmitteln missbrauchten (Polytoxikomanie), bei Abhängigen mit psychiatrischen Diagnosen, Persönlichkeits- und/oder Sozialisationsstörungen, psychischen oder physischen Folgeerkrankungen sowie psychosozialen Auffälligkeiten.

Therapieziel ist das Erleben von stützenden, zwischenmenschlichen Beziehungen und das Erkennen und Verstehen von Zusammenhängen zwischen Suchterkrankung und eigener Lebensgeschichte.

Ziel ist die nachhaltige Rehabilitation und Integration der Klient*innen. Gewöhnung an ein abstinent oder substituiertes, ohne Beikonsum, zu führendes, geregeltes Arbeitsleben, gesicherte Wohnsituation, finanzielle Absicherung, Finden und Förderung von Ressourcen, Berufsfindung und -ausbildung stehen im Vordergrund.



Leistungsangebot

Ambulante Behandlung/Rehabilitation

Ambulante Betreuung und Behandlung/Rehabilitation bedeutet die Begleitung von Betroffenen unter Beibehaltung ihrer aktuellen Lebensumstände. Das heißt, die Behandlung wird in den persönlichen Alltag der*des Betroffenen integriert. In unseren sechs ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren in Wien, Graz, Linz, Klagenfurt und Wr. Neustadt, bieten wir ein breites Beratungs- und Behandlungsspektrum an.

Für **Wiener Klient*innen** wird die Ambulante Therapie/Rehabilitation in vier Intensitätsmodulen zwischen 3 und 24 Monaten angeboten. Sie ist sowohl für nicht substituierte Klient*innen (Drogen, Alkohol etc.) als auch für substituierte Klient*innen und für Klient*innen mit einer substanzgebundenen (Drogen, Alkohol etc.) sowie für Klient*innen mit einer nicht substanzgebundenen Suchterkrankung (z.B. Spielsucht) sowohl für Jugendliche als auch Erwachsene geeignet.

Für **KlientInnen aller übrigen Bundesländer** beträgt die ambulante Behandlung/Rehabilitation 6 bis 18 Monate. Am Ende dieser Behandlung/Rehabilitation sollten Klient*innen in der Lage sein, ihr Leben selbstbestimmt führen zu können, die nötigen Hilfskontakte und -ressourcen zur Hand zu haben, sozial integriert und finanziell abgesichert zu sein, sich in einer zufriedenstellenden Wohnsituation und im Idealfall in einem Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis zu befinden.

Stationäre Dauerbetreuung

Die stationäre Dauerbetreuung mit und ohne dislozierter Wohnform bietet Betroffenen nach Abschluss der stationären Behandlungsphase ein Folgebetreuungs- und Folgebehandlungsmodell. Auf diese Weise können Schritte zur größtmöglichen Selbständigkeit erprobt und umgesetzt werden. Zudem können die Strukturen der *Therapeutischen Gemeinschaft* weiterhin genutzt werden.

Die langjährigen Erfahrungen des Vereins *Grüner Kreis* mit Menschen mit vorliegender Komorbidität zeigen die dringende Notwendigkeit einer möglichen Weiterbetreuung und -behandlung/Rehabilitation nach abgeschlossener stationärer Therapie (über 18 Monate hinaus).

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, entweder in einer integrierten Wohneinheit der *Therapeutischen Gemeinschaft* oder in einer nahe gelegenen, vom Verein *Grüner Kreis* angemieteten, Wohnung autonom zu leben. Die entsprechende dazugehörige Betreuung erfolgt nach einem gemeinsam und individuell entwickelten Behandlungs-/Rehabilitations- und Betreuungsplan.

Stationärer Vollentzug & Teilentzug

Klient*innen mit Hauptwohnsitz in Wien haben die Möglichkeit eines stationären körperlichen Teil- oder Vollentzugs im Sonderkrankenhaus Marienhof. Die Dauer der Behandlung beträgt bei Alkohol und illegalen Substanzen 4 Wochen.

Eine weitere notwendige Behandlung/Rehabilitation muss im Anschluss an den Voll- bzw. Teilentzug erfolgen, da an den Entzug immer zumindest ein kurzes stationäres Modul (1 Monat) oder ein längeres (min. 3 Monate) stationäres und danach ein ambulantes Modul (3 bis 24 Monate) anschließen muss.

Beim Vollentzug ist das Ziel naturgemäß der vollständige körperliche Entzug von legalen oder/und illegalen Substanzen.

Beim Teilentzug werden alle legalen/illegalen Substanzen unter Beibehaltung eines Substitutionsmittels entzogen. Der Teil- oder Vollentzug wird immer mit besonderem Augenmerk auf die Bedürfnisse der einzelnen Klient*innen durchgeführt. Basis dafür ist eine allgemeinmedizinische und psychiatrische Anamnese, aus der sich die Behandlungsnotwendigkeiten ergeben.

AMS-NÖ Beschäftigungsprojekt

Im Rahmen des Gemeinnützigen Beschäftigungsprojektes wird Klient*innen, die das stationäre Langzeittherapieprogramm erfolgreich abgeschlossen haben, die Möglichkeit geboten, einen vom AMS Niederösterreich geförderten Arbeitsplatz auf Zeit (1 Jahr, Möglichkeit der Verlängerung auf 1 1/2 Jahre) zu erhalten. Die Transitmitarbeiter*innen sind in den verschiedensten Arbeitsbereichen (Landwirtschaft, Bau und Renovierung, Tischlerei, Fuhrpark, Seminarhotel, Kreativwerkstätten, Schlosserei, Büro, Catering, Lager etc.) eingesetzt und werden von qualifiziertem Fachpersonal angeleitet. Zusätzlich zu den geförderten Arbeitsplätzen auf Zeit werden Klient*innen und Exklient*innen bei Umschulungen, Lehrlingsausbildungen und spezifischen Facharbeiter*innenausbildungen entsprechend ihrer individuellen Interessen unterstützt. Durch dieses Programm konnte die Therapieerfolgsquote deutlich gesteigert und die anschließende Reintegration in den freien Arbeitsmarkt entscheidend verbessert werden. Bei entsprechender Weiterentwicklung und Berufsausbildung der Klient*innen ist nach Beendigung der Transitmitarbeiter*innenphase auch eine Übernahme in ein reguläres Beschäftigungsverhältnis beim Verein *Grüner Kreis* möglich.

Bindungsbasierte Emotionsregulation bei Suchterkrankungen



von Deborah Andres

In der aktuellen Forschungsliteratur existieren bislang keine Studien, welche die Konstrukte Bindungsstile und Primäremotionen in Bezug auf das Suchtverhalten vereint haben.

Suchterkrankungen sind ein ernstes Problem in unserer Gesellschaft und können für Betroffene sowie deren Umfeld schwerwiegende Folgen haben. Trotz der Fortschritte in der Suchtforschung und -behandlung bleiben viele Faktoren unklar, die zur Entwicklung und Aufrechterhaltung von Suchterkrankungen beitragen.

Eine der Ursachen für eine Suchterkrankung liegt oft in einer gestörten Emotionsregulation. Bindungsbasierte Emotionsregulation ist ein wichtiger Faktor für die psychische Gesundheit und spielt auch bei der Behandlung von Suchterkrankungen eine wichtige Rolle.

In den letzten Jahren ist ein gestiegenes Interesse bezüglich des Einflusses von Bindung und (Primär-)Emotionen auf Suchterkrankungen zu verzeichnen. Betrachtet man die hohe Prävalenz von Abhängigkeitserkrankungen und ihre negativen Auswirkungen auf die mentale Gesundheit, sind dies bedeutsame Argumente, um den Einfluss von Bindung und Primäremotionen auf die Suchterkrankungen zu untersuchen.

Ein wichtiger Faktor für die Entstehung und Aufrechterhaltung von

Suchterkrankungen sind emotionsregulatorische Schwierigkeiten. Diese können sich in Form von übermäßiger emotionaler Reaktivität oder mangelnder Fähigkeit zur Regulation von negativen Emotionen zeigen. Die Erforschung der bindungsbasierten Emotionsregulation stellt einen vielversprechenden Ansatz zur Unterstützung von Menschen mit Suchterkrankungen dar.

Die Primäremotionen nach Panksepp

Eine wichtige Rolle bei der bindungsbasierten Emotionsregulation in Bezug auf Suchterkrankungen spielen die Primäremotionen nach Jaak Panksepp (2011). Diese sind angeborene, instinktive Emotionen, welche in den subkortikalen Bereichen des Gehirns lokalisiert sind. Die Primäremotionen laufen aus evolutionsbiologischer Sicht automatisch ab, um das Überleben zu gewährleisten.

Panksepp identifizierte insgesamt sieben Primäremotionen, welche grob in vier positive und drei negative konnotierte Emotionen kategorisiert werden: Die Emotionen SEEKING (Suchverhalten), CARE (Fürsorgeverhalten), PLAY (Spiel) und LUST (Sexualität) gelten als positiv. Die Emotionen FEAR (Angst), ANGER (Wut) und SADNESS (Traurigkeit) sind negativ konnotiert (Montag et al., 2021). Im Detail umfasst SEEKING ein Netzwerk, welches mit dem Suchverhalten assoziiert wird, und motivationale Prozesse, um Ziele zu erreichen, zum Beispiel die Suche nach Nahrung. Die positive Emotion CARE ist mit Bindung und Fürsorge assoziiert und die Emotion LUST steht im Zusammenhang mit Sexualität. Die Emotion PLAY steht in Verbindung mit dem Spielen, nimmt entscheidenden Einfluss auf soziale Bindungen und die Entstehung sozialer Fähigkeiten. Bei den negativ konnotierten, aber evolutionär betrachtet wertvollen Emotionen steht ANGER mit Aggression und Wut in Verbindung. SADNESS bezeichnet ein System, das im Zusammenhang mit Trennungsschmerz und Traurigkeit steht. FEAR geht mit der Erregung von Angstgefühlen einher (Montag et al., 2021). Vor allem die Emotionen SADNESS und ANGER sind für die Entstehung und

Aufrechterhaltung von Suchterkrankungen von Bedeutung (Fuchshuber et al., 2019; Montag et al., 2021).

Die Bindungstheorie nach Bowlby & Ainsworth

Die Bindungstheorie beschreibt ein evolutionäres und biologisches Verhaltenssystem, welches anhand von Interaktionen mit den primären Bindungspersonen gebildet wird und unter anderem Einfluss auf die Affektregulation nimmt (Unterrainer et al., 2017). Laut Bowlby können vier Bindungsmuster beschrieben werden: a) die sichere, b) die unsicher-ambivalente, c) die unsicher-vermeidende und d) die desorganisierte Bindung. Jeder Bindungsstil steht mit unterschiedlichen Verhaltensmustern im späteren Leben in Verbindung (Bowlby, 1969).

Bindung, Primäremotionen und Suchtverhalten

Hinsichtlich der Thematik Suchtverhalten gibt es in der aktuellen Forschungsliteratur bereits Hinweise auf die Relevanz von Primäremotionen. So konnten Fuchshuber et al. (2019) einen positiven Zusammenhang zwischen höheren Werten der primären Emotionen ANGER und SADNESS in Verbindung mit Substanzmissbrauch sowie höhere Werte von SADNESS und FEAR mit Depression feststellen. Dies stützt die Ergebnisse von Unterrainer et al. (2017), welche positive Zusammenhänge zwischen den negativen Primäremotionen SADNESS, ANGER und FEAR und dem Suchtverhalten fanden. Zudem zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen FEAR und SADNESS mit der Internetsucht (Montag et al., 2016).

Ebenso haben die Bindungsstile nach Schindler et al. (2005) und Unterrainer et al. (2017) Einfluss auf die Entwicklung von Suchterkrankungen. Sichere Bindungserfahrungen in der Kindheit fördern die Fähigkeit zur emotionalen Selbstregulation. Wenn die frühkindlichen Bindungserfahrungen hingegen unsicher oder instabil sind, kann dies zu einer schlechteren Emotionsregulation und einem höheren Risiko für Suchterkrankungen führen. Die Forschung hat gezeigt, dass Menschen mit einem

unsicheren Bindungsstil, z. B. solche, die in der Kindheit Vernachlässigung oder Missbrauch erfahren haben, anfälliger für die Entwicklung von Suchtverhalten sind. Dies liegt daran, dass sie Drogen oder Alkohol als Mittel zur Regulierung schwieriger Emotionen wie Angst, Aggression oder Traurigkeit verwenden können, die auf ihre frühen Bindungserfahrungen zurückzuführen sind (Unterrainer et al., 2017; Schindler et al., 2005; Lewis et al., 2021).

Ein Zusammenführen der Ergebnisse legt den Schluss nahe, dass Betroffene von Suchterkrankungen durch ihre erlernten dysfunktionalen Bindungsmuster, die defizitären Beziehungserfahrungen und wegen des Fehlens adäquater Regulationsfähigkeiten für negative Affekte mit Hilfe der Substanzen versuchen, die negativen Emotionen zu regulieren. Im Zusammenhang mit Sucht sind die Primäremotionen SADNESS und ANGER von großem Interesse, da die Einnahme von Substanzen als ein dysfunktionaler Versuch der Emotionsregulation verstanden werden kann, um starke Emotionen wie Wut oder Traurigkeit im Sinne einer Selbstmedikation auszugleichen (Unterrainer et al., 2017; Schindler et al., 2005; Lewis et al., 2021).

In der aktuellen Forschungsliteratur existieren bislang keine Studien, welche die Konstrukte Bindungsstile und Primäremotionen in Bezug auf das Suchtverhalten vereint haben. So sollen im Zuge

des BANPS-Forschungsprojekts (Validierung einer weiterentwickelten deutschen Version der Brief – Affective Neuroscience Personality Scale) weiters mögliche Zusammenhänge erforscht werden, um mehr Klarheit über die Verbindungen von Primäremotionen, Bindungsstilen und dem Suchtverhalten zu gewinnen. Zusätzlich kann das Verständnis der bindungs-basierten Emotionsregulation bei Suchterkrankungen dazu beitragen, wirksamere Interventionen für Betroffene mit Abhängigkeitsproblemen zu entwickeln.

Literatur

- Bowlby, J.** (1969). Bindung. S. Fischer.
- Davis, K. L., Panksepp, J. & Normansell, L.** (2003). The Affective Neuroscience Personality Scales: Normative Data and Implications. *Neuropsychanalysis*, 5(1), 57–69. <https://doi.org/10.1080/15294145.2003.10773410>.
- Fuchshuber, J., Hiebler-Ragger, M., Kresse, A., Kapfhammer, H.-P. & Unterrainer, H. F.** (2019). Do Primary Emotions Predict Psychopathological Symptoms? A Multigroup Path Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 610. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00610>.
- Lewis, A. J., Unterrainer, H. F., Galbally, M., Schindler, A.** (Hrsg.) (2021). *Addiction and Attachment*. Lausanne: Frontiers Media SA. doi: 10.3389/978-2-88966-386-6.
- Main, M. & Solomon, J.** (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Hrsg.), *Affective development in infancy* (S. 95–124). Ablex Publishing.

Montag, C., Sindermann, C., Becker, B. & Panksepp, J. (2016). An affective neuroscience framework for the molecular study of Internet addiction. *Front. Psychol.*, 7, 1906. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01906.

Montag, C., Elhai, J. D. & Davis, K. L. (2021). A comprehensive review of studies using the Affective Neuroscience Personality Scales in the psychological and psychiatric sciences. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 125, 160–167. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.02.019>.

Panksepp, J. (2011). The basic emotional circuits of mammalian brains: Do animals have affective lives? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(9), 1791–1804. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2011.08.003>.

Schindler, A., Thomasius, R. & Sack, P.-M. et al. (2005). Attachment and substance use disorders: a review of the literature and a study in drug dependent adolescents. *AttachHumDev*, 7, 207–228.

Unterrainer, H.-F., Hiebler-Ragger, M., Koschnig, K., Fuchshuber, J., Tscheschner, S., Url, M. et al. (2017). Addiction as an attachment disorder. White matter impairment is linked to increased negative affective states in poly-drug use. *Front. Hum. Neurosci.*, 11, 208. doi: 10.3389/fnhum.2017.00208.

Deborah Andres, BSc, B.A.

Masterstudium Psychologie an der Karl-Franzens-Universität Graz

Aktuelles Forschungsprojekt: The Relationship between Emotions, Attachment Styles and Addictive Behaviors.



Spurensuche

Meine Erfahrungen mit „Koko“

Hallo, ich bin sehr früh in ersten Kontakt mit Kokain gekommen. Ich war 20 Jahre jung und bin das erste Mal durch Arbeitskollegen in der Arbeit dazu gekommen. Es hat harmlos angefangen mit ein, zwei „Lines“ in der Arbeit, und mich hat die Wirkung direkt beim ersten Mal schon „gecacht“, dass ich nach der ersten Line motivierter, kontaktfreudiger und energiegeladener war als in nüchternem Zustand. Es hat nicht lange gedauert, bis mein Konsum immer mehr wurde und schnell aus ein bis zwei Lines schon ein bis zwei Gramm geworden sind.

Ich bin dann auch schon nicht mehr nüchtern auf Partys gegangen, da Kokain ziemlich gut gegen Verklemmtheit half und ich viel lockerer drauf war. Was mir sehr gefallen hat, war auch, kein Problem zu haben, was das Ansprechen von Frauen anging, da mir das Kokain auch irgendwie mein Ego pushte, was den Konsum noch verstärkte.

Mit der Zeit war ich auch so gut wie nur noch auf Kokain während der Arbeit und merkte es irgendwann auf einer Party, dass ich trotz Kokain irgendwie keine Lust hatte, wobei es dann auch begonnen hat, dass ich mir eingestehen musste, dass ich ein Problem hatte, da ich mittlerweile schon ohne meine ein bis zwei Gramm förmlich keine Lust hatte, zur Arbeit zu gehen, und meine Gedanken sehr oft beim Konsum waren - und wie gut doch eine Nase wäre -, wenn ich mal Stunden nichts genommen hatte.

Um meine Sucht zu finanzieren, „verkaufte“ ich täglich kleine Pakete an Freunde, wobei ich sagen muss, dass ich auch durch den Konsum nur noch Freunde hatte, die selber total drauf waren und täglich was brauchten, was mir meinen Konsum umso mehr verschlimmerte, da ich irgendwann nur noch mit der Droge beschäftigt und schon fast Vollzeit unterwegs drauf war.

Lange hat es nicht gedauert, bis ich in noch größere Probleme als meine Sucht geriet, bis meine Wohnung von der Polizei gestürmt wurde und ich in organisiertes Verbrechen verwickelt war, wofür ich auch verurteilt wurde. Und jetzt sagen kann, dass es mich nicht nur ins Gefängnis gebracht hat, sondern dass ich auch mit den Folgeschäden jetzt noch zu kämpfen habe.

Lange dauert es, bis man sich eingesteht, dass man ein Problem hat und ohne nicht funktioniert, auch sind die Gedanken stets bei der Droge, was Zeit- und Geldaufwand bedeutet.

Enver P.

Klient*innen berichten über ihr Leben mit der Sucht.

Kokain

Es fing alles mit 14 Jahren an, als ich zum ersten Mal Koks mit Heroin gezogen hatte. So ein Gefühl kannte ich nicht. Ich fühlte mich einfach fantastisch. Doch dieses Gefühl hielt nicht für immer und damit begann alles. Der Anfang vom Ende.

Um diesen Zustand beizubehalten, brauchte ich viel Geld. Das war der Startpunkt meiner Karriere als Krimineller. Am Anfang gingen wir, meine Clique und ich, Leute am Straßenstrich ausrauben, wobei mein Job darin bestand, jemanden zu ködern. Als Nächstes wollten wir Dealer ausrauben, doch dies ging nicht immer gut und brachte uns oft in gefährliche Situationen inklusive Messerstechereien. Also fing ich zu verkaufen an, um mir meine Sucht zu finanzieren. Mit dem Verkauf stieg mein Konsum exorbitant und das Experimentieren mit Koks fing an. Ich begann es zu rauchen und zu drücken. So ging das jahrelang dahin, bis ich Probleme mit der Polizei bekam und nach dem Gefängnis auf Therapie musste. Rückblickend gesehen hat Kokain mein ganzes Leben eingenommen und beinahe zerstört.

Was ich mit der Welt teilen möchte, ist Folgendes: Fängt man einmal mit Drogen an, lassen sie euch nie mehr los. Tut euch einen Gefallen, lasst die Finger davon und lebt ein Leben mit echter Freude.

Armin

Auf der Suche nach Balance zwischen Risikoreduktion und Resilienzförderung



von Evelin Mahlknecht

Früher war alles anders – früher war alles gut“. So oder so ähnlich stellt sich unser Gefühl zur Gegenwart dar. Wir befinden uns in einer Zeit der Krise(n), in einer Zeit des (sozialen) Wandels. Social change als Begriff in den Sozialwissenschaften beschreibt den Prozess und die Auswirkungen von Veränderungen in der Gesellschaft, die das Wohlergehen und die Lebensqualität von Individuen und Gemeinschaften beeinflussen. Pandemie, Naturkatastrophen und Krieg führen den Menschen vor Augen, dass das Leben vergänglich ist, und stellt sie vor enorme Herausforderungen: sowohl kollektiv als auch individuell. Es entstehen Stress und ein Gefühl der Ohnmacht und Überforderung. Um Kontrolle und Handlungsmöglichkeit, aber auch Sicherheit und Wohlbefinden zu erreichen, wendet der Mensch unterschiedliche Strategien an. Sobald die individuelle Belastungsgrenze jedoch überschritten ist, zeigt es sich (nach außen) in Form verschiedenartiger Symptome und Phänomene: problematischer Konsum und Sucht, Störungen des Essverhaltens und des Körperbildes, Gewaltphänomene, psychische Erkrankungen bis hin zu Suizid, um nur einige zu nennen. Neuere Untersuchungen zeigen auf, dass Jugendliche vermehrt – insbesondere seit der Pandemie – unter mentalen Belastungen leiden. Der Konsum von Substanzen oder risikobehaftetes Verhalten ist für manche junge Menschen funktional, d. h., sie dienen sowohl der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben im Allgemeinen

als auch der Problem- und Stressbewältigung im Besonderen.

Über Stress und Glück

Letzten Endes geht es um die Frage, wie Bindungs- und Beziehungsqualitäten gestärkt werden können und wie Menschen lernen, mit negativen Emotionen und Erfahrungen, Stress sowie Belastungen umzugehen. Denn wenn das Stresslevel zu hoch ist oder es sich um einen Dauerzustand handelt, geht es nur noch um das emotionale Überleben, welches in der unermüdlischen Suche nach Sicherheit und gesteigertem Wohlbefinden mündet. Wir Menschen verfügen über ein hormonelles Glückssystem: das Gefühl von Glück wird über die Ausschüttung von Botenstoffen wie Dopamin, Serotonin, Noradrenalin oder Endorphin im Körper erfahrbar. Erst wenn unsere Grundbedürfnisse befriedigt werden, stellt sich Wohlbefinden ein. Glück und Wohlbefinden erlangen wir also durch eine gewisse Ausgewogenheit von Botenstoffen – häufig ist damit die Abwesenheit von Stress gemeint. Unter diesem Gesichtspunkt können üppiges Essen, eine durchzockte Nacht oder Drogenkonsum durchaus eine legitime Strategie zur kurzzeitigen Erhöhung des Glücksgefühls sein. Langfristig gesehen ist es aber sinnvoll, wenn wir als Gesellschaft unseren Kindern brauchbares Werkzeug mit auf den Weg geben und uns für ein kollektives WIR-Gefühl einsetzen, so fördern wir Resilienz und wirken nachhaltig auf ein positives Gleichgewicht – sprich Glück – im Menschen ein.

„In den letzten Jahren hat die Neurobiologie das bestätigt, was die Entwicklungspsychologie und die Stressforschung schon seit vielen Jahrzehnten propagieren: dass Kindheit und Jugend für die weitere psychische, körperliche und soziale Entwicklung eines Menschen von entscheidender Bedeutung sind“ (Hafen, 2023). Das Gehirn ist plastisch, d. h., es ist Zeit seines Lebens flexibel und veränderbar, es reagiert aber besonders im Kindes- und Jugendalter sensibel auf Umwelteinflüsse. Auch die Traumaforschung, die vermehrt die körperliche Komponente von Stress und Erinnerung berücksichtigt, bekräftigt

die Ergebnisse der Neurobiologie. Traumatische Erfahrungen, insbesondere Bindungstraumata, und Traumafolgen gehören zu den häufigsten Bedingungsfaktoren für Suchtentwicklung, Gewaltphänomene, Essstörungen oder andere psychische Belastungen.

Suchtprävention vs. Gesundheitsförderung

Die eingangs beispielhaft aufgeführten Probleme haben weitreichende Auswirkungen, nicht nur auf die Betroffenen selbst und ihre unmittelbare Umgebung, sondern auch auf die Gesellschaft als Ganzes. Der Umgang damit passiert hauptsächlich über die (im Normalfall individuelle) Behandlung und Begleitung durch Fachbereiche wie die Psychiatrie und Psychologie, aber auch durch die Soziale Arbeit und die Justiz. Prävention hingegen versucht, genannte Phänomene bereits im Vorfeld zu verhindern oder abzumildern, indem sie darauf abzielt, Risikofaktoren zu identifizieren und zu verringern sowie Schutzfaktoren zu identifizieren und zu fördern.

Es ist für die Prävention jedoch wichtig zu wissen, dass chronischer Stress in der Kindheit und Jugend, der durch emotionale Vernachlässigung, Gewalt und Leistungsdruck verursacht wird, das Risiko von späteren Problemen wie Sucht, Essstörungen, Gewalt und psychische Erkrankungen erhöhen kann. Gleichzeitig werden in dieser Lebensphase die Grundlagen für lebenswichtige Fähigkeiten wie Sprachkompetenz, Sozialkompetenz und Emotionsregulation gelegt, insbesondere wenn Kinder unter günstigen Bedingungen aufwachsen. Daher ist die Unterstützung von Familien und Jugendlichen in dieser Phase äußerst effektiv, da sie dazu beiträgt, zentrale Risikofaktoren zu reduzieren und wichtige Schutzfaktoren zu stärken, aber auch korrigierende Erfahrungen anzubieten. Allerdings muss darauf geachtet werden, dass Schutzfaktoren nicht mit Ressourcen und Risikofaktoren nicht unbedingt mit Stressoren gleichgesetzt werden, denn „Ressourcen sind mehr als bloss Stressoren mit umgekehrten Vorzeichen“ (Wittstein, 2020).

Salutogenese-Modelle haben sich in

den Jahren weiterentwickelt und gehen davon aus, dass es nicht nur die Förderung der Gesundheit von der Bewältigung von Krankheit zu unterscheiden gilt, sondern dass grundsätzlich eine jeweilige Dimension von krank und gesund existiert (Wittstein spricht von einem doppelten Kontinuum). Gesundheitsrelevante Ressourcen sollen demnach unabhängig von krankheitsrelevanten Belastungen betrachtet werden. Übersetzt auf die Prävention bedeutet dies, dass die Abwesenheit eines Risikofaktors nicht gleichsam als Schutzfaktor gelten kann und umgekehrt. Beispielsweise steht ein verhinderter Alkoholkonsumanstieg durch risikoreduzierende Präventionsprogramme für ein Plus auf der Krankheitsdimension (schädliche Auswirkungen des Alkoholkonsums wurden verhindert) und ein gesundheitsförderliches Präventionsprogramm zur Stärkung der emotionalen Kompetenz (Schutzfaktoren wurden erhöht) erreicht ein Plus auf der Gesundheitsdimension. (ebd.)

Dies kann auch die Tendenz abfedern, Erfolge der (Sucht-)Prävention nicht linear und kausal zu messen bzw. zu bewerten und Gesundheit mehrdimensional zu betrachten. Das Ziel der klassischen Suchtprävention ist die Verhinderung von Suchtphänomenen, verbunden mit spezifischen Verhaltensweisen oder deren Veränderung. Was aber, wenn nicht das primäre Ziel ist, sondern die Resilienz? Eine erste Schwierigkeit zeigt sich bei dessen Überprüfung: Hat die Arbeit der Suchtprävention folglich versagt, wenn die Zahl der Abhängigen steigt? Ein Beispiel: Die Erstberatungen einer Suchtberatungsstelle nehmen zu.

Die naheliegendste Interpretation ist: Es gibt mehr Drogenabhängige oder zumindest mehr Drogenkonsumierende. Weitere Faktoren, die einen Anstieg von Betreuten begünstigen können, allerdings selten berücksichtigt werden, sind die Sichtbarmachung durch Medien, eine höhere Bereitschaft bei Betroffenen, Hilfe anzunehmen, die erhöhte Aufmerksamkeit von Mitmenschen und Fach- oder Betreuungspersonen, ein positiver Ruf der Beratungsstelle oder die erfolgreiche Arbeit von Ordnungskräften. Ob und wo genau die Suchtprävention ihren Beitrag dazu geleistet hat oder gar ihren Auftrag nicht erfüllt hat, kann daraus kaum abgeleitet werden. Ist es also an der Zeit, Ergebnisse von Präventionsmaßnahmen nicht länger

an Zahlen zu Konsum, Behandlungen oder Drogentoten zu interpretieren, sondern an Werten wie Resilienzfähigkeit, Wohlbefinden und Lebenskompetenz, dementsprechend ein Plus auf der Gesundheitsdimension in Form einer von Risikofaktoren unabhängigen Erhöhung von Schutzfaktoren?

Prävention als Gesamtkonzept

Wo gilt es also am sinnvollsten anzusetzen? Effektive Prävention wählt eine Kombination gut abgestimmter Maßnahmen (verhaltensorientiert-verhältnisorientiert), die sowohl Risiko- als auch Schutzfaktoren berücksichtigen, die auf verschiedenen Ebenen (individuell, kollektiv) wirken und die in der Lebenswelt der Zielgruppen anknüpft (settingorientiert).

Eine professionelle Präventionsarbeit versucht somit, unterschiedliche Maßnahmen zu einem Gesamtkonzept zu bündeln. Spezifische Methoden der Prävention erstrecken sich von Informationsvermittlung und Bildungsarbeit über Projektarbeit, Beratung und Coaching bis hin zu Netzwerkarbeit und Forschung. Die Bedeutung von Lebenskompetenzförderung, die das Erlernen von Strategien zur Bewältigung schwieriger Momente im Leben einschließt (Coping), eine daraus resultierende persönliche Widerstandsfähigkeit (Resilienz) und das Zur-Verfügung-Stellen von Unterstützungsmöglichkeiten von außen ohne Verurteilung der Person sind aus einer modernen Präventionsarbeit nicht mehr wegzudenken.

Weitaus zielgerichteter gestaltet sich Prävention, wenn sie sich nicht nur zielgruppenorientiert, sondern vor allem settingorientiert ausrichtet. Ein Setting ist ein Sozialzusammenhang, in dem Menschen sich in ihrem Alltag aufhalten und der Einfluss auf ihre Gesundheit hat. Dabei wird zum einen die Erreichbarkeit von Zielgruppen im Setting genutzt, um dort Angebote der verhaltensbezogenen Prävention zu platzieren, z. B. Präventionsarbeit innerhalb digitaler Lebenswelten. Zum anderen geht es um die Entwicklung von gesundheitsförderlichen Settings, wobei die Partizipation der Mitglieder des Settings und der Prozess der systemischen Settingentwicklung konzeptionell im Mittelpunkt stehen, z. B. kommunale Gesundheitsförderung. (Hartung, 2022)

Zusätzlich zu den personenorientierten Maßnahmen spielt dementsprechend auch Mitgestaltung von

gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und Umweltfaktoren (strukturelle bzw. Verhältnisprävention) eine wichtige Rolle. Nicht selten wird die strukturelle Prävention auf reine Regulierungs- und Kontrollmaßnahmen reduziert, doch ist dieser Ansatz viel breiter zu sehen. Die Fülle von Risikofaktoren auf der Makroebene (Armut, Arbeitsbelastungen, mangelnde Unterstützungsangebote für Familien oder Menschen mit Migrationshintergrund etc.) bieten zahlreiche Ansatzpunkte innerhalb des sozialgesellschaftlichen Gefüges und auch der politischen Entscheidungen. Der Ansatz einer modernen Präventionsarbeit geht weg vom ausschließlich individuellen Verhalten hin zum kollektiven Menschen.

Fazit

Die Integration verschiedener Präventionsbereiche in das Feld der Suchtprävention kann also dazu beitragen, einen ganzheitlichen Ansatz zu verfolgen, der eben nicht nur spezifische Symptome und Risikofaktoren, sondern auch die zugrunde liegenden Bedingungen berücksichtigt. Denn die Erfahrungen der aktuellen Zeiten und die Ergebnisse von Untersuchungen lehren uns, dass wir breiter denken müssen und die Prävention Hand in Hand mit Gesundheitsförderung gehen muss. Wichtig dabei ist, dass die Prävention zum einen die Themen Stress und Resilienz vermehrt in den Fokus setzt, nicht nur Jugendliche, sondern auch Kinder und Familien als Zielgruppe definiert und dabei viel früher und in spezifischen Settings ansetzt.

Darüber hinaus können über Ansätze der strukturellen Prävention Umweltfaktoren und Rahmenbedingungen beeinflusst werden. Aber es gilt auch, die Gesellschaft als Ganzes zu sensibilisieren und Veränderungen, im Sinne vom eingangs erwähnten social change, anzustoßen: Dies ist ein Plädoyer für mehr Menschlichkeit – in der Prävention und darüber hinaus.

Literatur auf Anfrage erhältlich

Evelin Mahlknecht, B.A.

Sozialarbeiterin, Traumapädagogin und Traumafachberaterin (DeGPT) sowie Sexualberaterin in freier Praxis. Sie arbeitet seit vielen Jahren mit Menschen mit Schwerpunkt Jugend, Safer Nightlife, Sucht & Konsum, Sexualität, Trauma und Prävention. Aktuell ist sie Koordinatorin des Fachbereiches Gesundheitsförderung und Suchtprävention im Forum Prävention in Bozen (Südtirol).

Psychotherapeutische Behandlung von Menschen in Substitutionstherapie - ein Erfahrungsbericht



von Regina Agostini

In den letzten Jahren hat sich die Substitutionsbehandlung neben den bekannten positiven Effekten im Hinblick auf „Harm Reduction“-Elemente als First-Line-Therapie etabliert. Durch die Erweiterung der Indikation und der Zielgruppen, die Diversifizierung der Substitutionssubstanzen und eine begonnene Entbürokratisierung der Behandlung wird sie mittlerweile flexibel und patient*innenorientiert eingesetzt.

Auch die therapeutischen Einrichtungen für Substanzabhängige haben den Bedeutungswandel der Opiatsubstitution erkannt und konzeptionell angemessen auf die Fachdiskussion zur Substitutionstherapie reagiert. Nachdem es in allen Bereichen der psychosozialen Versorgung und des Gesundheitssystems selbstverständlich ist, pharmakologische Behandlung und Psychotherapie sinnvoll und entsprechend indiziert zu kombinieren, wurden auch Wechselwirkungen und synergetische Effekte zwischen Substitutionsbehandlung und Psychotherapie erkannt und genutzt (vgl. Heinz & Frankfurt 2011, Pöhlke et al. 2016, Michels, Stöver 2013, Gmel et al. 2021). Neben anderen Autoren zählte der Psychoanalytiker Khantzian (1977) zu den Vorkämpfern dieser Kombinationsbehandlung. Er betrachtete die Substitution als Chance, eine generelle innere Kontrolle und innere Stützfunktion aufzubauen, die dann andere – psychotherapeutische – Interventionen möglich macht.

Die Rolle des Substitutes und eine integrative Vorgehensweise

Die Lebensgeschichten drogenabhängiger Menschen sind häufig durch traumatische Erfahrungen und damit psychischer Begleiterkrankungen geprägt. Gemäß ihrem Erfahrungshintergrund und der ihnen zur Verfügung stehenden Bewältigungsmöglichkeiten steckt im Substanzkonsum der Versuch dahinter, sich das Leben zu erleichtern. Vielfach ist es den Betroffenen (noch) nicht möglich, sich spontan von ihrem substanzinduzierten Halt zu distanzieren, da sie als Folge erzwungener Abstinenz und der damit wegfallenden Stabilisierung relativ schutzlos von außen, aber vor allem von innen andrängenden Reizen ausgeliefert wären (vgl. Khantzian 1979, Fuchs 1984, Wurmser 1984, Springer 2003).

Mit dem Wegfall der Stütze durch die konsumierte(n) Substanz(en) ist eine sich verändernde Wirklichkeit – verändertes Erleben – a priori nicht verstehbar und schwer erfassbar. Dies verunsichert und macht Angst. Die aktuelle empirische Befundlage belegt, dass die Bandbreite der ermittelten Prävalenzraten von komorbiden psychischen Störungen groß ist und mindestens die Hälfte aller Suchtkranken betrifft. Dabei wird ein gehäuftes gemeinsames Auftreten von traumatischen Erfahrungen und substanzbezogenen Störungen sowie eine erhöhte Komorbidität von Posttraumatischer Belastungsstörung und Suchterkrankungen beobachtet (vgl. Reiß et al. 2020). Opioidabhängige Patientinnen und Patienten in Substitutionstherapie sind häufig von depressiven Störungen betroffen. Diese Belege verlangen eine Orientierung der Angebots- und Behandlungsstrukturen an den individuellen Bedürfnissen der suchtkranken Klientel mit all ihren Wünschen, Zielen, Problemen und Ressourcen. Daher sind Therapiekonzepte und Interventionsmöglichkeiten gefordert, die sich an abgestuften, in Zusammenhang mit dem Krankheitsverlauf und der akuten Symptomatik jeweils vorrangigen Zielsetzungen orientieren (vgl. Madlung et al. 2006).

Je nach Lebenssituation, persönlichen Möglichkeiten, formulierten Zielvorstellungen und Wünschen kann die Substitutionsbehandlung parallel zur Psychotherapie verschiedene Funktionen

erfüllen: als Ausstiegshilfe, als Schritt zur Abstinenz oder Langzeitsubstitution im Sinne einer Basismedikation bei psychiatrischer Mitbehandlung sowie auch als Überlebenshilfe. (vgl. Heinz, Frankfurt 2011). Hier kann Substitution und damit die Behandlung von unangenehmen Symptomen eine Hilfe sein, eine Beziehung aufzubauen und Vertrauen zu schaffen (vgl. Berthel 2007), was dann psychotherapeutische Interventionen ermöglichen kann. Die Entscheidung, sich substituieren zu lassen, liegt bei der Patientin/dem Patienten. Welches Substitutionsmittel indiziert ist, entscheidet die Ärztin/der Arzt gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten.

Belege zur Methodenkombination „Substitutionsbehandlung mit Psychotherapie“

Die Wirksamkeit dieser Methodenkombination ist mittlerweile durch Studien (noch lückenhaft) und Praxiserfahrungen belegbar. In einer der bedeutsamsten Untersuchungen der Psychotherapieforschung dokumentierte Woody (1983) die Wirksamkeit von manualisierten halbjährigen Einzelpsychotherapien von Patient*innen in Methadonsubstitution. Substituierte Personen, die gleichzeitig in Psychotherapie standen, zeigten günstigere Verläufe als solche, denen lediglich Beratung ermöglicht wurde. Sie benötigten niedrigere Methadondosen und waren hinsichtlich ihres psychischen Zustandes stabiler, sodass sie weniger Zusatzmedikation brauchten. Ein weiteres Ergebnis bestätigte eine gleiche Wirksamkeit unterschiedlicher Therapieansätze. Maddux et al. (1992) belegen, dass eine substitutionsorientierte Therapie langfristiger Abstinenz und Besserung der Abhängigkeitserkrankung nicht entgegensteht. Kuhlmann et al. (2019) wiesen nach, dass die Fortführung einer Substitutionsbehandlung in der medizinischen Reha bei Patient*innen mit besonderen psychischen Belastungen zu erhöhten Erfolgsraten führt.

Andere Befunde zeigen, dass spätere Abstinenz positiv korreliert mit regulärer Therapiebeendigung, wobei mit einer Dauer der stationären Therapie zwischen sechs und neun Monaten die besten Ergebnisse erzielt wurden (vgl. Pöhlke et al. 2016). Hier ist anzumerken, dass verbesserte

Therapieprogramme inzwischen auch zum Teil kürzer-stationäre Behandlungszeiten ermöglichen. Sie müssen mit den Klient*innen individuell erarbeitet werden, da objektive allgemeingültige Indikationskriterien für den Therapieerfolg unbekannt sind.

Davon ausgehend, dass die Suchterkrankung einen prozesshaften Verlauf zeigt, kann ein möglicher Ausstieg aus einer Drogenkarriere oft nur in Stufen vollzogen werden. Dabei sind die unterschiedlichen und individuellen Entwicklungen der Suchtkranken zu berücksichtigen. Hier gilt es, im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung den Menschen dabei zu unterstützen, die ihm eigene Fähigkeit zur Selbstregulation zu mobilisieren, damit es möglich wird, Selbstwert, Selbstvertrauen und Selbstverantwortung zu erhöhen und damit die Fähigkeit zur Selbststeuerung zu verbessern. Das wichtigste Anliegen der Suchttherapie muss es daher sein, ein Spektrum unterschiedlicher Ansätze und Optionen bereitzustellen, worin jede und jeder das für sie/ihn Geeignete finden kann. Dies bedarf einer Diversifizierung und Flexibilisierung der Behandlungsangebote, spezifischer Interventionen, aber auch der Qualifizierung und der entsprechenden Haltung der in diesem Bereich Tätigen (vgl. Funke et al. 2020).

Substitutionsbehandlung und der therapeutische Prozess – unter vorwiegend stationären Rehabilitationsbedingungen

Belege zeigen, dass sich fallgerecht eingesetzte Methodenvielfalt bewährt. Die psychotherapeutischen Überlegungen sollen sich dem Ziel der Optimierung und Individualisierung der Behandlung unterordnen und sich damit beschäftigen, welches der bestehenden Therapieangebote im Einzelfall indiziert und zugänglich ist. Alle bekannten Verfahren können zum Einsatz kommen im Sinne einer individualisierten Therapie, die sich an den Veränderungsphasen orientiert (vgl. Geisler 1978, DiClemente 1992, Vollmer 1992).

Im Zuge der Behandlungsplanung ist zu berücksichtigen, dass bei manchen Patient*innen das Substitutionsmittel in den Fokus rückt (vgl. Kidorf 1995). Im Sinne des gewohnten Einsatzes von Substanzen zum Management des Lebensalltags kann im Krisenfall der Wunsch nach einer Erhöhung der Substitutionsgabe entwickelt werden. Ebenso kann umgekehrt kurzfristig der Wunsch nach einer Reduktion entstehen. Hier ist es notwendig, gemeinsam mit den Betroffenen ihren Prozess in der Therapie zu beleuchten

und die hinter den Veränderungswünschen hinsichtlich der Substitutionsdosis liegende Haltung zu überprüfen und dementsprechende Interventionen zu setzen. Hier wird in manchen Fällen, dem herkömmlichen Bewältigungsmuster folgend, „Druck“ auf die Ärzt*innen ausgeübt, die Substitutionsdosis zu erhöhen, und gleichzeitig der Versuch unternommen, die Behandler*innen im eigenen Interesse zu instrumentalisieren. Zugleich sind auch Gegenströmungen beobachtbar. Manche Substituierte hadern mit ihrem Status, da Abstinenz (auch in der Drogenszene) einen viel höheren Wert für sie bedeutet. Solche Situationen stellen immer wieder eine Herausforderung dar, gemeinsam mit dem Klienten/der Klientin das Anliegen zu hinterfragen, ob ein Nachjustieren oder Absetzen der Einstellungs-dosis wirklich indiziert ist.

Eine Veränderung der Dosis oder Umstellung auf ein anderes Substitutionsmittel zeigt meist Auswirkungen auf die psychische Stabilität und damit auf den therapeutischen Prozess. Ebenso kann die Substanz sowohl beim Abdosieren als auch am Beginn einer Therapie – knapp nach – oder während der Einstellung auf das Substitutionsmittel an Bedeutung gewinnen und damit den therapeutischen Prozess beeinflussen: Durch die langsam eintretende psychische Stabilisierung/ Destabilisierung und den Verzicht auf ein Rauscherleben wird die Befindlichkeit akut wahrgenommen und die psychische Situation kommt zum Tragen. Daher ist es umso wichtiger, am individuellen Rehabilitationsplan festzuhalten und auch mit leichten Entzugserscheinungen an den Behandlungsangeboten teilzunehmen. Befunden und Erfahrungsberichten zufolge erzeugt die gleichzeitige stationäre Behandlung von Substituierten und Nicht-Substituierten eher positive Wirkeffekte zwischen den beiden Gruppen: Es geht um Entwicklung gegenseitiger Akzeptanz. In beiden Gruppen kann die Entscheidung zur Substitution reflektiert und die Motivation zur Abstinenz ange-regt werden. Damit kann Vorurteilen wie „unter Substitution ist Therapie nicht möglich“, „Therapie unter Substitution ist beschütztes Weiterkonsumieren“, „Substituierte lösen bei Nicht-Substituierten regelmäßig Suchtdruck aus“ entgegenge-wirkt werden (vgl. Sylvester 2016).

Um eine fruchtbare Dynamik in der gemeinsamen Behandlung von Substituierten und Nicht-Substituierten zu erzielen und zu erhalten, ist ein relativ unbefangener Umgang mit der Suchtproblematik

und ein differenziertes Suchtverständnis seitens der Betreuer*innen Grundvoraussetzung. Zentrale Punkte sind einerseits, die individuellen Herangehensweisen der Klient*innen an ihre Suchtbewältigung zu akzeptieren, um sie dann dabei zu unterstützen, ihr eigenes Lebensmodell im Einklang mit ihrem Selbstverständnis zu entwickeln. Andererseits gilt es, Craving und eventuelle Rückfälligkeit oder Beikonsum, um die Substitutionswirkung zu erhöhen, zunächst einmal zu entdramatisieren. Damit kann ein vernünftiges therapeutisches (Be-)Arbeiten möglich und der Konsum in seiner Funktionalität exploriert und verstehend bearbeitet werden (vgl. Werner 2011), um nicht die Energie der Betroffenen im Spannungsfeld von „Erfolg und Scheitern“ an die erlebte eigene Unzulänglichkeit zu binden. Was immer als psychische Störung konkret in Erscheinung treten mag, entscheidend für den Erfolg oder Misserfolg im Bemühen um ihre Überwindung ist die Art, wie und mit welcher Einstellung sie wahrgenommen wird. Das gilt sowohl für die Klient*innen als auch für die Betreuer*innen.

Es bedarf einer genauen diagnostischen Abklärung und kontinuierlichen Überprüfung des Behandlungsverlaufes, um für diese Zielgruppe eine erfolgreiche Behandlung zu gewährleisten. Hier ist es besonders wichtig, Entwicklungen genau zu beobachten und realistisch erreichbare Therapieziele zu erarbeiten. Therapeutischer „Ehrgeiz“, hochschwelliges Vorgehen und der Abbruch von Behandlungen können zu einer Verschlechterung der Prognose führen. Oft stellt sich aufgrund der Schwere der Suchterkrankung nur ein geduldiges strukturierendes und supportives Vorgehen bei den Patient*innen als einzig zielführende Strategie heraus.

So sind flexible und tunlichst individuelle Vorgehensweisen und Konzepte erforderlich, die das höchstmögliche Kontrollniveau erreichen lassen, dass aktuell zu einer Stabilisierung und Verbesserung der Lebensqualität beitragen kann (vgl. Madlung et al. 2006).

Literatur auf Anfrage erhältlich

Mag.^a Regina Agostini

Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin GTP, Verein Grüner Kreis Ambulantes Beratungs- & Betreuungszentrum Simmering, Praxisgemeinschaft Kaiserstrasse 10, MED 22 Stadlauerstrasse 62

Führerschein und Substitution



von Bettina Schützhofer
und Günter Knessl

Schätzungen zu Folge gab es
in Österreich 2021 zwischen
37.500 und 40.500 Personen mit
problematischem Opiatkonsum

Die führerscheinrechtlichen Bestimmungen bei vorliegender Abhängigkeit sind in Österreich eindeutig: In Paragraph 5 der Führerschein-gesetz-Gesundheitsverordnung FSG-GV ist festgehalten, dass Personen nur dann zum Lenken von Kraftfahrzeugen als hinreichend gesund gelten, wenn keine Alkoholabhängigkeit und auch keine andere Abhängigkeit vorliegt, die das sichere Lenken eines Kfz sowie die Einhaltung der geltenden Vorschriften beeinträchtigen könnte. Dies würde bedeuten, dass Substitutionspatient:innen eine Lenkberechtigung weder erteilt, noch belassen werden darf. Bei Substitutionspatient:innen kommt jedoch Paragraph 14 der FSG-GV zum Tragen, welcher regelt, dass Personen, die aus medizinischen Gründen Sucht- oder Arzneimittel erhalten, die sich negativ auf die Fahrtauglichkeit auswirken könnten

nach einer befürwortenden fachärztlichen Stellungnahme eine Lenkberechtigung ausgefolgt oder belassen werden kann. Die hier notwendige fachärztliche Stellungnahme kann ggf. auch die Überprüfung der kraftfahrtspezifischen Leistungsfunktionen beinhalten, im Gegensatz zum gesetzlich implementierten Prozedere bei anderen Abhängigkeiten ist sie aber nicht verpflichtend.

Aus fachlicher Sicht ist dies sehr bedauerlich, weil Opiate sich negativ auf die kraftfahrtspezifischen Leistungsfunktionen auswirken, wobei hier insbesondere das Reaktions- und Aufmerksamkeitsvermögen sowie die für Impuls- und Handlungskontrolle sowie Handlungsplanung notwendigen Exekutivfunktionen hervorzuheben sind. Opiatkonsum wirkt sich aber auch negativ auf den Persönlichkeitsbereich und damit auf die für sichere Verkehrsteilnahme notwendige Bereitschaft zur Verkehrsanpassung aus. Als Beispiel sei hier Gleichgültigkeit (auch in Bezug auf die Folgen einer Handlung) genannt, welche zu mangelnder Zuverlässigkeit im Straßenverkehr führt (vgl. dazu Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie der Fachgesellschaften sowie Schützhofer, Gruber, Knessl, Fuchs & Wiener, 2023).

Wie viele Personen sind davon betroffen?

Schätzungen zu Folge gab es in Österreich 2021 zwischen 37.500 und 40.500 Personen mit problematischem Opiatkonsum, worunter man das Vorliegen einer Opiatabhängigkeit mit gesundheitlichen, sozialen und rechtlichen Folgen versteht (Anzenberger et al., 2022). Es ist gelungen, die Behandlungsrate massiv zu erhöhen (Anzenberger et al., 2021). Rund die Hälfte der Betroffenen befand sich in Substitutionstherapie, wobei sich der Anteil derjenigen, die sich als Alternative zur Entzugstherapie für eine Behandlung mit Ersatzdrogen entschieden in den letzten zehn Jahren deutlich vergrößerte: von

16.892 Personen im Jahr 2012 auf 20.138 Personen 2021. Dies entspricht einem Anstieg von knapp 20 %.

Mit Substitutionstherapie sollen soziale Integration und Autonomie erleichtert werden. Für viele Betroffene stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage nach privaten und beruflichen Mobilitätsmöglichkeiten und damit auch nach dem Führerschein. Aus Sicht der Verkehrssicherheit gilt es abzuwägen, welchen Einfluss die Substitutionsmedikation bzw. erkrankungsassoziierte Risikofaktoren auf die Fahreignung im Leistungs- und Persönlichkeitsbereich haben. Jene Personen, die risikoreich Opiode konsumieren, kombinieren diese zumeist mit anderen legalen und illegalen Drogen (vgl. z.B. Busch et al., 2021), Analoges zeigte sich bei Substitutionspatient:innen in Form von Substanzbeikonsum (Thorner & Schützhofer, 2015).

Was zeigt sich bei der Verkehrspsychologischen Fahreignungsuntersuchung?

Diejenigen, die vorstellig werden, tun dies im Regelfall, wenn sie (wieder) in einer guten körperlichen Verfassung sind, zufriedenstellend auf das Substitutionsmittel eingestellt, sich hinreichend stabil fühlen und wieder soweit sozial und in den Arbeitsprozess integriert sind, dass sie sich die Fahreignungsbegutachtung und die Führerscheinauflagen auch finanziell leisten können (Thorner & Schützhofer, 2015; Thiele, Popper, Baumgartner & Haag-Dawoud, 2014). Man kann insofern von einem positiven Selbstselektionsprozess sprechen. Dementsprechend zeigte die Analyse der Fahreignungsuntersuchungen dieser Stichprobe auch, dass es nach einer gewissen Einstellungszeit und körperlichen Gewöhnungsphase bei der Mehrzahl keine Probleme gab, das geforderte Mindestmaß an Leistungsfähigkeit im Bereich der kraftfahrtspezifischen Leistungsfunktionen



nachzuweisen. Anders sieht es jedoch im Persönlichkeitsbereich aus. Bei über 20 % der Fälle musste hier aufgrund mangelnder Bereitschaft zur Verkehrsanpassung ein negatives Gutachten ausgestellt werden, über 70 % bekamen ein positives Gutachten mit Auflagen (vgl. Thorner & Schützhofer, 2015). Dies aufgrund krankheitsassoziierter, einstellungs- und persönlichkeitspezifischer Einschränkungen oder Defizite, welche teilweise nur bedingt kompensierbar sind. Die Fahreignungsbegutachtung in Form einer Verkehrspsychologischen Untersuchung kann hier einen Mehrwert zur Verkehrssicherheit beitragen und die Betroffenen durch entsprechende Empfehlungen dabei unterstützen, im Straßenverkehr sicherer unterwegs zu sein.

Literatur

- Anzenberger, J., Busch, M., Klein, C., Priebe, B., Schmutterer, I. & Strizek, J.** (2022). Epidemiologiebericht Sucht 2022. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Anzenberger, J., Busch, M., Gaiswinkler, S., Klein, C., Schmutterer, I., Schwarz, T. & Strizek, J.** (2021). Epidemiologiebericht Sucht 2021. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Busch, M., Anzenberger, J., Brotherhood, A., Klein, C., Priebe, B., Schmutterer, I., Schwarz, T. & Strizek, J.** (2021). Bericht zur Drogensituation 2021. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung FSG-GV: downloadbar unter RIS - Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung - Bundesrecht konsolidiert, Fassung vom 09.07.2023** (bka.gv.at) (letzter Zugriff: 09.07.2023).
- Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS), Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM), Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (ÖGKJP), Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP).** (2017). **Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie.** 1. Auflage. Downloadbar unter: https://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiYq9mm2IKAAxVE-qQKHWSfCqoQFnoECBUQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.sozialministerium.at%2Fdam%2Fjcr%3A709d2e60-a19e-4915-a4fd-9c07337ef535%2Fleitlinie_qualitaetsstandards_opioid-substitutionstherapie.pdf&usq-AOWaw13nwNtSGW9tO_pY0VB&opi=89978449 (letzter Aufruf: 10.07.2023).
- Schützhofer, B., Gruber, E., Knessl, G., Fuchs, S. & Wiener, K.** (2023). Handbuch für die Durchführung verkehrspsychologischer Untersuchungen bei der sicher unterwegs – verkehrspsychologische Untersuchungen GmbH. Wien: sicher unterwegs – Verkehrspsychologische Untersuchungen GmbH.
- Torner, F. & Schützhofer, B.** (2015). Fahreignung bei Substitutionspatienten. Zeitschrift für Verkehrsrecht, 1, 6-14.
- Thiele, I., Popper, I., Baumgartner, M. R. & Haag-Dawoud, M.** (2014). Einhaltung einer Abstinenz bei Methadonsubstituierten: eine retrospektive Studie in der Abteilung Verkehrsmedizin und Forensische Psychiatrie des Instituts für Rechtsmedizin der Universität Zürich. Blutalkohol, 51(5), 257-267.

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Bettina Schützhofer

Nach dem Studium der Psychologie in Wien absolvierte sie postgraduell die Ausbildung zur Klinischen Psychologin und Gesundheitspsychologin sowie zur Verkehrspsychologin. Seit 1999 ist sie als Verkehrspsychologin tätig, und betreibt seit 2006 ihr eigenes Institut, welches unter www.sicherunterwegs.at zu finden ist. Darüber hinaus führt sie seit 2004 eine eigene klinisch-psychologische Praxis. Seit 2004 ist sie auch als Lehrbeauftragte an mehreren Universitäten tätig, derzeit an der Universität Graz und an der FH Joanneum.

Kokain und der Krieg gegen die Drogen in den USA



von Timo Bonengel

Bei einer geringen Produktion und entsprechend hohen Preisen galt Kokain in den 1970 Jahren als „Champagner unter den Drogen“, konsumiert von den Schönen und Reichen, etwa in der New Yorker Nobeldiskotheek Studio 54.

1860 gelang es dem deutschen Chemiker Albert Niemann, das aktive Alkaloid des Kokastrauchs zu isolieren. Er nannte es Kokain. Damit begann eine wechselhafte Geschichte, aus der wir einiges über die Mechanismen der Drogenprohibition im 20. Jahrhundert lernen können, insbesondere in den USA, dem Exportland des Krieges gegen die Drogen.

Vom Wundermittel zur verbotenen Droge

Dass Kokain scheinbar über vorwiegend positive, stimmungsaufhellende und anregende Wirkungen verfügte, führte nach Niemanns Erfolg zu einem Boom in der Medizin: Ärzte verabreichten Kokain großzügig, viele von ihnen injizierten sich das Stimulans auch selbst. Sigmund Freud veröffentlichte 1884 Über Coca, eine wohlwollende Übersicht über die zahlreichen Anwendungsmöglichkeiten von Kokain. Allerdings häuften sich zum Ende des 19. Jahrhunderts Berichte über Abhängigkeitssymptome infolge des Konsums – doch eine Bestrafung der Konsumenten verlangte niemand. Mediziner forderten aber immer häufiger, ihre Kollegen sollten

weniger leichtfertig Kokain verabreichen. Diese Bemühungen führten zu einer vorsichtigeren Verschreibungspraxis um die Jahrhundertwende (Courtwright 2007).

Anfang des 20. Jahrhunderts erfreute sich das frei erwerbbar Kokain jedoch auch unter den Amüsierwilligen in den schnell wachsenden Großstädten einer gewissen Beliebtheit. So etablierte sich die Sozialfigur des „cocaine fiend“, eines im öffentlichen Raum enthemmt auftretenden Kokainkonsumenten, der die soziale Ordnung gefährdet. Er ging einem angeblich nicht legitimen, dahedonistischen Konsum nach. Der Kokainkonsum von Ärzten und ihren Patienten hingegen wurde nicht auf diese Art problematisiert. Denn bei ihnen handelte es sich, anders als bei den „Kokainisten“ des urbanen Nachtlebens, um angesehene Bürgerinnen und Bürger (Spillane 2000: 291ff.).

Befeuert wurde das zunehmend negative Image von Kokain durch Berichte über den Kokainkonsum von ehemaligen Sklaven in den Südstaaten. In der Tat scheint der Konsum von Kokain unter Afroamerikanern zu dieser Zeit gestiegen zu sein. Die Furcht vor afroamerikanischen „Kokainisten“ erklärt sich aber eher vor dem Hintergrund jahrhundertlang gewachsener rassistischer Stereotype vom triebhaften und unkontrollierten Schwarzen als aus einem tatsächlichen Anstieg von Gewaltkriminalität in dieser Bevölkerungsgruppe (Musto 1989). Doch der Imagewandel von Kokain hatte politische Konsequenzen: 1914 schlossen die USA Kokain neben Opiaten in das erste bundesweite Prohibitionsgesetz, den Harrison Narcotics Tax Act, ein. Nur aufgrund von diplomatischen Manövern fand Kokain auch einen Platz im internationalen Opiumabkommen. Dieses hatten die USA aus religiösen und außenpolitischen Motiven gegen Großbritannien initiiert, das große Mengen Opium aus seiner Kolonie in Indien nach China exportierte. Großbritannien wiederum schlug vor, auch Kokain auf die

Liste der international zu verbotenden Substanzen aufzunehmen. Die britischen Diplomaten hofften, dass das Deutsche Reich, zu diesem Zeitpunkt mit seiner blühenden pharmazeutischen Industrie der Hauptproduzent von Kokain, das Opiumabkommen noch stoppen würde. Doch die Hoffnung erfüllte sich nicht und so wurde Kokain neben den Opiaten nach dem Ersten Weltkrieg Gegenstand der bis heute andauernden globalen Drogenprohibition (Scheerer 2019).

Vom Statussymbol der Eliten zum Gift für die Massen

In den USA spielte Kokain zwischen den 1920er und 1960er Jahren keine große Rolle. Das änderte sich in den 1970er Jahren: Bei einer geringen Produktion und entsprechend hohen Preisen galt Kokain in den Medien als „Champagner unter den Drogen“, konsumiert von den Schönen und Reichen, etwa in der New Yorker Nobeldiskotheek Studio 54. Der Konsum dieser respektablen Bürger wurde jedoch nicht als größeres Problem betrachtet. Doch Anfang der 1980er Jahre war medial nicht länger die Rede von Kokain als Statussymbol der gesellschaftlichen Eliten. Stattdessen hieß es am 6. Juli 1981 im Time Magazine, inzwischen wehe ein „veritabler Schneesturm“ durch die Mittelschicht der USA. Tatsächlich stieg der Kokainkonsum in den 1970er Jahren deutlich an, verbunden mit dem Aufstieg der Drogenkartelle in Mittel- und Südamerika (Gootenberg 2008: 291ff.). Sorgenvoll äußerten sich Medien, Politiker und Wissenschaftler nun angesichts der Tatsache, dass „sogar“ ansonsten gesetzestreue Bürgerinnen und Bürger aus der Mittel- und Oberschicht abhängig von Kokain wurden. Eine innenpolitische Verschärfung im Krieg gegen die Drogen, den Präsident Nixon 1971 ausgerufen hatte, blieb aber zunächst aus (Bonengel 2020: 166ff.). Mitte der 1980er Jahre verbreitete sich Crack, eine rauchbare Form von Kokain, in US-amerikanischen Großstädten. Deutlich günstiger als Kokain in Pulverform, galt Crack bald als Gift für die



verarmten Massen. Denn besonders sichtbar wurden Verkauf und Konsum in den segregierten, sozial deprivierten Vierteln der Großstädte, in denen überwiegend Afroamerikaner lebten. 1986 verabschiedete der US-Kongress den Anti-Drug Abuse Act. Das Gesetz sah unter anderem deutlich gestiegene Mindesthaftstrafen für den Besitz von Kokain vor – und zwar mit dem gleichen Strafmaß für den Besitz von 5 Gramm Crack wie für 500 Gramm Pulverkokain. Ersteres galt als Droge der Afroamerikaner, Letzteres hingegen als Droge der Weißen. Nun ist der Anteil von Crack-Konsumenten unter Afroamerikanern nicht höher als unter Weißen, wenn man sozio-ökonomische Faktoren herausrechnet (Palamar et al. 2015); auch ging der Crack-Konsum infolge der Straferhöhung nicht zurück (Walker & Mezuk 2018).

Aber Mitte der 1980er Jahre erwies sich einmal mehr die Verbindung von sozial marginalisierten Gruppen mit Drogen als Triebfeder für die strafende Drogenpolitik: Die Verhaftungsraten von Afroamerikanern stiegen an, sie waren überproportional vom verschärften Krieg gegen die Drogen betroffen (Reinman & Levine 2004). Das galt insbesondere für Männer. Afroamerikanische Frauen wurden in einer nicht anders als

beleidigend zu bezeichnenden „Crack Baby“-Debatte zu verantwortungslosen Müttern, mithin zu „Monstern“ erklärt. Dasein führender Experte nach einigen Jahren resümierte, so etwas wie Crack Babys gebe es nicht, ging im Medienrummel unter (Bonengel 2020: 298ff.). Die Ungleichheit im Strafmaß zwischen Pulver- und Crack-Kokain wurde schließlich 2010 reduziert – von 100:1 auf 18:1 (Walker & Mezuk 2018).

Prohibition oder ...?

Wir müssen uns darüber verständigen, was für eine Drogenpolitik wir wollen. Wissenschaftlich beantworten lässt sich diese Frage nicht (Bonengel 2020: 370ff.). Trotzdem macht es Sinn, den (Miss-)Erfolg der Prohibition zu messen. Deren vermeintliche Ziele wurden ihr meist erst im Nachhinein zugeschrieben. Aus heutiger Sicht wäre das der Schutz der öffentlichen Gesundheit, etwa gemessen an nachhaltig niedrigen Konsumraten. Dieses Ziel, das für die Architekten der globalen Drogenprohibition Anfang des 20. Jahrhunderts keine Rolle spielte, hat die Prohibition verfehlt: In den USA stieg der Kokainkonsum in den 1970er und 1980er Jahren stark an. Die Prohibition konnte auch nicht verhindern, dass die globale Kokainproduktion zuletzt deutlich zugenommen hat (UNODC

2023: 32ff.). Überbordende Gewalt in Verbindung mit Drogenkriminalität in mittel- und südamerikanischen Ländern, US-amerikanischen Städten und zuletzt auch in Europa hat die Prohibition ebenso wenig verhindert wie die unproportionale Bestrafung ethnischer Minderheiten in den USA. Hier ist sie Teil des Problems, nicht der Lösung. Das sollte aber nicht zu der Annahme verleiten, deshalb sei nun eine möglichst umfassende Legalisierung nötig. Prohibition und Legalisierung sind schließlich nur entgegengesetzte Pole auf einem Kontinuum an verschiedenen politischen Maßnahmen – von Besteuerungen, Werbeverboten, staatlichen Verkaufsmonopolen über Entkriminalisierung und Schadensminimierung. Über eine Kombination solcher Ansätze sollte im größeren Stil diskutiert werden. Denn eines ist klar: Die Prohibition ist nicht alternativlos. Sie ist es nie gewesen.

Literatur auf Anfrage erhältlich

Dr. Timo Bonengel

2019 Promotion zur Geschichte von Drogenpolitik und Suchtforschung in den USA
Seit 2021 Referent für Suchtprävention beim Fachverband Drogen- und Suchthilfe e. V.
Aktuell Studium Präventions- und Gesundheitsmanagement (B.A.), tbonengel@web.de

Die »Royal Oman Police« zu Gast in der Sonderkrankenanstalt Marienhof



Delegation der Royal Oman Police bei der Übergabe einer Plakette an Mag. Christoph Kainzmayer (Leiter der Sonderkrankenanstalt Marienhof) und Christine Schaffler, MAS, MBA (Leiterin Verwaltung Sonderkrankenanstalt Marienhof)

Vom 14 bis 22. März 2024 tagte die 67te Commission on Narcotic Drugs der U. N. in Wien. Das Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (UNODC), mit Sitz in Wien, führt seit 1997 den Kampf gegen den illegalen Drogenhandel an. UNODC klärt Menschen weltweit über die Gefahren des Drogenmissbrauchs auf und setzt Maßnahmen gegen die illegale Produktion, den illegalen Handel sowie gegen Verbrechen im Zusammenhang mit Drogen. Zur Verwirklichung dieser Ziele hat UNODC eine Vielzahl von Initiativen ins Leben gerufen, wie das Aufzeigen von Alternativen im Bereich des Anbaus von unerlaubten Drogenpflanzen, die Überwachung des Anbaus unerlaubter Drogenpflanzen und die Umsetzung von Projekten gegen Geldwäscherei.

Eines der zentralen Themen der Tagung war die Opioidkrise in den USA. U. S. Außenminister Antony J. Blinken

sprach vor der Suchtmittelkommission, im Vienna International Centre in Wien, in diesem Zusammenhang von einer Krise und plädierte erneut für eine weltweite Kooperation im Kampf gegen synthetische Drogen. Er warb für die Teilnahme an der Globalen Koalition zur Bewältigung der Gefahren durch synthetische Drogen (Global Coalition to address Synthetic Drug Threats), die von den Vereinigten Staaten in der Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen abgegeben wurde.

Im Zuge der Tagung in Wien, ergriff die Delegation der »Royal Oman Police« die Möglichkeit für einen Besuch in der Sonderkrankenanstalt Marienhof des Vereins Grüner Kreis. Die Bucklige Welt präsentierte ihre Szenerie mit bestem Wetter. Unsere Besucher waren überrascht von der überschaubaren Größe der Einrichtung und der einzigartigen Lage, »mitten im Wald in gesunder, grüner Landschaft mit guter

Luft«, die den Patient*innen »viel Möglichkeit für Erholung« bietet. Die Form der Anlage, bestehend aus mehreren Einheiten, der offenen Türen und im Speziellen die Möglichkeit der freien Bewegung zwischen den Häusern, hat die Delegation beeindruckt.

Das Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft wurde anhand des gelebten Alltags in der Sonderkrankenanstalt Marienhof sowie dem aktiven Austausch mit Klient*innen, als Best-Practice Modell wahrgenommen. Vor allem die Beschäftigungstherapie und die Umsetzung von Strukturen wurden mit großem Interesse verfolgt.

www.unov.org
www.unodc.org
www.globalcoalition.us
www.rop.gov.om

Beitrag der GK-Magazin Redaktion

Maecenas Anerkennungspreis für die fitforlife-Literaturinitiative



Foto: FotoatelierChristianSchörg

v. l. n. r.: Mag^a Brigitte Kössner-Skoff (Geschäftsführerin, Initiativen Wirtschaft für Kunst), Erwin Leder (Schauspieler), Eva David, OMR Dr. Harald David, Prim. Dr. Wolfgang Preinsperger, MBA, Dr.ⁱⁿ Sabine Fiala-Preinsperger, Kurt Neuhold, Dir. Alfred Rohrhofer, Dr.ⁱⁿ Eva Stegmüller, Joachim J. Vötter

Viele Wirtschaftstreibende, Kulturveranstalter und Medienleute drängten sich am 20. März im Veranstaltungsraum des Anantara Palais Hansen Vienna Hotels, wunderten sich über den schrägen Klangteppich des Instrumente-Erfinders Hans Tschiritsch und warteten neugierig oder aufgeregt auf die diesjährige Vergabe der Maecenas Preise. Gaius Maecenas, Förderer der Künste und politischer Berater des römischen Kaisers Augustus ist Namensgeber und Vorbild des österreichischen Kunst-sponsoringpreises, der vom unabhängigen Wirtschaftskomitee „Initiativen Wirtschaft für Kunst“ vergeben wird. Bewerbungen können sich öffentliche und private Kulturanbieter, Einzelpersonen, Stiftungen, Vereine und Freundeskreise für Kultureinrichtungen. Professionelles Engagement, innovatives Sponsoring und gegenseitige Wertschätzung werden mit dem Maecenas gewürdigt und ausgezeichnet. Die Beurteilung sowohl der Unternehmen

als auch der Kunst- und Kulturprojekte erfolgt ausschließlich nach den Kriterien der Qualität, Innovationskraft und Kreativität.

Der Maecenas wird in mehreren Kategorien vergeben: bestes Kunst-sponsoring von Klein- und Mittelbetrieben, Großunternehmen und Kulturanbieter für erfolgreiche Kooperationen mit der Wirtschaft. Der Maecenas-Ö1-Publikumspreis, der vom Ö1 Publikum gewählt wird, wurde heuer zum vierzehnten Mal überreicht. Der von OMR Dr. Harald David betriebene Kunstraum und der Verein „fitforlife-Literaturpreis“ waren in dieser Kategorie nominiert und wurden mit einem Anerkennungspreis ausgezeichnet.

Der fitforlife-Literaturpreis unterstützt die literarischen Ambitionen von Menschen mit einer Suchterkrankung, die eine professionelle Behandlung ihrer Sucht nachweisen müssen. Der Preis, der 2024 bereits zum 7. Mal vergeben

wird, wurde von OMR Dr. Harald David initiiert und vom Verein Grüner Kreis mitbegründet. Unterstützt wird das Literaturprojekt vom API (Anton Proksch Institut), der Suchthilfe Wien und von privaten Personen. Vorstand und Jury des Literaturpreises, Vertretungen des Grünen Kreises und vom API freuten sich über den Anerkennungs-Maecenas, den Dr. David überreicht bekam.

Der Maecenas, der keine monetäre, sondern vor allem ideelle Unterstützung und mediale Anerkennung bringt, hilft hoffentlich bei der zukünftigen Sponsorensuche, die notwendig ist, um den fitforlife-Literaturpreis auch in Zukunft vergeben zu können.

Informationen zum Preis, die Teilnahme-kriterien, Fotos der Preisverleihungen und die jeweils zehn besten literarischen Texte der vergangenen Jahre sind auf www.fitforlife-literatur.at nachzulesen.

von Kurt Neuhold



Genießen mit Gewissen

Fleisch von Rindern und Schweinen aus den Landwirtschaftsbetrieben des Vereins Grüner Kreis
ganzjährige Freilandhaltung www.nahgenuss.at beste Bio-Qualität

Beratungs- & Betreuungsteam

Leitung: Mag.^a Mirjam Ohr, MA

Wien

Mag.^a Mirjam Ohr, MA (W)

Tel.: +43 (0)664 811 1021

mail: mirjam.ohr@gruenerkreis.at

Walter Clementi (W, WU, NÖ, B)

Tel.: +43 (0)664 384 08 27

mail: walter.clementi@gruenerkreis.at

Birgit Handler-Puhl, DSA, MA (Justiz Wien)

Tel.: +43 (0)664 811 1665

mail: birgit.handler-puhl@gruenerkreis.at

Reinhard Krainer, BA

Tel.: +43 (0)664 180 97 09

mail: reinhard.krainer@gruenerkreis.at

Niederösterreich, Burgenland

Marianne Weigl, DSA (Most-, Wald- und Weinviertel)

Tel.: +43 (0)664 230 53 12

mail: marianne.weigl@gruenerkreis.at

Wolfgang Kaufmann (NÖ, B)

Tel.: +43 (0)664 811 1002

mail: wolfgang.kaufmann@gruenerkreis.at

Gabriele Stumpf (NÖ, B)

Tel.: +43 (0)664 811 1676

mail: gabriele.stumpf@gruenerkreis.at

Oberösterreich

Susanne Mair, BA

Tel.: +43 (0) 664 811 1024

mail: susanne.mair@gruenerkreis.at

Armin Steiner-Hickl, BA

Tel.: +43 (0) 664 811 1007

mail: armin.steiner-hickl@gruenerkreis.at

Steiermark

Anna-Maria Ranftl, MA

Tel.: +43 (0)664 811 1023

mail: anna-maria.ranftl@gruenerkreis.at

Sarah Maria Koberg, MA

Tel.: +43 (0) 664 811 1041

mail: sarah.koberg@gruenerkreis.at

Beratung & Hilfe

Wenzel Havlovec, BA

Tel.: +43 (0) 664 811 1663

mail: wenzel.havlovec@gruenerkreis.at

Kärnten, Osttirol

Dipl. Päd. Marcel Kogler, BA

Tel.: +43 (0)664 384 02 80

mail: marcel.kogler@gruenerkreis.at

Salzburg

Armin Steiner-Hickl, BA

Tel.: +43 (0) 664 811 1007

mail: armin.steiner-hickl@gruenerkreis.at

Tirol

Dipl. Päd. Marcel Kogler, BA

Tel.: +43 (0)664 384 0280

mail: marcel.kogler@gruenerkreis.at

Vorarlberg

DSA Birgit Handler-Puhl, MA

Tel.: +43 (0)664 811 1665

mail: birgit.handler-puhl@gruenerkreis.at

Ambulante Beratungs- & Betreuungszentren Wien

1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103

Tel.: +43 (0)1 5269489 | Fax: +43 (0)1 5269489-40

mail: ambulanz.wien@gruenerkreis.at

1030 Wien, Radetzkystraße 31/Top 8+11

Tel.: +43 (0)1 710 74 44 | Fax: +43 (0)1 710 74 44-87

mail: bzwi3@gruenerkreis.at

Wiener Neustadt

2700 Wiener Neustadt, Grazer Straße 53/14

Tel.: +43 (0)664 8111676 | Fax: +43 (0)2622 61721

mail: ambulanz.wienerneustadt@gruenerkreis.at

Graz

8020 Graz, Sterngasse 12

Tel.: +43 (0)316 760196 | Fax: +43 (0)316 760196-40

mail: ambulanz.graz@gruenerkreis.at

Klagenfurt

9020 Klagenfurt, Feldmarschall Conrad-Platz 3

Tel.: +43 (0)664 384 0280 | Fax: +43 (0)463 590127

mail: ambulanz.klagenfurt@gruenerkreis.at

Linz

4020 Linz, Sandgasse 11

Tel.: +43 (0)664 8111024 | Fax: +43 (0)732 650275-40

mail: ambulanz.linz@gruenerkreis.at

Retouren an Postfach 555, 1008 Wien

Grüner Kreis, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen | www.gruenerkreis.at