

SUCHT

Partydrogen

Wir danken unseren SpenderInnen

Dr. Michael Arie, Wien
Mag.^a Claudia Amsz, Siegersdorf
Dkfm. Günter Baumgartner, Wien
Beate Cerny, Wien
Leopold Döllner, Zwillingdorf
Jürgen Eschrich
René Ferrari, Leonding
Doris Grossi, Wien
Maria Louise Jeller
Elfriede Jilg, Bad Vöslau
Mag.^a Brigitta Kandl, Wien
Robert Kopera, Reisenberg
Ingeborg Kührtreiber, Amstetten
Mag.^a Kathleen Moser, Bad Aussee
Gesine Muschl, Maria Enzersdorf
Christiane Popp-Westphal, Neulengbach
Susanne Senzenberger
Theodor Tombalev
Dr. Alfons William, 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 suchtkrankheitsprobleme 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 suchtkrank Menschen

Herausgeber: Verein *Grüner Kreis*

Geschäftsführer: Dir. Alfred Rohrhofer

Redaktion: Dir. Alfred Rohrhofer, Peter Lamatsch [oewf]

Eigenverlag: *Grüner Kreis*, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkrank 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: Österreichisches Wirtschaftsforum

Anzeigen: Sirius Werbeagentur GmbH

Druck: Print Alliance HAV Produktions GmbH

Diese Ausgabe entstand unter Mitwirkung von:

Alfred Rohrhofer, Kurosch Yazdi, Dominique Schori, Alwin Bachmann, Lukas A. Basedow, Yulia Golub, Boris B. Quednow, Matthias Brockstedt, Human-Friedrich Unterrainer, Laura Kravanja, Lisa Brunner, Jasmin Tatzler und KlientInnen im Grünen Kreis

Bildquellennachweis:

Cover: iStock.com / Floriana

Seite 4: iStock.com / innovatedcaptures (links)

iStock.com / designer491 (rechts unten)

AutorInnenportraits: privat

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!

Der Genuss von Party-, genauer gesagt Freizeitdrogen, ist dem jeweiligen Zeitgeist unterworfen. Wurden ab den 1970er-Jahren in der Partyszene überwiegend Drogen konsumiert, die Empathie und das Gruppengefühl verstärken, so geht der Trend, entsprechend dem gesellschaftlichen Wertewandel, hin zu Substanzen, die das Individuum stimulieren. In einer Gesellschaft, die von Konkurrenzdenken und Selbstinszenierung geprägt ist, haben Drogen wie Kokain und Crystal Meth an Verbreitung zugenommen. Beides Substanzen, die der Selbstoptimierung dienen und den Menschen aus der Gruppe herausheben sollen. Dabei ist Crystal Meth keine Erfindung dieser Tage. Allerdings waren damals wie heute die Nebenwirkungen fatal. Crystal Meth, wie auch andere Freizeitdrogen, werden in diesem Heft ausführlich besprochen und mit wertvollen Informationen über den Stand der Forschung sowie den aktuellen Trends in der Szene unterlegt.

Bleibt die Frage offen, wie sich in Zeiten der Corona-Krise, in der sowohl private Partys als auch öffentliche Veranstaltungen verboten sind, das Konsumverhalten der Partydrogenkonsumenten verändern wird.

Diesmal möchte ich das Editorial dazu nützen, allen meinen MitarbeiterInnen für ihre hervorragende und aufopfernde Arbeit in der schwierigen Zeit der Corona-Pandemie zu danken. Ebenso möchte ich allen unseren PatientInnen Mut zusprechen, trotz aller Einschränkungen weiterhin durchzuhalten, um ihre Therapie erfolgreich fortführen zu können.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.

Alfred Rohrhofer

Helfen Sie uns helfen!

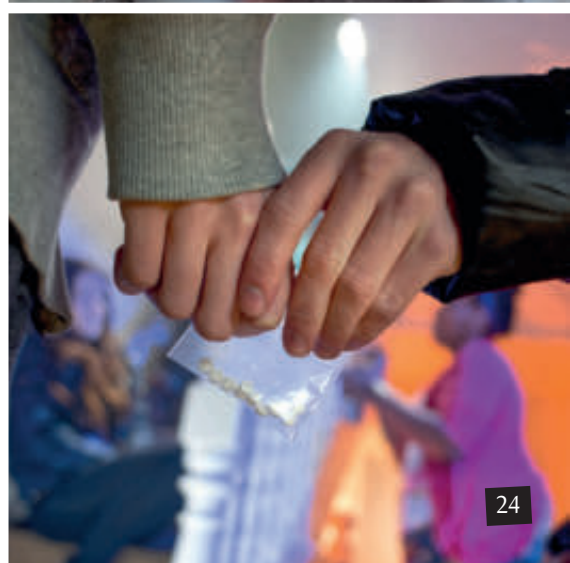
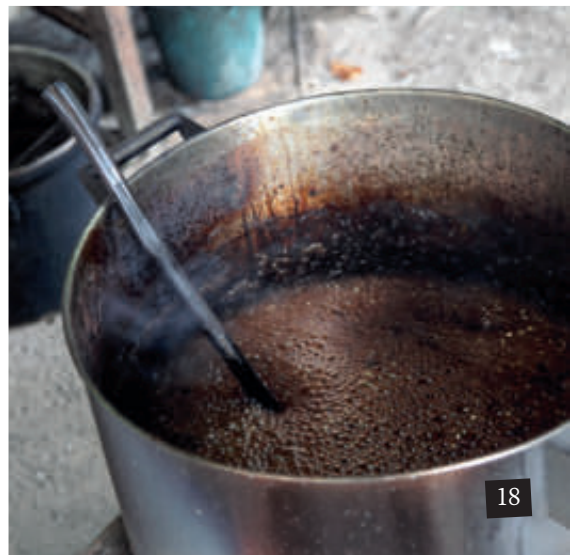
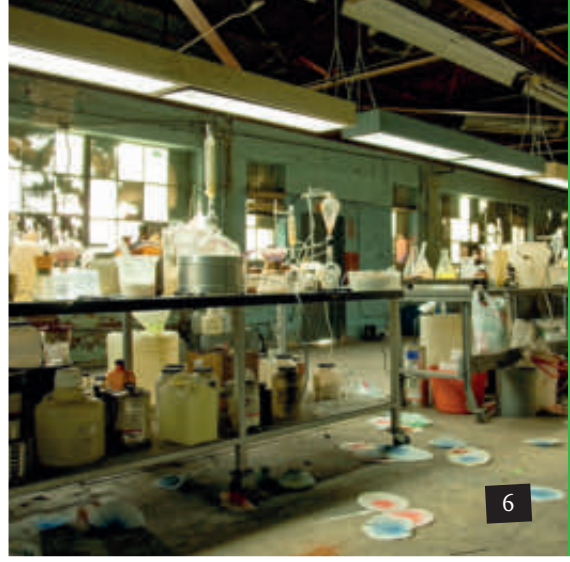
»Ich heiße Hannah und ich weiß wie es ist, mit Eltern aufzuwachsen, die zu Alkohol und Drogen greifen. Selten denken die Erwachsenen daran, wie sehr Kinder darunter leiden. Ein Glück, dass ich Hilfe vom Grünen Kreis« bekomme. Hier arbeiten Menschen, die sich auskennen und sich um mich kümmern.«

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 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** Crystal Meth – die Zeitgeistdroge, wieder mal
Kurosch Yazdi
- 8** Substanzkonsum in der Freizeit: Zahlen, Fakten und Good Practice
Dominique Schori und Alwin Bachmann
- 10** MDMA und Ecstasy: Geschichte und Gefahren des Freizeitkonsums
Lukas A. Basedow und Yulia Golub
- 12** Beeinträchtigungen der sozialen Kognition, Interaktion und Motivation bei Kokainkonsumenten
Boris B. Quednow
- 16** Unser Betreuungsangebot
- 18** Partydrogen und Zeitgeist
Matthias Brockstedt
- 20** »Entertain me! ...oder: Wenn die Suche zur Sucht wird...«
Human-Friedrich Unterrainer
- 22** Spurensuche
Betroffene berichten über ihr Leben mit der Sucht
- 24** Konsum von »Partydrogen« bei jungen Menschen
Laura Kravanja und Lisa Brunner
- 28** Über die Fähigkeit, sich zu binden: Oxytocin & Substitutionstherapie
Jasmin Tatzert

Crystal Meth – die Zeitgeistdroge, wieder mal



von Kurosch Yazdi

Methamphetamin, wie Crystal Meth korrekt heißt, war schon einmal sehr beliebt im deutschsprachigen Raum: Unter dem Handelsnamen »Pervitin« wurde die synthetische Droge im Dritten Reich von Chemiefabriken in großem Stil hergestellt und an Soldaten der Wehrmacht verteilt. Dort war sie unter Namen wie »Panzerschokolade« bekannt und beliebt.

Die Militärärzte der Wehrmacht empfahlen Pervitin zur »Stärkung« der Soldaten. Das funktionierte eine Zeit lang auch ganz gut, wie der sogenannte Blitzkrieg eindrücklich und beklemmend zeigte. Mit »Stärkung« war gemeint, dass Soldaten durch die Einnahme keine Müdigkeit spürten, trotz erdrückender Umstände sich subjektiv gut und motiviert fühlten und Sorgen und Ängste keine Rolle spielten. Die Nebenwirkungen wie erhöhte Aggressivität, geringeres Schlafbedürfnis und weniger Hungergefühl waren während der Eroberungsfeldzüge durchaus erwünscht. Und das Ganze trug natürlich bei zum inszenierten Mythos des deutschen Supersoldaten bzw. arischen Übermenschen, der trotz schwerem Rucksack bei jedem Wind und Wetter in wenigen Tagen z.B. durch Polen

marschieren konnte. Weniger war damals die Rede davon, dass viele Soldaten schwer süchtig wurden. Und als in den späteren Kriegsjahren die Templer-Werke in Berlin bombardiert wurden und dadurch der Nachschub an Pervitin fehlte, litten viele Soldaten an massiven Entzugssymptomen, was zu ihrer Verzweiflung beitrug. Davon zeugen viele Briefe, die Soldaten von der Front an die Familien schrieben, oder Militärärzte, die in ihren Berichten den Nachschub an Pervitin genauso dringlich einstuften wie den Nachschub an Nahrung. Nach dem Zweiten Weltkrieg war das Ganze kaum mehr Thema. Es gab kein Pervitin am Markt, die einst süchtigen Soldaten waren entweder tot, in Gefangenschaft oder hatten bereits einen kalten Entzug an der Front hinter sich. Übrigens gab es ähnliche Phänomene auch in anderen Armeen jener Zeit. Die Amerikaner versorgten ihre Soldaten und vor allem Piloten mit Amphetaminen wie z.B. Benzedrin.

Methamphetamin gehört zu den Amphetaminen, die früher Weckamine (also Amine, die aufwecken) genannt wurden. In diese Gruppe der sogenannten Stimulanzien fallen z.B. auch Kokain, Ecstasy (MDMA) und Ritalin (Methylphenidat). Trotz vieler Gemeinsamkeiten dieser Gruppe nimmt Methamphetamin unter diesen in vielerlei Hinsicht eine Sonderstellung ein. Denn Crystal ist sehr einfach herstellbar, auch ohne Expertenwissen in Chemie, ist dadurch kostengünstiger, in jeder Form einnehmbar (Aufnahme durch Schlucken, Rauchen, Schnupfen und durch Injektion), stärker in Wirkung und Nebenwirkungen, und es macht rascher süchtig. Alles in allem eine, sagen wir mal, herausfordernde Kombination. Neben den oben beschriebenen Wirkungen sind folgende Nebenwirkungen besonders ausgeprägt, vor allem bei regelmäßiger und hochdosierter Einnahme: Entzündungen des Zahnfleisches und folglich schwere Zahnschäden, Abszesse der Haut und manchmal innerer Organe, Verfall des Körpers durch Mangelernährung wegen Unterdrückung des Hungergefühls, Aggressivität, Psychose (z.B. Paranoia, Halluzinationen, Verwirrtheit) u. v. m. (DGPPN, 2016).

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde es in Westeuropa eine Weile still um Crystal Meth. Es gab kein Angebot, aber auch keine Nachfrage, weil andere Drogen beworben und legal wie auch illegal vermarktet wurden. Amphetamine wurden als Appetitzügler und Mittel gegen Depression verschrieben, Opiate als Schmerzmittel und zur Berausung, die sogenannten Benzodiazepine und andere Beruhigungsmittel gegen Schlafstörung und Ängste, Cannabis als Droge der Hippies und Intellektuellen und natürlich die ewig beliebten Substanzen Alkohol und Nikotin. Nur in der ehemaligen Tschechoslowakei war Methamphetamin auch während des Kommunismus bei jungen Menschen als Partydroge beliebt, weil es dort kaum andere Substanzen gab. Nach dem Fall des Eisernen Vorhangs begann dann der Siegeszug des Crystal um die ganze Welt.

Ganz so, als ob die Menschheit nicht in der Lage wäre, aus der Geschichte zu lernen, wurde es in den letzten zwei Jahrzehnten wieder mystifiziert als Droge, die leistungssteigernd wäre und glücklich mache, und das alles auch noch deutlich günstiger als z.B. Kokain und je nach Angebot sogar billiger als Ecstasy. Ganz nebenbei kann man auch noch Gewicht abnehmen und nächtelang durchfeiern, anstatt sinnlos zu schlafen. Die gut gemeinten Versuche von Gesundheitsbehörden, die Bevölkerung über die Gefahren aufzuklären, hatten aus unterschiedlichen Gründen kaum Wirkung. Einerseits gibt es viele junge Menschen, die generell Warnungen von staatlicher Seite nicht beachten. Manche Aufklärungskampagnen waren derart übertrieben, dass sie von Crystal-Konsumenten nicht mehr ernst genommen wurden, wie z.B. die amerikanische Kampagne »Faces of Meth« (Erceg-Hurn, 2008). Und viele Konsumenten aus der Mittel- und Oberschicht glaubten lange, ihren Konsum durch (anfangs) geringe Dosierung im Griff zu haben. Dazu wurde Methamphetamin auch noch medial gehypt wie beispielsweise in der amerikanischen Fernsehserie »Breaking Bad«, die durch eine Tendenz, die Droge zu verharmlosen, eher wenig zur sachlichen Aufklärung beigetragen hat. Dazu kommt, dass das Internet voll ist von



Illegales Drogenlabor zur Herstellung von Methamphetamin.

leicht verständlichen Anleitungen (sowohl Text als auch Videos) für das Zubereiten von Methamphetamin, sozusagen für Hobbyhydrogenköche.

Aber was macht die Einnahme eigentlich so verlockend? Wie steht es mit psychischer und physischer Leistungssteigerung? Noch stärker als andere Stimulanzien bewirkt Methamphetamin, dass es im sogenannten Belohnungszentrum (im sogenannten Nucleus accumbens des ventralen Striatums) zu einer Ausschüttung des Botenstoffes Dopamin kommt (Abbruscato, 2018). Das bewirkt ein Glücksgefühl, je nach Dosis bis hin zu massiver Euphorie und zum subjektiven Gefühl, stark, mächtig, kreativ, konzentriert und schneller im Denken zu sein. Die Betonung liegt hier bei »subjektiv«. Denn objektivierbar sind lediglich vermindertes Schlafbedürfnis und längeres Durchhaltevermögen durch Müdigkeitsunterdrückung, beides geht übrigens sehr auf Kosten der Psyche und des Körpers. Ansonsten konnten in Untersuchungen weder erhöhte Muskelkraft noch Zugewinn an Intelligenz, Kreativität oder Denkleistung festgestellt werden. Der Zustand ist also am ehesten als »manisch« zu bezeichnen. Der

Betroffene fühlt sich also überlegen, ist es aber nicht. Bei besonders anspruchsvollen Tätigkeiten wie Feinmotorik (z.B. beim Spielen einer Geige) oder kognitivem Erfassen von komplexen Sachverhalten ist die Leistungsfähigkeit sogar meist vermindert. Die Koordination von feinmotorischen Bewegungen klappt unter anderem wegen starker innerer Unruhe nicht, und die Konzentration ist bei höheren Dosen von Crystal durch Ungeduld, Ablenkbarkeit und Selbstüberschätzung deutlich vermindert. Eine Ausnahme stellen hierbei eventuell Menschen mit sogenanntem ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom) dar, die unter Umständen von sehr kleinen Dosen in ihrer Konzentrationsfähigkeit profitieren könnten, vergleichbar mit der Wirkung bei der medizinischen Anwendung von ADHS-Medikamenten (z.B. Ritalin). Alles in allem kann man aber nicht von einer leistungssteigernden Droge sprechen, außer man meint damit lediglich das nächtelange Tanzen in Discos (oder das Marschieren in einem unglückseligen Blitzkrieg). Von Hirndoping kann gar keine Rede sein (Chang, 2002), zumal enttäuschenderweise Hirndoping ganz

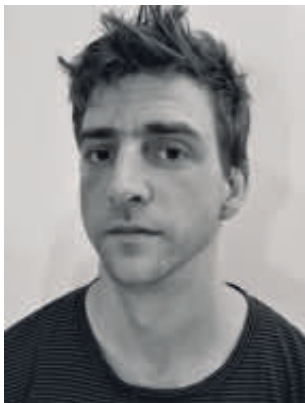
generell aus biologischen Gründen ein zweifelhaftes Unterfangen sein dürfte (Wood, 2013).

Und nun kommt die wirklich schlechte Nachricht: Ohne Einfluss von Drogen produziert das gesunde Gehirn ständig Dopamin und schüttet es unter anderem im Belohnungssystem aus, je nach Situation mehr oder weniger, aber immer so ausgewogen, dass genug Dopamin-Reserven bleiben. Durch Crystal-Einnahme wird allerdings so viel Dopamin in kurzer Zeit verbraucht, dass es zu einer sogenannten Dopamin-Depletion kommt, also zu einem Aufbrauchen der Reserven. Ist der Rauschzustand nach einigen Stunden abgeklungen, kommt es durch den Mangel an Dopamin zu einem Tief, denn die Gehirnzellen brauchen eine Weile, bis wieder genug Dopamin-Nachschub gebildet werden kann. Dieses Tief kennen auch Kokain-Konsumenten sehr gut. Und es ist genau jener Zustand, der ein starkes Verlangen nach dem nächsten Drogenkonsum bewirkt. Zunächst wird also am Abend oder in der Nacht konsumiert, um bei guter Laune und auch enthemmt feiern zu können. Später greift man auch am Morgen zu Crystal, um das Tief zu überwinden und

→ Seite 30

Substanzkonsum in der Freizeit

Zahlen, Fakten und Good Practice



von Dominique Schori



und Alwin Bachmann

Der Begriff »Freizeitdrogenkonsum« hat sich in den letzten Jahren im deutschen Sprachraum etabliert. Er bezeichnet den Konsum legaler und illegaler psychoaktiver Substanzen zu rekreativen Zwecken.

Das Phänomen wird damit breiter gefasst als mit der Bezeichnung »Partydrogenkonsum«, die impliziert, der Substanzkonsum finde ausschließlich im Kontext von Nachtleben und Partywelt statt. Während der englische Begriff »recreational drug use« stärker auf die Konsummotive fokussiert, legt »Freizeitdrogenkonsum« den Akzent auf das Setting (d.h. die Umgebung, in welcher

konsumiert wird). Als »rekreativ« bezeichnen wir den Konsum z.B. dann, wenn psychoaktive Substanzen eingenommen werden, um Hemmungen abzubauen, die soziale Kontaktaufnahme zu erleichtern, Langeweile zu vertreiben, Probleme und Sorgen aus dem Berufsalltag zu vergessen, abzuschalten, das Sexualleben zu bereichern, die Wahrnehmung zu intensivieren, das Bewusstsein zu erweitern und dergleichen mehr. Neben Alkohol, Tabak und Cannabis werden im Freizeit- und Partysetting vornehmlich psychoaktive Substanzen mit stimulierender, entaktogener¹ und seltener mit halluzinogener Wirkung konsumiert (z.B. MDMA/Ecstasy, Kokain, Amphetamin oder LSD). Den oder die typische Freizeitdrogenkonsumierende/n gibt es also nicht. Wir haben es mit einer heterogenen Zielgruppe mit teilweise sehr unterschiedlichen Bedürfnissen und Problemstellungen zu tun.

Nur wenige Personen leben aus gesundheitlichen oder ideologischen (Straight Edge, Teetotalism) Gründen gänzlich abstinente. Viele sogenannte »Freizeitdrogenkonsumierende« pflegen einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol oder anderen psychoaktiven Substanzen, konsumieren gelegentlich nach Feierabend oder am Wochenende, kennen ihre Grenzen und sind am Montag jeweils wieder arbeitsfähig. Ein solcher Umgang ist aber nur möglich, wenn Risiken, Inhalt und Wirkstoffgehalt der Substanz bekannt sind. Um die Risiken zu minimieren, die mit dem Konsum von illegalen, auf dem Schwarzmarkt erworbenen Substanzen verbunden sind, existieren in der Schweiz spezialisierte Informations- und Beratungsangebote, die sich explizit an Freizeitdrogenkonsumierende richten. Nach einem kurzen Überblick über die Prävalenzraten auf Bevölkerungsebene wird nachfolgend diskutiert, wer von diesen Angeboten erreicht wird, was wir über die konsumierten Substanzen wissen und welche Angebote sich in der Praxis bewährt haben.

Zahlen und Fakten zu Freizeitdrogenkonsum in der Schweiz

Exakte Zahlen zur Verbreitung von

Freizeitdrogenkonsum sind aus verschiedenen Gründen schwierig anzugeben. Auf der einen Seite gibt es substanzbezogene Daten wie etwa Analyseresultate aus forensischen Labors, Messungen im Rahmen von Drug-Checking-Angeboten, Abwassermessungen sowie Statistiken über Beschlagnahmungen durch die Polizei. Diese Daten geben für gewöhnlich lediglich Auskunft über die Menge oder Zusammensetzung der konsumierten illegalen Substanzen. Rückschlüsse auf Prävalenzraten oder das Konsumverhalten sind damit aber nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich. Entsprechend kann mithilfe dieser Datenquellen nicht zwischen Freizeitdrogenkonsum und abhängigem bzw. problematischem Konsum unterschieden werden. Aufschlussreich sind die Abwassermessungen, wenn sie für unterschiedliche Substanzen aufzeigen, wie sich der Konsum über die Woche verteilt. So zeigt sich etwa, dass der Konsum von MDMA/Ecstasy am Wochenende rund viermal so hoch ist wie unter der Woche, während sich der Kokainkonsum am Wochenende lediglich verdoppelt. Dies deutet darauf hin, dass Kokain unter der Woche häufiger, z.B. zur Leistungssteigerung bei der Arbeit, konsumiert wird, während es sich bei MDMA/Ecstasy um eine Substanz handelt, die vorwiegend beim Ausgehen am Wochenende konsumiert wird.² Im europäischen Vergleich zeigt die Abwassermessung 2018, dass die Schweizer Städte beim Konsum von Kokain und Ecstasy hohe Werte aufweisen, nicht aber bei den Amphetaminen.

Auf der anderen Seite gibt es repräsentative Bevölkerungsbefragungen, zielgruppenspezifische Befragungen, Behandlungs- und Beratungsstatistiken von Suchthilfeinstitutionen oder Statistiken über Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz. Diese Daten haben den Nachteil, dass sie entweder dazu tendieren, die Verbreitung des Konsums illegaler Substanzen zu unterschätzen (Falschangaben der Befragten wegen Angst vor Stigmatisierung), oder nur einen bestimmten Ausschnitt der Konsumrealität zeigen, weil sie sich auf eine bestimmte Zielgruppe fokussieren.

¹ Entaktogene sind psychoaktive Substanzen, unter deren Einfluss die eigenen Emotionen intensiver wahrgenommen werden. ² SCORE (2019). Wastewater analysis and drugs — a European multi-city study. Lisbon: EMCDDA.

Vergleicht man alle verfügbaren Datenquellen miteinander, so zeigt sich, dass Cannabis die mit Abstand am häufigsten konsumierte illegale Substanz ist. Gemäß einer repräsentativen Befragung von 2016 haben 3,1% aller Befragten angegeben, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung Cannabis konsumiert zu haben (das entspricht rund 260.000 Personen). Der aktuelle Konsum ist mit 10,2% bei den jungen Erwachsenen (20- bis 24-Jährige) am höchsten; bei den Männern ist er mehr als zweimal so hoch wie bei den Frauen (4,6% resp. 1,8%). Es ist davon auszugehen, dass die Mehrheit der Cannabiskonsumierenden rekreativ, d. h. vorwiegend in der Freizeit und ohne die typischen Abhängigkeitssymptome konsumiert. Rund 60% der Befragten, die in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert haben, taten dies an weniger als 10 Tagen pro Monat, d. h., der Konsum fand vermutlich vorwiegend am Wochenende statt. Eine aktuelle Studie der Universität Bern zeigt, dass eine große Mehrheit von Cannabis-Konsumierenden erfolgreich Strategien zur Selbstregulation anwendet, um den Konsum von Cannabis zu begrenzen.³

Für die übrigen illegalen psychoaktiven Substanzen liegen die Prävalenzen in repräsentativen Befragungen deutlich tiefer als beim Cannabis, wobei hier davon auszugehen ist, dass der Verzerrungseffekt noch größer sein dürfte, da der Konsum von Cannabis im Vergleich zu anderen illegalen Substanzen weniger stigmatisiert ist. Die Prävalenzen sind für alle übrigen illegalen Substanzen bezogen auf die Gesamtbevölkerung tief. 0,7% aller Befragten gaben an, in den letzten 12 Monaten vor der Befragung Kokain konsumiert zu haben. Für MDMA/Ecstasy und Amphetamine ergeben sich ähnliche Zahlen. Auch hier zeigt sich, dass die Prävalenzen bei jungen Erwachsenen deutlich höher sind (rund dreimal so hoch bei den 20- bis 24-Jährigen beim Kokain, bei MDMA sogar fünfmal so hoch) als im Rest der Bevölkerung.⁴

Den insgesamt tiefen Prävalenzraten bei illegalen psychoaktiven Substanzen (außer Cannabis) stehen jedoch insbesondere beim Kokain Rekordzahlen bei Beschlagnahmungen gegenüber. Zudem zeigt das europäische Sentinella-Monitoringsystem, dass jene Personen, die sich wegen eines Drogenproblems bei der Notfallaufnahme in einem von 26 europäischen Spitälern melden, als konsumierte

Droge am häufigsten Kokain nennen.⁵ Um das Risikoverhalten und mögliche Folgeprobleme der Konsumierenden abschätzen zu können, sind zielgruppenspezifische Befragungen erforderlich.

Befragung Freizeitdrogenkonsumierende

Seit 2012 werden Freizeitdrogenkonsumierende in allen Sprachregionen der Schweiz zu ihrem Konsum von psychoaktiven Substanzen befragt. Die Befragungen erfolgen im Rahmen niederschwelliger, spezialisierter Angebote – wie Drug Checking vor Ort bei Partys oder ambulante Walk-in-Services in größeren Schweizer Städten.⁶ Anhand eines Fragebogens, der bei der Kurzberatung als Leitfaden für die Beratungsgespräche dient, werden nebst soziodemografischen Angaben Daten zum Konsum psychoaktiver Substanzen und zur damit verbundenen Problemlast erhoben. Die Daten lassen keine Rückschlüsse auf die Verbreitung des Konsums in der Gesamtbevölkerung zu, bieten aber interessante Einblicke in die Konsumrealitäten von Freizeitdrogenkonsumierenden sowie mögliche Folgeprobleme.⁷

Die Befragten sind überwiegend männlich (rund 70% aller Befragten) und mehrheitlich junge Erwachsene zwischen 19 und 29 Jahren (57%). Am häufigsten vertreten ist die Gruppe der 19- bis 24-Jährigen. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung werden mit den Kurzberatungen Personen mit einer großen Konsumerfahrung erreicht. So gaben 2018 84% aller Befragten an, bereits mindestens einmal in ihrem Leben MDMA/Ecstasy konsumiert zu haben. Für andere illegale psychoaktive Substanzen wie Cannabis (93%), Kokain (61%) Amphetamin/Speed (57%), LSD (44%) oder Ketamin (32%) sind die Zahlen ebenfalls deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung. Ein Blick auf die 30-Tages-Prävalenzen der Befragten zeigt zudem, dass ein beträchtlicher Teil regelmäßig illegale psychoaktive Substanzen konsumiert. 41% aller Befragten gaben an, in den letzten 30 Tagen Ecstasy/MDMA konsumiert zu haben. Ein analoges Bild zeigt sich bei Kokain (33%), Amphetamin/Speed (28%), LSD (14%) oder Ketamin (12%).

Viele Befragte gehen zudem bei ihrem Konsum große Risiken ein. So ist Mischkonsum weit verbreitet. 2018 gaben 71% der Befragten an, dass sie in den letzten 12 Monaten vor der Befragung mindestens

zwei psychoaktive Substanzen gleichzeitig konsumiert hatten. Am häufigsten wird dabei Alkohol mit illegalen Substanzen wie Cannabis, Amphetamin, MDMA oder Kokain gemischt. Kurzfristige Probleme im Zusammenhang mit dem Konsum treten relativ häufig auf. 44% aller Befragten litten schon einmal unter depressiven Verstimmungen aufgrund ihres Konsumverhaltens. 28% fuhren schon einmal ein Motorfahrzeug unter dem Einfluss von Alkohol oder illegalen psychoaktiven Substanzen, 18% hielten Safer-Sex-Regeln nicht ein. Langfristige Probleme aufgrund des Konsums treten etwas seltener auf. Die häufigsten langfristigen Probleme der Befragten sind Antriebslosigkeit (27%), Probleme mit der Familie (18%) oder chronische Schlafprobleme (17%). Die Zahlen machen deutlich, dass den Kurzberatungen mit den weiter oben genannten Zielen eine entscheidende Bedeutung zukommt, um diese Risikogruppe bei der Reduktion von Risiken und Folgeschäden zu unterstützen.

Was wissen wir über die konsumierten Substanzen?

Die wichtigsten Datenquellen, die Auskunft über die Zusammensetzung und den Reinheitsgrad der in der Schweiz konsumierten illegalen Substanzen geben, sind die Analyseresultate aus den Drug-Checking-Angeboten sowie den rechtsmedizinischen Labors, die im Auftrag der Strafverfolgungsbehörden Substanzen analysieren. Insgesamt deuten die Daten, abgesehen von Marihuana, auf einen Trend zu immer potenteren Substanzen hin. Beim Cannabis existieren ausschließlich Daten aus den forensischen Analysen, da die Drug-Checking-Angebote derzeit noch keine Cannabis-Analysen durchführen. Bei den von den forensischen Labors analysierten Marihuana-Proben bewegt sich der mittlere THC-Gehalt in den letzten 10 Jahren zwischen ca. 10% und 12,3%. Beim Haschisch hingegen ist seit 2008 nahezu eine Verdoppelung des THC-Gehalts von 11,8% auf 21% zu beobachten.⁸ Bei allen übrigen illegalen Substanzen lassen sich ähnliche Trends feststellen.

Auf Basis der Analysedaten des Drug Checkings in Zürich ist bzgl. des MDMA-Gehalts von Ecstasy eine besorgniserregende Tendenz zu immer höheren Dosierungen festzustellen. Diese Entwicklung entspricht einem gesamteuropäischen Trend. Der durchschnittliche

→ Seite 31

³ Znoj, H./Genrich, G./Zeller, C. (2020): Selbstregulation bei Cannabiskonsum. Universität Bern, Institut für Psychologie. | www.suchtmonitoring.ch |

⁵ Schweizer Suchtpanorama 2020. Lausanne: Sucht Schweiz. | ⁶ <https://www.saferparty.ch/diz.html>; <https://www.raveitsafe.ch/angebotsdetails/dib-drug-checking-bern/>

⁷ <https://www.infodrog.ch/de/themen/nightlife/fragebog|en-freizeitdrogenkonsum.html> | ⁸ <https://www.sgrm.ch/inhalte/Forensische-Chemie-und-Toxikologie>

MDMA und Ecstasy: Geschichte und Gefahren des Freizeitkonsums



von Lukas A. Basedow



und Yulia Golub

MDMA ist eine psychoaktive Substanz, die weltweit, aber hauptsächlich in der Rave-Szene in der Form von Ecstasy konsumiert wird. Die Konsumprävalenz von MDMA und Ecstasy steigt von Jahr zu Jahr und wächst somit zu einem Phänomen an, dessen Auswirkungen man sich als Arzt und Therapeut bewusst werden muss.

Was sind MDMA und Ecstasy?

Ecstasy (XTC, Dinger, Teile, X) ist ein Überbegriff für eine spezielle Substanz in einer besonderen Form: MDMA (Methylenedioxyamphetamin) als Tablette. MDMA hat eine stimulierende Wirkung, euphorisierende Effekte und verändert das Empfinden von auditiven, taktilen und visuellen Reizen. Außerdem steigert MDMA das Empathieempfinden und führt zu einem erhöhten Gefühl von Verbundenheit, weshalb es auch häufig als ein Empathogen oder Entaktogen bezeichnet wird. MDMA kann in Pulverform oder als Tablette (Ecstasy) gekauft werden und wird oral, nasal oder rektal konsumiert. Auch wenn Ecstasy-Tabletten theoretisch nur MDMA und Bindungsmittel enthalten sollten, sind häufig andere psychoaktive Substanzen beigemischt (z.B. Koffein oder Amphetaminderivate). Bei oralem Konsum von MDMA liegt eine Standarddosierung bei ca. 1–1,5 mg pro Kilogramm Körpergewicht.

Geschichte des MDMA-Konsums

MDMA wurde erstmals 1912 vom deutschen Chemiker Anton Köllisch auf der Suche nach einem neuen Blutstiller hergestellt und von seinem Arbeitgeber, der Firma Merck, patentiert. In den folgenden Jahrzehnten wurde die Substanz weitestgehend ignoriert, bis Anfang 1970 in den USA das erste Mal berichtet wurde, dass MDMA außerhalb von Laboratorien konsumiert wurde. Dort fand MDMA auch rasch Einzug in den Freizeitgebrauch sowie in die psychotherapeutische Praxis. Diese Phase hielt an bis 1985, als MDMA in den USA verboten wurde (Deutschland rückte 1986 zügig nach). Auch wenn die neue Gesetzgebung den Nutzen in der psychotherapeutischen Praxis größtenteils unterband, wurde MDMA weiterhin als Freizeitdroge, vor allem in der Rave-Szene, konsumiert. Durch die Rave-Szene wurde dann Ende der 1980er-Jahre MDMA, inzwischen auch als Ecstasy-Tabletten erhältlich, auch in Europa populär. Der Gebrauch im Kontext von Rave-Partys blieb in den 1990er-Jahren

populär und ist bis heute die Umgebung, wo Ecstasy wahrscheinlich am häufigsten konsumiert wird. Eine erneute Veränderung des Marktes trat Mitte der 2000er-Jahre auf, als sich ein Engpass für Vorläuferstoffe von MDMA entwickelte. Diese Entwicklung führte dazu, dass zwischen 2004 und 2009 die Anzahl an Ecstasy-Tabletten, die tatsächlich MDMA enthielten, stetig abnahm, bis 2009 der Großteil der Ecstasy-Tabletten in Europa neue psychoaktive Substanzen (NPS) anstatt MDMA enthielt. Seit 2010 ist diese Entwicklung jedoch rückläufig. Heutzutage enthält nicht nur der Großteil der Ecstasy-Tabletten MDMA, die durchschnittliche Menge an MDMA pro Tablette ist auch größer als jemals zuvor (125 mg heute vs. 50–80 mg im Zeitraum 1995–2005).

Wirkmechanismus

MDMA ist ein Amphetaminderivat, das, im Gegensatz zum Amphetamin, hauptsächlich zur Freisetzung von Serotonin im synaptischen Spalt führt. Es blockiert die Wiederaufnahme von Serotonin aus dem synaptischen Spalt und kehrt die Wirkung des Serotonintransporters um, sodass Serotonin aus dem präsynaptischen Vehikel freigesetzt wird. Zusätzlich bindet MDMA am Dopamin- und Noradrenalintransporter, jedoch deutlich schwächer als dies beim Serotonintransporter der Fall ist. Zudem hemmt MDMA die Monoaminoxidase (MAO), ist ein schwacher Agonist an den Serotonin-1- und Serotonin-2-Rezeptoren und erhöht die Plasmakonzentration von Oxytocin und Cortisol.

Risiken von MDMA und Ecstasy

Die größte Gefahr des Freizeitkonsums von Ecstasy liegt sicher bei der Unklarheit über die Menge, Reinheit und Zusammensetzung der konsumierten Tablette. Auch wenn der Großteil der Tabletten, die heutzutage im Umlauf sind, MDMA enthalten, ist es möglich, dass andere Substanzen, wie z.B. 4-Methoxyamphetamin (PMA) oder

4-Methoxymethamphetamin (PMMA), beigemischt sind, die das Risiko eines tödlichen Serotoninsyndroms stark erhöhen. Zusätzlich ist die Unklarheit über die enthaltene Menge an MDMA eine große Gefahr. Wenn der Konsument es gewohnt ist, Tabletten mit 50 mg Wirkstoff zu konsumieren, dann aber eine Tablette mit 300 mg »erwischt«, kann sich schnell eine tödliche Überdosierung einstellen. Aber selbst unter der Annahme, dass ein Partykonsument sicher weiß, welche Substanzen in welchen Mengen in seiner Tablette vorhanden sind, bleiben akute Gefahren bestehen.

Die häufigsten akuten Nebenwirkungen von MDMA-Konsum sind starke Unruhe, Beklemmung, Herzrasen (Tachykardie) und ein starker Anstieg der Körpertemperatur. Zusätzlich birgt MDMA lebensgefährliche kardiovaskuläre und leberschädigende Risiken. Es existiert eine Reihe von Fallberichten, die die Wirkung von MDMA auf das sympathische Nervensystem mit tödlichen Herzrhythmusstörungen in Verbindung bringen. Leberschäden entstehen am häufigsten durch eine Reduktion der Natriumkonzentration (Hyponatriämie) und eine direkte Schädigung der Muskelfasern (Rhabdomyolyse). Sowohl die Leberschäden als auch die kardiovaskulären Risiken stehen in enger Verbindung mit einem MDMA-induzierten Anstieg der Körpertemperatur. MDMA erhöht die Körpertemperaturen durch die Freisetzung von Noradrenalin, eine verstärkte Vasokonstriktion und eine Veränderung des körpereigenen Energiemetabolismus. Dieser Anstieg der Körpertemperatur ist auch die häufigste Ursache von lebensbedrohlichen Zuständen. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass MDMA häufig auf Partys konsumiert wird, wo stark erhöhte Temperaturen herrschen können.

Zusätzlich zu den akuten Nebenwirkungen kann der regelmäßige Gebrauch von MDMA auch neurologische Veränderungen bewirken, die mit Gedächtniseinschränkungen einhergehen. Einige der neurologischen Veränderungen erholen sich im Laufe einer Abstinenz, doch Probleme im Arbeitsgedächtnis können bestehen bleiben. MDMA-Konsum kann außerdem in seltenen Fällen langanhaltende Wahrnehmungsstörungen nach sich ziehen (Halluzinogen Persisting Perception Disorder – HPPD). HPPD beinhaltet fortbestehende Pseudohalluzinationen, die auch präsent bleiben,

Etwa 20–30 % der Ecstasy-Konsumenten erfüllen die Kriterien für eine Abhängigkeitserkrankung..

wenn die Substanz und ihre Metaboliten den Körper schon verlassen haben.

MDMA-Abhängigkeit

Unter Konsumenten herrscht oft die Vermutung, dass man von MDMA nicht abhängig werden könne. Diese Vermutung stammt wahrscheinlich einerseits vom Unwissen bezüglich der Kriterien, die für eine Abhängigkeit erfüllt sein müssen, und andererseits von den negativen »Comedowns«, die MDMA erzeugen kann. Konsumenten berichten häufig, dass sie ein bis drei Tage nach dem Konsum depressive Verstimmungen, Antriebslosigkeit und allgemeine Unzufriedenheit verspüren. Aufgrund dieser Erfahrung kann der Gedanke aufkommen, dass ein erneuter Ecstasy-Konsum ja diese Effekte auch mit sich bringen würde, was viele Konsumenten vom regelmäßigen Konsum abschrecken lässt.

Diese Annahmen bezüglich MDMA-Abhängigkeit lassen sich durch klinische Praxis und Forschungsergebnisse jedoch klar widerlegen. Tatsächlich erfüllen etwa 20–30 % der Ecstasy-Konsumenten die Kriterien für eine Abhängigkeitserkrankung. Diese Prävalenz sehen wir auch in unserer Klinik, wo ca. 30% (32 von 109 Jugendlichen, die im letzten Jahr vorstellig waren) aller Jugendlichen, die jemals Ecstasy oder MDMA konsumiert haben, die Abhängigkeitskriterien erfüllen. Anders als bei anderen Substanzabhängigkeiten steht bei den Abhängigkeitskriterien für MDMA nicht das Craving (Konsumzwang/Konsumbedürfnis) im Vordergrund. Am häufigsten geben unsere Patienten an, dass sie erfolglos versucht haben, ihren Konsum zu regulieren, dass sie ihren (hauptsächlich schulischen) Verpflichtungen nicht nachkommen können und weiter konsumieren, obwohl sie körperliche oder psychische Probleme durch den Konsum haben und eine erhöhte MDMA-Toleranz aufgebaut haben.

Die erhöhte Toleranz spielt bei MDMA-Konsum und -Abhängigkeit eine besondere Rolle und hat ein außergewöhnliches Konsummuster zur Folge: Für MDMA baut sich sehr schnell eine starke Toleranz auf, wodurch man bei

mehrtägigem Konsum eine extreme Steigerung der Dosierung vornehmen muss. Dies führt dazu, dass Konsumenten, die an mehreren Tagen hintereinander konsumieren, die Dosierungen konsequent steigern, bis sich eine so hohe Toleranz einstellt, dass auch extreme Dosierungen nur noch wenig Effekte zeigen. Diese extreme Eskalation des Konsums geht auch mit erheblichen Schlafproblemen und depressiven Verstimmungen einher, aufgrund derer die Konsumenten dann den Konsum vollständig einstellen. Die rasche Entwicklung einer Toleranz führt auch dazu, dass Konsumenten nach regelmäßigem (ca. >2x/Monat) Konsum berichten, dass sich nicht mehr die gleichen Effekte einstellen wie beim Erstkonsum.

Fazit

MDMA ist eine psychoaktive Substanz, die weltweit, aber hauptsächlich in der Rave-Szene in der Form von Ecstasy konsumiert wird. Die Konsumprävalenz von MDMA und Ecstasy steigt von Jahr zu Jahr und wächst somit zu einem Phänomen an, dessen Auswirkungen man sich als Arzt und Therapeut bewusst werden muss. Die Hauptgefahren des Ecstasy-Konsums im Freizeitkontext sind bedingt durch Unklarheit über Inhalte der konsumierten Tabletten. Einerseits sind versehentliche Überdosierungen möglich und andererseits können ungewollt andere Substanzen als MDMA in gefährlichen Dosierungen konsumiert werden. Auch reines MDMA birgt jedoch Gefahren, vor allem körperliche wie einen starken Anstieg der Körpertemperatur. Entgegen verbreiteter Meinungen kann MDMA-Konsum auch zu einer Abhängigkeitserkrankung führen, die mit außergewöhnlichen Konsummustern einhergeht.

Literaturliste kann in der Redaktion nachgefragt werden.

Lukas A. Basedow, M.Sc.

Psychologe und wissenschaftlicher Mitarbeiter der Spezialambulanz für Suchterkrankungen im Kindes- und Jugendalter, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Universitätsklinikum C.G. Dresden

PD Dr. rer. nat. Dr. med. habil. Yulia Golub

Oberärztin und Leiterin der Spezialambulanz für Suchterkrankungen im Kindes- und Jugendalter und der Tagesklinik für Jugendliche, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Universitätsklinikum C.G. Dresden

Beeinträchtigungen der sozialen Kognition, Interaktion und Motivation bei Kokainkonsumenten



von Boris B. Quednow

Ein intensiver und chronischer Kokainkonsum geht oft mit einer verminderten Fähigkeit zur Empathie, mit einem beeinträchtigten Sozialverhalten und kleineren sozialen Netzwerken einher. Diese sozio-kognitiven Defizite scheinen teilweise substanzinduziert zu sein, wie jüngste Längsschnittdaten nahelegen.

Kokainkonsumenten weisen sowohl bei verschiedenen Formen der sozialen Zuwendung wie auch bei nichtsozialer Verstärkung eine verminderte Aktivierbarkeit ihres fronto-limbischen Belohnungssystems auf. Da diese sozio-kognitiven und motivationalen Beeinträchtigungen auch den Aufbau der Therapeuten-Klienten-Beziehung und damit den gesamten therapeutischen Prozess stören, könnten intensivierete soziale Kompetenz-, Empathie- und Belohnungs-Trainings daher ein vielversprechender Ansatz sein, um die Therapieerfolge bei Stimulanzienabhängigkeiten zu verbessern.¹

Viele therapeutisch tätige Psychologen und Psychiater bemerken, dass sich Kokainkonsumenten im Laufe eines chronischen, meist abhängigen Gebrauches in ihrer Persönlichkeit verändern. Klinisch-phänomenologisch fällt dabei auf, dass einige dieser Patienten über die Dauer ihrer Konsumkarriere mehr und mehr emotional verflachen und selbstzentrierter werden. Auch zeigen Kokainkonsumenten ein stark erhöhtes Risiko für eine komorbide antisoziale Persönlichkeitsstörung. Zunächst nahm man an, dass antisoziale Tendenzen dem Konsum eher vorausgehen und diesen stark begünstigen. Es wurde jedoch seit längerem vermutet, dass auch der chronische Kokainkonsum selbst soziale Verhaltensdefizite verursachen kann. Zusätzlich zeigten chronische Kokainkonsumenten in zahlreichen Bildgebungsstudien spezifische Veränderungen in frontalen und temporalen Hirnregionen, die für soziale Fertigkeiten und eine erhaltene soziale Interaktionsfähigkeit von großer Bedeutung sind.

Bevor wir die Zurich Cocaine Cognition Study (ZuCo²St) vor fast genau 10 Jahren initiierten, fehlten jedoch systematische und experimentelle Untersuchungen, welche die sozial-kognitiven

Beeinträchtigungen von Kokainkonsumenten objektiv hätten charakterisieren und quantifizieren können. Da aber zuvor gezeigt werden konnte, dass soziale und sozial-kognitive Fähigkeiten wie die Empathie und die mentale und emotionale Perspektivenübernahme (engl. Theory of Mind) für die Entstehung, den Verlauf und die Behandlung von Psychosen prädiktiv sind, nahmen wir an, dass diese Fähigkeiten auch die Entwicklung, den Erhalt sowie die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen beeinflussen könnten. Sozial-kognitive Beeinträchtigungen fördern u. a. die soziale Isolation, die Aggressivität und die Depressionsneigung, was zum Erhalt des abhängigen Konsums beitragen sollte. Wir gingen zudem davon aus, dass durch den fortgesetzten Stimulanzienkonsum Hirnstrukturen und funktionen inkl. der entsprechenden Neurotransmittersysteme in Mitleidenschaft gezogen werden, welche für das soziale Funktionieren notwendig sind. Der Substanzkonsum sollte so zu einer Reduktion der sozialen Fähigkeiten und damit einhergehend zum sozialen Rückzug führen, während gleichzeitig die Bedeutung des Konsums als hauptsächliche Belohnungsquelle immer mehr gesteigert werden sollte. Die Wichtigkeit intakter sozialer Beziehungen für den Behandlungserfolg zeigt sich in dem jüngsten Befund, dass eine stärkere soziale Unterstützung auch mit einer deutlich längeren Abstinenzdauer bei alkoholabhängigen Personen verbunden war.

Die Zurich Cocaine Cognition Study

Um die soziale Kognitions- und Interaktionsfähigkeit abhängiger und nicht abhängiger Kokainkonsumenten zu untersuchen, haben wir zwischen 2010 und 2013 die vom Schweizerischen Nationalfonds geförderte ZuCo²St entwickelt und durchgeführt. Diese Längsschnittstudie sollte nicht nur die verschiedenen

¹ Auszüge dieses Artikels wurden vom Autor zuvor in den Zeitschriften »Info Neurologie und Psychiatrie« (2013) und CC Neuropsych (2016) veröffentlicht.



Klinisch-phänomenologisch fällt auf, dass einige Patienten über die Dauer ihrer Konsumkarriere mehr und mehr emotional verflachen und selbstzentrierter werden.

Facetten der sozial-kognitiven Fertigkeiten und des Sozialverhaltens unter experimentellen Bedingungen charakterisieren, sondern darüber hinaus untersuchen, ob Veränderungen in diesem Bereich eher prädisponiert sind oder auch eine Folge des Kokainkonsums darstellen könnten. Wir fokussierten uns dabei nicht allein auf abhängige Konsumenten, sondern wir rekrutierten zusätzlich regelmäßige, aber (noch) nicht abhängige Nutzer, welche die weitaus größere Gruppe der Kokainkonsumenten darstellen. Zudem konzentrierten wir uns auf vergleichsweise reine Kokainnutzer, da wir anhand toxikologischer Haaranalysen jede Form des Polysubstanzkonsums (zumindest in den letzten Monaten) detektieren und so intensive Mischkonsumenten ausschließen konnten. Insgesamt wurden im Querschnitt 250 Personen (145 Kokainkonsumenten, 105 gesunde stimulanzenunerfahrene Kontrollen) untersucht, wobei 46 Teilnehmer aufgrund von Mischkonsum, fehlendem Kokainkonsum oder psychiatrischen Komorbiditäten anschließend von der Datenanalyse ausgeschlossen werden mussten. Im Längsschnitt konnten wir insgesamt 132 Personen nach einem Jahr ein zweites Mal untersuchen, von denen sich jedoch nur 105 Teilnehmer für die Längsschnittanalyse eigneten, da einige Konsumenten unterdessen die Substanz gewechselt hatten (am häufigsten von Kokain zu

Ecstasy) oder andere Ausschlusskriterien erfüllten (z.B. Schlaganfall, Medikation mit Psychopharmaka etc.).

Nichtsoziale Kognition

Im Rahmen der Querschnittsuntersuchung der ZuCo²St konnten wir zunächst bestätigen, dass abhängige Kokainkonsumenten breite kognitive Defizite zeigen, die in etwas milderer Form bereits bei den regelmäßigen, aber nicht abhängigen Konsumenten auftreten. Bei abhängigen Konsumenten war das Arbeitsgedächtnis am stärksten beeinträchtigt, während bei den nicht abhängigen Personen die Konzentrationsfähigkeit und die Aufmerksamkeit am stärksten betroffen waren. Insgesamt zeigten 12% der nicht abhängigen und 30% der abhängigen Konsumenten klinisch bedeutsame und alltagsrelevante kognitive Einschränkungen (>2 Standardabweichungen schlechter als die Kontrollgruppe), wobei das Risiko für kognitive Defizite besonders stark anstieg, wenn insgesamt mehr als 500 g Kokain über die bisherige Lebensspanne konsumiert wurden. Diese Befunde waren nicht allein durch die in Kokainkonsumenten gehäuft auftretenden Symptome einer Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) oder einer Depression zu erklären. Allerdings zeigte sich, dass eine Kombination aus Kokainkonsum und ADHS besonders

kritisch für die Entwicklung kognitiver Beeinträchtigungen war. Personen, die an einem ADHS erkrankt waren und Kokain konsumierten, offenbarten stärkere Defizite als vergleichbare Konsumenten ohne ADHS. Auch das Alter, in welchem der Konsum begonnen wurde, spielte eine kritische Rolle, da besonders Personen, die vor dem 18. Lebensjahr – und damit vor der abgeschlossenen Hirnreifung – mit der Kokaineinnahme begannen, die stärksten kognitiven Defizite aufwiesen. Eine Anschlussuntersuchung zeigte zusätzlich, dass zwar das als neurotoxisch geltende Streckmittel Levamisol die kognitiven Einbußen der Konsumenten verstärkt (vor allem in den höheren kognitiven Funktionen), aber nicht vollständig erklärt. Insgesamt waren die Testleistungen stark mit den subjektiven und objektiven Konsumparametern korreliert, d. h., je mehr Kokain konsumiert wurde, desto stärker waren die kognitiven Leistungseinbußen. Dies lieferte einen ersten Hinweis auf die mögliche Verursachung der Defizite durch den Kokainkonsum selbst.

In der Längsschnittuntersuchung haben wir anschließend den Verlauf der neuropsychologischen Leistung und der kortikalen Hirnstruktur in Kokainkonsumenten mit sich änderndem Konsum, mit dem Verlauf der Leistung einer Kontrollgruppe verglichen. Die Konsumenten wurden hierfür in zwei Gruppen eingeteilt: 1) Konsumsteigerer, welche nach

→ Seite 14

einem Jahr eine intensivierete Einnahme zeigten (im Mittel eine 3-fache Zunahme im Vergleich zum Vorjahr), und 2) Konsumverminderer, die ihren Konsum innerhalb eines Jahres entweder stark einschränkten oder ganz beendeten (im Mittel eine 3,5-fache Abnahme des Konsums). Dabei wurde die Kokainkonzentration in einer 6 cm langen Haarprobe zur Erst- und zur Folgeuntersuchung als objektives Maß für den sich verändernden Kokainkonsum herangezogen. Die Auswertung zeigte, dass eine starke Verminderung des Konsums innerhalb eines Jahres zu besseren kognitiven Leistungen vor allem im Arbeitsgedächtnis, aber auch in der Aufmerksamkeit und im Langzeitgedächtnis führte. Konsumenten, die ganz auf Kokain verzichteten, erreichten sogar das Leistungsniveau der Kontrollgruppe, während Personen, die ihren Konsum weiter steigerten, einen weiteren Abbau der kognitiven Leistung offenbarten. Ein ähnliches Bild bot sich auf der Ebene der kortikalen Strukturen: Hier führte die Reduktion des Konsums zu einer Zunahme der kortikalen Dicke im Frontalkortex, während eine weitere Steigerung mit einer zusätzlichen Abnahme der kortikalen Dicke verbunden war. Die Personen, die nach Konsumreduktion eine starke Erholung in der fronto-kortikalen Integrität zeigten, waren auch die Betroffenen, die sich kognitiv am besten erholten. Diese Befunde legen nahe, dass die kokainassoziierten kognitiven und kortikalen Veränderungen zumindest teilweise substanzinduziert sein könnten. Die Reversibilität der Befunde bei Abstinenz oder starker Reduktion weist zudem darauf hin, dass es sich um neuroplastische und adaptive Prozesse handelt, die wahrscheinlich auch psychotherapeutisch oder pharmakologisch beeinflusst werden können.

Soziale Kognition und Interaktion

Bei der Erfassung der sozial-kognitiven Fertigkeiten haben wir uns in ZuCo2St auf zwei wesentliche Aspekte fokussiert: die soziale Kognition, d. h. das Erkennen, Verstehen und Empfinden der Emotionen und Absichten anderer Menschen, und die soziale Interaktion, bei der wir uns auf sog. Fairnesspräferenzen und prosoziales Verhalten konzentriert haben. Um die visuelle und prosodische Emotionswahrnehmung und -erkennung zu messen, haben wir in verschiedenen Aufgaben emotionale Gesichtsausdrücke, komplexe

emotionale Bildszenen oder auch emotional gefärbte Sprachdarbietungen präsentiert. Dabei war die Fähigkeit von Kokainkonsumenten, Emotionen in visuellem Material (Gesichter, Augenpaare, komplexe Bildinhalte) zu erkennen und zu benennen, vollständig unbeeinträchtigt.² Die Konsumenten hatten jedoch bei der Erkennung der richtigen Emotion aus der Sprachmelodie (Prosodie) wie auch bei der Detektion von emotional nicht zusammenpassendem Bild- und Sprachmaterial Schwierigkeiten. Letzteres deutet auf eine verschlechterte Integration verschiedener Prozesse der Emotionserkennung und -verarbeitung hin. Um die Fähigkeit zur emotionalen Empathie zu messen, setzten wir ebenfalls komplexes Bildmaterial ein. Tatsächlich gaben Konsumenten an, weniger emotional mitzuschwingen, wenn sie mit affektiv aufgeladenen Bildinhalten konfrontiert wurden. Durch ein ausführliches Interview zur Größe des sozialen Netzwerkes konnten wir zudem feststellen, dass Kokainkonsumenten insgesamt über weniger Sozialkontakte verfügten und dass ihre Sozialkontakte als emotional weniger unterstützend wahrgenommen wurden. Die Gruppe der Kokainkonsumenten hatte in der Vorgeschichte ebenfalls mehr strafbare Handlungen begangen. Die Fähigkeit zur Empathie war mit der Größe des sozialen Netzwerkes wie auch mit der Anzahl der Straftaten korreliert, sodass weniger empathische Personen auch weniger Sozialkontakte und ein höheres Risiko für kriminelle Verhaltensweisen aufwiesen.

Anhand eines kleinen Filmes, in welchem eine komplexe Alltagsbegebenheit dargestellt wurde (ein Essen zweier angehender Pärchen), konnten wir realitätsnah die Fähigkeit, sich in die Emotionen und Absichten anderer Personen hineinzuversetzen, untersuchen. Diese sog. mentale und emotionale Perspektivenübernahme (engl. Theory of Mind) ist wesentlich, um sich angemessen im sozialen Kontext bewegen zu können. Tatsächlich zeigten hier nur die abhängigen Konsumenten leichte Defizite, wobei diese zwar die richtige Absicht oder Emotion oft erkannten, jedoch übermäßig viel Bedeutung in die Handlungen oder die Emotionen legten und damit die Perspektivenübernahme übertrieben. Dies könnte auf einen kognitiven Kompensationsmechanismus hindeuten und unterstützt auch unsere Hypothese, dass

bei chronischen Kokainkonsumenten vor allem die Integration komplexer emotionaler Informationen erschwert ist. Die Perspektivenübernahme wie auch das soziale Netzwerk waren mit dem Kokainkonsum korreliert, je mehr also konsumiert wurde, desto schlechter war das Verstehen der Intentionen und Handlungen anderer und desto weniger Sozialkontakte lagen vor.

Um die soziale Interaktionsfähigkeit zu testen, wandten wir zusätzlich Interaktionsaufgaben aus der ökonomischen Spieltheorie an, bei denen die Teilnehmer Geldbeträge zwischen sich und einem anonymen Mitspieler aufteilen sollten. Hierbei sahen wir, dass Kokainkonsumenten weniger prosozial handelten und sie sogar dann, wenn die insgesamt verfügbare Geldmenge dadurch kleiner wurde, den eigenen Gewinn zu Ungunsten des Mitspielers vergrößerten. Die Konsumenten verhielten sich also weniger prosozial als die Kontrollen und dieses Verhalten war nicht mit Konsumparametern korreliert.

Die jüngste Analyse der Längsschnittdaten weist nun darauf hin, dass auch die Empathiefähigkeit mit dem steigenden oder fallenden Kokainkonsum kovariieren kann. Auch hier verbesserte sich die Empathie bei den Konsumenten, die den Konsum stark reduzierten oder ganz beendeten, während Personen, die ihn stark steigerten, ein sich verschlechterndes emotionales Einfühlungsvermögen zeigten. Ein ähnliches Muster war auch in der sozialen Interaktionsfähigkeit zu erkennen, wo eine Konsumreduktion mit einer starken Annäherung im prosozialem Verhalten an die Kontrollen einherging. Überraschenderweise verbesserten sich sogar Symptome von Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen (histrionischer, narzisstischer, Borderline- und antisozialer Typus) mit der Verminderung des Konsums signifikant. Somit liegt der Schluss nahe, dass auch soziale Funktionen und Fertigkeiten durch substanzinduzierte neuroplastische Anpassungsprozesse beeinträchtigt werden können. Die gute Nachricht ist jedoch, dass sich diese Fähigkeiten nach längerer Abstinenz oder Konsumreduktion ebenfalls wieder verbessern können.

Belohnungsverarbeitung

In zwei Bildgebungsstudien konnten wir nachweisen, dass das frontolimbische Belohnungssystem von

² Eine Ausnahme scheint eine Untergruppe von Konsumenten zu bilden, die Kokain speziell zur Verbesserung sozialer Interaktionen einnehmen (»social enhancement«-Motiv). Diese Gruppe war auch in der visuellen Erkennung von Emotionen in komplexem Bildmaterial beeinträchtigt (Kexel et al., in Vorbereitung).

Kokainkonsumenten weniger stark auf soziale wie auch auf nichtsoziale Belohnung reagiert. In der ersten Studienserie mussten die Teilnehmer mit einem künstlichen Charakter (Avatar) auf einem Bildschirm mittels Blickkontakt interagieren. Hierbei zeigte sich, dass Kokainkonsumenten die sogenannte geteilte Aufmerksamkeit – das gemeinsame Betrachten eines Objektes nach einem vorausgegangenen Blickkontakt – als weniger angenehm erlebten als die Kontrollprobanden. Mit Hilfe der funktionellen Kernspintomographie konnten wir anschließend nachweisen, dass diese Art des Blickkontaktes den sog. ventromedialen Präfrontalkortex der Kokainkonsumenten weniger stark aktivierte. Eine schwächere Aktivierung dieses Hirnareals ging zudem mit einem kleineren sozialen Netzwerk einher. Der ventromediale Präfrontalkortex spielt bei der Evaluation und Repräsentation des Wertes von Belohnungsreizen eine entscheidende Rolle. Wir zogen daraus den Schluss, dass Kokainkonsumenten soziale Interaktionen offenbar als weniger angenehm und belohnend empfinden als stimulantienunerfahrene Kontrollpersonen.

In einer zweiten Studie konnten wir zusätzlich zeigen, dass sowohl ein direktes positives soziales Feedback als auch die Belohnung mit gewünschten Musikstücken den ventromedialen Präfrontalkortex bei Kokainkonsumenten weniger aktivierte als bei der Kontrollgruppe. Zusammengefasst deuten beide Studien darauf hin, dass Kokainkonsumenten alltäglichen Belohnungsquellen, seien sie sozial oder objektbasiert, weniger Wert beimessen, was ihre starke Fokussierung auf den Substanzkonsum mit erklären könnte.

Konsequenzen für die Praxis

Kokainkonsumenten zeigen spezifische Beeinträchtigungen sozial-kognitiver Fertigkeiten, die mit ihrer sozialen Funktionsfähigkeit im Alltag verknüpft sind. Sie weisen weniger Sozialkontakte und Defizite in der emotionalen Empathie auf, während bei schwererem Konsum Veränderungen der Perspektivenübernahme hinzukommen. Diese Symptomatik kann durch das Vorliegen einer ADHS verstärkt werden. Zudem verhalten sich Kokainkonsumenten im Durchschnitt etwas weniger prosozial. Wie die Beeinträchtigungen in Aufmerksamkeit und Gedächtnis, so scheinen auch die Empathiedefizite

zumindest teilweise substanzinduziert zu sein. Es ist wahrscheinlich, dass diese Störungen der sozialen Wahrnehmung und des Sozialverhaltens auch eine therapeutische Beziehung zu diesen Personen erschweren können, was die hohe Rückfallquote bei schwer kokainabhängigen Personen selbst nach intensiver Therapie teilweise erklären könnte. Da die sozial-kognitiven Beeinträchtigungen nach Abstinenz größtenteils reversibel zu sein scheinen (zumindest wenn sie nicht im Rahmen von kokaininduzierten zerebralen Infarkt- und Blutungsereignissen aufgetreten sind), könnte man diese Erkenntnisse in der Therapiepraxis nutzen:

- Ein verstärktes Training von Empathie, Perspektivenübernahme, sozialer Belohnung und Kompetenz könnte einer Psychotherapie vorausgehen oder sollte zumindest parallel angeboten werden. Solche, auf Stimulanzienkonsumenten zugeschnittene Trainings müssen allerdings erst noch entwickelt und deren Wirksamkeit evaluiert werden.
- Es ist zweifelhaft, ob die Strategie des kontrollierten Konsums bei Kokainabhängigkeit langfristig für die Betroffenen von Vorteil ist, da die neuroplastischen Veränderungen und die damit verbundenen sozialen Defizite mit der Dauer des Konsums und der kumulativen Gesamtmenge immer mehr zuzunehmen scheinen. Es könnte auch sein, dass die Qualität sozialer Beziehungen – auch der therapeutischen Beziehung – mit der Dauer des kontrollierten Konsums eher abnimmt und so langfristig Abstinenzbestrebungen immer schwerer umzusetzen sein werden.
- Auch eine dauerhafte Substitution mit anderen Stimulanzien wie Methylphenidat oder anderen Amphetaminderivaten ist eine zu hinterfragende Behandlungsstrategie, da diese Substanzen über kokainähnliche Wirkmechanismen verfügen (Wiederaufnahmehemmung von Dopamin und/oder Noradrenalin) und damit einer Erholung der kokaininduzierten eurochemischen Veränderungen im Wege stehen könnten, solange sie eingenommen werden.
- Eine Gabe von Stimulanzien zur Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit scheint aus demselben Grund zunächst kontraindiziert, da diese nur kurzfristig verbessernd wirken, langfristig aber die kokaininduzierten neuroplastischen Verän-

derungen wahrscheinlich ebenfalls weiter aufrechterhalten. Bei Kokainkonsumenten, die Kokain als Cognitive Enhancer einsetzen, könnten medizinische Stimulanzien jedoch eine Möglichkeit der Schadensvermeidung bzw. Reduktion darstellen. Der beste und nebenwirkungsärmste Cognitive Enhancer scheint allerdings die Abstinenz zu sein, die eine pharmakologische Leistungssteigerung obsolet werden lässt. Es sei jedoch angemerkt, dass die Behandlung einer komorbiden ADHS mit Stimulanzien insgesamt gute Ergebnisse gezeigt hat und helfen konnte, den illegalen Substanzkonsum der Betroffenen zu verringern.

Abschließend sei noch einmal betont, dass kognitive und soziale Defizite zwar erst nach intensivem chronischem Konsum entstehen, dass sie aber nicht an eine Abhängigkeit gebunden sind. Wir sahen in unserer Stichprobe auch, dass ein Drittel der Konsumenten innerhalb eines Jahres den Kokainkonsum teils ohne jede therapeutische Maßnahme verringerte (20%) oder sogar ganz aufhörte (13%), dass der größte Teil der Konsumenten keine bedeutsamen Konsumveränderungen zeigte (39%), während ein nicht unbeträchtlicher Teil binnen Jahresfrist den Konsum sehr stark steigerte (27%). Mehr als jeder siebte Kokainkonsument wechselte zudem innerhalb eines Jahres die hauptsächlich konsumierte Substanz (14%). Wir versuchen nun in weiteren Untersuchungen herauszufinden, ob sich präventionstaugliche Risiko- oder Resilienzfaktoren für den Beginn eines Kokainkonsums wie auch für eine Konsumsteigerung bzw. Verminderung aus unseren umfangreichen Datensätzen herauslesen lassen.

Literaturliste kann in der Redaktion nachgefragt werden.

Univ.-Prof. Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Boris B. Quednow

studierte Pharmazie und Psychologie an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität in Bonn. 2005 wechselte er an die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich. Hier wurde er zum Ausserordentlichen Professor für Klinische und Experimentelle Pharmakopsychologie an der Medizinischen Fakultät ernannt. Sein Hauptinteresse gilt kognitiven, emotionalen und sozialen Veränderungen bei Substanzstörungen und der Frage, inwieweit diese Veränderungen mögliche Prädispositionen oder Folgen des Substanzkonsums darstellen.

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
- 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.

Partydrogen und Zeitgeist



von Matthias Brockstedt

Drogen auszuprobieren und Risiken einzugehen, ist in der Pubertät normal. Viele junge Menschen haben genügend Belastbarkeit und entwickeln deswegen nie eine chronische Sucht. Für andere ist es aber auch normal, nichts über die Risiken von Drogen zu wissen oder dieses Wissen zu verdrängen.

Ohne Wissen und Verstand läuft aber im Leben auf Dauer nichts richtig, deshalb hier einige aktuelle Informationen aus meiner Arbeit als Suchtbeauftragter des Berufsverbandes der Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin bvjk e.V. in Deutschland.

Welche Drogen werden jetzt auf Partys und in Clubs konsumiert? Ich stelle eine allmähliche Veränderung im letzten Jahrzehnt fest, und sie hat mit sozialen, kulturellen und sogar historischen Faktoren zu tun:

Immer und als Hauptsubstanz bleibt der **Alkohol** ein integraler Bestandteil unserer westlichen abendländischen Kultur. Obwohl die jungen Leute sagen, dass sie nicht so stumpf sind wie ihre Eltern, die sich jedes Wochenende betrinken

und den Rest des Tages schlafen – in Wirklichkeit konsumieren auch Jugendliche auf ihren Partys, auf den Plätzen, in der Berliner U-Bahn und vor dem Gang in Nachtclubs in großen Mengen Alkohol.

Die eigentlichen **Partydrogen**, die während einer langen Nacht und in einer Gruppe von Freunden gekauft und genommen werden, unterliegen aber einem raschen Wandel. Ihr Gebrauch hat sich mit dem Zeitgeist verändert. In der Zeit der Punkmusik beherrschten die sogenannten »entaktogen« Substanzen die Partyszene, Substanzen, die das gute Gefühl in der Gruppe erhöhten: den engen Kontakt mit dem Rest der Gruppe, das Tanzen bis zum Umfallen, das Gefühl, dass man sich gut aufgehoben fühlt und viel lacht. Es war die Zeit vom MDMA, dem 3,4-Methylendioxy-methamphetamin, die Zeit der »Ektase«, des **Ecstasy**. Dazu rauchten viele **Haschisch**, zum Chillout, zum Ausruhen und Ausklingenlassen, auch und bevorzugt in der Gruppe.

Alles war im Gleichgewicht, obwohl manchmal lebensbedrohliche Komplikationen wie Fieber über 40 Grad Celsius und Herzstillstand aufgrund von Tänzen ohne Pause, Hitze in den Clubs und Mangel an Leitungswasser auftreten; denn die Wasserhähne waren abgedreht worden, damit mehr teure Getränke konsumiert wurden.

Ecstasy wird auch heute noch in den Clubs angeboten, aber ich bemerke eine Verschiebung hin zu anderen Substanzen, die das Individuum stärker stimulieren, wie **Kokain** und **Crystal Meth**, dem N-Methylamphetamin. Das sind Partydrogen für sogenannte Selbstoptimierer, für Menschen, die sich besser und toller als andere fühlen und das auch zeigen wollen. Wichtig ist nicht mehr die Erfahrung in der Gruppe, sondern die individuelle Show. Diese verkehrt sich allerdings leicht in ihr Gegenteil durch die zahlreichen unerwünschten Wirkungen von z.B. Crystal Meth:

Herzrasen, Rededrang (»Laberflash«), hektischer Bewegungsdrang und zwanghaftes Kauen, Kopf- und Muskelschmerzen, Halluzinationen und Verfolgungswahn bis hin zur manifesten Psychose; wenn als Pulver geschnupft, kommen wie beim Kokain lokale schmerzhafte Nasenschleimhautschäden hinzu.

Ein besonderes Risiko für schwangere junge Mädchen und Frauen stellen mögliche vorgeburtliche Schäden durch diese Optimiererdroge an Gehirn, Herz und Nieren des Ungeborenen dar, nach der Geburt bestehen zudem Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus des Neugeborenen, und es kann sich später bei dem Kind ein sogenanntes ADHS, ein Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom entwickeln.

Wer über längere Zeit Crystal Meth konsumiert, zeigt typischerweise ein gereiztes, hektisches und emotional labiles Verhalten. Hautirritationen (sog. Speed-Pickel) treten auf, Herz- und Kreislaufbeschwerden und gar nicht selten auch Zahnausfall. Das Risiko, an Depressionen zu erkranken, ist verdoppelt, das Risiko für eine Psychose verfünffacht.

Insgesamt geht man mit dieser verbreiteten stimulierenden Partydroge erhebliche Risiken ein, ihre Beliebtheit verdankt sie dem modernen Zeitgeist, sie ist geradezu das Symbol einer auf Konkurrenzkampf beruhenden Gesellschaft, wobei das Wichtigste das eigene Ich und seine Selbstdarstellung sind.

Hier hinein gehört sicher auch der noch anhaltende Gebrauch von **Liquid Ecstasy**, also der Gammahydroxybuttersäure **GHB**, oder ihrer Vorläufersubstanz Gammabutyrolakton **GBL**, die zu einer gesteigerten sexuellen Empfindung führen, aber wegen ihrer hohen Giftigkeit sehr schnell überdosiert werden und ja deswegen auch als K.O.-Tropfen so beliebt sind (»rape drug«).

Parallel zu den Selbstoptimierern gibt es in der modernen Partyszene eine Bewegung, die sich an den Erfahrungen der Hippies aus den 60er-Jahren des vorigen Jahrhunderts orientiert, also Aussteiger aus den gesellschaftlichen Zwängen, die über den Konsum raucherzeugender Partydrogen, also den



Zubereitung von Ayahuasca, einem psychedelisch wirkender Pflanzensud aus der Liane Banisteriopsis caapi und Blättern des Kaffeestrauchgewächses Psychotria viridis.

psychedelisch wirkenden Stoffen oder **Halluzinogenen**, eine Parallelwelt suchen: Das sind dann z.B. Drogen wie **Nexus** oder **2C-B** mit dem Wirkstoff Bromomescalin, oder **Ayahuasca** aus der Kaffeepflanze *Psychotria viridis*, zubereitet mit dem Sud der Amazonas-Liane *Banisteriopsis caapi*, mit N,N-Dimethyltryptamin als Wirkstoff, und als dritte **Hawaiian Baby Woodrose** mit dem Lysergsäureamid LSA als Inhaltsstoff, und sogar das alte **LSD**.

All diesen Substanzen gemeinsam ist ihr Ursprung aus pflanzlichen Bestandteilen und ihr historischer Gebrauch in schamanistischen und indigenen Ritualen, was ihnen den Nimbus »natürlicher« und somit ungefährlicher Wirkungen gibt, manche sprechen dann auch scherzhaft vom »Bio-LSD«.

Aus den Berichten vieler Jugendlicher wissen wir aber, dass diese Partydrogen ebenso viele unerwünschte Wirkungen zeigen wie die synthetischen, chemischen Drogen – so beschreiben viele beim Gebrauch von **Nexus**:

Herzrasen, Schweißausbrüche, Schwindelanfälle, Übelkeit, unscharfes Sehen, innere Unruhe bis hin zu Angstattacken, im schlimmsten Fall als sog. »Horrortrip«; auch hier kommt es beim Schnupfen zur lokalen Schädigung der Nasenschleimhaut mit heftigen Schmerzen; es können dabei auch Herpes-, Hepatitis- und HIV-Viren übertragen werden.

Bei der Modedroge **Ayahuasca** treten

neben den erwünschten psychedelischen Effekten, besonders mit gesteigerten Hörwahrnehmungen, fast regelhaft auf:

Übelkeit, Erbrechen und Durchfall, Blutdruckerhöhung; Schweißausbrüche, Gleichgewichtsstörungen und Schwindel; viele Jugendliche berichten von Angstzuständen und Verwirrung, typischerweise auch von Nahtoderfahrungen.

Beim Gebrauch von Teeaufgüssen aus der Windenpflanze **Hawaiian Baby Woodrose** (*Argyrea nervosa*) stehen die optischen Halluzinationen im Vordergrund, aber auch diese Gartenpflanze verursacht:

Übelkeit, Erbrechen und Bauchschmerzen, verbunden mit Herzrasen und Schweißausbrüchen; oft berichten Jugendliche auch über Ängste bis hin zu Panikattacken.

Suchttherapeuten sagen mir, dass sie einen Boom bei Mischungen von Partydrogen bemerken, die von jungen Menschen ausprobiert werden, und dass sie keine klare Linie mehr sehen. **Kombinationen verschiedener Partydrogen**, verharmlosend unter den Begriff »Psychonauten« gefasst, beinhalten in jedem Fall völlig unkalkulierbare Risiken im Hinblick auf ihre Wirkung und mögliche akute wie chronische gesundheitliche Folgen. Hiervon raten auch die in den Clubs aktiven Selbsthilfegruppen ab; deren Ziel ist eher auf Risikominimierung ausgerichtet, durch sogenanntes »Drug Checking«, also die laborchemische

Analyse angebotener Drogen, um deren Reinheitsgrad und die Inhaltsmengen zu bestimmen. Neben diesem Sicherheitsaspekt erhofft man sich natürlich über den sozialen Beziehungsaufbau dann auch Gespräche mit dem Ziel, Alternativen zum Drogengebrauch anzusprechen.

»Risikominimierung« ist hier das Zauberwort, ich kann dieses Konzept nur unterstützen, denn die Mehrheit unserer Jugendlichen kann Nein sagen, sich selbst abgrenzen, ohne sich sozial zu isolieren; im Gegenteil, sie liefern die Vorbilder für gemeinschaftlich positive Erfahrungen und Lebensfreude ohne den Zwang zu chemischen Stimuli.

Dr. Matthias Brockstedt

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin; Für den Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin bvjkj e.V. hat er an der Erstellung der S 3 – Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin zu den Fetalen Alkoholspektrumstörungen FASD (Landgraf, von Heinen 2016) mitgearbeitet.

Als *Beauftragter für stoffgebundene Suchtfragen* des Berufsverband bvjkj e.V. berät er den Vorstand und alle niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte Deutschlands.

Co-Autor des Lehrbuchs »Jugendmedizin« (Hgb. Stier, Weissenrieder und Schwab, Springer-Verlag, 2. Auflage 2018) mit einem Beitrag zu »Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen«.

»Entertain me! oder: Wenn die Suche zur Sucht wird...«



von Human-Friedrich Unterrainer

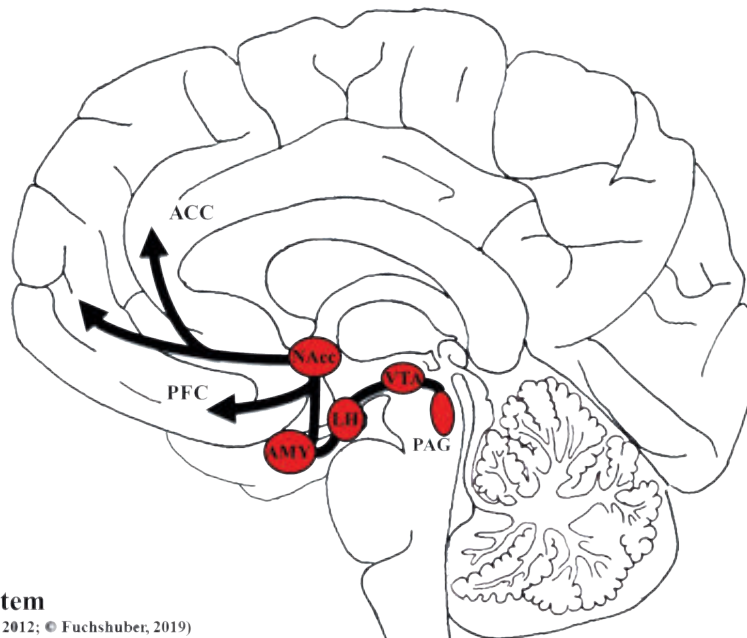
Der »Sucht«-Begriff leitet sich im Allgemeinen vom althochdeutschen »siech« (krank) ab bzw. findet sich das englische »addiction« im lateinischen »addicere« (versklaven) wieder. Obwohl oftmals und vielerorts zu Grabe getragen, hat der Suchtbegriff bis heute überlebt und ist vor allem umgangssprachlich bzw. in der klinischen Praxis nach wie vor sehr gebräuchlich.

Als Alternativen wären hier vor allem »Abhängigkeitserkrankungen« (engl.: substance dependence) oder auch »Substanzgebrauchsstörungen« (engl.: substance use disorders) denkbar, durchgesetzt haben sich aber beide Begriffe nicht wirklich. Neu hinzugekommen sind in dieses Verwirrspiel vor allem die »Verhaltenssüchte«, welche einen Sammelbegriff für die (verhaltensbezogene) Sucht nach neuen Medien (Internet, Handy, Computerspiele) oder auch nach Glücksspiel, Pornografie etc. darstellen.

Des Weiteren darf man unter »Sucht« eine schwere psychische Erkrankung verstehen – so schwer, dass sie oftmals mit dem Tod des betreffenden Individuums endet. »Sucht« tritt häufig mit anderen psychischen Erkrankungen auf (zum Beispiel Depression oder Schizophrenie) und trägt meist zur Verschlimmerung der jeweiligen Krankheitssymptomatik bei. Die Entstehung einer Suchterkrankung ist multikausal und multifaktoriell bedingt – oftmals finden sich schwere traumatisierende Erfahrungen (sehr oft Gewalt in der frühen Kindheit) als bestimmende Komponenten wieder. Daneben ist vor allem auf die soziale Dimension bei der Entstehung einer Suchterkrankung zu verweisen – vielfach findet der erste Drogenkonsum (bis hin zur Abhängigkeit) im Kreis der Familie und Freunde (Peers) statt. Eine Heilung von einer Suchterkrankung kann viele Jahre dauern, ist in vielen Fällen nicht möglich, und Rückfälle in süchtiges Verhalten gehören auch während der Therapie eher zum Regel- als zum Ausnahmefall. Obwohl »Sucht« schon seit vielen Jahrzehnten als Erkrankung gilt, kann diese noch immer eine Ausgrenzung und Isolation des betroffenen Menschen bedeuten. Oftmals wird der süchtige Mensch an den Rand der Gesellschaft gedrängt, was es ihm dann umso schwerer macht, von seiner Suchterkrankung loszukommen.

So weit einmal zur allgemeinen Faktenlage, auf deren Basis man sich dann doch die Frage stellen darf: Was hat denn eigentlich »Sucht« mit »Suche« zu tun? Eines scheint dabei vorweg klar zu sein – wir alle sind auf der Suche nach irgendetwas und wir alle weisen ein gewisses Suchtpotenzial auf, d. h., wir alle können bei misslichem Verlauf an einer Sucht erkranken. Was nun die Art und Weise der Suche angeht, so verändert sich diese wohl im Lauf des Lebens bzw. verändern sich auch die Dinge, nach denen wir suchen. Bei geglückter Entwicklung sollte sich diese Suche dem Schweizer Psychiater und Psychoanalytiker Carl G. Jung nach immer mehr von »irdischen« Gütern (zum Beispiel: Geld, Macht, Besitz) hin zu »überirdischen« Gütern (zum Beispiel: Liebe, Spiritualität) verlagern. Dementsprechend hat ja auch der amerikanische Psychologe Abraham Maslow das Bedürfnis nach Transzendenz auf die Spitze seiner nach ihm benannten Bedürfnispyramide gestellt.

Aus evolutionärer Perspektive ist diese Suche nicht nur auf den Menschen beschränkt, sondern findet sich schon im Tierreich wieder und ist dementsprechend in sehr basalen Gehirnregionen verankert. Die englischsprachige Forschung kennt hier den Begriff des »Seekings«, ein Suchverhalten, welches durch einen bestimmten Reiz (oder auch schon durch den Gedanken an diesen) ausgelöst wird. So lässt der Gedanke an einen leckeren Zebra-Happen den Löwen durch die Savanne streifen, genauso wie das Verlangen nach einem saftigen Schnitzel den Homo sapiens Viennensis (Wiener Stadtbürger) im Großstadtdschungel zum Wirten ziehen lässt. An diesem Punkt sollte man bedächtig innehalten: Nicht nur das Seeking spielt hier eine Rolle. So hat der Verhaltensbiologe Jaak Panksepp neben dem »Seeking« sechs weitere Primäremotionen postuliert und vor allem im



SEEKING-System

(nach Panksepp & Biven, 2012; © Fuchshuber, 2019)

Abbildung 1: Die Aktivierung des »Seeking« Systems im Gehirn (nach Fuchshuber, 2019).

Anmerkungen: PAG=Periaquäduktales Grau; VTA=Ventrales Tegmentum; LH=Lateraler Hypothalamus; AMY=Amygdala; NAcc=Nucleus Accumbens; PFC=Prä-frontaler Cortex; ACC=Anteriorer cingulärer Cortex.

Tierversuch evoziert und nachgewiesen: Als positive Emotionen wären hier noch »Fürsorge« (engl.: care), »Spieltrieb« (engl.: play) oder auch »sexuelle Stimulation« (engl.: lust) zu nennen, als negative Emotionen werden »Wut« (engl.: rage), »Angst« (engl.: fear) oder auch »Panik« (engl.: panic) beschrieben. All diese Emotionen können nun bei der Entstehung, dem Verlauf, aber auch der Therapie von Suchterkrankungen eine Rolle spielen, wobei dem »Seeking« eine besondere Bedeutung zukommt bzw. auch auf die Wichtigkeit von Angst- und Trauerreaktionen im Zusammenhang mit einer Suchterkrankung verwiesen wird.

Wie nun in Abbildung 1 schematisch dargestellt, findet über basale Gehirnregionen (PAG, VTA, LH, AMY) hinweg eine Aktivierung des Frontalcortex (ACC, PFC) bedingt durch den »Seeking«-Kreislauf (engl.: circuit) statt. Eine zentrale Bedeutung kommt hierbei dem Nucleus Accumbens (NAcc) zu. Dieses Hirnorgan befindet sich im unteren basalen Vorderhirn, wobei jede Hemisphäre des Gehirns einen NAcc besitzt. Die bekannteste Funktion des NAcc ist seine zentrale Rolle im Belohnungssystem. Bei angenehmen Handlungen (zum Beispiel Essen oder Sexualität) steigt die Dopamin-Produktion im NAcc drastisch an. Die Aktivierung des NAcc passiert allerdings nicht nur durch natürliche Verstärker, sondern kann auch zum Beispiel durch Drogenkonsum ausgelöst werden; auch kann der NAcc durch Musik stimuliert werden.

Des Weiteren wird die Aktivität dieser Hirnregion mit einer Reihe von psychischen Erkrankungen in Zusammenhang gebracht; hierzu zählen die Depression, ADHS oder eben auch die Suchterkrankungen. Auch aus bindungstheoretischer Perspektive erscheint der NAcc von Interesse. So spielt der NAcc eine zentrale Rolle in der Bildung von affektiven Beziehungen (Familie, Freundschaft, Partnerschaft) bzw. wird dieser auch dann aktiviert, wenn wir in sozialen Beziehungen zurückgewiesen werden.

Um jetzt aber nach diesem Ritt durch die Neurobiologie wieder zum Ausgangspunkt bzw. zu unserer Fragestellung zurückzukehren, ob und wann eine Suche zur Sucht(erkrankung) werden kann, stellt auch die Persönlichkeitspsychologie einige interessante Konstrukte bereit. Dem Grundkonzept des »Seekings« entsprechend findet sich hier zum Beispiel »Sensation Seeking« oder auch »Novelty Seeking« – die ständige Suche nach Neuem oder auch nach Veränderung. Hier lassen sich dann oftmals süchtige Verhaltensmuster erkennen – der Übergang zur Sucht ist sicher verlaufend bzw. eine Grenze ist schwierig festzumachen. Der Mensch setzt sich selbst immer neue Grenzen, wahrscheinlich auch deshalb, um diese Grenzen durch die Erweiterung seiner Möglichkeiten auch wieder zu durchbrechen. Der Grenzgänger mag in diesem Sinne ein ewig Suchender sein, der natürlich Gefahr läuft, an seiner Suche zugrunde zu gehen. Seine eigenen Grenzen

nicht wahrnehmen zu können bzw. diese auch bewusst zu überschreiten, gehört zum Wesen der Sucht. Möglicherweise hat der süchtige Mensch seine Suche bereits aufgegeben oder er bleibt ein ewig Suchender.

Zur weiteren Lektüre:

Di Chiara, G., Bassareo, V., Fenu, S., De Luca, M. A., Spina, L., Cadoni, C., ... & Lecca, D. (2004). Dopamine and drug addiction: the nucleus accumbens shell connection. *Neuropharmacology*, 47, 227-241.

Panksepp, J., & Biven, L. (2012). *The archaeology of mind: neuroevolutionary origins of human emotions* (Norton series on interpersonal neurobiology). WW Norton & Company.

Unterrainer, H. F. (2017). Sucht als Bindungsstörung: Eine bio-psycho-sozio-spirituelle Perspektive. *Spiritual Care*, 6(1), 99-102.

Unterrainer, H. F., Hiebler-Ragger, M., Rogen, L., & Kapfhammer, H. P. (2018). Sucht als Bindungsstörung. *Der Nervenarzt*, 89(9), 1043-1048.

Zellner, M. R., Watt, D. F., Solms, M., & Panksepp, J. (2011). Affective neuroscientific and neuropsychanalytic approaches to two intractable psychiatric problems: why depression feels so bad and what addicts really want. *Neuroscience & Bio-behavioral Reviews*, 35(9), 2000-2008.

PD Dr. 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

Spurensuche

Himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt

Unsere Zeit ist geprägt von Manipulationen durch Medien, die uns falsche Werte vermitteln und das Gefühl geben, nicht gut genug zu sein. Was schön ist, was gut schmeckt oder was glücklich macht, wird uns eingeredet und nimmt oft die Möglichkeit zur Selbsterkenntnis. Um die Bedürfnisse, die laut um Hilfe schreien, zum Schweigen zu bringen, ist für viele die schnelle Lösung eine Substanz. Neugier, Grenzenlosigkeit und »Genug ist zu wenig« waren mein Antrieb für den Kampf um Ansehen, Selbstwert und Befriedigung zu erreichen. Was andere haben und können, das will ich auch! Intensiver empfinden oder weniger schlafen, um Unmögliches möglich zu machen – klar doch, alles geht. Selbstwert, Ansehen und Machtgefühle steigern – egal um welchen Preis. Am Ende bleibt wenig über, denn tief in diesen Abhängigkeiten entsteht ein Vakuum, und die vermeintliche Fülle wird zur Leere. Setzt Erschöpfung ein oder wirken die Substanzen nicht mehr, bleiben am Ende nur mehr Depression, Einsamkeit oder eine Co-Abhängigkeit. Nach jahrelanger Grenzenlosigkeit und Selbstzerstörung, bin ich in einer starken substanzgebundenen Sucht gelandet. Der erste Schritt eines Entzugs und danach eine Langzeittherapie war das Beste, was mir passieren konnte. Anfangs fühlt sich alles unüberwindlich an, doch mit der Zeit stellte sich raus, dass Geduld und Ausdauer das unmöglich Erscheinende Ressourcen zu fördern und die Kraft dorthin zu lenken, wo es sich lohnt, waren für mich der wichtigste Teil auf dem Weg in ein nüchternes Leben. Oft sind es die kleinen Dinge, die Kraft geben. Viele Menschen definieren sich über die Größe ihres TV-Gerätes, Autos oder die Höhe ihres Bankkontos, und dennoch sind alle diese Dinge wertlos. Verliert man das alles, bleibt nur mehr man selbst über. Wo man seine Kraft hinlenkt, dort fängt sie an zu wachsen. Ich habe herausgefunden, dass mir die wertvollen Dinge des Lebens, wie Liebe, Wertschätzung und Aufmerksamkeit mir und anderen gegenüber, die Kraft schenken, um glücklich zu sein. Das will ich nicht mehr vermissen, und kein Rausch kann mir das bieten. Ich wünsche allen, die um ein nüchternes Leben kämpfen, viel Liebe, Kraft und Durchhaltevermögen! Es lohnt sich!

Christian, 40

Meine Erfahrung mit psychoaktiven Substanzen

Ich habe unterschiedliche Erfahrungen mit Magic Mushrooms gemacht. Als ich sie das erste Mal konsumiert habe, war ich mit einem Freund in Amsterdam. Wir haben die Pilze legal im Geschäft gekauft. Ich hatte noch keine Erfahrung mit halluzinogenen Substanzen und die Pilze wirkten extrem stark. Anfangs war alles recht lustig, die Gebäude wurden höher, sie krümmten sich, der Weg wurde hügelig und die Farben waren grell. Bis dahin ging es mir noch gut. Als wir uns aber verirrten und auf den Stadtplan schauten, fing der Schok an zu drehen und wurde unleserlich. Der Horrortrip begann. Ich geriet außer Kontrolle, wurde panisch und als ich meinen Freund aus den Augen verlor, überfiel mich eine starke Paranoia. Als ich alleine dastand, wurde die Halluzination immer stärker und ich sah die Köpfe der vorbeigehenden Menschen circa einen Meter hinter dem Körper. Ich bekam eine starke Panikattacke, erstarrte und hörte vor Schock auf zu atmen. Mir schossen die schrägsten Gedanken durch den Kopf, ein Gedanke war, dass ich gestorben sei. Als mich und wir gingen zum Hotel. Ich war immer noch stark paranoid und war irgendwie voll neben der Spur. Ich konnte mir einfach nicht erklären, was passiert war - warum hatte ich die Köpfe von den Menschen abgetrennt gesehen und warum dachte ich, dass ich tot sei? Erst als mich mein Freund darauf ansprach, dass wir Mushrooms genommen haben, ging mir ein Licht auf und mir wurde klar, wieso ich das alles erlebt hatte. Mein Freund hatte Angst, ich würde hängen bleiben, und ich glaube, ich wäre es auch, hätte der Zustand nicht bald aufgehört. Das war mir dann eine Lehre für vier Jahre, so lang habe ich keine halluzinogenen Substanzen mehr konsumiert. Später, als ich Mushrooms konsumiert habe, nahm ich kleinere Mengen. Ich hatte positive Gefühle und nur leichte Halluzinationen. Jedoch sind halluzinogene Substanzen sehr gefährlich und man muss vorsichtig sein, ich hatte Glück, dass ich keine Schizophrenie entwickelt habe und dass ich nicht hängen geblieben bin.

anonym

Konsum von »Partydrogen« bei jungen Menschen



von Laura Kravanja



von Lisa Brunner

Zu den »Partydrogen« werden üblicherweise illegale Stimulanzien wie Ecstasy, Kokain und Amphetamin, z. T. auch Halluzinogene wie LSD gezählt. Sie werden auf Partys und Feiern konsumiert, um Spaß zu haben, nicht müde zu werden, sich lockerer zu fühlen, Hemmungen abzubauen und um leichter mit anderen in Kontakt zu kommen.

Cannabis wird zwar oft nicht als »klassische Partydroge« betrachtet, wird jedoch in der Partyszene häufig mit Stimulanzien wie Ecstasy kombiniert – entweder mit kurzem zeitlichen Abstand, um die Wirkung des Ecstasys zu verstärken, oder mit einigem zeitlichen Abstand zum »Runterkommen«, also um die Wirkung abzuschwächen (s. auch Piontek & Hannemann, 2015, S. 19). Zudem werden illegale psychoaktive Substanzen oft gemeinsam mit Alkohol konsumiert. Der Mischkonsum verschiedener psychoaktiver Substanzen ist sehr problematisch, da sich die Substanzen in ihrer Wirkung potenzieren können und es zu teils gefährlichen und nur schwer vorhersehbaren Wechselwirkungen kommen kann.

Zahlen aus Bayern und von der Wiener Info- und Beratungsstelle zum Thema Freizeitdrogen checkit!, die sich schwerpunktmäßig an junge Menschen im Bereich Party und Feiern richtet, lassen darauf schließen, dass Personen zwischen 20 und 30 Jahren den größten Teil jener ausmachen, die im Party-Setting Substanzen konsumieren: In einer Erhebung zu Substanzkonsum in der jungen Ausgehszene in Bayern lag der Altersdurchschnitt bei 23 Jahren (Piontek & Hannemann, 2015, S. 6). Bei checkit! machen die 20- bis 29-Jährigen mit 47 Prozent die größte Altersgruppe in der Beratung aus, gefolgt von den 30-Jährigen und Älteren (34 %). 18 Prozent sind jünger als 20 Jahre (SHW, 2019, S. 35).

Ohne Zweifel ist die Konsumprävalenz illegaler Stimulanzien in der Partyszene höher als in der Allgemeinbevölkerung, wie auch die Ergebnisse der Erhebung in Bayern zeigen (s. Piontek & Hannemann, 2015).

Spezifische Zahlen zum Substanzkonsum junger Menschen im Kontext Party und Feiern liegen für Österreich jedoch leider nicht vor. Indirekte Schlüsse können u. a. aus den bei checkit! in Beratungsgesprächen thematisierten Substanzen gezogen werden. Im Rahmen der

Eventbetreuung von checkit! werden MDMA und Ecstasy am öftesten thematisiert, gefolgt von Kokain, »Speed« und LSD (SHW, 2019, S. 38).

Die Bedeutung Neuer Psychoaktiver Substanzen (NPS) im Party-Setting ist laut Analysen von checkit! seit 2010 rückläufig (auch wenn in diesem Zeitraum die Anzahl der unterschiedlichen NPS-Verbindungen gestiegen ist) (SHW, 2019, S. 12; s. auch Horvath, et al., S. 64 ff.).

Alkoholkonsum junger Menschen

Doch auch wenn in Partyszenen anders konsumiert wird als in der Allgemeinbevölkerung, ist der Stimmungsmacher und die »Partydroge« Nummer 1 die legale Substanz Alkohol. Das liegt einerseits an seiner (erwarteten) Wirkung. Während größere Mengen Alkohol negative Auswirkungen auf das Befinden haben, bewirken geringe Mengen meist ein Gefühl der Entspannung und Heiterkeit, Kontaktfreudigkeit sowie einen vorübergehenden Abbau von Ängsten und Hemmungen (mindbase.at, 30.01.2020).

Damit übereinstimmend sind auch die Alkohol-Konsummotive junger Menschen überwiegend hedonistischer Natur. In der SchülerInnenbefragung ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) 2015 gab jeweils ein Viertel der SchülerInnen der 9. und 10. Schulstufe (14 bis 17 Jahre) an, meistens bzw. immer Alkohol zu trinken, weil es ihnen hilft, bei Partys Spaß zu haben, bzw. weil ihnen Partys und Feiern damit mehr Spaß machen und das soziale Beisammensein unterhaltsamer wird. Nur vier bis acht Prozent berichteten, Alkohol zu trinken, weil es ihnen hilft, wenn sie sich depressiv oder nervös fühlen, um sich bei schlechter Stimmung aufzuheitern oder um Probleme zu vergessen (Strizek et al., 2016, S. 27 f.).

Andererseits spielt auch die – im Vergleich zu illegalen Substanzen – sehr leichte Verfügbarkeit von Alkohol eine wichtige Rolle. Zudem ist der Konsum



Partys erlauben, gemeinsam anders zu sein. Sie sind Bühne und Spielplatz. Rausch und Ekstase spielen hier eine entscheidende Rolle.

von Alkohol bei Feierlichkeiten in Österreich kulturell tief verwurzelt.

Dass Alkoholkonsum unter jungen Menschen in Österreich weit verbreitet ist, zeigen auch die Daten unterschiedlicher Befragungen. So hat ein sehr großer Teil der Oberstufen-SchülerInnen bereits Konsumerfahrungen mit Alkohol gemacht. In der Studie »Health Behavior in School-aged Children« (HBSC) 2018 gaben 81 Prozent der SchülerInnen der 9. und 11. Schulstufe und in der ESPAD-Studie 2015 88 Prozent der SchülerInnen der 9. und 10. Schulstufe an, bereits einmal Alkohol konsumiert zu haben. In etwa zwei Drittel berichteten, im vergangenen Monat Alkohol getrunken zu haben. Je älter die SchülerInnen sind, desto eher haben sie Konsumerfahrungen mit Alkohol. Tendenziell ist der Anteil an Mädchen, die schon einmal Alkohol getrunken haben, etwas höher, große Unterschiede zwischen Mädchen und Burschen gibt es in diesem Alter aber nicht (Teutsch et al., 2019, S. 26 f.; Strizek et al., 2016, S. 18 f.).

Bei der Altersgruppe Anfang 20 ist ein regelmäßiger Alkoholkonsum durchaus üblich, denn 39 Prozent der 20- bis 24-Jährigen trinken laut Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015

mindestens einmal die Woche Alkohol. 15 Prozent in diesem Alter weisen einen problematischen, längerfristig gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum auf, d. h., sie trinken durchschnittlich mehr als 40 Gramm (Frauen) bzw. 60 Gramm (Männer) reinen Alkohol pro Tag (Bachmayer et al., 2020, S. 55 ff.).

Wie sieht es bei anderen psychoaktiven Substanzen aus?

Während bereits die Erhebung des Alkoholkonsums mittels Befragung mit Verzerrungen (Unterrepräsentation von Personen mit problematischen Konsummustern, sozial erwünschtes Antwortverhalten etc.) konfrontiert ist, ist es in Bezug auf weitere psychoaktive Substanzen noch schwieriger, valide Daten zu erhalten, aus denen seriöse Aussagen abgeleitet werden können. Das liegt unter anderem an der Tatsache, dass auch illegale Substanzen abgefragt werden, sowie am Alter und an der Befragungssituation der Jugendlichen (z.B. in Schulklassen). Die berichteten Prävalenzen müssen daher mit Vorsicht interpretiert werden.

Cannabis ist die am häufigsten konsumierte illegale psychoaktive Substanz.

Fast ein Drittel (29 %) der Jugendlichen und jungen Erwachsenen (15 bis 24 Jahre) gab in der Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015 an, mindestens einmal im Leben Cannabis probiert zu haben, knapp acht Prozent berichteten, im letzten Monat konsumiert zu haben (Horvath et al., 2019, S. 59). In SchülerInnenbefragungen gab ca. ein Fünftel der SchülerInnen (9. bis 11. Schulstufe) an, bereits einmal im Leben Cannabis konsumiert zu haben. Etwa acht bis zehn Prozent der SchülerInnen berichteten einen Konsum im letzten Monat. Burschen tendieren generell stärker zum Cannabiskonsum als Mädchen – sowohl die Lebenszeit- als auch die Letztmonatsprävalenz ist bei ihnen höher (Teutsch et al., 2019, S. 30; Strizek et al., 2016, S. 40). In den meisten Fällen ist jedoch von einem sporadischen Konsum bzw. Probierkonsum auszugehen, nur bei ca. einem Prozent der SchülerInnen ergeben sich laut ESPAD-Studie 2015 Hinweise auf ein problematisches Konsumverhalten (Strizek et al., 2016, S. 40 ff.).

Bei anderen psychoaktiven Substanzen sind die Prävalenzen deutlich geringer als bei Alkohol und Cannabis. Es ist daher zu bedenken, dass die bereits

→ Seite 26

erwähnten systematischen Fehler im Prozentbereich die tatsächlichen Ergebnisse überlagern können (s. auch Strizek et al., 2016, S. 47).

Hinsichtlich des Konsums von illegalen Stimulanzien (Ecstasy, Amphetamin, Kokain) ist bei Jugendlichen von sehr niedrigen Prävalenzen auszugehen, die berichtete Lebenszeiterfahrung von SchülerInnen der 9. und 10. Schulstufe liegt bei zwei bis drei Prozent (Horvath et al., 2019, S. 64). Die Konsumerfahrung der Jugendlichen mit LSD oder anderen Halluzinogenen ist laut eigenen Angaben ähnlich gering (Strizek & Uhl, 2016, S. 69).

Werden Jugendliche gefragt, wie riskant sie den Konsum von Stimulanzien wie Ecstasy und Amphetamin für ihre Gesundheit einschätzen, zeigt sich – wie im Übrigen auch hinsichtlich des Alkohol- und Cannabiskonsums –, dass die Risikoeinschätzung der Jugendlichen immer auch von ihrem eigenen Konsumverhalten abhängt. D. h., konsumierende Jugendliche schätzen den Konsum weniger riskant ein als Jugendliche ohne Konsumerfahrung (s. auch Strizek et al., 2016).

Es zeigen sich aber auch große Unterschiede zwischen den Substanzen. Während in der SchülerInnenbefragung ESPAD nur ein Viertel der befragten SchülerInnen, die schon einmal Ecstasy konsumiert haben, den Probierkonsum als riskant einschätzen (im Vergleich zu 71 % der Jugendlichen ohne Konsumerfahrung), wird der Probierkonsum von Amphetamin auch von einem Großteil der konsumierenden Jugendlichen als riskant beurteilt (57 % im Vergleich zu 75 % der Jugendlichen ohne Konsumerfahrung) (Strizek et al., 2016, S. 52 f.). Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass der Konsum von Amphetaminen für die Jugendlichen öfter mit negativen Konsequenzen einhergeht als der Konsum von Ecstasy. Der regelmäßige Konsum von Ecstasy oder Amphetaminen wird von Jugendlichen mehrheitlich als gesundheitsriskant eingestuft (Strizek et al., 2016, S. 52 f.).

Spaßbremse Suchtprävention?

Feiern ist ein Ritual, an dem Menschen an bestimmten Orten und zu bestimmten Zeiten zusammenkommen. Feiern und Partys sind Ausdruck menschlicher Sehnsucht nach Zusammensein. Sonst übliche Regeln des Zusammenseins werden durch (wie auch immer

Partys sind Ausdruck menschlicher Sehnsucht nach Zusammensein. Übliche Regeln des Zusammenseins werden durch Rausch überwunden.

geratenen) Rausch überwunden: Partys erlauben, gemeinsam anders zu sein. Sie sind Bühne und Spielplatz. Rausch und Ekstase spielen hier eine entscheidende Rolle (Böckem et al., 2015, S. 163 ff.). Substanzkonsum ist immer auch Ausdruck einer gesellschaftlichen Haltung, mittels derer soziale Positionen beansprucht und Zugehörigkeiten verdeutlicht werden. Es ist Identitätsdarstellung und -findung, auch immer im Kontext der jeweiligen Konsumsituation. Selbst wenn diese im Kontext von Party und Feiern »Kontrolllosigkeit« ausdrückt (Koler, 2014, S. 16.).

In der Suchtprävention ist es besonders wichtig, sich einerseits mit den individuellen Konsummotiven und den Wirkungserwartungen, andererseits aber auch dem jeweiligen Party-Setting (Konsumsituationen) auseinanderzusetzen und sie mitzudenken.

Aufgabe der Suchtprävention im Kontext »Partydrogen« muss auf jeden Fall sein, (junge) Menschen, die Substanzen konsumieren, dabei zu unterstützen, Risiken so weit wie möglich zu reduzieren und kontrollieren zu können. Es geht natürlich um Vermeidung negativer Konsequenzen, aber auch um die Förderung von Risikokompetenzen im Umgang und Gebrauch mit Substanzen. Bewusstes und verantwortungsvolles Feiern bedeutet in erster Linie einmal, bewusste Entscheidungen und – je nach Alter und Geschlecht und Form der Party – Vorsichtsmaßnahmen zu treffen. Diese können nur durch Reflexion, Vorausschau und Selbstkontrolle gestaltet werden (Böckem et al., 2015, S. 166 f.). Diese Fähigkeiten und Fertigkeiten gilt es zu fördern, zu unterstützen und die sachliche Wissensvermittlung und Beratung inklusive Drug-Checking-Angeboten weiter auszubauen.

Sowohl für Fachkräfte und MultiplikatorInnen, als auch für Eltern, Jugendliche und junge Erwachsene selbst bietet das Buch »High sein. Ein Aufklärungsbuch« (siehe Literaturverzeichnis) zahlreiche ausgezeichnete Tipps und Anregungen für einen (positiven) Umgang mit Rausch und Party, die hier aus Platzgründen leider nicht angeben werden können. Das Buch ist eine absolute

Empfehlung für alle Interessierten und in diesem Bereich tätige KollegInnen.

Literatur

- Bachmayer, S., Strizek, J., Hojni, M. & Uhl, A.** (2020). Handbuch Alkohol – Österreich. Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2019, 8. Aufl. Wien: Gesundheit Österreich.
- Böckem, J., Jungaberle, H. & Kluttig J.** (2015). High Sein. Ein Aufklärungsbuch. Berlin.
- Flash Eurobarometer 401.** (2014). Young people and drugs. Results per country. Brüssel: Europäische Kommission.
- Horvath, I., Anzenberger, J., Busch, M., Schmutterer, I., Tanios, A. & Weigl, M.** (2019). Bericht zur Drogensituation 2019. Wien: Gesundheit Österreich.
- Koler, P.** (2014). Rausch und Identität – Jugendliche in Alkoholszenen. In: Elsen, S., Fargion, S., Lorenz, W., Brixener Studien zu Sozialpolitik und Sozialwissenschaft, Band 1.
- mindbase.at**, abgerufen am 30. Jänner 2020, von <https://mindbase.at/sucht/alkohol/>
- Piontek, D. & Hannemann, T.-V.** (2015). Substanzkonsum in der jungen Ausgehscene. München: IFT Institut für Therapieforchung.
- SHW** (2019). Bereich Suchtprävention. Tätigkeitsbericht 2018. Wien: Suchthilfe Wien.
- Strizek, J. & Uhl, A.** (2016). Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch. Band 3: Kreuztabellen. Wien: Gesundheit Österreich.
- Strizek, J., Anzenberger, J., Kadlik, A., Schmutterer, I. & Uhl, A.** (2016). ESPAD Österreich. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Band 1: Forschungsbericht. Wien: Gesundheit Österreich.
- Teutsch, F., Ramelow, D., Maier, G., & Felder-Puig, R.** (2019). Lineartabellen zu den Ergebnissen der HBSC-Studie 2018. Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern in Österreich. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK).

Mag.^a Laura Kravanja, BA MSc

Masterstudium Sozioökonomie (Wien), Bachelorstudium Soziologie (Salzburg), Diplomstudium Psychologie (Salzburg)
Wissenschaftliche Referentin am Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH

Mag.^a Lisa Brunner

Diplomstudium Publizistik- und Kommunikationswissenschaften und Pädagogik (Wien), Früherziehungs- und Kindergartenpädagogik (Klagenfurt)
Leiterin des Instituts für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH, Obfrau der Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung

52. Jahrestagung der »Deutschsprachigen Gesellschaft für Kunst und Psychopathologie des Ausdrucks« in Innsbruck

Wie in jedem Jahr fand auch in diesem die Jahrestagung der »Deutschsprachigen Gesellschaft für Kunst und Psychopathologie des Ausdrucks (DGPA)« statt, heuer zum 52. Mal, vom 24. – 26. Oktober 2019 in Innsbruck. Genauer Veranstaltungsort des Geschehens war dabei der Kaiser-Leopold-Saal der Universität Innsbruck, welcher ein wirklich sehr stimmungsvolles Ambiente für diese Tagung bot. Das »Matronat« für die Veranstaltung hatte dankenswerterweise Frau Univ.-Prof.in Dr.in Anna Buchheim, Dekanin der Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaften an der Universität Innsbruck, übernommen. Zur Frage, was die DGPA eigentlich ist, erlaube ich mir die Internetseite der Vereinigung für eine mögliche Definition zu zitieren (<https://www.dgpa.org>). So ist es Aufgabe der DGPA, »... Spuren des Humanen in Lyrik und Schauspiel, Vers und Prosa, in Musik, Tanz, Bildender Kunst, also allen Erscheinungsformen des menschlichen Geistes zu suchen...«. Etwas einfacher formuliert geht es um die Beziehung von Kunst und Psyche im Allgemeinen bzw. den künstlerischen Ausdruck von psychiatrischen PatientInnen im Besonderen. Hier wird als zentrales Thema die Auseinandersetzung mit »Art brut« (französisch für »rohe Kunst«; nach Jean Dubuffet; vgl. von Beyme et al., 2018) genannt. Diese Bezeichnung ist ein Sammelbegriff für autodidaktische Kunst von Laien, Kindern, Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder einer geistigen Behinderung. In der englischen Sprache findet sich auch der Begriff »Outsider Art« (Außenseiter-Kunst).

Dementsprechend weist vieles in der DGPA auf das Wirken des Kunsthistorikers und Mediziners Dr. Hans Prinzhorn (1886–1993) hin. Dieser begann als Assistenzarzt an der Psychiatrischen Klinik Heidelberg künstlerische Werke von psychiatrischen PatientInnen aus Österreich, Deutschland und der Schweiz zu sammeln. Einen Überblick über diese Sammlung lieferte er in seinem Buch »Bildnerei der Geisteskranken« (1923). Dr. Prinzhorn beschäftigten vor allem gestaltungspsychologische Fragestellungen. So ging er davon aus, dass man verschiedene Gestaltungstribe dafür verantwortlich

machen könnte, dass aus einem ursprünglichen Ausdrucksdrang eine künstlerische Schöpfung wird. Die künstlerischen Werke der psychiatrischen PatientInnen schienen dabei besonders gut geeignete Illustrationen seiner Theorie zu sein – diese hielt er für Eruptionen des Unbewussten. Unwesentlich erachtete er Rationalität und Mitteilungsbedürfnis – der schriftliche Ausdruck rangierte in seinem Kreativitätsmodell an letzter Stelle (vgl. von Beyme et al., 2018). Die DGPA vergibt im Andenken an die Leistungen von Dr. Prinzhorn einmal im Jahr die Prinzhorn-Medaille. Im Jahr 2019 wurde diese Medaille an Herrn Univ.-Prof. Dr. Hans-Peter Kapfhammer, Vorstand der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Medizinische Universität Graz, verliehen, der sich dafür u. a. mit einem sehr schönen Festvortrag zur Thematik »Pathos, Leiden, Ausdruck bei konversionshysterischen Störungen« bedankte.

Das volle Programm der Konferenz kann im Internet eingesehen werden (<https://www.dgpa.org>), deshalb sei hier nur auf vereinzelte Beiträge verwiesen. So gab Herr Univ.-Prof. Dr. Hartmann Hinterhuber unter dem Titel: »Ausdrucks kraft, Pathos und Leiden in den ‚Charakterköpfen‘ von Franz Xaver Messerschmidt (1736-1783)« eine äußerst gelungene Einführung in die Arbeit dieses genialen Bildhauers, der durch seine Darstellung menschlicher Grimassen posthum Weltruhm erlangte. Des Weiteren gewährte uns Dr. Hubertus Blümel Einblicke in seine Arbeit mit Resonanzbildern, bei denen innere Stimmungen von PatientInnen sehr spontan auf Papier zum Ausdruck gebracht werden. Ich persönlich empfand den Vortrag von Priv.-Doz. Dr. Thomas Röske, dem Leiter des Museums Sammlung Prinzhorn in Heidelberg, als besonders spannend, welcher mit »Der Schrei in Malerei, Zeichnung und Skulptur – ein offenes pathognomisches Zeichen« betitelt war.

Erfreulicherweise wurde uns in diesem Jahr ebenfalls die Möglichkeit gegeben, die suchttherapeutische Arbeit des Vereins *Grüner Kreis* und das Projekt »Kunst im Grünen Kreis« näher vorzustellen. Mein Kollege Kurt Neuhold, welcher das Projekt »Kunst im Grünen Kreis« schon

seit vielen Jahren betreut, und ich in meiner Eigenschaft als Leiter des Zentrums für Integrative Suchtforschung im Verein *Grüner Kreis* hatten für unsere gemeinsame Präsentation den Titel »Verletzlichkeit – Selbstwert – Transformation: Kreativität in der Suchttherapie« gewählt. Hier konnte – nach einer einführenden Darstellung der bio-psycho-sozial bedingten Genese von Suchterkrankungen und der bindungstheoretisch basierten Sichtweise von Sucht in der Langzeittherapie – darauf aufbauend eine Vorstellung der Ergebnisse verschiedener Kunstprojekte erfolgen. Den Abschluss unserer Präsentation bildete ein kurzer Animationsfilm, welcher (unter der Leitung von Ernst Spiessberger) im Rahmen von »Kunst im Grünen Kreis« produziert wurde. Story, Bildgestaltung, Animation, Text und Musik wurden von den PatientInnen selbstständig erarbeitet. Kurt Neuhold verfolgt in seiner Arbeit mit den PatientInnen des Vereins *Grüner Kreis* den für mich bemerkenswerten Ansatz, den Fokus auf die Produktion von Kunst zu legen. Hier ergibt sich ein Kontrast zu herkömmlichen kreativtherapeutischen Programmen, in welchen ja weniger der künstlerische bzw. ästhetische Aspekt, sondern vielmehr der Ausdruck der psychischen Befindlichkeit durch kreative Medien im Vordergrund steht (vgl. dazu ergänzend Knafo, 2008).

Inhaltlich gesehen war die DGPA-Tagung 2019 eine wirklich sehr spannende Veranstaltung mit durchwegs ausgezeichneten Beiträgen, welche beweisen, dass auch hochkarätige Veranstaltungen abseits vom wissenschaftlichen Mainstream möglich sind. Die Auseinandersetzung mit der Rolle der Kunst im psychiatrischen als auch psychotherapeutischen Kontext bleibt für mich eine hochattraktive Angelegenheit, die ich sehr gern weiterverfolgen werde.

Literatur kann in der Redaktion nachgefragt werden.

PD Dr. 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*

Über die Fähigkeit, sich zu binden: Oxytocin & Substitutionstherapie



von Jasmin Tatzler

Welche Bedeutung Bindung im Leben des Menschen einnimmt, tut sich bereits am Beginn unserer Existenz auf, nämlich dann, wenn wir nicht vor die Wahl gestellt werden, ob wir uns an jemanden binden möchten oder nicht. So tauchen wir nicht plötzlich aus dem Nichts auf, sondern werden von jemandem in die Welt geboren und damit unweigerlich mit dem in Beziehung gesetzt, was uns umgibt.

Evolutionär dem Menschen in die Wiege gelegt, dient Bindung dazu, unser Überleben zu sichern. Vom ersten Moment an stehen wir somit, als Individuum ausgerichtet auf unser soziales Umfeld, mit selbigem im ständigen, dialogischen Wechselspiel (Feldman, 2012). Basierend auf ersten Interaktionen mit primären Bezugspersonen, insbesondere der Mutter, werden dabei bereits am Beginn unseres Lebens sogenannte »innere Arbeitsmodelle« in Bezug auf uns selbst und andere geformt (Bowlby, 1988). Damit sind mentale Bindungsrepräsentanzen gemeint, auch Bindungserwartungen, welche sich nicht nur auf behavioraler Ebene im Beziehungsverhalten, sondern auch auf neuronaler Ebene im Gehirn abzeichnen (Bowlby, 1988; Milch & Sahhar, 2010). Einmal

verinnerlicht, werden sie unsere treuen Begleiter. Gleich, ob in Zeiten der Freude oder des Aufruhrs, immer wieder suchen wir sie auf, wenden wir uns ihnen zu. Sie dienen uns als Referenzpunkt, um unsere Erwartungen und Interpretationen von Beziehung an ihnen auszurichten.

Hierfür entscheidend ist die Qualität der Mutter-Kind-Dyade, zumal sie die Grundlage für die Gehirnentwicklung des Kindes ist. Ebenda wird der Säugling zum Kind seiner Mutter (Feldman, 2012). Für die Entwicklung von Urvertrauen in das Gegenüber, das Erlernen adäquater Affektregulierung und die Ausbildung eines sicheren Bindungsstils braucht es sensibel auf den Säugling abgestimmte mütterliche Fürsorge, die es ihm ermöglicht, soziale Prozesse zu verarbeiten, negative Emotionen zu regulieren und physiologischen Stress zu bewältigen. Mangelnde Synchronizität zwischen Mutter und Kind hingegen stört den Erwerb früher regulatorischer Fähigkeiten des Säuglings und behindert infolgedessen kognitives, physiologisches und sozial-emotionales Wachstum (Feldman, 2007; Murray et al., 1997). Vor diesem Hintergrund ist nicht verwunderlich, dass ein Mangel an positiven Bindungserfahrungen die Entstehung von Psychopathologie begünstigt (Belsky, 1997; Sheinbaum et al., 2015).

Befasst man sich mit den Erkenntnissen der Bindungsforschung der vergangenen Jahre, wird deutlich, dass Bindung zudem als neurobiologisches System verstanden werden kann. Oxytocin, vom griechischen »okytokos« abstammend, zu Deutsch »leicht gebärend«, ist ein Neuropeptid der Gruppe der Proteohormone, welches seinem Namen entsprechend aufgrund seiner Rolle im Geburtsprozess bekannt wurde. Darüber hinaus ist es jedoch wesentlich an der Herstellung von Bindung (Feldman, 2017) sowie Affektregulierung (Fonagy et al., 2007; Schindler et al., 2005) und Bindungsfähigkeit beteiligt (Andari et al., 2010; Galbally et al., 2011; Guastella et al., 2010). Im Hypothalamus gebildet wird Oxytocin als Reaktion auf soziale Interaktion ausgeschüttet (Kosfeld et al., 2005; Krause et al., 2016; Pierrehumbert et al., 2012; Tops et al., 2007) und folglich als biochemisches

Korrelat von Bindung angesehen (Insel & Young, 2001; Kosfeld et al., 2005; Tops et al., 2007). In Anlehnung an das »Calm and Connect«-Modell (Uvnäs-Moberg, 2003), welches besagt, dass Beziehung, erlebt durch Berührung und soziale Zuneigung, zu einer Ausschüttung von Oxytocin führt und infolgedessen die soziale Bindung stärkt, konnten zahlreiche Studien einen unsicheren Bindungsstil mit Beeinträchtigungen des Oxytocin-Systems im Menschen in Verbindung bringen (Galbally et al., 2011; Jobst et al., 2016; Kosfeld et al., 2005; Pierrehumbert et al., 2012). Ein vermehrt unsicherer Bindungsstil sowie verringerte Oxytocin-Spiegel finden sich auch unter Suchtkranken (McGregor & Bowen, 2012; Panksepp & Bernatzky, 2002; Peters et al., 2012), während die Verabreichung von Oxytocin eine Abschwächung von Suchttoleranz, Entzugssymptomen und dem Verlangen nach der Droge über alle Substanzklassen hinweg bewirkt (Bowen & Neumann, 2017; Kovács et al., 1998), sodass individuelle Unterschiede bezüglich des endogenen Oxytocin-Systems im Menschen als möglicher Vulnerabilitätsfaktor hinsichtlich der Entstehung von Sucht in Betracht gezogen werden können. Hierbei wird nachvollziehbar, warum das Interesse an Oxytocin als mögliche Behandlungsmethode für Suchterkrankungen in den letzten Jahren einen exponentiellen Anstieg erfahren hat (Lee & Weerts, 2016).

Unter dem Dach der Bindungstheorie findet sich im Rahmen der Suchtforschung das Konzept »Sucht als Bindungsstörung« wieder (Flores, 2001). Es beschreibt Drogenkonsum als Versuch, Bindungsdefizite zu kompensieren, indem die einstige Beziehung zur Bezugsperson durch die Bindung an die Substanz ersetzt wird (Zellner et al., 2011). Betrachtet man polytoxikomane Patienten in Substitutionstherapie, erscheint der Versuch, Defizite der Bindungsorganisation anhand einer Substanz zu verringern, jedoch eingeschränkt zu sein. So weisen substituierte polytoxikomane Patienten im Vergleich zu gesunden Personen zwar erhöhte Ausgangswerte in ihrem Oxytocin-Spiegel auf, aktiviert man jedoch ihr Bindungssystem, zeigen sie keinerlei Veränderungen in ihrem

Oxytocin-Spiegel. Eine mögliche Erklärung dafür könnte sein, dass die ausbleibende neurobiologische Reaktion substituiertes polytoxikomaner Patienten bei Aktivierung des Bindungssystems eine Konsequenz davon ist, dass sie im Aufsuchen und Vorfinden von positiven inneren Arbeitsmodellen grundsätzlich nicht erfolgreich sind. Betrachtet man jedoch die stark erhöhten Oxytocin-Spiegel substituiertes polytoxikomaner Patienten im Vergleich zu gesunden Personen, könnte zudem angenommen werden, dass im Rahmen der Substitutionstherapie, ähnlich wie im Drogenkonsum auch, die Bindung zur Substanz der Bindung an eine Bezugsperson vorgezogen wird und polytoxikomane Patienten in Substitutionstherapie weiterhin nicht empfänglich dafür sind, eine zwischenmenschliche Beziehung einzugehen. Aus diesem Grund stellt die abgestumpfte Reaktivität des Oxytocin-Systems je nach Erklärungsmodell entweder eine Quelle der Entlastung oder aber eine Quelle des Schmerzes dar. Als Quelle der Entlastung verhilft sie dem Patienten, den Schmerz zu überwinden, eine positive Bindungsrepräsentanz im Selbst zu suchen, aber dennoch keine aufzufinden. Als Quelle des Schmerzes nimmt sie ihm den Anreiz, für eine gesunde, zwischenmenschliche Beziehungserfahrung zugänglich zu sein, da er aufgrund der fehlenden Reaktivität nicht mehr in der Lage ist, von einer positiven Bindung zu profitieren. In letzterem Fall müsste der Einfluss von Substitutionstherapie auf die Behandlung von Sucht, insbesondere beim Einsatz von bindungsbasierten Therapieformen, bedacht werden, da der Patient möglicherweise nicht auf Bindung als heilenden Aspekt der bindungsbasierten Therapie ansprechbar ist, wie es die Psychotherapie wie auch das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft vorsehen (De Leon, 2000).

Quellenverzeichnis

- Andari E., Duhamel, J. R., Zalla, T., Herbrecht, E., Leboyer, M. & Sirigu, A.** (2010). Promoting social behavior with oxytocin in high-functioning autism spectrum disorders. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107(9), 4389–4394.
- Belsky, J.** (2005). Attachment, mating, and parenting. *Human Nature*, 8, 361–381.
- Bowen, M. T. & Neumann, I. D.** (2017). Rebalancing the addicted brain: oxytocin interference with the neural substrates of addiction. *Trends in Neurosciences*, 40(12), 691–708.
- Bowlby, J.** (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory* (collected papers). London: Tavistock.
- De Leon, G.** (2000). *The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method*. New York: Springer.
- Feldman, R.** (2012). Oxytocin and social affiliation in humans. *Hormones and Behavior*, 61(3), 380–391.
- Feldman, R.** (2017). The neurobiology of human attachments. *Trends in Cognitive Sciences*, 21(2), 80–99.
- Feldman, R., Weller, A., Zahoor-Sharon, O. & Levine, A.** (2007). Evidence for a neuroendocrinological foundation of human affiliation: plasma oxytocin levels across pregnancy and the postpartum period predict mother-infant bonding. *Psychological Science*, 18(11), 965–970.
- Flores, P. J.** (2001). Addiction as an attachment disorder: Implications for group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51(1: Special issue), 63–81.
- Fonagy, P., Gergely, G. & Target, M.** (2007). The parent–infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3–4), 288–328.
- Galbally, M., Lewis, A. J., IJzendoorn, M. V. & Permezel, M.** (2011). The role of oxytocin in mother-infant relations: a systematic review of human studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 19(1), 1–14.
- Guastella, A. J., Einfeld, S. L., Gray, K. M., Rinehart, N. J., Tonge, B. J., Lambert, T. J. & Hickie, I. B.** (2010). Intranasal oxytocin improves emotion recognition for youth with autism spectrum disorders. *Biological Psychiatry*, 67(7), 692–694.
- Insel, T. R. & Young, L. J. (2001). The neurobiology of attachment. *Nature Reviews Neuroscience*, 2(2), 129.
- Jobst, A., Padberg, F., Mauer, M. C., Daltrozzo, T., Bauriedl-Schmidt, C., Sabass, L. & Gander, M.** (2016). Lower oxytocin plasma levels in borderline patients with unresolved attachment representations. *Frontiers in Human Neuroscience*, 10, 125.
- Kosfeld, M., Heinrichs, M., Zak, P. J., Fischbacher, U. & Fehr, E. (2005). Oxytocin increases trust in humans. *Nature*, 435(7042), 673.
- Kovács, G. L., Sarnyai, Z. & Szabó, G.** (1998). Oxytocin and addiction: a review. *Psychoneuroendocrinology*, 23(8), 945–962.
- Krause, A. L., Borchardt, V., Li, M., van Tol, M. J., Demenescu, L. R., Strauss, B. ... & Walter, M.** (2016). Dismissing attachment characteristics dynamically modulate brain networks subserving social aversion. *Frontiers in Human Neuroscience*, 10, 77.
- Lee, M. R. & Weerts, E. M.** (2016). Oxytocin for the treatment of drug and alcohol use disorders. *Behavioural Pharmacology*, 27(8), 640–648.
- McGregor, I. S. & Bowen, M. T. (2012). Breaking the loop: oxytocin as a potential treatment for drug addiction. *Hormones and Behavior*, 61(3), 331–339.
- Milch, W. & Sahhar, N.** (2010). Zur Bedeutung der Bindungstheorie für die Psychotherapie Erwachsener. *Psychotherapie*, 15(1), 44–55.
- Moberg, K. U. & Moberg, K.** (2003). *The oxytocin factor: Tapping the hormone of calm, love, and healing*. Da Capo Press.
- Murray, C. J. & Lopez, A. D.** (1997). Global mortality, disability and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 349(9063), 1436–1442.
- Panksepp, J. & Bernatzky, G.** (2002). Emotional sounds and the brain: the neuro-affective foundations of musical appreciation. *Behavioural Processes*, 60(2), 133–155.
- Peters, S., Slattery, D. A., Flor, P. J., Neumann, I. D. & Reber, S. O.** (2013). Differential effects of baclofen and oxytocin on the increased ethanol consumption following chronic psychosocial stress in mice. *Addiction Biology*, 18(1), 66–77.
- Pierrehumbert, B., Torrisi, R., Ansermet, F., Borghini, A. & Halfon, O.** (2012). Adult attachment representations predict cortisol and oxytocin responses to stress. *Attachment & Human Development*, 14(5), 453–476.
- Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P. M., Gemeinhardt, B., Küstner, U. & Eckert, J.** (2005). Attachment and substance use disorders: A review of the literature and a study in drug dependent adolescents. *Attachment & Human Development*, 7(3), 207–228.
- Sheinbaum, T., Kwapil, T. R. & Ballespí, S.** (2015). Attachment style predicts affect, cognitive appraisals, and social functioning in daily life. *Frontiers in Psychology* 6, 296.
- Tops, M., van Peer, J. M. & Korf, J.** (2007). Individual differences in emotional expressivity predict oxytocin responses to cortisol administration: Relevance to breast cancer? *Biological Psychology*, 75(2), 119–123.
- Zellner, M. R., Watt, D. F., Solms, M. & Panksepp, J.** (2011). Affective neuroscientific and neuropsychanalytic approaches to two intractable psychiatric problems: why depression feels so bad and what addicts really want. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(9), 2000–2008.

Die Studie »Sucht als Bindungsstörung: Die Rolle des Oxytocins« wurde von Frau Mag.^a Jasmin Tatzler im Rahmen ihrer Masterarbeit an der Abteilung für Biologische Psychologie, Institut für Psychologie, Karl-Franzens Universität Graz im Verein Grüner Kreis durchgeführt. Hierbei kam es zu einer Kooperation zwischen der Karl-Franzens Universität Graz, der Medizinischen Universität Graz, der Universität Innsbruck und dem Zentrum für Integrative Suchtforschung (Verein Grüner Kreis).

Mag.^a Jasmin Tatzler
Psychologin; Doktorandin an der Medizinischen Universität Graz zur Thematik »Oxytocin und Bindung«

wieder funktionsfähig für den Tag zu sein. Irgendwann braucht man auch am frühen Nachmittag ein bisschen was. Und dann vielleicht auch am späteren Nachmittag zur Feier, dass man den Tag hinter sich gebracht hat? Mit Kokain wäre eine mehrmals tägliche Einnahme gar nicht so einfach aufgrund der hohen Kosten. Aber beim billigeren Crystal muss man kein Promi sein, um regelmäßig konsumieren zu können. Kommt es dann im Laufe der Zeit zu einer Suchterkrankung, stellt sich die Frage meist nicht mehr, ob man weiter konsumieren will oder nicht. Die Suchterkrankung zwingt die Menschen, sich hauptsächlich auf die Beschaffung der nächsten Dosis zu konzentrieren.

Im deutschsprachigen Raum war lange Zeit ein geografisches Konsummuster zu erkennen (Been, 2016). Da Methamphetamin zum größten Teil in Tschechien hergestellt wurde, war die Droge in grenznahen Gebieten verfügbarer und billiger. Innerhalb Österreichs gab es beispielsweise ein beträchtliches Preisgefälle von Oberösterreich nach Vorarlberg. Gleichzeitig mit dem Anstieg des Preises Richtung Westen sank der Reinheitsgrad, da die meisten Zwischenhändler die Ware mit anderen Stoffen streckten, im Sinne der Gewinnmaximierung. Entsprechend dieser örtlichen Verteilung der Verfügbarkeit spielte Crystal in Oberösterreich und Teilen Niederösterreichs eine bedeutende Rolle in der Versorgung durch das Gesundheitswesen, während man in anderen Bundesländern hauptsächlich mit anderen Drogen beschäftigt war. Dies konnte auch anhand der Häufigkeit von durch die Polizei beschlagnahmten Drogen gezeigt werden. Im Laufe der letzten Jahre entstanden auf der einen Seite viele kleinere Crystal-Labore (oder besser Crystal-Küchen), verstreut in Österreich und Deutschland, sodass die einst klare geografische Verteilung etwas durchlässiger wurde (BMI, 2019). Auf der anderen Seite konnte durch Aufklärungsarbeit (und teils durch schmerzvolle Erfahrung am eigenen Leib) das Thema versachlichtet und entmythisiert werden.

Wie kann wem geholfen werden? Unstreitig ist, dass die beste Strategie eine präventive ist. Viele staatliche oder vom Staat finanzierte Einrichtungen bemühen sich darum (siehe www.praevention.at). Wichtig ist dabei, die neueren Erkenntnisse in die Präventionsforschung einfließen zu lassen, um nicht viel Geld in Kampagnen zu versenken, die am

Zielpublikum vorbeigehen, wie die oben beschriebene Kampagne »Faces of Meth« zeigt (Anderson, 2010). Am anderen Ende des Spektrums stehen die Betreuung und Behandlung von schwer suchterkrankten Menschen. Im Falle von Methamphetamin ist eben diese psychosoziale und medizinisch/psychiatrische Versorgung besonders herausfordernd. Denn die Rahmenbedingungen im Setting eines Krankenhauses oder einer Beratungsstelle sind erschwert, zum Beispiel durch gesteigerte Aggressivität vieler Crystal-Abhängiger, durch ihre Ungeduld, Sprunghaftigkeit und manchmal auch den toxisch bedingten Abbau des Gehirns. Aber auch rein medizinisch können wir unseren PatientInnen leider weniger anbieten als in der Behandlung von Opiat-Abhängigkeit. Denn während bei Letzterer der Einsatz von ähnlichen Substanzen als Medikamente möglich ist, entweder im Rahmen einer langsamen Dosisreduktion, also Entzugsbehandlung, oder im Sinne einer Drogensersatztherapie mit fixer täglicher Dosis, stehen uns diese Möglichkeiten im Falle von Crystal grundsätzlich nicht zur Verfügung. Sämtliche andere halbwegs potente Stimulanzien sind nämlich entweder illegal oder nur für andere Erkrankungen zugelassen (z. B. für ADHS) und explizit im Falle von Suchterkrankungen kontraindiziert. Somit ist der Entzug von Methamphetamin trotz medizinischer Betreuung meist sehr qualvoll und verlangt Betroffenen beinahe Übermenschliches ab. Auch das Studium der deutschen Leitlinien zur Behandlung von Methamphetamin (S3-Leitlinien der DGPPN) sind voller guter Ratschläge zu Begleitthemen, können aber wenig Konkretes zur medikamentösen Linderung der Entzugssymptome vorschlagen. So werden meist beruhigende Medikamente eingesetzt, um das Leid der Betroffenen kurzfristig etwas zu lindern, und es werden Medikamente zur Behandlung von Begleitumständen empfohlen wie z. B. Antipsychotika im Falle von drogeninduzierter Psychose. Ein weiteres Problem ist die Tatsache, dass viele Crystal-Süchtige auch von anderen Substanzen wie Heroin und Benzodiazepin abhängig sind. Dadurch wird die Behandlung noch anstrengender und ein langfristiger Erfolg unwahrscheinlicher. Bei besonders schwierigen Fällen sollte daher der grundsätzlich nicht erlaubte Einsatz (Off-Label-Use) von amphetaminartigen Medikamenten (z. B. Lidexamfetamin), welche sonst

für ADHS zugelassen sind, nach gründlicher Nutzen-Risiko-Abwägung und Aufklärung angedacht werden (Brackins, 2011).

Alles in allem stellt Crystal Meth eine echte Herausforderung für unser Gesundheitssystem und die betroffenen Menschen dar. Es scheint allerdings so, als ob in Österreich eine Plateauphase erreicht wurde und das Problem zumindest nicht im Zunehmen ist.

Literatur

- Abbruscato, T.J., Trippier, P.C.** (2018): DARK Classics in Chemical Neuroscience: Methamphetamine. *ACS Chem Neurosci*, 9(10), 2373–2378.
- Anderson, D.M.** (2010): Does information matter? The effect of the Meth Project on meth use among youths. *J Health Econ*, 29(5), 732–42.
- Been, F., Bijlsma, L., Benaglia, L., Berset, J.D., Botero-Coy, A.M., Castiglioni, S., Kraus, L., Zobel, F., Schaub, M.P., Bücheli, A., Hernández, F., Delémont, O., Esseiva, P., Ort, C.** (2016): Assessing geographical differences in illicit drug consumption – A comparison of results from epidemiological and wastewater data in Germany and Switzerland. *Drug Alcohol Depend*, 161, 189–99.
- BMI (Bundesministerium für Inneres)** (2019): Lagebericht Suchtmittelkriminalität 2018. https://www.bundeskriminalamt.at/302/files/Suchtmittel_2018.pdf
- Brackins, T., Brahm, N.C., Kissack, J.C.** (2011): Treatments for methamphetamine abuse: A literature review for the clinician. *J Pharm Pract*, 24(6), 541–50.
- Chang, L., Ernst, T., Speck, O., Patel, H., DeSilva, M., Leonido-Yee, M., Miller, E.N.** (2002): Perfusion MRI and computerized cognitive test abnormalities in abstinent methamphetamine users. *Psychiatry Res*, 114(2), 65–79.
- DGPPN, BMG, BÄK, Drogenbeauftragte der Bundesregierung** (2016): S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen. Springer.
- Erceg-Hurn, D.M.** (2008): Drugs, money, and graphic ads: a critical review of the Montana Meth Project. *Prev Sci*, 9(4), 256–63.
- Wood, S., Sage, J.R., Shuman, T., Anagnostaras, S.G.** (2013): Psychostimulants and cognition: a continuum of behavioral and cognitive activation. *Pharmacol Rev*, 66(1), 193–221.

Prim. Dr. Kurosch Yazdi

Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Vorstand der Klinik für Psychiatrie mit Schwerpunkt Suchtmedizin des Kepler Universitätsklinikums Linz, Vorstandsvorsitzender der pro mente Oberösterreich, Buchautor

MDMA-Gehalt von Ecstasy-Tabletten stieg zwischen 2011 und 2018 von rund 100 mg auf rund 166 mg.⁹ Die Daten aus der von Infodrog betriebenen Webseite für Substanzwarnungen, auf welcher Substanzwarnungen aus sämtlichen Drug-Checking-Angeboten publiziert werden, bestätigen diesen Trend ebenfalls. So stieg der durchschnittliche MDMA-Gehalt der Tabletten, für die eine Warnung publiziert wird (ab 120 mg MDMA pro Tablette) seit 2012 von rund 133 mg auf rund 186 mg.¹⁰ Der steigende Wirkstoffgehalt erhöht das Risiko einer ungewollten Überdosis, welche u. a. zu einem gefährlichen Anstieg der Körpertemperatur, zu Krampfanfällen und Halluzinationen führen kann und die neurotoxischen Effekte von MDMA verstärkt. Zudem treten bei hohen Dosen vermehrt Nachwirkungen wie Depressionen, Konzentrationsschwächen, Schlafstörungen und Appetitlosigkeit auf. Analog zum Kokain unterliegt auch in Ecstasy-Tabletten der Reinheitsgrad starken Schwankungen. 2018 schwankte in Zürich der MDMA-Gehalt pro Tablette zwischen 25 mg und 282 mg.

Der Reinheitsgrad des getesteten Kokains lag 2018 durchschnittlich bei rund 78%, mit Schwankungen zwischen 2,3% und 100%. Im Langzeittrend ist eine deutliche Zunahme des Reinheitsgrades zu beobachten. Rund 36% aller im Jahr 2018 in Zürich getesteten Kokainproben waren mit pharmakologisch wirksamen Streckmitteln versetzt. Auch der Rückgang an mit Streckmitteln versetzten Kokainproben entspricht einem Langzeittrend.¹¹ Am häufigsten wird Kokain mit Levamisol gestreckt, einer Substanz, die ursprünglich als Mittel gegen Fadenwürmer entwickelt wurde und die bei Langzeitkonsum zu schwerwiegenden gesundheitlichen Schäden wie Vaskulitis, aplastischer Anämie oder pulmonaler Hypertonie führen kann. Um Konsumierende vor den zusätzlichen Risiken des Konsums von Levamisol besser zu schützen, empfiehlt eine Studie der Universität Zürich von 2018 den Ausbau von Drug-Checking-Angeboten.¹²

Welche Interventionen haben sich in der Praxis bewährt?

Seit über 25 Jahren orientiert sich die Schweizer Drogenpolitik an den vier Säulen Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression. Da der Übergang vom risikoarmen zum problematischen Substanzkonsum fließend erfolgt

und bei jungen Konsumierenden nicht notwendigerweise mit akuten Gesundheitsproblemen verbunden ist, werden spezialisierte Informations- und Beratungsangebote benötigt. Sobald Lehrpersonen, SchulpsychologInnen und Eltern als Instanzen der Früherkennung von auffälligen Verhaltensmustern wegfallen, sind die kantonalen AkteurInnen der Suchtprävention und der Schadensminderung gefordert, attraktive, niederschwellige Angebote zur Verfügung zu stellen. Neben internetbasierten Beratungsangeboten und Foren, in denen der Wissensaustausch stattfindet, zählt das Drug Checking in der Schweiz zu einer der wichtigsten Informationsquellen für Personen, die in ihrer Freizeit illegale psychoaktive Substanzen konsumieren. Drug-Checking-Angebote sind Teil der Schadensminderung und umfassen neben der chemischen Substananalyse immer eine persönliche Kurzberatung – entweder direkt vor Ort bei Partys oder im Rahmen eines niederschweligen, ambulanten Walk-in-Services. Das Angebot des Drug Checkings ist akzeptanzorientiert, niederschwellig, für die KlientInnen kostenlos und hauptsächlich auf Konsumierende von Freizeitdrogen ausgerichtet.

Drug Checking und weitere spezialisierte Informationsangebote, die direkt im Setting, in dem der Konsum stattfindet, verankert sind, zeigen positive Effekte bei der Reduktion des riskanten Substanzkonsums. Die Kombination von Drug Checking und Beratung hat sich bewährt. Viele Personen würden das Beratungsangebot ohne die Möglichkeit der Substananalyse kaum in Anspruch nehmen. Häufig ist das Drug Checking der erste Kontakt zum professionellen Hilfesystem. Die akzeptanzorientierte Haltung und das szenespezifische Fachwissen der Beratenden werden von den Angebotsnutzenden geschätzt. Der Aufbau einer guten Beziehung ist relevant, um bei problematischem Konsum rechtzeitig eine Triage in ein weiterführendes Angebot vorzuschlagen.

In der Praxis haben sich somit Angebote bewährt, die sich an den Bedürfnissen von Freizeitdrogenkonsumierenden orientieren. Viele Freizeitdrogenkonsumierende pflegen einen verantwortungsbewussten Umgang mit psychoaktiven Substanzen. Bei dieser Gruppe von Konsumierenden geht es in erster Linie darum, sie darin zu unterstützen, dass sie auch weiterhin in der Lage

sind, »in allen Lebensphasen [...] einen risikoarmen Umgang mit Substanzen oder Verhaltensweisen zu pflegen.«¹³ Andere Ratsuchende weisen hingegen problematische Konsummuster auf, ohne dabei charakteristische Anzeichen einer Abhängigkeit zu zeigen. Weitere bringen durch ihr Verhalten unter Substanzeinfluss sich oder andere potenziell in Gefahr (etwa durch Missachtung von Safer-Sex-Regeln oder das Fahren von Fahrzeugen unter Substanzeinfluss). Das Beratungsgespräch bietet bei dieser Gruppe eine ideale Gelegenheit, Risikoverhalten und problematische Konsummuster frühzeitig zu erkennen und die Betroffenen für Safer Use zu sensibilisieren. Die Kurzberatung kann ihnen helfen, das eigene Konsumverhalten kritisch zu reflektieren. Die Stärkung von Konsumkompetenz durch Vermittlung von aktuellen Informationen zu Substanzen, möglichen Risiken und Gefahren des Konsums sowie zu Safer Use stehen dementsprechend im Zentrum dieser Beratungsgespräche.¹⁴

Mit der zunehmenden Digitalisierung und dem hohen Bedürfnis nach Anonymität dieser Zielgruppe haben sich zudem Onlinetools und -angebote bewährt. Ein von Infodrog betriebenes Tool warnt Freizeitdrogenkonsumierende vor besonders riskanten Substanzen, informiert über Substanzen und deren Risiken im Allgemeinen und sensibilisiert für die Risiken von Mischkonsum.¹⁵ Darüber hinaus bietet das schweizerische Webportal SafeZone.ch anonyme und kostenlose Onlinehilfe bei Fragen rund um Sucht und Substanzkonsum. Schließlich haben sich Plattformen und Gefäße als hilfreich erwiesen, welche die Vernetzung, Kooperation und den Know-how-Transfer auf nationaler Ebene gewährleisten. Die Finanzierung der Angebote der Suchthilfe ist in der Schweiz Aufgabe der Kantone und Gemeinden. Kooperationsprojekte zwischen den verschiedenen Angeboten auf nationaler Ebene ermöglichen es insbesondere kleineren Angeboten, von den Erfahrungen und Beispielen guter Praxis von etablierten Angeboten zu profitieren.

Lic. Phil. Dominique Schori

wissenschaftlicher Mitarbeiter Infodrog, Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht

Lic. Phil. Psychologe Alwin Bachmann

stellvertretender Leiter Infodrog, Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht

⁹ https://www.saferparty.ch/tl_files/images/download/file/aktuelles%202019/XTC_Auswertung_2018.pdf ¹⁰ <https://www.safezone.ch/substanzwarnungen.html>

¹¹ https://www.saferparty.ch/tl_files/images/download/file/aktuelles%202019/Kokain_Auswertung_2018.pdf ¹² <https://www.nature.com/articles/s41398-018-0279-3>

¹³ Nationale Strategie Sucht 2017, S. 7. | ¹⁴ https://www.infodrog.ch/files/content/nightlife/de/standards_drug_checking_beratung_de_def.pdf ¹⁵ <https://www.safezone.ch/substanzwarnungen.html>



Genießen mit Gewissen

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

Beratungs- & Betreuungsteam

Wien

Walter Clementi (W, WU, NÖ, B)
Tel.: +43 (0)664 3840827
mail: walter.clementi@gruenerkreis.at
Mag.^a Mirjam Ohr MA (W)
Tel.: +43 (0)664 8111021
mail: mirjam.ohr@gruenerkreis.at
Mag.^a (FH) Barbara Trobej
Tel.: +43 (0)664 8111019
mail: barbara.trobej@gruenerkreis.at
Marina Lanver BA, MA (Justiz)
Tel.: +43 (0)664 1809709
mail: marina.lanver@gruenerkreis.at
Alexandra Schöneegger, BA
Tel.: +43 (0)664 8111018
alexandra.schoenegger@gruenerkreis.at

Niederösterreich, Burgenland

Marianne Weigl, DSA (Most-, Wald- und Weinviertel)
Tel.: +43 (0)664 2305312
mail: marianne.weigl@gruenerkreis.at
Gabriele Stumpf (NÖ, B)
Tel.: +43 (0)664 8111676
gabriele.stumpf@gruenerkreis.at
Harald Berger (Justizanstalten Krems und St. Pölten)
Tel.: +43 (0)664 8111671
mail: harald.berger@gruenerkreis.at

Oberösterreich

Pamela Harringer, BA
Tel.: +43 (0) 664 811 1007
mail: pamela.harringer@gruenerkreis.at
Elisabeth Schnitzer, BA
Tel.: +43 (0) 664 811 1024
elisabeth.schnitzer@gruenerkreis.at

Steiermark

Benedikt Huber, MA
Tel.: +43 (0)664 8111041
benedikt.huber@gruenerkreis.at
Sarah Maria Koberg, MA
Tel.: +43 (0)664 8111023
sarah.koberg@gruenerkreis.at

Kärnten, Osttirol

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

Salzburg

Pamela Harringer, BA
Tel.: +43 (0) 664 811 1007
mail: pamela.harringer@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

Beratung & Hilfe

Tel.: +43 (0)1 5269489 | Fax: +43 (0)1 5269489-40
mail: ambulanzen.wien@gruenerkreis.at
1030 Wien, Radetzkystraße 31/Top 8+11
Tel.: +43 (0)1 710 74 44 | Fax: +43 (0)1 710 74 44-22
mail: ambulanzen.wien@gruenerkreis.at

Wiener Neustadt

2700 Wiener Neustadt, Grazer Straße 53/14
Tel.: +43 (0)664 8111676 | Fax: +43 (0)2622 61721
ambulanzen.wienerneustadt@gruenerkreis.at

Graz

8020 Graz, Sterngasse 12
Tel.: +43 (0)316 760196 | Fax: +43 (0)316 760196-40
mail: ambulanzen.graz@gruenerkreis.at

Klagenfurt

9020 Klagenfurt, Feldmarschall Konrad-Platz 3
Tel.: +43 (0)463 590126 | Fax: +43 (0)463 590127
mail: ambulanzen.klagenfurt@gruenerkreis.at

Linz

4020 Linz, Sandgasse 11
Tel.: +43 (0)664 8111024 | Fax: +43 (0)732 650275-40
mail: ambulanzen.linz@gruenerkreis.at

Retouren an Postfach 555, 1008 Wien

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