

SUCHT

Komorbidität

Wir danken unseren SpenderInnen

Dr. Michael Arie, Wien
Günter Baumgartner, Wien
Apollonia Berger, Gutenstein
Maria Braune, Neusiedl
Beate Cerny, Wien
Dr.ⁱⁿ Helga Danhorn, Wien
Mag.^a Birgit Falb, Eisenstadt
Mag.^a Elisabeth Forstenlechner
Doris Grossi, Wien
Elfriede Jilg, Bad Vöslau
Karla Kapper, Möllersdorf
Robert Kopera, Reisenberg
Theresa Mares
Präs. Dr. Karl Mitterhöfer, Eisenstadt
Mag.^a Gabriele Nemeskeri, Eisenstadt
Dieter Regenfelder jun., Pyhra
Josefa Szeidel, Wien
Dr. Alfons Willam, Wien
und viele anonyme SpenderInnen



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 KlientInnen des **Grünen Kreises**!

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
NÖ Landesbank-Hypothekenbank 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 suchtkranker 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: Dir. Alfred Rohrhofer

Redaktion: Dir. Alfred Rohrhofer, Peter Lamatsch,

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@gruenerkreis.at | www.gruenerkreis.at

Layout: Peter Lamatsch

Anzeigen: Sirius Werbeagentur GmbH

Druck: AV+Astoria Druckzentrum GmbH

Diese Ausgabe entstand unter Mitarbeit von:

Alfred Rohrhofer, Volker Barth, Helmuth Figdor, Claudia Catani, Franz Petermann, Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, Riccarda Hartleb, Michaela Hiebler-Raggar, Leonidas Lemonis, Human-Friedrich Unterrainer, Kurt Neuhold und KlientInnen im **Grünen Kreis**

Bildquellennachweis:

Cover: © iStock.com/tonko
AutorInnenportraits: privat (soweit nicht anders erwähnt)
Seite 4 (Cannabis): epistockmedia.123rf.com

Gender-Hinweis: Die Redaktion greift grundsätzlich nicht in die Texte der GastautorInnen ein. Sofern sich ein Autor oder eine Autorin 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.

Der **Grüne Kreis** dankt seinen Förderern



editorial



Liebe Leserin, lieber Leser!

Komorbide Störungen, also Begleiterkrankungen, die im Rahmen einer Grunderkrankung auftreten, sind speziell in der Suchtbehandlung ein häufig anzutreffendes Phänomen. Bei einem Großteil der Suchtkranken sind psychiatrische bzw. somatische Auffälligkeiten festzustellen. Komorbide Störungsbilder erweisen sich dabei als höchst komplex. Psychosen, Depressionen, Schizophrenie, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, bipolare Störungen und ADHS werden in diesem Magazin als begleitende Krankheitsbilder bzw. Auslöser von Suchterkrankungen beispielhaft dargestellt.

Ein weiteres Problem stellt der gleichzeitige Gebrauch mehrerer unterschiedlicher Suchtmittel dar, die sogenannte Polytoxikomanie. Wie Dr. Volker Barth eingangs ausführte, müsse Sucht in ihrer Multi-dimensionalität erfasst und ein Gegenpol zur Monokausalität der vorherrschenden evidenzbasierten Suchtmedizin gesetzt werden. Man könne die Kranken nur in ihrem gesamten Störungsmuster verstehen und ihnen adäquate Hilfsangebote machen.

Zudem widmet sich ein Beitrag der Wechselwirkung von Cannabis und Psychosen. Der Konsum von Cannabis ist in der Allgemeinbevölkerung stark verbreitet und wir gehen der Frage nach, ob Psychosen ihrerseits das Konsumverhalten begünstigen oder durch die Wirkung des Rauschmittels begünstigt werden.

Eine besondere Erwähnung verdient unser Kongress »Sucht & Bindung«, den wir anlässlich des 35-jährigen Bestehens in Kooperation mit der Medizinischen Universität Graz ausrichten.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.

Alfred Rohrhofer



Helfen Sie uns helfen!

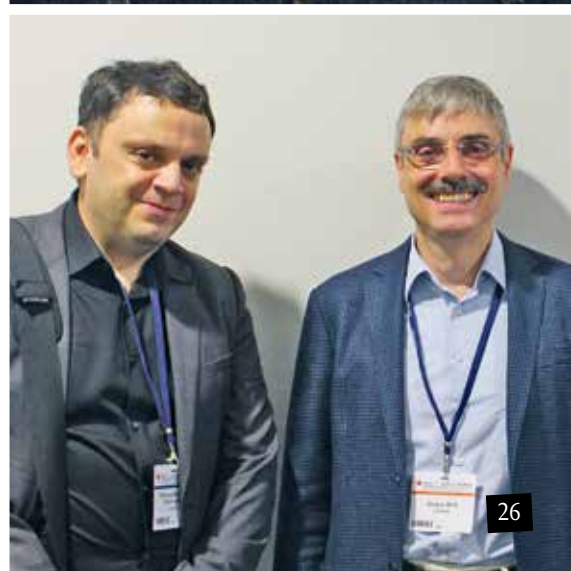
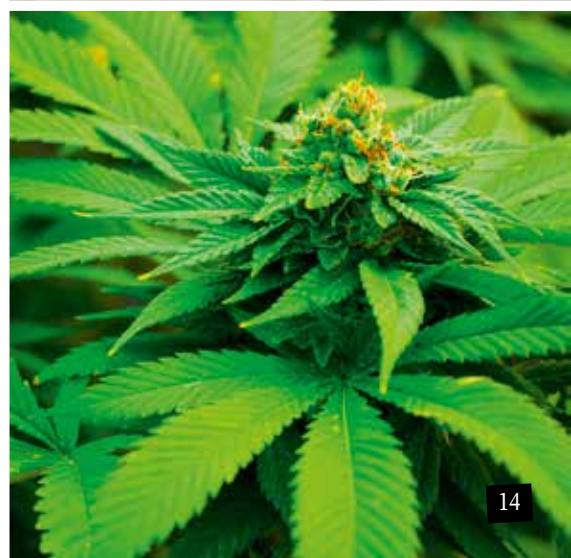
»Wir heißen Sebastian und Felix. Wir wissen wie es ist, mit Eltern aufzuwachsen, die zu Alkohol und Drogen greifen. Selten denken die Erwachsenen daran, wie sehr wir Kinder darunter leiden. Ein Glück, dass wir Hilfe vom »Grünen Kreis« bekommen. Hier arbeiten Menschen, die sich auskennen und sich um uns kümmern.«

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 nicht 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





Inhalt

- 3** Editorial
Alfred Rohrhofer

- 6** Wirkung einer stationären Entwöhnungsbehandlung auf komorbide Störungsbilder
Volker Barth

- 8** ADHS – eine fatale Verführung
Helmuth Figdor

- 10** Sucht und Trauma
Claudia Catani

- 12** Komorbiditäten bei Depressionen im Jugendalter
Franz Petermann

- 14** Cannabis und Psychose
Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank

- 16** Unser Betreuungsangebot

- 18** Sucht als Wegbegleiter zwischen himmelhoch und abgrundtief
Riccarda Hartleb

- 20** Verhaltenssuchte
Jochen Mutschler

- 22** Internationaler Kongress »Sucht & Bindung«
Jubiläumskongress anlässlich des 35-jährigen Bestehens des Vereins Grüner Kreis

- 24** Der Umgang mit komorbiden Störungen in der *therapeutischen Gemeinschaft*
Leonidas Lemonis

- 26** WPA XVII WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY BERLIN 2017
Human-Friedrich Unterrainer

- 28** Kunst im Grünen Kreis
Kurt Neuhold

Wirkung einer stationären Entwöhnungsbehandlung auf komorbide Störungsbilder bei suchtmittelabhängigen Frauen



von Volker Barth

Die nachfolgenden Darstellungen sind Teilergebnisse einer umfangreichen Forschungsarbeit zu den Themenbereichen Sucht, Komorbidität und stationäre Entwöhnungsbehandlung. Interessierte seien an dieser Stelle auf diese Arbeit verwiesen (Barth, 2016). Grundsätzlich befassen wir uns hier mit den Schwerpunktthemen Sucht, Forschung und Behandlung.

Das Sucht ein großes gesellschaftliches Problem mit immensen volkswirtschaftlichen Kosten darstellt, ist jährlich im Jahrbuch Sucht nachzulesen (z. B. DHS, 2017). Die Komplexität der hinter der Sucht stehenden Thematik Suchtmittelkonsum ist beträchtlich: Die Zielpopulation, also unter Sucht leidende Menschen, ist sehr heterogen, und Definitionen und Methodologien sind z. T. schwer vergleichbar, sodass es schwierig ist, zu verallgemeinerbaren Ergebnissen zu kommen (Brown et al., 1989, S. 566). Diese Situation wird zusätzlich dadurch erschwert, dass Sucht beim Patienten nur selten ein isoliert zu betrachtendes Phänomen darstellt: Die Komorbidität der Sucht ist relativ hoch (z. B. Beck et al., 1997, S. 9). Ein weiteres Phänomen stellt der Gebrauch mehrerer Drogen nebeneinander (Polytoxikomanie) dar, die z. B. je nach Stimmungslage und Verfügbarkeit konsumiert werden (Grüsser & Thalemann, 2006, S. 16). Personen mit psychischen Störungen haben rund 2,7-mal häufiger auch suchtbezogene Probleme als Personen ohne psychische Auffälligkeiten, und umgekehrt hat über ein Drittel aller Personen mit einer Suchtproblematik eine psychische Auffälligkeit (Beck et al., 1997, S. 10). Komorbidität schafft eine Reihe zusätzlicher diagnostischer und therapiebezogener Probleme (Brown et al., 1989, S. 566). Beispielsweise stellt sich diagnostisch die Frage nach der kausalen Beziehung zwischen Suchtproblematik und anderweitiger psychischer Problematik: Sehr unterschiedliche Beziehungsmuster sind möglich, und ebenso ist es denkbar, dass es nicht nur eine vorherrschende Form des kausalen Zusammenhangs gibt, sondern dass die verschiedenen Beziehungsmuster

verschiedenen Untergruppen der Gesamtpopulation entsprechen. Therapeutische Bemühungen, die auf eine psychische Erkrankung gerichtet sind, werden durch Suchtverhalten erschwert, oft genug sogar torpediert.

Wir müssen Sucht also in ihrer Multidimensionalität erfassen und hierbei einen Gegenpol zur Monokausalität der vorherrschenden evidenzbasierten Suchtmedizin mit ihrem »Black-Box-Denken« (Kemper, 2008) setzen, was insbesondere in Zusammenhang mit Komorbidität von zentraler Bedeutung ist. Den klassischen Suchtkranken ohne Zweitdiagnose wird man im deutschen Hilfesystem größtenteils vergeblich suchen. Daher kann man den Kranken nur in seinem gesamten Störungsmuster verstehen und ihm adäquate Hilfsangebote machen.

Methodik

In einer stationären Entwöhnungseinrichtung für Frauen (Fachklinik Schlehreut, D-94110 Wegscheid) wurde die Patientengruppe (N = 510) mit einer Testbatterie zu zwei Zeitpunkten (Aufnahme und Entlassung) untersucht. Zum Zeitpunkt der Aufnahmediagnostik wurde in der Gesamtuntersuchung (Barth, 2016) nach Komorbiditäten, Unterschieden zur Normgruppe und Unterschieden hinsichtlich verschiedener unabhängiger Variablen gesucht. Zum Entlassungszeitpunkt wurden Veränderungen bezüglich der Störungsbilder in der Gesamtgruppe und in den Untergruppen erfasst. Die Daten wurden statistisch und deskriptiv ausgewertet und dargestellt. Mittels Faktorenanalyse wurden die die Varianz erklärenden Faktoren dargestellt.

^[1] Die Begriffe psychotrope oder psychoaktive Substanz, Droge und Suchtmittel werden synonym verwendet. Auch wird die Diskussion um die juristische Unterscheidung in legale und illegale Suchtmittel an anderer Stelle geführt werden, aus therapeutischer Sicht ist sie irrelevant.

^[2] Der Leserlichkeit halber wird bei der gesamtgeschlechtlichen Beschreibung einer Population die männliche Form gewählt, damit ist keine Wertung verbunden. Im Falle von geschlechtsspezifischen Unterschieden wird gesondert darauf hingewiesen.

In dieser Darstellung wurden exemplarisch die Veränderungen für drei Störungsbilder (Depressivität, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen) beschrieben.

Zusammenfassender Überblick

Das Vorhandensein von komorbiden Störungen bei Suchtkranken wird in der Forschungsliteratur grundsätzlich bestätigt. Bei Alkoholabhängigen finden sich Werte zwischen 35 % (z. B. Blow et al., 1992; Schneider et al., 2001) und 65 % (z. B. Rohde et al., 1996), wobei letztgenannte Zahl für Frauen berichtet wurde. Ähnliche Ergebnisse liegen auch für Drogenabhängige vor, z. B. bei Regier et al. (1990) mit 53,1 % und Vertheim et al. (1998) mit 55 % komorbide Störungen.

Zusammenfassend ist auch in dieser Untersuchung festzustellen, dass bis auf den Bereich der Leistungs- und kognitiven Störungen in fast allen anderen Bereichen Komorbiditätsquoten analog der gesichteten Literatur gefunden wurden (Barth, 2016). Einzuschränken sind die Bereiche der Psychosen, da hier eine Kontraindikation zur Aufnahme in die Entwöhnungsbehandlung vorliegt, und der Störungen des Sozialverhaltens bzw. Aggressivität. Bei den Störungsbildern affektive Störung (insbesondere Depressivität) mit 27,7 % bis 66,5 %, Angststörungen mit weit über 50 % bei globaler Ängstlichkeit und ca. 40 % bei sozialer Ängstlichkeit und Persönlichkeitsstörungen mit bis zu 44 % der Getesteten wurden hohe Werte erreicht. Da im Einzelfall auch zwei komorbide Störungen vorliegen können, was vor allem bei der Kombination Depressivität/Angststörung zu erwarten ist, kann davon ausgegangen werden, dass in der hier vorgestellten Untersuchung die Komorbiditätsraten der Forschungsliteratur generell bestätigt wurden. Die für Drogenabhängige vorgelegten Zahlen mit 80 % Komorbidität von Clerici & Carta (1996) und für Alkoholabhängige von Kessler et al. (1997) mit 86 % erscheinen dagegen etwas hoch.

Betrachtet man die referierten Ergebnisse in der zeitlichen Entwicklung während der Entwöhnung, so zeigt sich, dass diese, wie in Deutschland angeboten (z. B. Barth, 2015), positiven Einfluss auf komorbide Störungsbilder in Richtung Störungsfreiheit hat. Beendet ein Patient die Therapie regulär, so partizipiert er auch bezüglich seiner komorbiden Störungen stark von der Therapie.

Die affektiven Störungen und Angststörungen sind bezüglich therapeutisch relevanter Verbesserungen besonders

Die meisten Suchtkranken in einer Entwöhnungsbehandlung weisen komorbide psychische Störungen aus dem gesamten psychiatrischen Spektrum auf.

hervorzuheben. Das Gleiche gilt zumindest für einen Teil der Persönlichkeitsstörungen. Bei den komorbiden Depressivitäten konnten bis zu 84 % der Patienten bei der Entlassung als therapiert gelten, bei den Angststörungen immerhin bis zu 62 %.

Die Persönlichkeitsstörungen geben ein differenziertes Bild. Grundsätzlich scheint auch in diesem Bereich ein Behandlungserfolg vorzuliegen, ca. 60 % der regulär Entlassenen partizipieren auch in diesem Bereich von der Behandlung. Einschränken muss man allerdings das Gebiet der Aggression und insbesondere der Störungen des Sozialverhaltens. Hier konnten, wenn überhaupt, nur geringfügige Verbesserungen festgestellt werden. Dieser Störungsbereich scheint nicht ausreichend durch das therapeutische Setting erfasst worden zu sein, oder aber die entsprechenden Patienten ließen sich nicht auf entsprechende Veränderungsprozesse ein.

Dahingegen sind bei komorbiden Borderlinern bis zu 79 % bei der Entlassung therapiert.

Es kann also festgehalten werden, dass Entwöhnungsbehandlungen nicht nur auf die primäre Suchterkrankung wirken. Vielmehr werden zusätzlich komorbide Störungen des psychiatrischen Bereiches therapiert, wobei allerdings einschränkend Differenzierungen zu machen sind.

Was bringt diese Arbeit nun an Ergebnissen? Fassen wir die wichtigsten Punkte nochmals schlagwortartig zusammen:

1. Die meisten Suchtkranken in einer Entwöhnungsbehandlung weisen komorbide psychische Störungen aus dem gesamten psychiatrischen Spektrum auf. Die vorzufindenden Störungsbilder sind sehr divergent, oder kurz: »Den Suchtkranken« gibt es nicht.
2. Eine Entwöhnungsbehandlung mit gleichrangigen Schwerpunkten auf der medizinisch-physiologischen, der pädagogisch-informativen, der psychotherapeutischen und sozialtherapeutischen Interventionsebene wirkt

sowohl auf die Suchterkrankung als auch auf komorbide Störungen kurativ, oder kurz: Stationäre Therapie hilft dem Großteil der Patienten.

3. Eine Zuweisung zu Behandlungsstätten nach Suchtmitteln macht weniger Sinn als eine Zuweisung nach Alter oder Störungsbildern.
4. Eine effektive Vorhersage des Therapieergebnisses ist nicht möglich.

Mit der hier vorgestellten Arbeit sollte im Sinne der Kritik von Watzl (2007) ein Baustein für eine effiziente deutsche Suchttherapieforschung vorgelegt werden, und sie ist damit der Versuch eines Brückenschlages zwischen Suchtkrankenhilfe und Suchtforschung. Hierbei wurde bewusst auf eine Maximierung der Gütekriterien (z. B. innere Validität) verzichtet, um die Übertragbarkeit der Ergebnisse in die tägliche Praxis der Suchttherapie zu erhalten. Somit wurde auch ein Schritt weg vom »Goldstandard« (zur Kritik siehe Schmidt, 2003; Funke, 2007) der universitär geprägten evidenzbasierten Suchtforschung hin zur »Feldforschung« im Sinne von Petzolds (1995, S. 29) »grass root research« getan. Selbst die DRV als zentraler Kostenträger von Suchttherapien sieht das Problem, dass Universitäten, die die wichtigsten Forschungsaufträge erhalten, sehr weit weg vom Reha-Alltag sind (Korsukewitz, 2006).

Hintergrund für den hier vertretenen multiprofessionellen Behandlungsansatz ist die therapeutische Realität, in der es den klassischen monokausalen Suchtkranken analog der vorherrschenden evidenzbasierten Suchtmedizin mit ihrem »Black-Box-Denken« (Kemper, 2008) nicht gibt. Vielmehr steht die Multidimensionalität des Krankheitsbildes »Sucht« mit seinen zusätzlichen komorbiden Störungen im Vordergrund. Dieser Multidimensionalität muss mit einem multiplen Therapieansatz entgegengetreten werden.

Die Relevanz von evidenzbasierten Richtlinien für die Praxis erweist sich bei systematischer Untersuchung als recht begrenzt (Lohr, 1994). Evidenzbasierte Suchtleitlinien sind grundsätzlich zu bejahen, aber die Definition von »evidenzbasiert« kann nicht nur auf rein medizinisches und pharmazeutisches Gedankengut beschränkt sein. Dies wäre zu knapp bemessen und zu weit weg von der Multidimensionalität der Suchterkrankung und dem notwendigen Behandlungsansatz. Zur Kritik an der augenblicklichen evidenzbasierten Leitlinienforschung sei

→ Seite 30

ADHS – eine fatale Verführung



von Helmut Figdor

Ich sitze in meinem Stammcafé, den Kugelschreiber zwischen den Zähnen und soll einen Artikel über ADHS schreiben. Eine der Schwierigkeiten: Er soll nur vier Seiten umfassen. Die andere: Wie beginne ich, ohne dass all jene, die der Idee ADHS wohlwollend bis dankbar anhängen, den Artikel sofort beiseitelegen?

Mein Stammcafé hat WLAN, und ich beginne, auf meinem Handy zu googeln. Vielleicht finde ich neuere Statistiken über den epidemischen Anstieg der Diagnose ADHS bzw. der damit zusammenhängenden Verschreibungen chemischer Psychostimulanzien. Da stoße ich plötzlich auf einen Eintrag mit dem Titel Beichte auf dem Sterbebett: ADHS gibt es gar nicht.

In diesem und einem weiteren Artikel wird berichtet, dass der amerikanische Psychiater Leon Eisenberg, der in den 1960er-Jahren als Erster das Krankheitsbild Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) postuliert haben soll, kurz vor seinem Tod dem Medizinjournalisten Jörg Blech in einem Interview gestanden habe, »dass ADHS ein Paradebeispiel für eine fabrizierte Erkrankung sei«, dass er seine »Jugendsünde« bereue und – entgegen der Behauptung des ADHS-Konzepts, es handle sich bei den typischen Symptomen um die Folgen einer genetisch bedingten Störung des Hirnstoffwechsels – die Psychiater auffordere, nach den psychosozialen Ursachen zu forschen.^[1]

Ich muss lachen: Mir fällt eine Stelle in einem Science-Fiction-Roman, ich glaube von Stanislaw Lem, ein, den ich vor Jahrzehnten gelesen habe. Wenn ich mich recht erinnere, wird dort der liebe Gott von einem seiner Engel auf Probleme aufmerksam gemacht, die auf dem kleinen Planeten Erde von den dort lebenden Menschen verursacht werden. Worauf Gott – so oder so ähnlich – antwortet: »Von den Menschen? Die gibt es noch? Die waren doch seinerzeit ein völlig misslungenes Experiment!«

Ob es dieses Interview bzw. Eisenbergs Beichte wirklich gegeben hat oder ob es, wie vieles im Netz, ein Fake ist, kann ich nicht beurteilen. Aber es hat mich zum ersten Mal im Zusammenhang mit ADHS zum Lachen gebracht, was mir normalerweise

bei diesem Thema vergeht: ADHS wurde tatsächlich nicht »entdeckt«, sondern konstruiert. Die einzige empirische Grundlage ist die paradoxe Wirkung einiger Psychostimulanzien auf eine Gruppe hyperaktiver und partiell konzentrationschwacher Heranwachsender. (Partiell deshalb, weil sich auch diese Kinder durchaus konzentrieren können, wenn es um Aktivitäten – etwa Spiele – geht, die sie mögen.)

Aus dieser paradoxen Wirkung wurde die Hypothese einer hirnorganischen Ursache postuliert. Mit gravierenden Folgen: Innerhalb von 25 Jahren hat sich die Menge an suchtgefährdenden Stimulanzien, die Kindern und Jugendlichen verschrieben wurden, auf das 25- bis 50-Fache – je nach Land – erhöht.

Die fatale Verführung

Dass es sich bei ADHS um eine erfundene Krankheit handelt, ändert natürlich nichts daran, dass es hyperaktive und konzentrationschwache Kinder gibt, die mit den Regeln des durchschnittlichen Alltags nur schwer oder gar nicht zurechtkommen, und ebenso die Erwachsenen, die diese Regeln repräsentieren, mit diesen Kindern schwer oder gar nicht zurechtkommen. Und dann treten Experten auf, die den Eltern oder Pädagogen versichern, nichts falsch gemacht oder versäumt zu haben, da diese Kinder schlicht krank seien. Und man gibt ihnen ein Medikament, das 50-75% der betroffenen Kinder tatsächlich ein Stück Beruhigung schenkt und ihnen die Anpassung an Schule und Familienleben erleichtert. Und das ohne die Notwendigkeit vielleicht quälender Selbstforschung oder nur mittelfristig wirkender Psychotherapie.

Dieser Verführung – Absolution und rascher Erfolg – ist nur schwer zu widerstehen. Allerdings um einen hohen Preis:

■ Unmittelbare Nebenwirkungen wie

^[1] Blech, Jörg: Schwermut ohne Scham. In: Der Spiegel, Nr. 6/6.2012, S. 128, <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-83865282.html>.

Appetitlosigkeit und Schlafstörungen, vom Suchtpotenzial von Ritalin & Co ganz abgesehen

- Mitunter deutliche kognitive Einschränkungen
- Es gibt die – freilich empirisch nicht hinreichend gesicherte – Vermutung, dass die mehrjährige Einnahme von Ritalin die Auftretenswahrscheinlichkeit von Parkinson im Alter erhöht.
- Was aus pädagogischer Perspektive aber am meisten zählt: Die chemische Beruhigung schneidet die Kinder von ihrer affektiven Lebensquelle ab. Sie können zwar arbeiten und lernen, aber mit bedeutsam verringerter Besetzung.
- Über diesen Verlust an Lebendigkeit hinaus delegieren die Kinder die Verantwortung für ihre Selbstkontrolle an die chemische Droge, wodurch ein wichtiger Teil ihrer Persönlichkeitsentwicklung gewissermaßen steckenbleibt.
- Ich habe bei meinen Psychotherapie-Patienten erlebt, wie sehr sie fürchten, nach einem Absetzen des Medikaments von nicht kontrollierbaren, »bösen« Energien (wieder) überschwemmt zu werden. Diagnose plus Medikament definieren das Selbstbild des Kindes als defizitär, krank und potenziell gefährlich.

ADHS aus psychodynamischer Sicht

Allgemein gilt, dass ähnlichen Symptomen ganz unterschiedliche psychodynamische Konstellationen zugrunde liegen können. Das gilt natürlich auch für Hyperaktivität und/oder Konzentrationsprobleme. Dennoch zeigt die psychotherapeutische Erfahrung, dass ein großer Teil der Kinder, die die Diagnose ADHS erhalten haben, einige Gemeinsamkeiten aufweisen:

- Ihre Biografien weisen – meist sehr frühe – traumatische Erlebnisse auf. Dabei spielen nicht hinreichend verarbeitete Trennungen eine besondere Rolle.
- Fast regelmäßig fehlt diesen Kindern der Vater oder, wenn es einen Vater gibt, ist er emotional nicht verfügbar.
- Das bedeutet eine mangelhafte Triangulierung der inneren Beziehungen, d. h., das Kind ist, um überleben zu können, auf eine dyadische Beziehung, meist zur Mutter, angewiesen. Dyadische Beziehungen, die kein Ausweichen erlauben, auch keinen kurzzeitigen Ersatz durch ein anderes Liebesobjekt ermöglichen, sind notwendigerweise hoch konfliktuös. Jeder Konflikt ist jedoch mit existenzieller Angst verbunden, weil

Ich habe bei meinen Patienten erlebt, wie sehr sie fürchten, nach einem Absetzen des Medikaments von nicht kontrollierbaren, »bösen« Energien überschwemmt zu werden.

das Kind auf diesen einen Partner, den es im Augenblick vielleicht hasst, angewiesen ist, weshalb übermäßig viel Enttäuschung und Aggression verdrängt werden muss. Die Verdrängung klappt bei Kindern jedoch nur unvollständig. Das Ergebnis: die Entwicklung neurotischer Symptome, unterbrochen von Durchbrüchen der heftigen, abgewehrten Affekte. Das fördert neue Konflikte, diese wiederum neue, verstärkte Angst usw.

- Unter der fehlenden Triangulierung und dem Fortbestehen einer symbiotischen Mutterbeziehung leidet aber auch die Symbolisierungsfähigkeit des Kindes. Affektive Erregungen drängen nach unmittelbarer körperlicher Entladung, ohne dass sie als Vorstellung davon, »wie es mir geht«, »was ich will«, bewusst werden. Dadurch bleiben sie unkontrollierbar, unkommunizierbar und können auch nicht zur »Besetzung« diverser Aktivitäten verwendet werden, also zu dem werden, was wir »Interessen« nennen. Dadurch können diese Kinder auch nicht längere Zeit bei einer Sache bleiben, die sie nicht unmittelbar als lustvoll erleben.

Wenn es um die Frage geht, wie man mit diesen Kindern »pädagogisch« umgehen soll, werden immer wieder zwei Dinge vermischt: einerseits die Überlegungen, die sich mit der mittel- und langfristigen Persönlichkeitsentwicklung beschäftigen, und andererseits solche, die der Notwendigkeit aktueller Anpassung entspringen.

Auf Anpassung gerichtetes Handeln gehorcht in erster Linie nicht pädagogischer Rücksicht auf die Entwicklungsinteressen des Kindes, sondern der Notwendigkeit, hier und jetzt Ruhe und Ordnung zu schaffen, andere Kinder und die Kinder vor sich selbst zu schützen, die Zerstörung von Gegenständen zu verhindern usw. Da ist kaum Platz zum Nachdenken, da muss dazwischengegangen werden, da

hilft oft nur Schreien, müssen Sanktionen gefällt und, wenn gar nichts mehr geht, vielleicht für eine begrenzte Zeit auch Psychopharmaka gegeben werden. Aber nicht aufgrund einer pseudomedizinischen Diagnose, sondern aus der praktischen Notwendigkeit, um entwicklungsfördernde Maßnahmen initiieren zu können. (Ähnlich wie etwa die Gabe von Antidepressiva in manchen Fällen notwendig ist, um schwer depressiven Patienten überhaupt zu ermöglichen, von einer Psychotherapie zu profitieren.)

Was sogenannte ADHS-Kinder brauchen, lässt sich aus der psychotherapeutischen Erfahrung unschwer ableiten. Es sind v. a. zweierlei Erfahrungen:

- Das Erleben stabiler Beziehungen: Diese Kinder, die beständig Angst vor Trennung haben, müssen nachdrücklich erfahren, dass sie mit ihrem unangepassten Verhalten Beziehungen nicht zerstören. Und das, obwohl sie dazu neigen, Beziehungen schon bei geringem Verdross als verloren zu erleben.
- Sie brauchen Erwachsene, die die Affektzustände der Kinder nicht einfach als Störung wahrnehmen, sondern – anders als sie selbst – zu deuten und zu verbalisieren in der Lage sind. Statt also ein Kind, das wütend einem Sessel mitten im Unterricht einen Tritt versetzt oder den Tisch abräumt, zu tadeln (was überhaupt nichts bringt), kann die Lehrerin das Verhalten als nichtsprachliche, körperliche Kommunikation verstehen und etwa sagen: »Oje, irgendetwas ist geschehen, und jetzt geht es dir nicht gut. Hab ich vielleicht etwas Falsches getan oder gesagt?« Mit der Kommunikation bleibt auch die Beziehung für das Kind wahrnehmbar aufrecht. Möglicherweise kann es dann sogar sagen, dass es aufgezeigt hat, jedoch nicht aufgerufen wurde, was von diesen Kindern leicht als Zurückweisung und damit als Beziehungsabbruch erlebt wird.

Das letzte Beispiel zeigt, dass entwicklungsförderndes pädagogisches Handeln der Erwachsenen nicht nur in der Familie, sondern auch im Kindergarten oder in der Schule stattfinden kann, der Pädagoge, die Pädagogin also gewissermaßen eine therapeutische Funktion erfüllen könnte, ohne dass dies mit einem zusätzlichen Arbeitsaufwand verbunden sein muss.

Das Hauptproblem des praktischen Umgangs mit diesen Kindern liegt nicht

Sucht und Trauma



von Claudia Catani

Die Forschung der letzten Jahre zeigt ganz deutlich, dass Traumata und Traumafolgestörungen einen bedeutsamen Zusammenhang mit substanzbezogenen Störungen aufweisen.

Nicht nur ist das gemeinsame Auftreten der beiden Krankheitsbilder sehr häufig, eine komorbid vorliegende posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), die im Therapieprozess unberücksichtigt bleibt, erschwert zudem die Psychotherapie von Suchterkrankungen (Roberts et al., 2015). Studien mit Suchtpatienten finden sowohl ein im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung gesteigertes Vorliegen traumatischer Lebensereignisse (Potthast & Catani, 2012) wie auch eine deutlich höhere Prävalenz für die PTBS. Hier schwanken die Angaben zur Lebenszeitprävalenz zwischen 25 und 52% (Roberts et al., 2015), die Angaben zum Vorliegen einer aktuellen PTBS zwischen 25 und 38% (z. B. Driessen et al., 2008). Das Risiko für das Auftreten einer PTBS liegt demzufolge bei einem Suchtpatienten drei- bis sechsmal höher als in der Allgemeinbevölkerung. Ein ähnliches Bild zeigt sich, wenn wir uns die Häufigkeit von komorbiden Suchterkrankungen bei Patienten mit PTBS vor Augen führen. Mit Prävalenzraten von 36% bis 52% (Roberts et al., 2015) gehört die Alkoholgebrauchsstörung zu den häufigsten komorbiden Erkrankungen bei PTBS überhaupt, andere substanzbezogene Störungen erreichen Auftretensraten von 19% bis 35%.

Eine Reihe von Hypothesen wurde formuliert, um das gehäufte gemeinsame Auftreten von PTBS und substanzbezogenen Störungen zu erklären (siehe Übersicht bei Haller & Chassin, 2014). Der prominenteste Ansatz ist hier sicherlich die Selbstmedikationshypothese von Khantzian (1985), die sich auch auf den stärksten empirischen Beleg stützen kann. Sie geht davon aus, dass die Traumatisierung der Sucht zeitlich vorausgeht, und nimmt diesbezüglich an, dass Betroffene ihre posttraumatische Symptomatik, bspw. quälende intrusive Gedanken oder physiologische Übererregung, durch den Konsum psychotroper Substanzen zu lindern versuchen. Aufschluss geben hier insbesondere

Langzeitstudien, die vermehrt dafür sprechen, dass Betroffene nach dem Erleben eines Traumas zunächst Symptome einer PTBS entwickeln und erst in der Folge die Suchtproblematik (Ford et al., 2007). Besonders eindrücklich sind die Befunde einer recht aktuellen prospektiven Studie (Haller & Chassin, 2014), in der Jugendliche und ihre Eltern über einen Zeitraum von 12 Jahren untersucht wurden. Es zeigte sich, dass nicht traumatische Erfahrungen per se substanzbezogene Störungen nach sich ziehen, sondern dass sich eine Suchtproblematik nur in Abhängigkeit davon ausbildet, ob die Betroffenen in der Folge ihrer Erfahrungen posttraumatische Symptome entwickelt haben. Die PTBS agiert somit als Mediator zwischen dem Trauma und der Suchtproblematik. Eine ähnliche medierende Wirkung fanden die Autoren auch in Bezug auf familiäre Belastungen, z. B. familiäre Konflikte, elterlichen Alkoholkonsum oder elterliche Psychopathologie, die sehr häufig mit einer erhöhten Trauma-Exposition einhergehen. Ungünstige Einflüsse im familiären Umfeld scheinen somit einen zentralen Risikofaktor für die Komorbidität von Trauma und Sucht darzustellen, indem Jugendliche, die Traumata erleben und gleichzeitig familiären Belastungen ausgesetzt sind, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit PTBS-Symptome und spätere substanzbezogene Probleme entwickeln (Haller & Chassin, 2014).

Im Einklang mit diesem Befund hat sich die Forschung der letzten Jahre vermehrt dem Bereich des emotionalen familiären Missbrauchs bei Suchtpatienten, insbesondere bei alkoholabhängigen Patienten, gewidmet. Bis zu diesem Zeitpunkt war die Evidenz zumeist auf den Zusammenhang zwischen den eher »klassischen« Traumatisierungen, bspw. körperlichen und sexuellen Misshandlungen, Kriegstraumata etc., und den alkoholbezogenen Störungen begrenzt. Emotionaler Missbrauch umfasst bspw. das Ablehnen eines Kindes (z. B. durch ständige Kritik),



Familiäre Konflikte, elterlicher Alkoholkonsum oder elterliche Psychopathologie, gehen sehr häufig mit einer erhöhten Trauma-Exposition einher.

Drohungen und Einschüchterungen oder auch Maßnahmen der Isolation («wegsperrn»). Der Fokus auf diese Form des Missbrauchs ist insofern gerechtfertigt, als dass sie zum einen besonders häufig ist und zum anderen mit einer Reihe von langfristigen psychischen Problemen wie unsicheren Bindungsmustern, Depression, Angststörungen sowie Aggression und sozialem Rückzug in Verbindung gebracht wurde (Potthast et al., 2014). Eine Untersuchung unserer Arbeitsgruppe mit alkoholabhängigen Patienten konnte zeigen, dass bei fast der Hälfte der Stichprobe (45,8 %) emotionaler Missbrauch im Kindesalter vorlag und dass diese Erfahrungen deutlich stärker mit der Schwere der Alkoholabhängigkeit im Erwachsenenalter zusammenhängen als körperlicher und sexueller Missbrauch (Potthast et al., 2014). Anders als bei den zuvor genannten Befunden wurde der Zusammenhang hier nicht durch die PTBS mediiert, sondern der direkte Einfluss emotionaler Missbrauchserfahrungen auf die Alkoholabhängigkeit blieb auch unter Berücksichtigung diverser Psychopathologien (PTBS, Depression, Borderline-Symptome) erhalten. Wenn es nicht psychische Störungen sind, welche Mechanismen können der Verknüpfung von (emotionalem) Missbrauch und Sucht noch unterliegen? Hilfreiche Erkenntnisse bringen hier experimentelle Studien, die belegen, dass substanzbezogenes Craving durch

bestimmte mit dem Trauma assoziierte Hinweisreize, bspw. vorgelesene Berichte über ein persönliches Trauma, erzeugt werden kann. Dabei scheinen negative Emotionen (Angst, Scham, Schuld etc.), die durch die Erinnerung an das Trauma ausgelöst werden, der ausschlaggebende Wirkfaktor für das starke Verlangen nach Substanzkonsum zu sein (Coffey et al., 2006). Man nimmt an, dass dieser Prozess sehr schnell und hoch automatisiert, d. h. für den Betroffenen unbewusst, abläuft. Als Grund dafür wird die Ausbildung einer spezifischen Gedächtnisstruktur angeführt, die traumabezogene und substanzbezogene Inhalte umfasst. Basierend auf vorhandener Evidenz kann man davon ausgehen, dass Craving auf der Grundlage dieser assoziativen Struktur entsteht, in der internale (bspw. Angstgefühle) und externale (bspw. bestimmte Trauma-Trigger) Hinweisreize, Gedanken über die Substanz bzw. eine bestimmte Wirkungserwartung («Alkohol hilft mir jetzt!») sowie substanzbezogene Verhaltensweisen (z. B. Schnaps kaufen) abgespeichert sind. In Übereinstimmung mit einem solchen Modell konnten wir bei alkoholabhängigen Patienten mit emotionalem Kindesmissbrauch zeigen, dass sozial und körperlich bedrohliche Hinweisreize (z. B. Schimpfwörter, Demütigungen, gewaltbezogene Wörter) automatisch die alkoholbezogene Gedächtnisstruktur aktivieren (Potthast et al., 2015). Dies war nicht

der Fall bei alkoholkranken Patienten, die keine emotionalen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit angegeben hatten. Auch wenn derartige Befunde sicher nicht für alle Patienten mit einer Suchtproblematik stehen, lässt sich doch zumindest folgern, dass Suchterkrankte, die schon früh belastenden und traumatischen Erfahrungen im familiären Umfeld (und darüber hinaus) ausgesetzt waren, eine substanzbezogene Störung entwickeln und aufrechterhalten, um belastende negative Gefühle, die mit Erinnerungen an ihre Vergangenheit einhergehen, zu lindern.

Die Aufgabe für die Praxis sollte nun darin bestehen, den besonderen Bedürfnissen dieser Subgruppe mit ihrer Komorbidität aus Sucht, traumatischen Erfahrungen und PTBS durch spezifisch zugeschnittene psychotherapeutische Interventionen gerecht zu werden. Unumgänglich dabei ist eine entsprechend ausführliche Diagnostik, die neben der Suchtanamnese standardmäßig auch belastende und potenziell traumatische Erfahrungen sowie die darauf bezogene Psychopathologie, allen voran die PTBS, erfasst. Liegen eine Suchterkrankung und eine PTBS komorbid vor, sollte ein therapeutisches Vorgehen gewählt werden, welches Symptome in beiden Bereichen zu reduzieren versucht. Leider herrscht immer noch die verbreitete Praxis vor, die substanzbezogene Störung zuerst behandeln zu wollen und erst nach erlangter Abstinenz mit der traumaorientierten Arbeit

→ Seite 31

Komorbiditäten bei Depressionen im Jugendalter



von Franz Petermann

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Krankheiten überhaupt, vor allem Jugendliche und ältere Menschen sind besonders häufig davon betroffen.

In Abgrenzung zu eher alltäglichen Gefühlen von Traurigkeit und Unlust entwickeln sich entsprechende Symptome erst dann zu einer depressiven Störung, wenn mehrere Symptome gleichzeitig vorliegen. Diese Symptome müssen eine bestimmte Ausprägung erreichen und über eine bestimmte Zeit andauern (= mindestens wenige Wochen). Eine Depression muss zudem im Leben der Betroffenen zu Beeinträchtigungen und einer verringerten Lebensqualität führen.

Man kann verschiedene Formen der Depression unterscheiden: die chronische depressive Verstimmung (Dysthymia), die depressive Episode und die bipolare Depression (manisch-depressive Form). Im Folgenden wird nur auf die beiden Formen der Depression eingegangen, die im Jugendalter besonders häufig auftreten: die chronische depressive Verstimmung und die depressive Episode. Bei der chronischen depressiven Verstimmung müssen zwei der folgenden Symptome vorliegen:

- Appetitlosigkeit oder gesteigertes Bedürfnis zu essen,
- Schlaflosigkeit oder übermäßiges Schlafbedürfnis,
- Energiemangel oder Erschöpfung,
- ein geringes Selbstwertgefühl,
- Konzentrationsstörungen oder Probleme, Entscheidungen zu treffen, sowie
- ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit.

Bei der depressiven Episode müssen von den folgenden drei Kernsymptomen wenigstens zwei deutlich erkennbar ausgeprägt sein:

- depressive Stimmungen in einem für die Betroffenen deutlich ungewöhnlichen Ausmaß, das heißt, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, im Wesentlichen unbeeinflusst von den Lebensumständen und mindestens zwei Wochen andauernd,
- Verlust des Interesses oder der Freude an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren, sowie

- verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit.

Depressionen: Häufigkeit oder Verlauf

Im Jugendalter kann man bei Depressionen von einer Häufigkeit von gut 6 % ausgehen; es ist für das Jugendalter gut belegt, dass die Häufigkeit mit dem Alter ansteigt. Ab dem Alter von etwa 15 Jahren ist die Rate depressiver Mädchen – wie bei Frauen im Erwachsenenalter – etwa doppelt so hoch wie bei Jungen. Die psychosozialen Beeinträchtigungen sind bei Jugendlichen vielfältig und umfassen vor allem die folgenden Aspekte:

- zwischenmenschliche Probleme (z. B. schlechtere Beziehungen und weniger intensive Kontakte mit Gleichaltrigen, Familienmitgliedern und sonstigen Bezugspersonen),
- niedrige soziale Fertigkeiten und sozialer Rückzug,
- reduzierte Leistungsfähigkeit, verringertes Konzentrations- und Durchhaltevermögen,
- schulische Probleme (z. B. schlechtere Leistungen, Überforderung, Unzufriedenheit, Probleme mit Mitschülerinnen/Mitschülern und Lehrkräften, Schulabbrüche),
- negative Denkmuster (z. B. Selbstwertprobleme und Zukunftspessimismus),
- Selbstmordgedanken und Selbstmordversuche sowie
- Missbrauch von Nikotin, Alkohol und Drogen.

Depressionen weisen in der Mehrzahl der Fälle einen phasenhaften Verlauf auf. Es konnte immer wieder in Studien festgestellt werden, dass viele depressive Jugendliche nach einer gewissen Zeit wieder weitgehend symptomfrei waren. Generell ist die Spannweite (also die Dauer) einer depressiven Episode sehr groß: sie reicht im Jugendalter von zwei bis zehn Monaten.

Komorbid Störungen

In Längsschnittstudien konnte gut belegt werden, dass depressive Jugendliche ein

hohes Risiko aufweisen, im weiteren Verlauf zusätzliche psychische Störungen zu entwickeln; hierzu zählen vor allem die Angststörungen, Suchtprobleme (vor allem Alkohol- und Drogenprobleme), Persönlichkeits-, Ess- und somatoforme Störungen. Bei den Persönlichkeitsstörungen weist die depressive Persönlichkeitsstörung das höchste Risiko auf. Die Neigung zu Selbstmordgedanken ist bei allen Formen der Depression stark erhöht (teilweise um den Faktor 10). Ebenso besteht im Jugendalter und jungen Erwachsenenalter ein stark erhöhtes Risiko für Selbstmordversuche; dieses Risiko ist um den Faktor 5 stärker ausgeprägt. Das Risiko für eine zusätzliche Störung mit Substanzmissbrauch (Alkohol- und Drogenabhängigkeit) ist ungefähr um den Faktor 3 erhöht.

Depressive Jugendliche neigen dazu (im Sinne einer »Selbstmedikation«), ihre negativen Gefühle und Selbstwertprobleme mit Hilfe von Alkohol, Drogen oder Medikamenten zu bewältigen. In dieser Situation wären Formen des Substanzkonsums misslungene Versuche, eine Depression »in den Griff« zu bekommen. Generell ist jedoch auch eine umgekehrte Wechselwirkung denkbar: So können psychosoziale Folgen von Substanzkonsum, wie etwa Probleme im zwischenmenschlichen und schulischen Bereich, das Risiko für eine Depression erhöhen. Allerdings können Substanzkonsum/Substanzmissbrauch und Depression auch aus gemeinsamen Risikofaktoren (z. B. familiären Problemen) entstehen und zeitgleich auftreten.

Besonders viele Studien beschäftigen sich mit der Wechselwirkung von Ängsten und Depressionen; diese beiden Störungsformen überlappen sich besonders stark. Aktuell ist die Frage, ob sich Ängste und Depressionen auf eine gemeinsame zugrunde liegende Ursache zurückführen lassen, noch nicht geklärt. Diese könnte in einer dysfunktionalen Emotionsregulation bestehen. Jugendliche mit einer solchen Beeinträchtigung können negative Erfahrungen und Gefühle nicht angemessen einordnen und steuern. Solche Prozesse führen je nach dem Entwicklungsstand der Jugendlichen und zusammen mit äußeren Belastungen entweder zu Ängsten, Depressionen oder gemischten Symptomkonstellationen. In der Regel scheinen im Entwicklungsverlauf Angststörungen einer Depression voranzugehen.

Prävention und Therapie

Bei einer Störung wie der Depression, die sehr weit verbreitet ist und im Jugendalter beginnt, muss man Konzepte einer

Die Neigung zu Selbstmordgedanken ist bei allen Formen der Depression stark erhöht.

Prävention entwickeln und umfassend anbieten. Dieser Forderung sollte auch deshalb entsprochen werden, da alle Formen der Depression eine ungünstige Prognose aufweisen und chronifizieren. Die Lebensqualität, Leistungsfähigkeit und das psychosoziale Funktionsniveau von Menschen mit Depressionen ist extrem reduziert!

In den beiden nachfolgenden Übersichten (Kasten 1 und 2) werden unsere Ansätze zur Prävention und Behandlung von Jugendlichen kurz erläutert. Der präventive Ansatz (»Emotionstraining in der Schule«; vgl. Kasten 1) bezieht sich auf ein universelles Präventionsangebot, das nach entsprechender Fortbildung und Schulung von Lehrkräften im Klassenverband eigenständig durchführbar ist. Dieses Vorgehen ist durch viele Materialien (Arbeitsblätter, Rollenspiel, Fotos, kleine Hörspiele) attraktiv gestaltet und wird von Zehn- bis Zwölfjährigen hervorragend akzeptiert.

Kasten 1. Was kann man im Vorfeld gegen Depressionen tun?

Aktuelle Studien belegen, dass Schwierigkeiten im Umgang mit Gefühlen einen wesentlichen Risikofaktor für die Entwicklung von Depressionen darstellen. Aus diesem Grund ist eine Stärkung der emotionalen Kompetenz und Emotionsregulationsfähigkeiten im Rahmen einer schulbasierten Prävention von großer Bedeutung. Das neue Emotionstraining in der Schule (Petermann, Petermann & Nitkowski, 2016) fördert umfassend emotionale Kompetenzen im Unterricht. Im Basisprogramm können Schülerinnen und Schüler anhand von elf Förderheiten die Bereiche Emotionsbewusstsein, Emotionsverständnis, Empathie und Emotionsregulation bearbeiten. Das Vorgehen wurde für die fünften bis siebten Klassen (also für Zehn- bis Zwölfjährige) entwickelt und kann von Lehrkräften, Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen oder Schulpsychologinnen/Schulpsychologen durchgeführt werden. In der Regel wird das Programm in den regulären Unterricht integriert. Das Vorgehen wurde 2015 bis 2017 erfolgreich evaluiert.

Quelle:

Petermann, F., Petermann, U. & Nitkowski, D. (2016). Emotionstraining in der Schule. Göttingen: Hogrefe (incl. DVD mit den Fördermaterialien).

Beim therapeutischen Angebot (»Training mit Jugendlichen«) handelt es sich um ein Vorgehen, das in den letzten 30 Jahren

international eine weite Verbreitung gefunden hat (vgl. Kasten 2). Das Vorgehen stellt die Bewältigung von beruflichen (schulischen) Anforderungen in den Vordergrund und dient vor allem der Stärkung sozial-emotionaler Ressourcen. Aufgrund der hohen Strukturiertheit und eines differenziert ausgearbeiteten Durchführungsmanuals ist das Vorgehen leicht erlernbar. Besonders vorteilhaft im therapeutischen Vorgehen ist dabei die Kombination von einer vorbereitenden Einzeltherapie, die dem Beziehungsaufbau und dem Abbau von Barrieren gegenüber einer Psychotherapie dient, und einer sich anschließenden Gruppentherapie mit fünf Jugendlichen. Seit kurzem liegt auf der Basis dieses Vorgehens auch ein Präventionsprogramm (= »JobFit-Training«) für ältere Jugendliche und jüngere Erwachsene vor (vgl. Kasten 2).

Kasten 2. Wie gelingt es, im Jugendalter wirksam Arbeits- und Sozialverhalten zu fördern und damit einer Depression entgegenzuwirken?

Aufgrund der vielfältigen Problemlagen im Jugendalter ist es notwendig, in einer Förderung oder Psychotherapie umfassend sozial-emotionale Kompetenzen der Jugendlichen zu stärken. Besonders bedeutsam sind dabei: (1) angemessene Selbstwahrnehmung, (2) die Fähigkeit zur Selbstregulation, (3) die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme und Empathie, (4) Beziehungsfertigkeiten sowie (5) verantwortungsvolles Entscheiden. Bei der Selbstwahrnehmung sollten die Fähigkeiten betont werden, die eigenen Emotionen wahrzunehmen und die eigenen Gedanken zu erkennen. Bei Jugendlichen mit depressivem Verhalten und Suchtproblemen stehen vor allem Schwierigkeiten mit der Selbstregulation im Vordergrund. Im Einzelnen sind dies: mangelnde Impulskontrolle, schlechtes Stressmanagement und Probleme, sich selbst zu motivieren und auf gesteckte Ziele konsequent hinzuarbeiten. Beim verantwortlichen Entscheiden (z. B. das Pro und Contra von Alkohol- und Drogenkonsum) geht es darum, umsichtige Entscheidungen zu treffen, die sich an sozialen Normen orientieren. Es geht aber auch darum, das Wohl anderer Menschen in die Entscheidungsfindung mit einzubeziehen.

Ein Therapieprogramm, das seit drei Jahrzehnten erprobt ist und erfolgreich die eben genannten Ziele verfolgt, stellt das »Training mit Jugendlichen: Aufbau von Arbeits- und Sozialverhalten« (Petermann & Petermann, 2017a) dar. An der Therapie können Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 13 bis 20 Jahren teilnehmen. Das Therapieprogramm umfasst eine Einzel- und Gruppentherapie (bei wöchentlichen Sitzungen über ungefähr ein halbes Jahr); an der Gruppentherapie nehmen fünf Jugendliche teil. Mit der Therapie, in der strukturierte Rollenspiele zu alltäglichen Erfahrungen

Cannabis und Psychose



von Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank

Der Cannabiskonsum ist in der Allgemeinbevölkerung stark verbreitet: Ca. 10 % der Jugendlichen und ca. 30 % der jungen Erwachsenen im Alter von etwa 18 bis 21 Jahren haben zumindest einmal Cannabis probiert.

Etwa jeder fünfte Konsument entwickelt ein klinisch relevantes Konsummuster eines schädlichen Gebrauchs oder gar einer Abhängigkeit. Die Behandlungsnachfrage für die Cannabisabhängigkeit ist im Verlauf der letzten zehn Jahre deutlich gestiegen. Unter den starken und abhängigen Konsumenten finden sich vermehrt neuropsychiatrische Komplikationen wie kurzdauernde Intoxikationspsychosen, induzierte Psychosen von mehrwöchiger bis mehrmonatiger Dauer, das sog. amotivationale Syndrom und kognitive Störungen.

Über diese zeitlich limitierten Komplikationen hinaus finden sich bei den regelmäßigen Konsumenten hohe Komorbiditätsraten mit anderen psychischen Störungen. Die Mehrzahl aller Cannabisabhängigen hat mindestens eine weitere psychische Störung, z. B. andere substanzbezogene Störungen, Persönlichkeitsstörungen, ADHS und Störungen des Sozialverhaltens (conduct disorder) sowie affektive Störungen und Angststörungen. Hinzu kommt eine auffällig hohe Komorbidität mit schizophrenen und schizoaffektiven Psychosen.

Cannabis und Psychose: Was ist die Henne und was ist das Ei?

Bereits die frühe Epidemiologic Catchment Area Studie (ECA) aus den USA ergab unter Cannabisabhängigen eine Lebenszeitprävalenz von 6 % für Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis; diese entspricht einer Odds Ratio (OR) von 4,8 (Regier et al. 1990), d. h. Cannabisabhängige entwickeln im Vergleich zum Durchschnitt der Bevölkerung 4,8 Mal so häufig eine Psychose. Damit wurde eine besonders starke Assoziation von Cannabis mit Psychosen dokumentiert.

Zur Erklärung der Komorbidität zwischen Cannabiskonsum und Psychosen kommen grundsätzlich verschiedene Modelle infrage: Begünstigung des

Konsumverhaltens durch die Psychose, z. B. im Sinne einer Selbstmedikation, Induktion/Begünstigung der Psychose durch die direkten Wirkungen von Cannabis und/oder indirekte psychosoziale Begleitwirkungen der (Cannabis-)Abhängigkeit, gegenseitige Verstärkung im Sinne eines Teufelskreises oder schließlich gemeinsame prädisponierende Faktoren. Obwohl die Selbstmedikationshypothese im klinischen Alltag in vielen Fällen plausibel erscheint, spricht die Datenlage für eine größere Bedeutung des zweiten Modells der Induktion/Begünstigung der Psychose durch den Cannabiskonsum.

Mehrere methodisch anspruchsvolle prospektiv-epidemiologische Studien sprechen für eine Rolle des Cannabiskonsums als eine Teilkomponente bei der Ätiologie der Schizophrenie. Dabei werden sowohl ein Dosiseffekt als auch ein Effekt des Einstiegsalters in den Konsum deutlich (Gouzoulis-Mayfrank 2014). Die früheste dieser Studien, die große Aufmerksamkeit erregte, war die schwedische Rekrutenstudie, bei der ein ganzer Jahrgang von Rekruten (ca. 45.000 junge Männer im Alter von 18 Jahren) erfasst und nach etwa 14 und 27 Jahren nachuntersucht wurde (Andreasson et al. 1987, Zammit et al. 2002). Die aussagekräftigste Studie ist die Dunedin-Studie aus Neuseeland, bei der eine repräsentative Population von über 1.000 Personen prospektiv ab dem Alter von 11 Jahren in mehreren Wellen nachuntersucht wurde. Dabei sagte ein früherer Cannabiskonsum im Alter von 15 Jahren eine spätere Diagnose einer schizophreniformen Störung im Alter von 26 Jahren voraus, und es zeigte sich eine Interaktion des frühen Konsums mit subklinischen psychotischen Symptomen im noch früheren Alter von 11 Jahren (Arseneault et al. 2002). Auch konnte gezeigt werden, dass genetische Faktoren (Polymorphismus des COMT-Gens, das an der Verstoffwechslung von Dopamin im Gehirn beteiligt ist) hinsichtlich der Psychoseentstehung mit

dem Cannabiskonsum interagieren (Caspi et al. 2005). Diese Befunde sprechen dafür, dass Cannabis bei entsprechender Veranlagung und vor allem bei frühem Konsum die Manifestation einer Psychose begünstigt.

In Einklang mit den Schlussfolgerungen aus den genannten und weiteren prospektiv-epidemiologischen Studien ist auch der mehrfach erhobene Befund, dass komorbide Patienten beim Ausbruch der Schizophrenie durchschnittlich um einige Jahre jünger sind als schizophrene Patienten ohne die Komorbidität. Darüber hinaus wird vermutet, dass die Vorverlagerung des Einstiegsalters in den Konsum und die gezielte Züchtung und Verbreitung »hochprozentiger« Pflanzen mit hoher Konzentration des Hauptwirkstoffs Delta-9-THC zu dem regionalen Anstieg der Inzidenz von Psychosen in bestimmten Großstädten beitragen könnte (Gouzoulis-Mayfrank 2007, 2014). Hier ist jedoch eine Fülle konfundierender Faktoren zu berücksichtigen, sodass Schlussfolgerungen verfrüht erscheinen.

Klinische Charakteristika, Differenzialdiagnose und Verlauf

Cannabis-induzierte Psychosen können als zeitlich limitierte Komplikationen eines starken und/oder regelmäßigen Konsums auftreten. Bei Abstinenz klingen diese Symptome nach Tagen bis Wochen ab, wobei nach ICD-10 leichte Restsymptome bis zu sechs Monate nach dem letzten Konsum persistieren können. Bei einer Persistenz psychotischer Symptome über diesen Zeitraum hinaus muss von einer komorbiden Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis ausgegangen werden. Ebenfalls muss von einer komorbiden Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis ausgegangen werden, wenn im weiteren Verlauf nach Remission und bei gesicherter Abstinenz ein Rezidiv der Psychose auftritt. Für das Monitoring von Abstinenz und Therapie-Compliance sind toxikologische Screeningverfahren im Urin sinnvoll und hilfreich.

Im Allgemeinen ist der Verlauf bei Patienten mit Cannabiskonsum und Psychose weniger günstig als bei Patienten mit nur einer Störung. Es kommt häufiger zu Rezidiven der Psychose und es finden sich vermehrt Komplikationen wie aggressiv-gewalttätiges Verhalten sowie schlechte langfristige sozio-rehabilitative Ergebnisse (Gouzoulis-Mayfrank 2007, 2014).

Therapie

In den meisten Fällen erfolgt die Behandlung von Patienten mit Cannabisproblemen im

Cannabis begünstigt bei entsprechender Veranlagung und vor allem bei frühem Konsum die Manifestation einer Psychose.



ambulanten Rahmen. Eine stationäre Entgiftung und ggf. auch eine Entwöhnungsbehandlung können bei schwerer, langjähriger Abhängigkeit und insbesondere bei psychiatrischen Komorbiditäten indiziert sein. In der Regel ist eine Therapieform sinnvoll, die die Cannabisabhängigkeit und die Psychose integriert, d. h. in einem Setting bzw. durch einen Therapeuten oder ein therapeutisches Team behandelt (Gouzoulis-Mayfrank 2007, Cleary et al. 2010, Baker et al. 2012).

Hinsichtlich psychotherapeutischer Maßnahmen liegen für die Cannabisabhängigkeit kontrollierte Studien und Therapieverlaufsstudien ambulanter psychotherapeutischer Programme mit psychoedukativen, motivationsfördernden, kognitiv-verhaltenstherapeutischen, familientherapeutischen und supportiven Elementen vor. Nach aktueller Studienlage können auch Cannabisabhängige mit Psychosen von Kurztherapien profitieren, allerdings sind die Langzeitergebnisse bei intensiver und länger dauernder psychosozialer Therapie tendenziell besser (Baker et al. 2012). Bei manualisierten integrierten Psychotherapieprogrammen für Patienten mit Psychose und Konsumstörung wird nicht nur auf Cannabis, sondern in der Regel allgemeiner auf die Suchtkomponente Bezug genommen. Allerdings spielt Cannabis insbesondere in der Psychoedukation dieser Patientengruppe eine zentrale Rolle. Eine aktuelle Untersuchung aus dem deutschsprachigen Raum zeigt, dass integrierte Psychotherapieprogramme erfolgreich sektorübergreifend (stationär und ambulant) in die Regelversorgung komorbider Patienten implementiert werden können (Gouzoulis-Mayfrank et al. 2015). Die Implementierung, Evaluation und Optimierung motivationsbasierter, integrierter Behandlungsprogramme sollte

voranschreiten, allerdings sollten die Erwartungen an die Therapieerfolge realistisch sein und es sollten moderate Ziele im Sinne von Harm-Reduction-Ansätzen verfolgt werden.

Literatur

- Andreasson, S. et al.** (1987): Cannabis and schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet* 2: 1483–1486.
- Arseneault, L. et al.** (2002): Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *BMJ* 325: 1212–13.
- Baker, A. L. et al.** (2012): Treatment of cannabis use among people with psychotic disorders: a critical review of randomised controlled trials. *Curr Pharm Des* 18: 4923–37.
- Caspi, A. et al.** (2005): Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene X environment interaction. *Biol Psychiatry* 57: 1117–27.
- Cleary, M. et al.** (2010): Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. The Cochrane Collaboration. Editorial Group: Cochrane Schizophrenia Group. John Wiley & Sons Ltd.
- Gouzoulis-Mayfrank, E.** (2007): Komorbidität Psychose und Sucht – Grundlagen und Praxis. Mit Manualen für die Psychoedukation und Verhaltenstherapie. 2. erweiterte Auflage unter Mitarbeit von Schnell T. Darmstadt: Steinkopff.
- Gouzoulis-Mayfrank, E.** (2014): Cannabisabhängigkeit und komorbide psychische Störungen. In: Walter, M., Gouzoulis-Mayfrank, E. (Hrsg): *Psychische Störungen und Suchterkrankungen – Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 190–201.
- Gouzoulis-Mayfrank, E. et al.** (2015): Trans-sector integrated treatment in psychosis and addiction. A randomized controlled study of a motivational, cognitive behavioral therapy program under standard hospital treatment conditions. *Dtsch Arztebl Int* 112(41): 683–91.
- Regier, D. A. et al.** (1990): Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 264: 2511–8.
- Zammit, S. et al.** (2002): Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. *BMJ* 325: 1199.

Über die Autorin

Prof.ⁱⁿ Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank ist Chefarztin und Ärztliche Direktorin der LVR-Klinik Köln, Psychiatrisches Fachkrankenhaus und Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln. Sie ist Direktorin des LVR-Instituts für Versorgungsforschung

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 bieten: Vorträge, geleitete Diskussionen, Seminare, Outdoor-Workshops/-Veranstaltungen, sowie spezielle Angebote im Bereich der Persönlichkeitsentwicklung, im Umgang mit Stress, Kommunikation und Konfliktstrategien.

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, MitarbeiterInnen 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.

Stationäre Kurzzeittherapie

Die stationäre Kurzzeittherapie (Dauer bis zu 6 Monaten) 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 KlientInnen 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 KlientInnen mit einer Weisung zu einer gesundheitsbezogenen Maßnahme (»Therapie statt Strafe« nach § 35 und § 39 SMG, § 50 STGB, § 173 STPO). Kostenübernahme durch den Bund maximal 6 Monate.

Im Rahmen der stationären Kurzzeittherapie findet auch die Alkoholentwöhnung/-rehabilitation für Wiener KlientInnen (Dauer 1 bis 2 Monate) statt.

Die Betroffenen nehmen, wie alle anderen KlientInnen der Therapeutischen Gemeinschaft, am gesamten Therapieprogramm teil und werden vom jeweiligen multiprofessionellen Team begleitet. Ziele sind ein abstinentes oder ein substituiertes Leben ohne Beikonsum zu ermöglichen sowie die Stabilisierung und rasche Reintegration in ein soziales Umfeld.

Beratung

Im Rahmen der ambulanten Abklärung erhalten Betroffene je nach Bedarf individuelle Unterstützung und Begleitung. Sie erfolgt durch die MitarbeiterInnen des Beratungsteams (Vorbetreuung) bzw. die MitarbeiterInnen in den ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren. Das Beratungsteam ist in ganz Österreich für Betroffene unterwegs. Gespräche finden in Krankenhäusern, Justizanstalten, Einrichtungen der Sozialen Arbeit, in den Beratungszentren des Vereins Grüner Kreis und überall dort statt, wo sich Hilfesuchende aufhalten.

Unser Angebot richtet sich an

- Menschen mit substanzgebundenen Suchterkrankungen (legale und illegale Substanzen)
- 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
- KlientInnen aus Wien, die einen körperlichen Teil- oder Vollentzug absolvieren möchten
- KlientInnen aus Wien, die eine Alkoholrehabilitation absolvieren
- Menschen mit einer richterlichen Weisung (§ 35 und § 39 SMG, § 50 StGB, § 173 StPO)
- Angehörige

Stationäre Langzeittherapie

Die stationäre Langzeittherapie (Dauer 6 bis 18 Monate) ist gedacht für jugendliche, erwachsene Suchtkranke, Paare oder Mütter mit Kindern, MultimorbiditätsklientInnen, ältere Suchtkranke 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 missbrauchen (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. Die nachhaltige Rehabilitation und Integration der KlientInnen, ein 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 fünf ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren in Wien, Graz, Linz, Klagenfurt und Wr. Neustadt, bieten wir ein breites Beratungs- und Behandlungsspektrum an.

Für Wiener KlientInnen wird die Ambulante Therapie/Rehabilitation in vier Intensitätsmodulen zwischen 3 und 24 Monaten angeboten. Sie ist sowohl für nicht substituierte KlientInnen als auch für substituierte KlientInnen, für KlientInnen mit einer substanzgebundenen sowie mit einer nicht substanzgebundenen Suchterkrankung, 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 KlientInnen 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 Behandlungsmodell, um den Betroffenen beistehen und die gewonnene psychische und physische Stabilität aufrechterhalten zu können. 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 Grünen Kreis angemieteten, Wohnung autonom zu leben. Die entsprechende dazugehörige Betreuung erfolgt nach einem gemeinsam und individuell entwickelten Behandlungs/Rehabilitations- und Betreuungsplan.

Stationärer Vollentzug & Teilentzug

KlientInnen mit Hauptwohnsitz in Wien haben die Möglichkeit eines stationären körperlichen Teil- oder Vollentzugs im Sonderkrankenhaus Marienhof.

Die Dauer der Behandlung hängt von der jeweiligen Substanz ab: Teil- oder Vollentzug Alkohol - Zeitraum ca. 14 Tage; Teil- oder Vollentzug illegale Substanzen - bis zu 8 Wochen.

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

Eine weitere notwendige Behandlung/Rehabilitation kann im Anschluss an den Voll- bzw. Teilentzug vor Ort geplant werden, da an den Entzug immer zumindest ein kurzes stationäres Modul oder ein längeres stationäres bzw. ambulantes Modul anschließt.

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 KlientInnen durchgeführt. Basis dafür ist eine allgemeinmedizinische und psychiatrische Anamnese, aus der sich die Behandlungsnotwendigkeiten ergeben.

AMS-NÖ Beschäftigungsprojekt

Im Rahmen des Gemeinnützigen Beschäftigungsprojektes wird KlientInnen, die das stationäre Langzeittherapieprogramm erfolgreich abgeschlossen haben, die Möglichkeit geboten, einen vom AMS Niederösterreich geförderten Arbeitsplatz auf Zeit zu erhalten. Die TransitmitarbeiterInnen 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 KlientInnen und ExklientInnen bei Umschulungen, Lehrlingsausbildungen und spezifischen FacharbeiterInnenausbildungen 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 KlientInnen ist nach Beendigung der TransitmitarbeiterInnenphase auch eine Übernahme in ein reguläres Beschäftigungsverhältnis beim Verein Grüner Kreis möglich.

Sucht als Wegbegleiter zwischen himmelhoch und abgrundtief



von Riccarda Hartleb

»Ich sitze in einer Achterbahn, in der es immer nur aufwärtsgeht«, schreibt der amerikanische Schriftsteller John Green in seinem Roman »The Fault in Our Stars«, als sein Protagonist Gus versucht, alles Negative in seinem Leben auszublenden.

S ofühlen sich viele Betroffene einer bipolaren Störung während der Manie, also der Hochphase. Doch dann: Vor Kurzem noch auf einem endlosen Zug in Richtung Glück im Beruf sowie im Privatleben, schlägt der Weg der bipolaren Störung eine jähe Kehrtwende ein und endet in einem Loch aus Antriebslosigkeit und depressiver Stimmung. Dieser Zustand ist es, der von Depressiven nicht selten als die Zeit beschrieben wird, in der sie das Aufstehen in der Früh als schier unüberwindbare Herausforderung empfinden.

Die bipolare Störung ist gekennzeichnet durch eine krankhafte Veränderung der Stimmung und/oder Affektivität und zählt, gemeinsam mit der Depression, zu den affektiven Störungen. Der Antrieb und die Aktivität von Betroffenen weichen je nach Phase der Erkrankung vom Gesunden ab und führen zu einer wesentlichen Einschränkung im Alltag (Tölle & Windgassen, 2012).

Laut Prävalenzzahlen sind in Österreich rund 90.000 Personen von der schwereren Form, der Bipolar-I-Störung (manische und depressive Episoden), betroffen. An der Bipolar-II-Störung (hypomanische und depressive Episoden), einer vergleichsweise weniger stark beeinträchtigenden Krankheit, leiden rund 6 % der EuropäerInnen (Pini et al., 2005). Maßgeblich für die bipolare Störung sind Episoden von positiver bzw. negativer Stimmung, welche unterschiedlich lange andauern können und Krankheitswert besitzen.

Eine abnorm gehobene, expansive oder gereizte Gemütslage, die mit vermehrtem Antrieb und Gedankenrasen einhergehen kann, äußert sich in der Manie. In dieser Phase empfinden Betroffene kaum ein Schlafbedürfnis. Im Gegenteil: Sie haben einen gesteigerten Bewegungsdrang, sind unruhig und zerfahren. Diese Kombination kann gefährlich werden, wenn man die signifikante Selbstüberschätzung von manischen Personen betrachtet (Möller et al., 2015). Einige PatientInnen berichten auch über einen unangemessenen Größen- oder Liebeswahn, der sich durch eine gesteigerte Kauflust oder viele sexuelle Kontakte äußern kann. Den Drang, viel Geld auszugeben, etwa für einen Sportwagen oder ein Haus, oder sogar eine eigene Firma

zu gründen, können Betroffene in einer manischen Episode verspüren. Viele, die unter einer bipolaren Störung leiden, dass sie während dieser Phase im Allgemeinen über ihre finanziellen Verhältnisse leben. Dies sind Gründe dafür, dass die Manie als besonders belastend für Angehörige wahrgenommen wird – in vielen Fällen sind sie es nämlich, die für eine psychiatrische Behandlung der Erkrankten sorgen.

Die Hypomanie äußert sich ebenfalls durch eine krankhaft positive Stimmung, einen gesteigerten Antrieb und beschleunigtes Denken, ist jedoch weniger stark ausgeprägt als die Manie. Einschränkungen auf sozialer oder beruflicher Ebene, wie sie bei der Manie der Fall sind, werden von Betroffenen meist nicht berichtet. Dies ist unter anderem ein Grund für die Annahme einer hohen Dunkelziffer der Bipolar-II-Störung und dafür, dass die Krankheitseinsicht der PatientInnen noch selten gegeben ist als bei der Bipolar-I-Störung.

Am anderen Ende der Stimmungslage steht die depressive Episode, welche mit einem verminderten Antrieb, Interessensverlust und einer gedrückten Gemütslage einhergeht. PatientInnen zeigen darüber hinaus ein vermindertes Selbstwertgefühl und berichten von Hilfslosigkeit und Minderwertigkeitsgefühlen (Möller et al., 2015). Im Alltag von Personen mit bipolarer Störung ist eine depressive Phase durch einen sozialen Rückzug erkenntlich, welcher bis zur beruflichen und privaten Isolation führen kann. Familienmitglieder und FreundInnen nehmen meist die Gleichgültigkeit und Freudlosigkeit der Betroffenen während einer depressiven Episode wahr, wodurch dieses Verhalten einen starken Kontrast zu einer zuvor erlebten Manie darstellt. Zwischen den Krankheitsphasen stellt sich eine unterschiedlich lange Euthymie ein, welche das Freisein von Manie/Hypomanie und Depression bezeichnet. In dieser »gesunden« Zeit gilt es, Betroffene über ihre Krankheit zu informieren und zukünftigen Episoden bestmöglich entgegenzuwirken.

Ein wichtiges Symptom, das bisher noch nicht erwähnt wurde und dabei gleichzeitig auch eine häufige Komorbidität der bipolaren Störung darstellt, ist das Suchtverhalten.

Die Nikotinabhängigkeit kommt in diesem Zusammenhang am häufigsten vor. Im Rahmen einer von uns an der Spezialambulanz für bipolare Störungen in Graz durchgeführten Untersuchung (Hartleb, 2016) konnte gezeigt werden, dass 50 % der an einer bipolaren Störung erkrankten Personen RaucherInnen waren. Im Gegensatz dazu handelte es sich nur bei etwa einem Viertel der psychisch gesunden Kontrollpersonen des Forschungsprojektes um RaucherInnen. Darüber hinaus konnte eine stärkere Nikotinsucht (mehr Zigaretten pro Tag, stärkerer Drang nach Nikotin) bei Personen mit bipolarer Störung dargestellt werden, welche auf eine intensivere körperliche Abhängigkeit hindeutet.

Neben dem Rauchen stellen auch die Alkohol- und die Substanzabhängigkeit bedeutende Komorbiditäten dar. Unsere Ergebnisse (Hartleb, 2016) zeigten eine Alkoholsucht bei 14 % und eine Substanzabhängigkeit bei 11 % der untersuchten Personen mit einer bipolaren Störung. Diese Zahlen liegen deutlich über der Prävalenz von Suchterkrankungen in der Normalbevölkerung und unterstreichen den Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung. Einen Erklärungsansatz für diesen Zusammenhang stellt nach Levin und Hennessy (2004) die Selbstmedikation dar, wobei PatientInnen zum Teil ihre Symptome mit diversen Substanzen zu lindern versuchen. Heroin und Alkohol scheinen vor allem während manischer Episoden konsumiert zu werden, wohingegen Kokain bei depressiver Stimmung zum Einsatz kommt. Der Konsum von Cannabis scheint mit einer schwächeren Ausprägung der depressiven Symptome einherzugehen, die manischen Episoden werden hingegen dadurch in ihren Symptomen verstärkt (Garcia-Portilla et al., 2010). Die Wirkungen der Substanzen auf die Symptome der Betroffenen variieren aufgrund der individuellen Erfahrungen von Person zu Person.

Diese Unterschiede zeigen die Gefahr der »Selbstmedikation« mit Drogen und Alkohol auf, da manische und depressive Stimmungsausprägungen verstärkt werden können. Zudem ist es möglich, dass Wechselwirkungen mit der verschriebenen Medikation auftreten können. Auch die Nikotinabhängigkeit trägt zu Wirkungsveränderungen der ärztlich indizierten Arzneimittel bei. RaucherInnen mit einer bipolaren Störung werden durchschnittlich mehr Medikamente, insbesondere Antipsychotika, verschrieben als NichtraucherInnen. Es wird diskutiert, dass dieser Effekt daran liegen könnte, dass RaucherInnen oftmals an einer schwereren

bipolaren Störung leiden – dies ist zum jetzigen Zeitpunkt jedoch noch nicht gänzlich geklärt.

Die Koexistenz einer bipolaren Störung und einer Alkohol-, Nikotin- oder Substanzabhängigkeit konnte mit folgenden Merkmalen in Verbindung gebracht werden (Levin & Hennessy, 2004):

- jüngeres Erkrankungsalter
- mehrere stationäre Aufenthalte
- stärkere Symptomausprägung während akuter Episoden
- langsamere Remission von akuten Episoden
- schlechteres Ansprechen auf die Medikation
- schlechteres Therapie-Outcome
- verminderte physische Gesundheit
- höhere Anzahl an Suizidversuchen

Insbesondere die vermehrten Versuche, sich das Leben zu nehmen, sind alarmierend und sollten an eine rechtzeitige präventive Intervention bezüglich des Suchtverhaltens denken lassen. Es scheint, als würde die vermehrte Stressreaktion, die aufgrund des Nikotinkonsums entsteht und eine depressive Stimmung unterstützt, auch Suizidversuche unterstützen. Trotzdem wird von einer multikausalen Entstehung des Zusammenhangs ausgegangen, welche u. a. genetische, hormonelle und inflammatorische Faktoren inkludiert. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich Suchtverhalten negativ auf die bipolare Störung auswirkt. Dadurch kann es zu häufigeren und stärkeren krankhaften Episoden kommen. Das wiederum kann dazu führen, dass mehr Medikation benötigt wird. Somit gilt es, Abhängigkeiten bei bipolarer Erkrankung möglichst früh zu behandeln, um die Therapie optimal zu unterstützen.

Forschung zur bipolaren Störung in Graz

Das Team der Spezialambulanz an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin in Graz forscht seit 2012 unter der Leitung von Assoz.-Prof. in Dr. in Eva Reininghaus, MBA über die bipolare Störung. Im Rahmen der »BIPFAT«-, »BIPLONG«- und BIPGEN-Studien werden u. a. Ursachen, Komorbiditäten, Kognition, Langzeitverlauf und Genetik der bipolaren Störung untersucht.

Angebot der Spezialambulanz für bipolare Störungen

Im Jahre 2005 wurde die Spezialambulanz für bipolar affektive Erkrankungen der Universitätsklinik für Psychiatrie und

Psychotherapeutische Medizin in Graz gegründet, und sie bietet ein breites Spektrum an Therapien. Es besteht die Möglichkeit einer medizinischen, psychologischen oder psychotherapeutischen Betreuung sowie der Teilnahme an Gruppentherapien (Psychoedukation jeden Montag 12:30 Uhr; Selbsthilfegruppe jeden ersten Donnerstag im Monat um 17:30 Uhr). Des Weiteren werden Vortragsabende zur Erkrankung und Infostunden zur bipolaren Störung (Letztere jeden Dienstag um 12:30 Uhr) angeboten.

Beratung, Informationen und Terminvereinbarungen für PatientInnen und Angehörige

www.bipolar-graz.at
bipolarforschung-graz@gmx.at
Tel: +43 316-385-81479

Literatur

- Garcia-Portilla, M. P., Saiz, P. A., Benabarre, A., Florez, G., Bascaran, M. T., Díaz, E. M., Bousoño, M. & Bobes, J. (2010). Impact of substance use on the physical health of patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(6), 437-445.
- Green, J. (2012). *The fault in our stars*. London: Penguin Books.
- Hartleb, R. (2016). Gesundheitsverhalten und kardiovaskuläres Risiko bei bipolarer Störung.
- Levin, F. R. & Hennessy, G. (2004). Bipolar disorder and substance abuse. *Biological Psychiatry*, 56(10), 738-748.
- Möller, H. J., Laux, G. & Deister, A. (2015) *Duale Reihe. Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Pini, S., de Queiroz, V., Pagnin, D., Pezawas, L., Angst, J., Cassano, G. B. & Wittchen, H.-U. (2005). Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 425-434.
- Tölle, R. & Windgassen, K. (2012). *Psychiatrie*. Heidelberg: Springer Medizin.

Über die Autorin

Riccarda Hartleb, MSc

Psychologin, Studentin der Medizin und Doktorandin der Medizinischen Wissenschaften in Graz. Mitarbeiterin bei Forschungsprojekten der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin (Schwerpunkt: Bipolare Störung) sowie der Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Schwerpunkt: Transsexualität) in Graz. riccarda.hartleb@medunigraz.at

Co-AutorInnen: René Pilz, Martina Platzer, Nina Dalkner, Susanne Bengesser, Armin Birner, Frederike Fellendorf, Carlo Hamm, Robert Queissner, Tanja Macheiner, Eva Reininghaus

Verhaltenssüchte



von Jochen Mutschler

Unter dem Begriff »Verhaltenssüchte« werden verschiedene nicht stoffgebundene Süchte definiert, bei denen nicht Substanzen eingenommen werden, sondern das übermäßige Ausführen bestimmter Verhaltensweisen ein zentrales Merkmal der Erkrankung darstellt.

Diese Verhaltensweisen können von den Betroffenen willentlich oft nicht mehr vollständig kontrolliert werden. Obwohl die neurobiologischen Grundlagen von Suchterkrankungen in den letzten Jahren immer besser erforscht worden sind, gibt es im Bereich der Verhaltenssüchte eine vergleichsweise geringe Anzahl fundierter wissenschaftlicher Studien. Bisherige Forschungen in diesem Bereich zeigen jedoch, dass ebenso wie bei stoffgebundenen Süchten ähnliche und gleiche pathologische neurobiologische Muster gefunden werden können. Weiters gibt es gerade bei Verhaltenssüchten neben den biologischen Risikofaktoren ein enges Wechselspiel mit psychischen und sozialen Faktoren, die das Gesamtrisiko einer Verhaltenssucht ausmachen.

Eine klassische und seit Langem bekannte Verhaltenssucht ist das pathologische Spielen (Gambling Disorder). Außerdem existieren im amerikanischen DSM-5 noch Diagnosekriterien für die Internetsucht

(Internet Gambling Disorder). Es gibt jedoch noch weitere Verhaltenssüchte, wie zum Beispiel Esssucht, Mediensucht (z. B. Social Media, Handy usw.), Sexsucht und Kaufsucht. Im folgenden Überblick soll auf eine »neuere« Verhaltenssucht ausführlicher eingegangen werden, die Esssucht.

Esssucht – eine Verhaltenssucht?

Die Prävalenzraten von Übergewicht (und Adipositas) sind in den letzten Jahrzehnten in vielen Ländern stark gestiegen. In der Schweiz hat sich innerhalb von 20 Jahren der Anteil der adipösen Personen (Body-Mass-Index > 30 kg/m²) annähernd verdoppelt. Zurzeit gelten ca. 41 % der Bevölkerung als übergewichtig oder adipös im Sinne der WHO-Definition von Übergewicht und Adipositas (Body-Mass-Index > 25 kg/m²) (Bundesamt für Statistik, Schweiz).

Adipositas ist mit Hypertonie, Glucoseintoleranz, Dyslipidämie und obstructiver Schlafapnoe sowie einigen Krebserkrankungen assoziiert. Adipöse Patienten haben ein erhöhtes Risiko, an Diabetes mellitus Typ 2, einer Nierenerkrankung oder einer Depression zu erkranken oder an einer kardiovaskulären Erkrankung zu versterben. Adipositas hat auch weitreichende sozioökonomische Konsequenzen, da sie im Zusammenhang mit Störungen des Wohlbefindens und der Lebensqualität, zahlreichen gesundheitlichen Problemen, Arbeitsunfähigkeit, vorzeitiger Berentung sowie erhöhter Mortalität steht. Die hohe Prävalenzrate von Adipositas und ihre Auswirkungen erfordern daher eine effektive Prävention und Therapie.

Adipositas ist eine Erkrankung multifaktorieller Genese. Genetik, soziale Faktoren, Umgebungsfaktoren, Energiehomöostase und viele weitere Systeme und Faktoren spielen eine Rolle in ihrer Entstehung. Die Kombination von erhöhter Energieaufnahme und verminderter körperlicher Aktivität stellt einen der wichtigsten Risikofaktoren für Übergewicht und Adipositas dar. Trotz der bisherigen Erkenntnisse gibt es jedoch noch viele Unklarheiten zur Pathophysiologie der Adipositas, vor allem hinsichtlich der komplexen Interaktionen zwischen endokrinen, molekularen und neuronalen Mechanismen. In

den letzten Jahren wurde zunehmend bekannt, dass es neben phänomenologischen Gemeinsamkeiten von Adipositas und Abhängigkeitserkrankungen auch zahlreiche neurobiologische Gemeinsamkeiten gibt.

Durch die im DSM-5 (APA, 2013) neu eingeführte Kategorie »Substance-Related and Addictive Disorders« kann zum ersten Mal eine nicht stoffgebundene Verhaltenssucht diagnostiziert werden. Die offiziellen Kriterien betreffen bisher nur das pathologische Spielen (Gambling Disorder). Außerdem existieren noch Forschungskriterien für die Internetsucht (Internet Gambling Disorder). Bei der nicht stoffgebundenen Verhaltenssucht werden keine psychotropen Substanzen von außen eingenommen. Der abhängig machende Prozess stellt sich durch körpereigene biochemische Prozesse ein, die durch bestimmte belohnende und exzessiv ausgeführte Verhaltensweisen ausgelöst werden. Dabei ist das exzessive Ausführen des Verhaltens ein zentrales Merkmal und beschreibt einen unkontrollierbaren Impuls.

Der englische Begriff »Food Addiction« bezeichnet suchthafte Prozesse in Bezug auf die Nahrungsaufnahme. Er wird im Zusammenhang mit Adipositas, Binge-Eating-Störung (BES), Essen als Verhaltenssucht oder Nahrungsmittelbestandteilen) als suchterzeugende Substanzen verwendet. »Food Addiction« kann durch die Yale-Food-Addiction-Scale (YFAS) erfragt werden, welche sich an den Kriterien der Substanzabhängigkeit nach dem DSM-IV (APA, 2000) orientiert. Impulskontrollgestörtes Essverhalten mit übermäßiger Nahrungszufuhr oder eine Binge-Eating-Störung kommen nicht nur bei adipösen Personen vor, sondern sind bei jeder Gewichtsklasse zu beobachten. Menschen mit Esssucht führen ihren Nahrungsmittelkonsum trotz negativer psychischer und physischer Konsequenzen fort und verfallen nach einer Diät mit Gewichtsverlust oft wieder in gewohnte, alte Verhaltensmuster und nehmen erneut an Gewicht zu. Albayrak und Hebebrand stellen sich die Frage, ob diese Menschen nun eine substanzgebundene Esssucht haben oder ob die Diagnose »Food Addiction« die Essstörungs-Psychopathologie im Rahmen einer psychiatrischen Grunderkrankung (z. B. BES) reflektiert. Weiter fragten



Zurzeit gelten ca. 41 % der Bevölkerung als übergewichtig oder adipös.

sie sich, ob gar eine nicht stoffgebundene Ess-Verhaltenssucht vorliegt.

Neurobiologische Befunde sprechen dafür, dass das Belohnungssystem bei der Nahrungsaufnahme beteiligt ist, und Food Addiction wird mehrheitlich als Abhängigkeit von meist stark kalorienhaltigen Nahrungsmitteln oder einzelnen Nahrungsmittelbestandteilen (z. B. Zucker, Fett) beschrieben, ähnlich wie bei psychotropen Substanzen (z. B. Alkohol, Nikotin oder Kokain). Trotzdem fehlen bislang fundierte wissenschaftliche Belege für die Annahme, dass Nahrungsmittel beim Menschen ein Abhängigkeitssyndrom auslösen können. Eine alternative These vertritt die Annahme, dass es sich dabei um eine nicht stoffgebundene Verhaltenssucht handelt. Der Begriff Esssucht (Eating Addiction) bezeichnet dabei genau diese Verhaltenssucht, der es jedoch auch noch reliabler und valider Kriterien zur Beschreibung bedarf.

Obwohl tierexperimentelle Befunde zeigten, dass bei Ratten unter spezifischen Bedingungen Entzugssymptome und eine Toleranzentwicklung im Zusammenhang mit Nahrungsmitteln hervorgerufen werden konnten, fehlt bislang ein direkter Nachweis eines abhängigkeitserzeugenden Potenzials eines spezifischen Nahrungsmittelbestandteils beim Menschen. Zudem sind der Esssucht Merkmale wie Entzugssymptome oder Toleranz schwierig zuzuordnen. So können die für das Merkmal Entzug beschriebenen Symptome Unruhe, Nervosität oder dysphorischer Affekt aufgrund transienter hypoglykämischer Zustände, eines relativen Energiedefizits oder operant konditionierter Reaktionen auf spezifische Stimuli entstehen. Beim

Merkmal Toleranz stellt sich die Frage, ob es sich um primär hedonistische Adaptationsvorgänge des Belohnungszentrums oder um eine »nicht hedonistische«, primär energiehomöostatische Adaptationsleistung des Organismus handelt.

Eine reine Übertragung der Kriterien einer Substanzgebrauchsstörung auf Esssucht reicht daher nicht aus. Es werden spezifische psychiatrische Kriterien benötigt, die sich vom bisherigen substanzbezogenen Konzept lösen und eine Esssucht von einer Essstörung unterscheiden. Fünf der neun Kriterien für pathologisches Spielen könnten auch für die Esssucht verwendet werden: »Lügen«, »Spielen [Essen], um Problemen zu entkommen«, »Starke Eingenommenheit«, »Erfolgreiche Versuche, das Spielen [Essen] zu kontrollieren« und »Gefährdung bzw. Verlust von Beziehung, Arbeitsplatz, Ausbildungs- und Aufstiegschancen«. Für die Beschreibung von Toleranz und Entzug benötigt es eindeutig als Symptom einer Suchtstörung feststellbare Kriterien.

Neurobiologie und Gemeinsamkeiten von Adipositas und Abhängigkeitserkrankungen

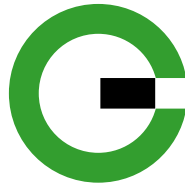
Die Entscheidung, wann, was und wie viel wir essen, wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst, und die tägliche Energieaufnahme variiert bei den meisten Menschen von Tag zu Tag. Trotzdem bleiben aber normalerweise das Körpergewicht und der Körperfettgehalt meist über eine lange Zeit mehr oder weniger stabil. Grund dafür ist das System der Energiehomöostase, das aus neuronalen Regelkreisläufen besteht, die die Nahrungsaufnahme in Abhängigkeit von neuronalen und humoralen

Mediatoren regulieren. Dabei scheint das Gehirn relativ zu anderen Organen einen sehr hohen Eigenbedarf bezüglich der Energieversorgung zu haben (Selfish-Brain-Theorie). Durch diese neue Erkenntnis und Theorie rückten zunehmend neurowissenschaftliche Aspekte der Adipositas in den Blickpunkt der Forschung. Unter anderem finden sich viele neuronale Gemeinsamkeiten zwischen Adipositas und Suchterkrankungen, welche hier näher ausgeführt werden sollen.

Präklinische und Bildgebungsstudien zeigen zum Beispiel, dass Hunger von Gehirnregionen initiiert wird, welche auch bei Suchtverlangen, Belohnungsaspekten und Rückfallverhalten bei Abhängigkeitserkrankungen aktiviert werden. Weiters konnte mittels bildgebenden Verfahren und Neuroendokrinologie demonstriert werden, dass nahrungsassoziierte Reize bei adipösen Menschen ähnliche neuronale Areale aktivieren, wie dies bei Suchtmittelreizen bei Abhängigkeitserkrankten der Fall ist. Die Entstehung von Suchterkrankungen beruht auf Prozessen, die Ähnlichkeiten mit physiologischen Lernvorgängen haben. Für ihre Pathogenese ist unter anderem das belohnungsassoziierte Lernen entscheidend. Dass Nahrungsmittel wie Suchtstoffe das mesolimbische Belohnungssystem aktivieren und eine Erhöhung der Dopaminkonzentration im Nucleus accumbens bewirken, wurde bereits vor Jahren nachgewiesen. Die zentrale Steuerung des die Appetit- und Energiehomöostase regulierenden Systems erfolgt im lateralen Hypothalamus und im mesolimbischen Belohnungssystem. Appetitregulierende Peptide, wie

→ Seite 25

35 Jahre



grüner kreis

Jubiläumskongress »Sucht & Bindung«

Der Verein Grüner Kreis feiert heuer sein 35-jähriges Bestehen. Anlässlich dieses Jubiläums veranstalten wir vom 16. bis 18. Mai in Kooperation mit der Medizinischen Universität Graz einen internationalen Kongress zum Thema »Sucht & Bindung«.

Basierend auf einer bio-psycho-sozialen Sichtweise des Menschen wird die Bedeutung von Beziehung und Bindung in der Suchtbehandlung thematisiert. Dabei soll folgenden Fragestellungen nachgegangen werden:

- Welche Rolle kann die Bindung bei der Entstehung einer Suchterkrankung spielen – darf Sucht als Form der Bindungsstörung gelten?
- Welche neurobiologischen Grundlagen des Bindungsverhaltens gibt es und finden sich hier Besonderheiten für den Suchtbereich?
- Welche Bedeutung kommt neuen Beziehungserfahrungen in der Suchttherapie zu – welche Rolle kann die Therapeutische Gemeinschaft spielen?

Vortragende: Anna Buchheim; Uni Innsbruck, Österreich
Renate Clemens-Marinschek; KH de La Tour, Treffen, Österreich
George De Leon; New York, USA
Hans-Peter Kapfhammer; Med Uni Graz, Österreich
Siegfried Kasper; Med Uni Wien, Österreich
Otto Kernberg; New York, USA
Heiner Keupp; LMU München, Deutschland
Andrew Lewis; Uni Murdoch, Australien
Michael Musalek; Anton Proksch Institut, Wien, Österreich
Georg Psota; PSD Wien, Österreich
Wolf-Detlef Rost; Gießen, Deutschland
Andreas Schindler; UKE Hamburg, Deutschland
Human-Friedrich Unterrainer; CIAR, Wien, Österreich

Veranstaltungsort: 1130 Wien, Schloss Schönbrunn [Apothekertrakt]

Anmeldungen & Infos: www.suchtkongress.com

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme!



SUCHT
& 35 Jahre
Verein Grüner Kreis
BINDUNG

16. bis 18. Mai 2018
Schloss Schönbrunn [Apothekertrakt]

Der Umgang mit komorbiden Störungen in der *therapeutischen Gemeinschaft*



von Leonidas Lemonis

Würde man den Begriff Störung durch Erkrankung ersetzen, wäre vermutlich die automatisch entstehende negative Assoziation, vor allem bezüglich der potenziellen Folgen der zugrunde liegenden Problematik, geringer ausgeprägt.

Ist (soll) der Umgang mit einer psychiatrischen Störung in der *therapeutischen Gemeinschaft* ein anderer (sein) als in einer Krankenanstalt?

(Fehl-)Annahmen beziehungsweise Fragen dieser Natur kommen beinahe bei jedem Fachaustausch vor, wenn für die Besucher unserer Einrichtungen die Begegnung mit der alltäglichen Realität einer *therapeutischen Gemeinschaft* ganz andere Erkenntnisse mit sich bringt als subjektiv gefärbte Erzählungen und dadurch entstandene Mythen.

Tatsache ist, dass mittlerweile die stationär behandelte Klientel einer suchtspezifischen Therapieeinrichtung beinahe identisch mit dem einer offenen Station einer psychiatrischen Abteilung ist. Grund dafür ist der Trend der letzten Jahre, die meisten Betroffenen, auch ihren Wunsch respektierend, primär ambulant und erst, wenn absolut nötig – dann möglichst kurz-,

stationär zu behandeln. Eine gut überlegte und im optimalen Fall psychosozial begleitete Substitutionstherapie ist heute im suchtmmedizinischen Bereich allgemein akzeptiert, verlängert jedoch oft durch die auch biochemisch entstehende Stabilität die Zeit, bis eine psychiatrische Begleiterkrankung diagnostiziert wird.

Psychodiagnostik findet meistens im stationären Setting statt; erst dadurch, in Kombination mit den Beobachtungen im klinischen Alltag, ist es oft möglich, die psychiatrische Problematik zu erkennen und die Betroffenen zu informieren und in weiterer Folge damit zu konfrontieren.

Suchtkranke, die bereit sind, eine stationäre Behandlung in Anspruch zu nehmen, kommen – im Regelfall – mit der Aufklärung über ihre psychiatrische (Begleit-) Erkrankung gut zurecht und sind bereit, Medikamente einzunehmen und diese neben der psycho-, arbeits- und soziotherapeutischen Behandlung als weitere Stütze zu betrachten.

Psychoedukation ist gut im therapeutischen Alltag integriert; dabei werden Betroffene – in der Gruppe – über psychiatrische Erkrankungen in einer für sie verständlichen Art vom Fachpersonal informiert. Wissen, auch darüber, dass oft eine zugrunde liegende psychische Störung für

das Entstehen der Suchterkrankung eine wesentliche Rolle spielt, trägt zur besseren Integration der Komorbiden bei.

Seitdem ein Paradigmenwechsel in der Behandlung von Suchtkranken stattgefunden hat und der Einsatz von Substitutionsmitteln, auch im stationären Bereich, Usus ist, wird die Notwendigkeit der Einnahme von Psychopharmaka von allen im therapeutischen Alltag tätigen Berufsgruppen eingesehen – eine Tatsache, die zur leichteren Akzeptanz auch seitens der Betroffenen beiträgt. Dass trotz Substitution und Gabe von Neuroleptika, oder gerade deswegen, Psychotherapie möglich ist, sorgt mittlerweile nur äußerst selten für Irritationen. Hilfreich dabei ist, dass durch den strukturierten Alltag unserer *therapeutischen Gemeinschaften* und das vielfältige Angebot die Dosis der Psychopharmaka gering gehalten werden kann und somit Beschwerden über Nebenwirkungen selten ein Thema sind.

Ohne weiterführende ambulante Therapie wäre der im stationären Bereich begonnene Einsatz von Psychopharmaka halb so sinnvoll, da die Einnahme von längerer Dauer sein sollte; die Möglichkeit, dass in unseren ambulanten Einrichtungen die Betroffenen regelmäßig auch psychiatrisch begleitet werden, stellt eine gute Basis für die Stabilität dar und führt meistens zu selteneren bzw. weniger intensiven Rückfällen.

Doppeldiagnose, Mehrfachdiagnose, Komorbidität... alles Begriffe, die früher mit einer schlechteren Prognose assoziiert waren. Trotz immer kürzer werdender stationärer Behandlungsangebote ist es uns gut gelungen, Suchtkranke, die abgesehen von den fast obligaten somatischen Problemen auch psychiatrisch erkrankt sind, so lange zu begleiten, bis sie, dank gewonnener Stabilität und Klarheit, zu einem autonomen Leben wieder fähig sind; mit dem Wissen aber, dass sie auch als Repetenten, vorurteilsfrei, immer wieder ein Part unserer *therapeutischen Gemeinschaften* sein dürfen.

Über den Autor

Dr. Leonidas Lemonis

Arzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Psychiatrie
Ärztlicher Leiter im Verein *Grüner Kreis*

zum Beispiel Leptin, Ghrelin und Orexin, verbinden das hypothalamische mit dem mesolimbischen System. Einige Studien demonstrieren, dass diese Hormone über Rezeptoren am ventralen Tegmentum des Mittelhirns die Aktivität dopaminerger Neurone beeinflussen, die in den Nucleus accumbens (Teil des ventralen Striatums) und in den präfrontalen Kortex projizieren. Diese neuronalen Bahnen sind Bestandteile des mesolimbischen Belohnungssystems.

Verschiedene Studien zu diesen Hormonen erhärten die Hypothese, dass ein enger Zusammenhang zwischen motivationalen und homöostatischen Systemen besteht.

Bei Patienten mit Abhängigkeitserkrankung konnte mittels bildgebender Methoden mehrfach eine verminderte Dopamin-D2-Rezeptor-Dichte in Regionen nahe des Nucleus accumbens nachgewiesen werden. Ähnlich wurde dies auch bei adipösen Menschen gefunden: In einer Raclopride-PET-Studie (Raclopride ist ein Dopamin-D2-Rezeptor-Antagonist) wiesen adipöse Probanden eine niedrigere Dopamin-D2-Verfügbarkeit auf als normalgewichtige Probanden. Die striatale Dopamin-D2-Rezeptor-Verfügbarkeit korrelierte dabei negativ mit dem Body-Mass-Index. Diese verringerte Verfügbarkeit bei adipösen Patienten ist möglicherweise mit einer verminderten Aktivität in präfrontalen Regionen, im medialen orbitofrontalen Kortex und im anterioren Gyrus cinguli assoziiert. Dies sind Regionen, die bei Heißhunger und der Regulierung von Nahrungsaufnahme beteiligt sind. Ähnliche Befunde (verminderte D2-Rezeptor-Verfügbarkeit und geringere präfrontale Aktivität) konnten bei Patienten mit Kokain- und Metamphetaminabhängigkeit gezeigt werden.

Studien mittels funktioneller Magnetresonanztomografie (fMRT) liefern Anhaltspunkte, dass auch die Aktivierungsmuster im mesolimbischen System nach Präsentation von Nahrungsmittelreizen Ähnlichkeiten mit denen von Suchtmittelreizen haben. In einer weiteren fMRT-Studie konnte demonstriert werden, dass auch bei adipösen Probanden durch visuelle Präsentation hochkalorischer Nahrungsreize eine striatale Aktivierung ausgelöst wird. Tang und Kollegen haben festgestellt, dass Essens- und Drogenstimuli ähnliche Gehirnregionen aktivieren, und sie haben beträchtliche Überschneidungen in der Reaktion auf Essens- und Raucherreize gefunden. Neuronale Aktivität auf solche Stimuli zeigte sich unter anderem in Gehirnregionen des mesolimbischen

Belohnungssystems: im Striatum, in der Amygdala, im Orbitofrontalcortex und in der anterioren Insula.

Neuere Erkenntnisse deuten darauf hin, dass die Anfälligkeit für Adipositas zu einem großen Teil auch genetisch mitbedingt ist. In Tiermodellen sowie beim Menschen wurden verschiedene genetische Polymorphismen gefunden, die mit einem Phänotyp der Adipositas assoziiert sind. Verhaltensphänotypen sind jedoch oft das Resultat von komplexen Interaktionen zwischen Umweltfaktoren und multiplen Genen, weshalb noch weiterer Forschungsbedarf besteht.

Weitere Parallelen zwischen Abhängigkeitserkrankungen und Adipositas zeigen sich im Verlauf der Erkrankungen: Beide gelten als chronische Erkrankungen, die Phasen des exzessiven Konsums und Episoden der Restriktion oder Abstinenz, oft gefolgt von Rückfällen, beinhalten. Nach Diäten mit Gewichtsverlusten kommt es oft zu einem Rückfall in alte Verhaltensmuster und wieder zu Gewichtszunahme. Zu weiteren Gemeinsamkeiten gehören ein oft gezeigtes impulsives Konsumverhalten mit Kontrollverlust und das Fortsetzen des Konsums trotz negativer körperlicher und psychischer Konsequenzen. Die Funktion von Nahrungsmitteln als Verhaltensverstärker durch ihren belohnenden Effekt konnte zwar gezeigt werden, aber hier gibt es einen wesentlichen Unterschied zwischen den beiden Störungen: Bei der Nahrungsaufnahme gibt es einen limitierenden Faktor in Form von Sättigung, und das Ausmaß des Belohnungseffekts ist vom Hungerzustand abhängig, während Suchtmittel von der Energiehomöostase abgekoppelt sind und der Konsum durch andere Faktoren begrenzt wird.

Die Erkenntnisse über neurobiologische Gemeinsamkeiten zwischen Adipositas und Abhängigkeitserkrankungen lassen vermuten, dass bei der Therapie von Adipositas auch Behandlungsmodelle von Suchterkrankungen Erfolg versprechend sein könnten. Somit könnten zukünftig auch die Psychiatrie und Neurologie eine wichtige Rolle in der interdisziplinären Therapie von Adipositas spielen. Es macht durchaus Sinn, dass man versucht, das therapeutische Know-how der Suchtmedizin auch in der Behandlung der Adipositas einzusetzen und sowohl Verfahren auf psychotherapeutischer als auch pharmakologischer Basis anzuwenden. Es geht dabei nicht darum, neue Erkrankungen zu generieren, sondern diese suchtmmedizinischen Techniken wie zum Beispiel motivationale Therapieansätze bei geeigneten Patientengruppen zu

untersuchen und ggf. zu etablieren.

Behandlungsangebote für Patienten mit Verhaltenssüchten

Der steigenden Zahl an Hilfesuchenden und Betroffenen steht eine vergleichsweise geringe Anzahl fundierter therapeutischer Angebote gegenüber. Aus diesem Grund hat die Privatklinik Meiringen aktuell ein ambulantes Zentrum für Verhaltenssüchte mit dem Ziel einer zunächst fundierten psychiatrischen und neuropsychologischen Diagnostik eröffnet. Durch Früherkennung von Problemen in diesem Bereich können wir durch Frühintervention rechtzeitig der Entwicklung pathologischen Verhaltens entgegenwirken.

Dazu wird nach der Diagnostik durch Fachärzte mit langjähriger Erfahrung im Bereich der stoffgebundenen und nicht stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen ein individueller Behandlungsplan erstellt. Neben psychotherapeutischen Maßnahmen werden individuell geeignete Therapien geplant, zum Beispiel sozialarbeiterische Interventionen, Psychopharmakotherapie, Beratung von Angehörigen und präventive Maßnahmen. In schweren Fällen besteht außerdem die Möglichkeit einer stationären Behandlung auf einer entsprechenden Spezialisierung.

Forschung und Prävention

Die Arbeitsgruppe Verhaltenssüchte der Privatklinik Meiringen beschäftigt sich außerdem mit den Zielen der Untersuchung zentraler Mechanismen für die Aufrechterhaltung von problematischen und pathologischen Verhaltensweisen. Ziel dabei ist es, Schutz und Risikofaktoren zu identifizieren, die für die Entwicklung pathologischer Verhaltensweisen eine Rolle spielen. Ein weiteres wichtiges Ziel ist die frühzeitige Erkennung (oftmals durch Angehörige) und frühzeitige Intervention zur Verhinderung einer Erkrankungsprogression. Zuletzt geht es uns auch um den Abbau von Stigmatisierung im Bereich der Verhaltenssüchte, da diese Erkrankungen oftmals lange unbekannt und versteckt bleiben sowie oft eine große Scham bei Betroffenen und Angehörigen besteht.

Über den Autor

PD Dr. Jochen Mutschler

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Chefarzt und stellvertretender ärztlicher Direktor
in der Privatklinik Meiringen.
jochen.mutschler@privatklinik-meiringen.ch

WPA XVII WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY BERLIN 2017



von Human-Friedrich Unterrainer

Vom 8. bis zum 12. Oktober fand
zum insgesamt 17. Mal in der
Messehalle Berlin der Weltkongress
für Psychiatrie statt.

Das wissenschaftliche Programm umfasste dabei das komplette Spektrum der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung. Insgesamt kamen der Kongresseinladung 12.000 TeilnehmerInnen nach, und dementsprechend präsentierte sich das Kongressprogramm auch extrem umfangreich – zudem lassen einem zahlreiche Parallelveranstaltungen ständig die Qual der Wahl. Ich erspare mir hier deshalb auch den Versuch, dieses Programm in irgendeiner Weise gut bekömmlich zusammenzufassen und verweise an diesem Punkt einfach einmal auf die Kongress-Website: <http://www.wpaberlin2017.com/programme/topics.html>.

Ich durfte dieses Mal einer persönlichen Einladung, nämlich der der Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker (AA) Deutschlands und deren 1. Vorsitzenden, Jürgen Hoß, Folge leisten. Die Gemeinschaft der AA wiederum war einer persönlichen Einladung der Kongressorganisation nachgekommen, sich am WPA vorzustellen, um ihr Behandlungsprogramm einem breiteren interessierten Fachpublikum mithilfe eines Infostands bzw. eines Symposiums näherzubringen. Die Gemeinschaft der AA stellt seit den 30er-Jahren des vorigen Jahrhunderts ein weltweites Netzwerk zur ambulanten Behandlung von Suchterkrankungen dar. Basierend auf dem Konzept der 12 Schritte wird durch die sehr engagierte Arbeit in Selbsthilfegruppen vielen Betroffenen ein wichtiger Halt geboten (zur weiterführenden Lektüre: <https://www.anonyme-alkoholiker.at/>).

Zentral in den Konzepten der AA findet sich nun auch die Spiritualität oder der Glaube an eine höhere Macht verankert. Diese höhere Macht kann eine wichtige Ressource darstellen, um sich aus der Suchterkrankung heraus zu entwickeln bzw. im Fall des Alkoholismus trocken-zubleiben (vgl. dazu Murken, 2008). Spiritualität bzw. die spirituellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten gehörten

nun auch für viele Jahre zu den Forschungsanliegen im Verein Grüner Kreis, wobei es mittels mehrerer Untersuchungen gelang, die spirituellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten in den *therapeutischen Gemeinschaften* herauszuarbeiten (Unterrainer 2016 bzw. Unterrainer et al., 2012, 2013, 2017).

Somit war es mir auch eine Freude, als Teilnehmer am Symposium der AA über unsere eigenen Forschungsergebnisse und Konzepte hinsichtlich der Möglichkeiten und Grenzen der Integration einer spirituellen Komponente in die Suchtbehandlung zu berichten. Dieses Symposium, welches vom 1. Vorsitzenden der AA Deutschlands, Jürgen Hoß, geleitet wurde, sah außer mir noch zwei weitere Vortragende vor: Frithjof Sahnwaldt, Psychiater (bereits im Ruhestand) und ehemals 1. Vorsitzender der AA Deutschlands, berichtete über die Gemeinschaft der AA, teils aus Perspektive eines AA-Mitglieds und behandelnden Psychiaters, aber auch aus der Perspektive eines evangelischen Christen. Ein weiterer Vortrag wurde von Herrn Andrew (anonym) gehalten, einem seit 30 Jahren trockenem Alkoholiker und noch immer aktiven AA-Mitglied, welcher eine Innenansicht der AA-Gemeinschaft aus der Perspektive eines Betroffenen lieferte. Ich berichtete in meinem Vortrag vorrangig über empirische Forschungsergebnisse zur therapeutischen Relevanz der Spiritualität im Umgang mit Suchterkrankungen. Insgesamt darf hier gelten: »Spiritus contra Spiritum« (entsprechend dem Titel unseres Symposiums), die von dem Schweizer Psychiater und Psychoanalytiker C. G. Jung und Bill Wilson, einem Mitbegründer der AA, gemeinsam entwickelte Formel zu Bekämpfung des »Saufteufels« (frei nach Martin Luther): Der Heilige Geist verträgt sich mit dem Weingeist ganz und gar nicht, vielmehr scheint der eine den anderen quasi auszutreiben (Originalzitat: »... one drives out the other«; vgl. Jung, 1961/2012).

Insgesamt erwies sich diese Veranstaltung als ein wirklich toller Erfolg für die Gemeinschaft der AA Deutschlands, deren erster Auftritt auf internationalem Parkett sehr geglückt vonstatten ging – mich hat es auf alle Fälle gefreut, dass ich dabei sein durfte, und ich bin zur weiteren Zusammenarbeit sehr gerne bereit. Auch hat es mich gefreut, dass dem Thema Spiritualität in der Suchtbehandlung wieder einmal ein Forum auf einer internationalen psychiatrischen Veranstaltung gegeben wurde. Der Verein Grüner Kreis hatte das ja vor ein paar Jahren (nämlich 2013) mit einem dreitägigen Kongress anlässlich des 30-jährigen Vereinsjubiläums zur Thematik »Sucht & Spiritualität« getan (die Vorträge sind nach wie vor unter <http://a-research.info/kongress-2013-vortraege> abrufbar).

Literatur

Jung, C. G. (2012). Dr Carl Jung's letter to Bill Wilson, Jan 30, 1961.

Murken, S. (2008). Das Konzept der Zwölf Schritte und der »Höheren Macht«. Prävention: Zeitschrift für Gesundheitsförderung, 31(2), 57-60.

Unterrainer, H. F. (2016). Sucht als Bindungsstörung: Eine bio-psycho-sozio-spirituelle Perspektive. [Addiction as Attachment Disorder. A bio-psycho-socio-spiritual perspective]. *Spiritual Care*, 6(1), 99-102.

Unterrainer, H. F., Hiebler-Ragger, M., Koschnig, K., Fuchshuber, J., Tscheschner, S., Url, M., Wagner-Skacel, J., Reininghaus, E. Z., Papousek, I., Weiss, E. M. & Fink, A. (2017). Addiction as an attachment disorder: White matter impairment is linked to increased negative affective states in poly drug use. *Frontiers in Human Neuroscience*, 11, 208.

Unterrainer, H. F., Huber, H. P., Stelzer, K. & Fink, A. (2012). «Spiritus contra Spiritum?». *Spiritual Well-Being and Depression among Male Alcohol Dependents in Treatment*. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 30, 47-56.

Unterrainer, H. F., Lewis, A. J., Collicutt, J. & Fink, A. (2013). Religious/Spiritual Well-Being, Coping Styles, and Personality Dimensions in People With Substance Use Disorders. *International Journal for the Psychology of Religion*, 23(3), 204-213.

Über den Autor

PD DDr. Human-Friedrich Unterrainer

Privatdozent an der Karl-Franzens-Universität bzw. Medizinischen Universität Graz;

Lektor an der Universität Wien;

Leitung des Center for Integrative Addiction Research (CIAR) im Verein Grüner Kreis



World Psychiatric
Association



von links: Human-Friedrich Unterrainer, Jürgen Hoß und Frithjof Sahnwaldt beim WPA 2017 in Berlin

Achtung Kunst! ... was sonst?



von Kurt Neuhold

Welche künstlerische Form, welchen Ausdruck finden die KlientInnen für die Darstellung ihrer Vorstellungen? Welche Geschichten erzählen sie bzw. wovon berichten ihre Bilder, Skulpturen, Fotografien, Zeichentrickfilme oder Performances? Was ist daran künstlerisch?

Nicht nur nach Ablehnung eines Subventionsansuchens ist es notwendig, über *Kunst im Grünen Kreis* nachzudenken und eine Verortung dieses Projekts auf den weiten, theoriegetränkten Feldern der Kunstdiskurse zu versuchen. Denn welches Selbstverständnis und welches künstlerische Anliegen hat eine Projektreihe, die Kunst als zentralen Begriff sogar im Namen führt? Kann man überhaupt als Kunst bezeichnen, was bei den Workshops entsteht, die von professionellen KünstlerInnen angeleitet werden?

Oft entspricht das Geschaffene auch in der Wahrnehmung der Ausführenden nicht jenem glatten Perfektionismus, den ein medial geprägtes Kunstverständnis zu verlangen scheint. Wie auch? Bei einer durchschnittlichen Workshopdauer von drei Tagen und ProjektteilnehmerInnen mit wenig oder keinem Vorwissen kann nicht die gediegene Form oder kunsthandwerkliche Finesse im Mittelpunkt stehen. Dennoch sind technisch-handwerkliche und formal-künstlerische Beurteilungskriterien stets präsent, denn der Wunsch, etwas Schönes, Originelles herzustellen, ist groß. Nicht nur, weil damit Anerkennung und Wertschätzung für die KlientInnen verbunden sind, sondern weil sich dadurch Aufwand, Kosten und Mühen für die Realisierung einer außergewöhnlichen Projektreihe besser rechtfertigen lassen.

Kunst im Grünen Kreis wird im dynamischen, vielschichtigen Umfeld einer *therapeutischen Gemeinschaft* realisiert – in Absprache mit den Hausleitungen und den KlientInnen, die stets mehr und regelmäßiger stattfindende Kunstworkshops fordern. Alle Beteiligten beschreiben den Beginn der Workshops als schwierig («ich kann mir nichts vorstellen», «ich kann nicht zeichnen», «ich spiele kein Instrument« ...). In dieser Phase sind die pädagogischen Fähigkeiten der WorkshopleiterInnen gefragt. Doch schon nach kurzer Zeit

werden die TeilnehmerInnen kreativ, sie schöpfen aus den reichen Erfahrungen ihres oft tragischen Lebens. Im Freiraum der Kunstprojekte sprudeln die Einfälle und Ideen. Zwar dominiert das Thema »Sucht«, oft werden originelle Lösungen gefunden, um davon zu erzählen. Wünschenswert wäre es, diese Einfälle genauer auszuarbeiten, zu strukturieren, zu straffen oder auszubauen. Dies ist im engen organisatorischen Rahmen der Projektreihe leider nicht möglich. Dennoch, auch während dieser Workshopstage wird künstlerisch gearbeitet: Es werden Ideen entwickelt, Geschichten erfunden, gestaltet und in Form gebracht. Spielerisch, spontan, in der Gruppe oder individuell wird um den passenden Ausdruck gerungen – in einem künstlerischen Schaffensprozess. Natürlich erfüllen nur die wenigsten Arbeiten die formal-ästhetischen Kriterien von perfekten Kunstwerken – doch dies ist nicht der Anspruch von *Kunst im Grünen Kreis*.

Eine objektbezogene Sichtweise, die die Arbeiten als kunsthandwerkliche Waren betrachtet, erfasst nur einen Teilaspekt von *Kunst im Grünen Kreis*. Denn das dem Projekt zugrunde liegende Kunstverständnis ist dynamisch und prozessual. Es beinhaltet die Gestaltung der bei der Planung und Realisierung ablaufenden sozialen und kommunikativen Prozesse ebenso wie die öffentliche Präsentation, Rezeption und Reflexion der Projekte und Werke.

Immanenter Bestandteil jeder Kunst ist ihre Veröffentlichung und ihre Wirkung auf den/die BetrachterIn. Kunst entsteht und entwickelt sich im Kraftfeld von KünstlerIn/ProduzentIn, Werk und RezipientIn. Mit einer Veröffentlichung und Präsentation, und sei es auch nur im Rahmen einer Hausgemeinschaft, unterscheidet sich *Kunst im Grünen Kreis* grundsätzlich von kunsttherapeutischen Methoden. Denn die in der Kunsttherapie geschaffenen Werke sind Bestandteil eines vertraulichen therapeutischen

Prozesses, der nicht für die Veröffentlichung bestimmt ist.

Kunst im Grünen Kreis hingegen sucht diese Öffentlichkeit, nicht nur vereinsintern, sondern auch bei Ausstellungen, Lesungen, Kongressen oder in Kulturinstitutionen (z. B. in der Alten Schmiede Kunstverein Wien – Literarisches Quartier, im Campus Radio St. Pölten ...) und vor allem bei den Präsentationen in der vereinseigenen POOL7-Galerie.

Die POOL7-Galerie

Kunst im Grünen Kreis und der Ausstellungsbetrieb von POOL7 liegen an der Schnittstelle von Kommunikation und Interaktion, Kunst und sozialem Engagement. Die Galerie versteht sich als Raum für Experimente und Begegnungen. Sie ist Präsentationsort für Künstlerinnen und Künstler, die ihre Kunst als sozial und gesellschaftlich konnotiert verstehen und die mit ihren Arbeiten die Anliegen der Galerie und des Vereins unterstützen.

Die POOL7-Galerie agiert im Spannungsfeld Beachtung – Ausgrenzung. Einerseits entdecken immer mehr KünstlerInnen die Galerie als interessanten Ausstellungsraum, andererseits werden die Ausstellungen und die am ganzheitlichen Ansatz (u. a. an Joseph Beuys) orientierte programmatische Ausrichtung von *Kunst*

im *Grünen Kreis* von der institutionalisierten Kunstöffentlichkeit als zu wenig künstlerisch kritisiert und als zu pädagogisch abgetan und ignoriert. Dieses Urteil verstellt den Blick auf die Qualität der ausgestellten Arbeiten und erschwert zusätzlich die Bemühungen, vor allem jene KünstlerInnen bei einem Wiedereinstieg in den Kunstmarkt zu fördern, die aus welchen Gründen auch immer einen Bruch in ihrer künstlerischen Entwicklung bewältigen müssen.

Die oft langjährige Zusammenarbeit und Begegnung mit diesen KünstlerInnen ist eine besondere Herausforderung und Bereicherung. Intensive Gespräche und gemeinsames Nachdenken über existenziell grundlegende Fragen zum Menschsein stellen auch das eigene Sein, das eigene Handeln infrage. Dabei wird immer wieder deutlich, dass das Ausmaß der inneren Konflikte und Kämpfe, die manche in ihrem Alltag zu bewältigen haben, für Außenstehende kaum nachvollziehbar ist.

Das Leben, die Existenz wird erlitten und ertragen. Im Gespräch ist zu spüren, mit welcher Wucht und Kraft ein inneres Zerstörungspotenzial wirkt und wie Leben und Tod miteinander ringen. Diesen Überlebenskampf zu unterstützen, ist die schwierige Aufgabe der medizinischen und therapeutischen Begleitung, die außerhalb der Galerie erfolgen muss.

Für manche ist die POOL7-Galerie ein Freiraum, ein Ort der Begegnung und ein Stützpunkt im schwierigen Kampf gegen soziale Vereinsamung, Ausgrenzung und Verzweiflung. Misstrauen und Aggression erschweren zusätzlich die Kommunikation – ein Teufelskreis, der nur schwer zu durchbrechen ist. Bei einigen wenigen, bei KünstlerInnen macht die Kunst jedoch das Überleben (manchmal) möglich.

»Ich wende alle Kraft auf, um meine Arbeit zu bewältigen, und sage mir, wenn ich gewinne, dann wird es der beste Blitzableiter für die Krankheit sein«, schreibt (noch optimistisch) Vincent van Gogh in einem Brief aus der Anstalt an seinen Bruder Theo.

Diesen Überlebenskampf mit und durch die Kunst zu unterstützen, ist nicht leicht. Umso mehr freut es mich, dass der Verein und ich manche KünstlerInnen in der POOL7-Galerie und mit *Kunst im Grünen Kreis* auf ihrem künstlerischen Weg begleiten und fördern können.

Über den Autor

Kurt Neuhold

Leiter *Kunst im Grünen Kreis*

Kunst Projekte Kooperationen

kurtneuhold@aon.at

www.gruenerkreis.at/kunst-im-gruenen-kreis-0

☎ +43 664 390 16 06



u. a. auf Lindenmeyer (2007) und Funke (2007) verwiesen.

Literatur

- Barth, V.** (2015). Wege in die Unabhängigkeit – Band 1: Das Rahmenkonzept der Fachklinik Schlehreut. Wegscheid: Fachklinik Schlehreut GmbH (4. Auflage).
- Barth, V.** (2016). Sucht und Komorbidität – Grundlagen für die stationäre Therapie. Landsberg a. L.: ecomed Medizin (2. Auflage).
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. & Liese, B. S.** (1997). Kognitive Therapie der Sucht. Weinheim: Beltz Verlag / PsychologieVerlagsUnion.
- Blow, F. C., Loveland Cook, C. A., Booth, B. M., Falcon, S. P. & Friedman, M. J.** (1992). Age-Related Psychiatric Comorbidities and Level of Functioning in Alcoholic Veterans Seeking Outpatient Treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 43 (10), 990–995.
- Brown, V. B., Ridgely, M. S., Pepper, B., Levine, I. S. & Ryglewicz, H.** (1989). The Dual Crisis: Mental Illness and Substance Abuse. *American Psychologist*, 44 (3), 565–569.
- Clerici, M. & Carta, I.** (1996). Personality Disorders among Psychoactive Substance Users: Diagnostic and Psychodynamic Issues. *Eur Addict Res*, 2, 147–155.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)** (2017). Jahrbuch Sucht 2017. Geesthacht: Neuland.
- Funke, W.** (2007). Einmal Forschung – Praxis und zurück. Notwendiges und Wünschenswertes aus Sicht der Suchtbehandlungspraxis. In: Fachverband

Sucht (Hrsg.), *Wirksame Therapie – Wissenschaftlich fundierte Suchtbehandlung* (S. 71–78). Geesthacht: Neuland.

- Grüsser, S. & Thalemann, C.** (2006). Verhaltenssucht: Diagnostik, Therapie, Forschung. Bern: Huber.
- Kemper, U.** (2008). Der Suchtbegriff – Versuch einer Annäherung. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 08* (S. 171–183). Geesthacht: Neuland.
- Kessler, R. C., Crum, R. M., Warner, L. A., Nelson, C. B., Schulenberg, J. & Anthony, J. C.** (1997). Lifetime Co-Occurrence of DSM-III-R Alcohol Abuse and Dependence with Other Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 54, 313–321.
- Korsukewitz, C.** (2006). Wissenschaftlich fundierte Suchtbehandlung – Aus Sicht der Rentenversicherung. *Sucht aktuell*, 13 (2), 7–11.
- Lindenmeyer, J.** (2007). Suchtbehandlung – Im Spannungsfeld von Wissenschaft und Praxis. In: Fachverband Sucht (Hrsg.), *Wirksame Therapie – Wissenschaftlich fundierte Suchtbehandlung* (S. 46–68). Geesthacht: Neuland.
- Lohr, K. N.** (1994). Guidelines for clinical practice: applications for primary care. *International Journal for Quality in Health Care*, 6, 17–25.
- Petzold, H. G.** (1995). Therapieforschung und die Praxis der Suchtkrankenarbeit. 2. Teil: Programmatische Überlegungen / Fazit zur Forschungslage. *drogen-report*, 16 (5), 28–31.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. & Goodwin, F. K.**

(1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511–2518.

- Rohde, P., Lewinsohn, P. M. & Seeley, J. R.** (1996). Psychiatric Comorbidity with Problematic Alcohol Use in High School Students. *Journal of American Academic Child and Adolescence Psychiatry*, 35 (1), 101–109.
- Schmidt, L. G.** (2003). Leitlinien in der Suchtrehabilitation – was bringen diese für die Praxis? In: Fachverband Sucht (Hrsg.), *Qualität ist, wenn ... – Qualitätsentwicklung in der Suchtbehandlung* (S. 27–38). Geesthacht: Neuland.
- Schneider, U., Altmann, A., Baumann, M., Bernzen, J. & Bertz, B.** (2001). Comorbid anxiety and affective disorders in alcohol-dependent patients seeking treatment: The first multicentre study in Germany. *Alcohol & Alcoholism*, 3, 219–233.
- Vertheim, U., Degkwitz, P., Kühne, A. & Krausz, M.** (1998). Komorbidität von Opiatabhängigkeit und psychischen Störungen – Ergebnisse einer Verlaufsuntersuchung. *Sucht*, 44 (4), 232–246.
- Watzl, H.** (2007). Wo bleibt die deutsche Psychotherapieforschung? *Sucht*, 53 (3), 135–136.

Über den Autor

Dr. Volker Barth
 Fachklinik Schlehreut
 D-94110 Wegscheid
 v.barth@fk-schlehereut.de

so sehr in der grundsätzlichen Möglichkeit hilfreicher Interventionen, sondern in den Gefühlen, die diese Kinder auslösen – auch bei mir in der psychotherapeutischen Praxis: Was sie brauchen, ist, dass wir trotz unserer Anpassungsforderungen mit ihnen identifiziert bleiben, auch dann, wenn sie uns Widerstand leisten. Aber sie bedrohen die Gruppendisziplin, sie machen uns wütend und immer wieder ohnmächtig. So werden sie uns zu Feinden, die wir am liebsten nicht hier hätten. Wir wünschen uns also genau das Gegenteil dessen, was sie brauchen: Kontinuität der Beziehung und Verständnis. Und in einer solchen wütenden und ohnmächtigen Stimmung sind wir dazu nicht in der Lage.

Dazu zum Schluss eine optimistische These:

Das ADHS-Konzept fördert diese ablehnenden Gefühle bei Eltern und Pädagogen, indem sie das Kind als krank und dadurch geradezu als Störer definieren. Nehme ich dasselbe Kind hingegen als Kind wahr, das seinen Platz nicht findet, sich im Augenblick womöglich in Panik befindet, also jedenfalls in Not, löst dies

bei mir wahrscheinlich ganz andere Gefühle aus: den Wunsch zu trösten, zu helfen.

Sollte das dennoch nicht gelingen, können wahrscheinlich ein paar Stunden Erziehungsberatung oder Supervision helfen. Denn die Kinder verdienen Besseres als die Ruhigstellung durch chemische Suchtmittel.

Literaturempfehlungen

- Bovensiepen, G., Hopf, H., Molitor, G.** (Hrsg.) (2004): *Unruhige und unaufmerksame Kinder – Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- Darin zur Neurobiologie und zum Wirkmechanismus von Ritalin der Aufsatz von G. Hüther, S. 70–91.
- Heinemann, E., Hopf, H.** (2006): *AD(H)S. Symptome, Psychodynamik, Fallbeispiele, Psychoanalytische Theorie und Therapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- CD-ROM / Arbeitsgemeinschaft Psychoanalytische Pädagogik (APP)** (Hrsg.): *ADS/ADHS: Ein Mythos? Eine Herausforderung? Audiomitschnitt der Vorträge und schriftliche*

Zusammenfassung von Workshops. Fachtagung am 29.4.2006. CD-ROM (erhältlich über das APP-Sekretariat: 01/4030160 oder per email: app-wien.sekretariat@gmx.at).

Hilfe und Unterstützung

Arbeitsgemeinschaft Psychoanalytische Pädagogik (APP)
 Beratung, Supervision, Fortbildung
 E-Mail: info@app-wien.at
 Tel: +43 (0)1/4030160
 Homepage: www.app-wien.at

Über den Autor

Univ. Doz. Dr. Helmuth Figdor
 Psychoanalytiker, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut, Erziehungsberater in eigener Praxis, Dozent am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien und am Institut für Musikpädagogik an der Universität für Musik und darstellende Kunst Wien;
 Ehrenpräsident der Arbeitsgemeinschaft Psychoanalytische Pädagogik (APP)

einsteigen. Das ist insbesondere deshalb kritisch zu sehen, da gerade die Nichtbehandlung der PTBS nachweislich das Risiko für einen Rückfall erhöht (Potthast & Catani, 2012). In der Folge werden die Betroffenen häufig zu »Drehtürpatienten«, die wiederholt und in vielen Fällen erfolglos verschiedene Versorgungsangebote mit einem jeweils unterschiedlichen Behandlungsfokus in Anspruch nehmen. Die bisherige Evidenz aus kontrollierten Studien (Roberts et al., 2016) ist zwar noch recht begrenzt, lässt aber den Schluss zu, dass vor allem Interventionen, die neben suchtbezogenen Aspekten auch eine traumafokussierte Komponente i. S. einer Trauma-Exposition enthalten, zu einer nachhaltigen Reduktion der PTBS, aber auch der substanzbezogenen Probleme führen. Vielversprechend scheint auch die kombinierte Behandlung mit Naltrexon und einer Trauma-Exposition zu sein (Foa et al., 2013). In Bezug auf etablierte integrative Behandlungsprogramme wie Seeking Safety (deutsche Version: Sicherheit finden von Najavits et al., 2008), das vorwiegend stabilisierende und ressourcenorientierte Anteile beinhaltet, wurde festgestellt, dass die Behandlung nur vorübergehend zu einer mäßigen Reduktion der Suchtsymptome führt, eine Besserung der PTBS-Symptome blieb sowohl kurz- als auch langfristig aus (Roberts et al., 2016). Als grundsätzlich problematisch erweisen sich bei der Therapie von PTBS und Sucht die hohen Drop-out-Raten, die über verschiedene Behandlungsansätze hinweg berichtet werden. Ein fundiertes Verständnis der behandelnden Fachkräfte für die komplexen Mechanismen hinter der Komorbidität aus Trauma und Sucht ist sicherlich hilfreich, um Patienten besser verstehen und therapeutische Angebote noch spezifischer zuschneiden zu können und somit langfristig einen Rückgang der Abbruchraten zu erreichen.

(z. B. Widerstehen-Lernen, Eigenverantwortung, Akzeptieren von Außenseitern) besonders bedeutsam sind, lassen sich kurz- und langfristig folgende Ziele erreichen: verbesserte Selbstwahrnehmung, erhöhte Selbstkontrollfähigkeit und Ausdauer, positives Selbstbild und selbstsicheres Verhalten, differenziertes Einfühlungsvermögen, angemessener Umgang mit Lob, Kritik und Misserfolg.

In der jüngsten Zeit wurde das beschriebene Vorgehen für dieselbe Altersgruppe als Präventionsprogramm zusätzlich verfügbar gemacht (Titel »JobFit-Training«, s. Petermann & Petermann, 2017a, 2017b). Dieses Training ist für die Jugendhilfe, Berufsschulen, Berufsbildungszentren usw.

Literatur

- Coffey, S. F., Stasiewicz, P. R., Hughes, P. M. & Brimo, M. L.** (2006). Trauma-focused imaginal exposure for individuals with comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: revealing mechanisms of alcohol craving in a cue reactivity paradigm. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 20(4), 425–435. <http://doi.org/10.1037/0893-164X.20.4.425>
- Driessen, M., Schulte, S., Luedecke, C., Schaefer, I., Sutmann, F., Ohlmeier, M., ..., the TRAUMAB-Study Group** (2008). Trauma and PTSD in Patients With Alcohol, Drug, or Dual Dependence: A Multi-Center Study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32(3), 481–488. <http://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00591.x>
- Foa, E., Yusko, D., McLean, C. & Al, E.** (2013). Concurrent naltrexone and prolonged exposure therapy for patients with comorbid alcohol dependence and ptsd: A randomized clinical trial. *JAMA*, 310(5), 488–495. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2013.8268>
- Ford, J. D., Russo, E. M. & Mallon, S. D.** (2007). Integrating Treatment of Posttraumatic Stress Disorder and Substance Use Disorder. *Journal of Counseling & Development*, 85(4), 475–490. <http://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2007.tb00616.x>
- Haller, M. & Chassin, L.** (2014). Risk pathways among traumatic stress, posttraumatic stress disorder symptoms, and alcohol and drug problems: a test of four hypotheses. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 28(3), 841–851. <http://doi.org/10.1037/a0035878>
- Khantzian, E. J.** (1985). The self medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142(11), 1259–1264. http://doi.org/10.1007/978-1-4613-1837-8_7
- Najavits, L., Schäfer, I., Stubenvoll, M. & Dilling, A.** (2008). Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch: Das Therapieprogramm »Sicherheit finden.« Göttingen: Hogrefe.

besonders geeignet und erprobt. An diesen über zehn Module konzipierten Maßnahmen können 20 bis 25 Jugendliche und junge Erwachsene teilnehmen. Für diese pädagogische und präventive Arbeit liegen umfassende Arbeitshilfen vor.

Quelle: Petermann, F. & Petermann, U. (2017a). Training mit Jugendlichen. Aufbau von Arbeits- und Sozialverhalten (10., vollst. überarb. Auflage). Göttingen: Hogrefe (incl. CD-ROM mit Arbeitsmaterialien).

Petermann, F. & Petermann, U. (2017b). Materialien für Jugendliche zum JobFit-Training. Göttingen: Hogrefe.

Potthast, N. & Catani, C. (2012). Trauma und Sucht: Implikationen für die Psychotherapie. *SUCHT*, 58(4), 227–235.

<http://doi.org/10.1024/0939-5911.a000191>

Potthast, N., Neuner, F. & Catani, C. (2014). The contribution of emotional maltreatment to alcohol dependence in a treatment-seeking sample. *Addictive Behaviors*, 39(5), 949–958.

<http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.01.015>

Potthast, N., Neuner, F. & Catani, C. (2015). When abuse primes addiction – automatic activation of alcohol concepts by child maltreatment related cues in emotionally abused alcoholics. *Addictive Behaviors*, 48, 62–70.

<http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.05.004>

Roberts, N. P., Roberts, P. A., Jones, N. & Bisson, J. I. (2015). Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 25–38.

<http://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.007>

Roberts, N. P., Roberts, P. A., Jones, N. & Bisson, J. I. (2016). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). <http://doi.org/10.1002/14651858.CD010204.pub>

Über die Autorin

PD Dr.ⁱⁿ Claudia Catani

Psychologische Psychotherapeutin, lehrt und forscht seit 2008 an der Universität Bielefeld. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der Epidemiologie psychischer Störungen infolge von organisierter Gewalt bei Erwachsenen und Kindern sowie deren Behandlung. Vor diesem Hintergrund hat sie Studien in Kriegs- und Nachkriegsregionen durchgeführt, die sich v. a. der Wechselwirkung zwischen Kriegstrauma, familiären Dynamiken und psychischer Gesundheit widmen. Weitere Projekte unter ihrer Leitung beschäftigen sich mit dem Zusammenhang zwischen kindlichen Missbrauchserfahrungen und Psychopathologie im Erwachsenenalter.

Über den Autor

Prof. Dr. Franz Petermann

ist seit mehr als 20 Jahren Direktor des Zentrums für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen; vor dieser Zeit arbeitete er an den Universitäten Heidelberg und Bonn. Von 1982 bis 1991 lag der Arbeitsschwerpunkt im Bereich chronischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter (vor allem durch die Tätigkeit an der Universitätskinderklinik Bonn). Aktuell lehrt er an der Universität Bremen in den Gebieten »Psychologische Diagnostik« und »Klinische Psychologie«.

Gastvortrag

Helmuth Figdor

ADHS - Eine fatale Verführung



Der Zusammenhang zwischen Suchterkrankungen und ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) wird aus pädagogisch-psychologischer bzw. psychoanalytischer Perspektive erläutert. Dabei gilt: Ähnlichen Symptomen können ganz unterschiedliche psychodynamische Konstrukte zugrunde liegen.

Univ.Doz. Dr. Helmuth Figdor ist Psychoanalytiker, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut, Erziehungsberater in eigener Praxis, Dozent am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien und am Institut für Musikpädagogik an der Universität für Musik und darstellende Kunst Wien.

WISSENSCHAFT IM POOL7
WIIP7

19. April 2018, 19.30 Uhr
POOL7 1010 Wien, Rudolfsplatz 9
Eintritt frei | Um Anmeldung wird gebeten ☎ **+43 1 523 86 54**
Diese Veranstaltung wird gemäß PsychologInnengesetz 2013 (BGBl I 182/2013) als Fortbildung angerechnet.

Beratungs- & Betreuungsteam Leiterin Beratungsteam

Veronika Kuran
Tel.: +43 (0)664 9100005
mail: veronika.kuran@gruenerkreis.at

Wien

Walter Clementi (W, WU, NÖ, B)
Tel.: +43 (0)664 3840827
mail: walter.clementi@gruenerkreis.at
Mag.^a (FH) Birgit Freischlager
Tel.: +43 (0)664 8111029
mail: birgit.freischlager@gruenerkreis.at
Franziska Greimeister BA
Tel.: +43 (0)664 8111004
mail: franziska.greimeister@gruenerkreis.at
Mag. (FH) Wolfgang Krikula
Tel.: +43 (0)664 1809709
mail: wolfgang.krikula@gruenerkreis.at
Mag.^a (FH) Veronika Reissert
Tel.: +43 664 8111010
mail: veronika.reissert@gruenerkreis.at

Niederösterreich, Burgenland

Harald Berger (NÖ)
Tel.: +43 (0)664 8111671
mail: harald.berger@gruenerkreis.at
Ronald Paur MSc (NÖ)
Tel.: +43 (0)664 2305312
mail: ronald.paur@gruenerkreis.at
Gabriele Wurstbauer (NÖ, B)
Tel.: +43 (0)664 8111676
gabriele.wurstbauer@gruenerkreis.at

Oberösterreich

Claudia Neuhold
Tel.: +43 (0)664 8111024
mail: claudia.neuhold@gruenerkreis.at

Beratung & Hilfe

Steiermark

Mag.^a (FH) Christina Winter da Silva, MA
Tel.: +43 (0)664 8111041
christina.winter@gruenerkreis.at
Jasmin Kupfer, BA MA
Tel.: +43 (0)664 8111023
jasmin.kupfer@gruenerkreis.at

Kärnten, Osttirol

Thomas Liegl, BA
Tel.: +43 (0)664 384 0280
thomas.liegl@gruenerkreis.at

Salzburg

Jürgen Pils, DSA
Tel.: +43 (0)664 8111665
mail: juergen.pils@gruenerkreis.at

Tirol, Vorarlberg

Susanne Fessler-Rojkowski, DSA
Tel.: +43 (0)664 8111675
susanne.fessler@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

Wiener Neustadt

2700 Wiener Neustadt, Grazer Straße 53/14
Tel.: +43 (0)664 8111676
Fax: +43 (0)2622 61721
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 Konrad-Platz 3
Tel.: +43 (0)463 590126
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