

SUCHT

Ist Sucht vererbbar?

Wir danken unseren SpenderInnen

Friedrich Achitz, Linz
Gabriele Bauer, Wien
Dkfm. Günter Baumgartner, Wien
Beate Cerny, Wien
Christine Danter, Wien
Leonhard Dünser, Ludesch
Doris Grossi, Wien
Dr. Ingeborg Haslhofer-Jünnemann, Nussdorf
Gabriele Hiba, Wien
Dr. Christian Hochstätger, St. Pölten
Eldriede Jilg, Bad Vöslau
Sandra Maria Königshofer, Gföhl
Robert Kopera, Reisenberg
Elisabeth Koppensteiner, Lichtenwörth
Christiane Popp-Westphal, Neulengbach
Dr. Alfons William

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.s.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 »Unterstützen & Spenden«.

Impressum

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

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

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

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

Herausgeber: Verein **Grüner Kreis**

Geschäftsführer: Dir. Alfred Rohrhofer

Redaktion: Dir. Alfred Rohrhofer, Peter Lamatsch

Eigenverlag: **Grüner Kreis**, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen [ZVR-Zahl: 525148935]

Alle: 1070 Wien, Hermannsgasse 12

Tel.: +43 (0)1 5269489 | **Fax:** +43 (0)1 5269489-4
redaktion@gruenerkreis.at | www.gruenerkreis.at

Layout: Peter Lamatsch

Anzeigen: Sirius Werbeagentur GmbH

Druck: AV+Astoria Druckzentrum GmbH

Diese Ausgabe entstand unter Mitarbeit von:

Alfred Rohrhofer, Johannes Bohacek, Gerald Hüther, Rainer Thomasius, Sonja Bröning, Martin Poltrum, Andreas Fink, Dominik Batthyány, Michael Klein, Christel Lüdecke, Regina Agostini, Kurt Neuhold und KlientInnen im **Grünen Kreis**

Bildquellennachweis:

Cover: © panthermedia.net / renjith krishnan

Seite 3: natika © 123RF.com

Autorenportraits: 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!

Die Frage nach möglichen Prädispositionen für die Entstehung von Suchterkrankungen ist so alt wie die Suchtforschung selbst. Ist eine erbliche Vorbelastung denkbar oder sind vielmehr familiäre und soziokulturelle Einflüsse ausschlaggebend? Warum geraten manche Menschen in eine Abhängigkeit, während andere unter vergleichbaren Risikobedingungen resilient reagieren? Gibt es gar eine typische Suchtpersönlichkeit?

Das breite Spektrum suchtauslösender Faktoren, wie genetische Einflüsse, neurobiologische Aspekte, die Übertragung elterlicher Suchtmuster oder die Auswirkung traumatisierender Gewalterfahrungen stehen im Mittelpunkt der Betrachtungen dieser Ausgabe unseres Magazins.

Darüber hinaus wird die Frage eines möglichen Zusammenhangs zwischen Rauscherfahrungen und kreativen Ausnahmeleistungen beleuchtet.

Ein herzliches Dankeschön den AutorInnen für ihre profunden Beiträge.

Ich wünsche eine interessante Lektüre!

Alfred Rohrhofer



Der Verein „Grüner Kreis“ wünscht im Namen seines Präsidenten Dr. Erhard Doczekal, des gesamten Vorstandes und der Geschäftsführung allen LeserInnen, KlientInnen und MitarbeiterInnen ein frohes Fest und ein erfolgreiches Neues Jahr!

Dr. Robert Muhr
psychotherapeutischer Leiter

Dir. Alfred Rohrhofer
Geschäftsführer

Dr. Leonidas Lemonis
ärztlicher Leiter



30



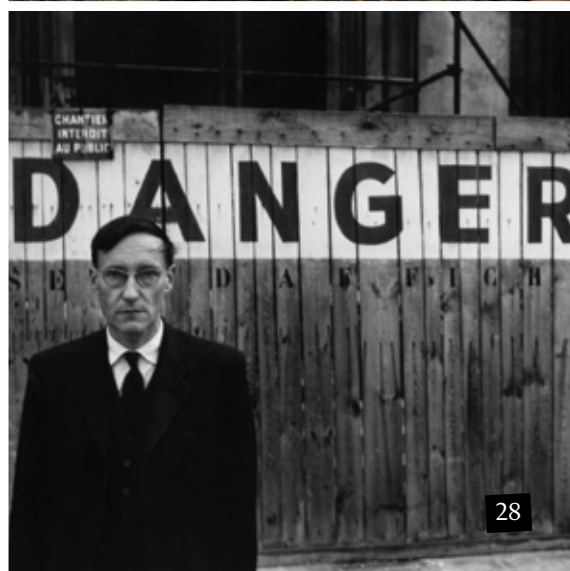
10



14



22



28

Inhalt

- 3** Editorial
Alfred Rohrhofer
- 6** (Epi)genetische Grundlagen und Vererbung der Sucht
Johannes Bohacek
- 8** Neurobiologische Hintergründe von Suchterkrankungen
Gerald Hüther
- 10** Rausch, Ekstase, Sucht – Philosophische und anthropologische Aspekte
Martin Poltrum
- 12** Kinder von Suchterkrankten – Patienten von morgen?
Rainer Thomasius, Sonja Bröning
- 14** Traumatisierende Beziehungen und Suchterkrankungen
Christel Lüdecke
- 16** Unser Betreuungsangebot
- 18** Therapeutische Aspekte in der Arbeit mit Kindern suchtkranker Eltern
Regina Agostini
- 20** Transgenerationale Aspekte von Suchterkrankungen
Michael Klein
- 22** Weitergeben, Prägen und Vererben
Dominik Batthyány
- 24** Gibt es eine Suchtpersönlichkeit?
Human-Friedrich Unterrainer
- 26** Spurensuche
PatientInnen berichten über ihr Leben mit der Sucht
- 28** Genie und Wahnsinn – Kunst und Kreativität
Andreas Fink
- 30** Kunst im Grünen Kreis
Kurt Neuhold

(Epi)genetische Grundlagen und Vererbung der Sucht



von Johannes Bohacek

Unser Gehirn kennt all unser Verlangen. Hoch spezialisierte neuronale Schaltkreise, das sog. Belohnungszentrum, detektieren gezielt genussvolle Erfahrungen.

Somit lernen wir von früh weg, nach dem zu streben, was uns Wohlbefinden bringt (z.B. kalorienreiche Nahrung, soziale Kontakte, Sex). Dieses fundamental wichtige System ist evolutionär konserviert und bei Menschen sowie auch anderen Säugetieren (z.B. Ratten und Mäusen) sehr ähnlich aufgebaut. Dank Tierforschung haben wir heute ein detailliertes Verständnis dieses komplexen Systems und seiner Bedeutung für Suchterkrankungen. Bereits vor 60 Jahren demonstrierten zwei Forscher in Kanada, James Olds und Peter Milner, die Existenz eines Belohnungszentrums sehr eindrücklich. Sie implantierten Elektroden im Gehirn von Ratten und brachten den Tieren dann bei, sich selbst durch Drücken eines Hebels leichte Stromstimulationen zu verabreichen. Wurden die Elektroden in gewisse Hirnregionen implantiert, drückten die Ratten unaufhörlich und bevorzugten diese Selbststimulation gegenüber natürlichen Belohnungen wie Futter. Somit war klar, dass es im Gehirn ein Belohnungszentrum geben müsse, dessen Stimulation befriedigend wirkt oder zumindest extrem anstrebenswert ist (Olds and Milner, 1954). Heute wissen wir, dass die meisten Suchtmittel ebenfalls dieses Belohnungszentrum aktivieren, allerdings oft mit einer Intensität, die durch natürliche Belohnungsreize nicht erreicht werden kann.

Die exakten neuronalen Prozesse, die durch Suchtmittel ausgelöst werden, sind erst teilweise entschlüsselt. Um Jahrzehnte der Grundlagenforschung kurz zusammenzufassen: wiederholte intensive Stimulation des Belohnungszentrums – wie etwa durch kontinuierlichen Drogenkonsum – führt zu weitgreifenden molekularen und strukturellen Veränderungen in den neuronalen Netzwerken des Belohnungssystems. Eine anschauliche Serie von Experimenten in Mäusen konnte beispielsweise ein Gen identifizieren, das eine essentielle Rolle im Suchtverhalten spielt (Robison and Nestler, 2011). Erst verabreichten die

Forscher den Mäusen über längere Zeiträume verschiedene Drogen, dann testeten sie systematisch die Veränderung der Aktivität aller Gene in bestimmten Hirnarealen. Sie entdeckten dabei ein auffälliges Verhalten des Transkriptionsfaktors delta-FOSB. Transkriptionsfaktoren sind Proteine, welche andere Gene aktivieren können und daher breit gefächerte molekulare Signalkaskaden losstreuen können. Delta-FOSB unterscheidet sich von Dutzenden anderen Transkriptionsfaktoren dadurch, dass es durch viele Suchtstoffe in spezifischen Substrukturen im Belohnungszentrum stark aktiviert wird und über lange Zeit (bis zu einigen Wochen) aktiv bleibt, was für Transkriptionsfaktoren an sich untypisch ist. Eine Symphonie unzähliger ähnlicher molekularer Veränderungen orchestriert auf diese Art eine Restrukturierung des Belohnungssystems. Dadurch, so vermutet man, resultiert ein gesteigertes Verlangen nach dem spezifischen Suchtobjekt, während selbiges aber immer weniger Befriedigung bringt (Toleranz) und oft auch natürliche Belohnungsreize bis zu einem gewissen Grad ihre Wirksamkeit verlieren. Sucht ist daher eine Erkrankung des Gehirns (Hyman et al., 2006).

Eine der entscheidenden Fragen der Suchtforschung ist, warum von den vielen Menschen, die mit süchtig machenden Substanzen oder Aktivitäten in Kontakt kommen, nur ein relativ kleiner Prozentsatz tatsächlich abhängig wird. Da das Gehirn eine enorme Plastizität aufweist – also hochgradig anpassungsfähig ist und Widerstandsfähigkeit gegen viele Umweltreize gewährt – vermutet man, dass es bestimmte genetische Risikofaktoren gibt, die eine Suchtstörung fördern können, indem sie natürliche Resistenzen schwächen. Familien- und Zwillingsstudien zeigen deutlich, dass genetische Faktoren bei Suchterkrankungen mit geschätzten 50% Beitrag zum Suchtrisiko eine bedeutende Rolle spielen (Agrawal et al., 2012). Es müsste also Genvarianten geben, die Sucht begünstigen.

Dennoch konnten in den letzten zehn Jahren seit der Entschlüsselung des Genoms und trotz intensiver Forschungsbemühungen erstaunlich wenige solcher Genvarianten identifiziert werden. Zum einen steht die medizinische Forschung dabei vor einem kniffligen Problem: Man vermutet, dass eine sehr große Anzahl unterschiedlicher Genvarianten je einen minimalen Beitrag zum Suchtrisiko leisten. Die Punktmutationen des DNA Codes, die zu diesen unterschiedlichen Genvarianten führen, sind aber aufgrund der kleinen Effekte sehr schwer zu identifizieren. Die neuesten genetischen Analyseverfahren erlauben zwar enormen Durchsatz und können das menschliche Genom mit höchster Auflösung sequenzieren, doch stößt man damit an die Grenzen des statistisch Auswertbaren.^[1] Zum anderen scheint klar, dass es wohl wenige generelle »Suchtgene« zu geben scheint, die allgemein die Suchtanfälligkeit steigern. Vielmehr hat jede Droge oder süchtig machende Aktivität eine bestimmte molekulare Wirkungsweise und daher unterschiedliche Ansatzpunkte für »Schwachstellen« in einem suchtanfälligen Organismus. Ein Beispiel ist Nikotin, welches im Gehirn an spezielle Rezeptoren bindet (nikotinerge Acetylcholinrezeptoren). Diese Rezeptoren können das Belohnungszentrum aktivieren und bestimmte Genvarianten der Nikotin-Rezeptoren erhöhen das Risiko der Nikotinsucht (Amos et al., 2010). Markant bei allen Studien, die nach Risikogenen suchen, ist jedoch, dass alle identifizierten Punktmutationen nur kleinste Bruchteile der Varianz des Suchtrisikos aufklären, das heißt, der Großteil der Faktoren, die über Abhängigkeit entscheiden, bleiben nach wie vor im Dunklen.

Das Faktum, dass gut 50% des Suchtrisikos auf genetische Faktoren zurückzuführen sind, lässt auch den Umkehrschluss zu, dass die andere Hälfte von Umwelteinflüssen beigesteuert wird. Diese Dichotomie zwischen Genetik und Umwelt ist jedoch eine veraltete und starre Sichtweise, denn inzwischen ist klar, dass Umwelteinflüsse und genetischer Code eng miteinander verflochten sind. Diese Interaktion ergibt sich durch die Tatsache, dass die DNA nicht als nackter Faden der Erbinformation vorliegt, sondern in ein komplexes zelluläres Umfeld eingebettet ist. So können sich etwa

chemische Modifikationen (z.B. Methylgruppen) direkt an die Doppelhelix der DNA anlagern oder sich an Histonproteine heften, um die der DNA-Strang eng aufgespult ist, um kompakt in den Zellkern zu passen (das dichte Geflecht von Histonen und DNA-Strang bezeichnet man als Chromatin). Diese chemischen Modifikationen verändern wie sehr sich das Chromatin an bestimmten Stellen verdichtet und steuern so, ob und wie effizient eine Zelle auf ein bestimmtes Gen zugreifen kann. Diese Ebene der Genkontrolle wird als Epigenetik bezeichnet (griechisch: *epi* = über), also ein Kontrollmechanismus der über die Gene herrscht. Man kann die Epigenetik auch als die Software verstehen, die steuert, wie der genetische Code abgelesen wird und welche Gene möglicherweise stillgelegt werden. Der springende Punkt ist, dass diese epigenetischen Markierungen von Umwelteinflüssen (äußere Reize die vom Zentralnervensystem aufgefasst und in chemische Signale in den Zellen übersetzt werden) verändert werden können. Somit hat die Umwelt direkten Einfluss darauf, wie gewisse Gene abgelesen werden können.

Dieser epigenetische Ansatz hilft uns zu einem molekularen Verständnis, wie Suchtverhalten ein Leben lang andauern kann, zum Beispiel, warum auch nach Jahrzehnten der Abstinenz ein Rückfall stets eine Gefahr darstellt. Das oben genannte Beispiel des Transkriptionsfaktors Delta-FOSB dient hier zur Veranschaulichung. Delta-FOSB wird zwar nach chronischem Drogenkonsum langanhaltend aktiviert (für mehrere Wochen im Tiermodell), doch der Grund, warum es auch noch nach längerer Zeit der Abstinenz stark auf erneuten Drogenkonsum anspringt, liegt im epigenetischen Code. Das Chromatin in der Region des Delta-FOSB Gens ist nach chronischem Drogenkonsum aufgelockert, da die Histone im Bereich dieses Gens an bestimmten Stellen Methylgruppen anlagern. Dies hat zur Folge, dass bei erneutem Drogenkonsum leichter auf das Gen zugegriffen werden kann und es stärker aktiviert wird (Damez-Werno et al., 2012). Über lange Zeiträume lauert somit eine molekulare Signalkaskade darauf, erneut anzuspringen und bringt den Organismus somit in einen »anfälligen« Zustand. Dennoch gilt es zu

bedenken, dass dieser reduktionistische Ansatz (ein einzelnes Gen für Sucht) nur einen kleinen Teil eines hochkomplexen Systems darstellt. Einerseits werden viele verschiedene Gene nach akutem Drogenkonsum stärker aktiviert, wenn früher bereits eine Sucht vorlag, andererseits gibt es aber auch etliche Gene, die im gleichen Szenario nicht mehr (oder nur abgeschwächt) ansprechen. Regulation von Genen im Kontext von Sucht findet also weitgestreut und differenziert statt. In verschiedenen Hirnarealen und in unterschiedlichen Neuronen spielen sich vermutlich hunderte solcher Veränderungen parallel ab, abhängig von der Art der Suchterkrankung, den spezifischen Umständen der jeweiligen Situation und der Lebensgeschichte des Individuums.

In Bezug auf die Lebensgeschichte liefert der epigenetische Ansatz übrigens auch eine Erklärung dafür, warum gewissen Lebensereignisse (wie etwa traumatischer Stress in der frühen Kindheit) einen starken Risikofaktor für Sucht im späteren Leben darstellen können (Andersen and Teicher, 2009). Diese frühkindlichen Stresserfahrungen können zu sehr stabilen und oft permanenten Veränderungen des epigenetischen Codes führen. Da sich die molekularen Pfade zwischen Stress und Sucht (und vielen anderen komplexen Faktoren) vielerorts überschneiden, kann Stress die Aktivität einiger der Gene beeinflussen, die wiederum eine Rolle im Belohnungszentrum spielen. Das erhöht auf molekularer Ebene die Anfälligkeit für Suchterkrankungen. Es wird ersichtlich, auf welcher mannigfaltigen Art und Weise die genetische Grundausstattung mit der Lebenserfahrung und den jeweiligen Umwelteinflüssen interagiert.

Während man diese Komplexität noch bestaunt, wird aber bereits ein weiteres Kapitel in der Suchtforschung eröffnet. Im Tiermodell gibt es erste Anzeichen dafür, dass Drogenkonsum der Elterngeneration über epigenetische Veränderungen in der Keimbahn Auswirkungen auf die Nachkommen haben kann (Vassoler and Sadri-Vakili, 2014). Solch transgenerationale epigenetische Effekte sorgen in der Genetik zur Zeit für Aufbruch, da laut klassischer Vererbungslehre eigentlich nur die (zwischen zwei Generationen) schwer → Seite 9

^[1] Während die Zahl der menschlichen Gene noch überschaubar ist (ca. 20.000, jedes abgespeichert im Code der Basenabfolge der DNA), so können moderne Verfahren zur Zeit 2.5 Millionen Punktmutationen im Genom detektieren, welche die Funktion des jeweiligen Gens beeinflussen könnten. Diese müssen an tausenden Patienten und gesunden Probanden analysiert werden um irrelevante, zufällig identifizierte Punktmutationen von tatsächlich krankheitsrelevanten Mutationen unterscheiden zu können. Je kleiner die Effekte der einzelnen Punktmutationen, desto schwieriger ist es selbst in enorm großen Datensätzen verlässlich die Spreu vom Weizen trennen zu können.

Neurobiologische Hintergründe von Suchterkrankungen



von Gerald Hüther

Patienten, die von der regelmäßigen Zufuhr eines Stoffes abhängig geworden sind, der die Arbeitsweise des Gehirns so verändert, dass innere, emotionale Unruhezustände gedämpft, nicht mehr wahrgenommen oder überdeckt werden, haben ein doppeltes Problem.

Erstens verfügen sie nach wie vor nur über ein unzureichend entwickeltes Spektrum an verschiedenartigen Bewältigungsstrategien (zu wenig eigene Kompetenzen, zu schwache Sicherheit-bietende Bindungen, unzureichend entwickelte innere, Sicherheit-bietende Orientierungen). Im Verlauf der Suchterkrankung werden diese Ressourcen und die dafür verantwortlichen komplexen neuronalen Verschaltungen weiter destabilisiert und immer schlechter nutzbar.

Zweitens führt die regelmäßige, durch den Suchtstoff ausgelöste Veränderung der Arbeitsweise des Gehirns zu einer fortschreitenden adaptiven Modifikation der in ihrer Aktivität und ihrem Zusammenwirken durch den jeweiligen Wirkstoff veränderten neuronalen Netzwerke und Regelkreise. Die Suchtstoff-induzierte Unterdrückung von sich ausbreitenden Erregungsmustern hat daher zwangsläufig eine Verstärkung der Erregbarkeit dieser Verschaltungen zur Folge. Die fortgesetzte »Harmonisierung« zwischen limbischen (emotionalen) und kortikalen (assoziativ-kognitiven) Netzwerken durch einen Suchtstoff führt zur adaptiven Verstärkung der sich in den emotionalen Zentren ausbreitenden Erregungsmuster und der dabei aktivierten Verschaltungen (»Belohnungssystem«).

Diese adaptiven Veränderungen der inneren Organisation und Arbeitsweise des Gehirns gehen mit entsprechenden nutzungsabhängigen strukturellen Anpassungen einher und sind daher nur sehr schwer wieder auflösbar. Sie bilden das neurobiologische Substrat

für die nach dem Entzug fortbestehende psychische Abhängigkeit. Je stärker diese Veränderungen ausgeprägt sind, desto größer ist die »Rückfallgefahr«. Dieses sog. »Suchtgedächtnis« kann nur in einem meist langwierigen Reorganisationsprozess aufgelöst werden. Dieser Prozess gelingt umso besser, je stärker er mit einer Aktivierung emotionaler Zentren einhergeht, die von dem Patienten als bewältigbar (Bestätigung) und positiv (Freude) bewertet wird.

Wenig sinnvoll erscheinen Versuche, dieses »Suchtgedächtnis« durch pharmakologische oder gar neurochirurgische Eingriffe auflösen zu wollen. Auf diese Weise lässt sich bestenfalls erreichen, dass der bisher eingesetzte Suchtstoff »nicht mehr wirkt« (entweder, weil die Rezeptoren, an denen er angreift, durch einen Antagonisten besetzt sind oder weil die neuronalen Schaltkreise an denen der Suchtstoff angreift und deren Aktivität der Suchtstoff verändert, unterbrochen oder ausgeschaltet sind). Da das Grundproblem des Suchtpatienten - sein Mangel an Ressourcen zur Lebens- und Problembewältigung - damit nicht behoben ist, wird er über kurz oder lang versuchen, das »Gegenmittel« wieder abzusetzen oder nach einem anderen Suchtstoff zu suchen, der die immer wieder aufflackernde emotionale Unruhe, Verunsicherung und Angst auf andere Weise und über einen anderen Mechanismus behebt.

So bleibt zunächst nur die Möglichkeit, dem jeweiligen suchtkranken Patienten individuell bei der Überwindung seiner defizitär ausgebildeten Bewältigungsstrategien behilflich zu sein (Stärkung von Ressourcen). Die dafür erforderlichen langwierigen Behandlungen verursachen enorme Kosten, die sich nur verringern lassen, wenn es langfristig gelingt, Präventionsprogramme zu installieren, die den betroffenen Personen helfen, genau die Ressourcen zu entwickeln, deren Mangel sie später in

die Sucht treibt. Es geht also um die Stärkung eigenen Kompetenzen, um sichere Bindungen und Sicherheit-bietende innere Leitbilder und Orientierungen.

Alles was lebt, will auch etwas. Jeder Mensch will sein Leben gestalterisch, kreativ und mit Lust am Entdecken und Erfinden in seiner Welt unterwegs sein. Und er will von den Anderen gesehen, mit anderen Menschen verbunden sein.

Die durch therapeutische Interventionen erlernten Strategien zur Bewältigung der Suchtproblematik und der Alltagskonflikte stellen zwar ein notwendiges Werkzeug für diesen Weg dar. Wird dem Patienten aber keine Gelegenheit gegeben, diese beiden Grundbedürfnisse zu stillen und seine Fähigkeiten dazu behutsam weiterzuentwickeln, aktiv für Verbundenheit einerseits und für eigenes Wachstum andererseits zu sorgen, ist eine dauerhafte Heilung von der Abhängigkeitsproblematik nicht zu erwarten. Nur die regelmäßig erlebte Bedeutsamkeit der eigenen Person im sozialen Kontext und die Erfahrung

aktiv gelebter Individualität versetzen einen Menschen in die Lage, auch in der Folge belastender Lebensabschnitte und Krisen, als selbstbestimmte und handlungskompetente Persönlichkeit auftreten zu können.

Sich als bedeutsam im sozialen Kontext erleben zu können, setzt aber voraus, dass einer Person genügend Gelegenheit für die Stillung ihrer Grundbedürfnisse geboten wird. In einer überwiegend auf Leistung und Effizienzsteigerung ausgerichteten Kultur besteht leider die Gefahr, dass sich immer mehr Menschen als Konkurrenten erleben und einander keine Wertschätzung und Achtsamkeit mehr entgegenbringen. Je größer dieser Druck wird, desto größer wird auch die Gefahr, dass immer mehr Menschen nach einem Ersatz für das suchen, was sie in ihrer jeweiligen Lebenswelt nicht finden, nämlich andere Menschen, mit denen sie sich verbunden, in deren Gemeinschaft sie sich sicher und gewertschätzt fühlen. Und Aufgaben, an denen sie wachsen,

über sich hinauswachsen können.

Die Lösung für die Suchtproblematik besteht deshalb nur vordergründig in der frühzeitigen Erkennung und Therapie der betreffenden Personen. Langfristig erfolgreich werden die Bemühungen nur dann sein, wenn es gelingt, unsere bisherige Beziehungs-, Arbeits- und Führungskultur umzugestalten. Und zwar so, dass alle Menschen die Erfahrung machen, dass es auf jeden einzelnen ankommt und dass jeder dazugehört, dass jeder mit seinen besonderen Fähigkeiten gebraucht wird, damit das, was alle gemeinsam anstreben, auch erreicht werden kann. ■

Dr. rer. nat. Dr. med. habil. Gerald Hüther

ist Professor für Neurobiologie an der Universität Göttingen. Wissenschaftlich befasst er sich mit dem Einfluss früher Erfahrungen auf die Hirnentwicklung, mit den Auswirkungen von Angst und Stress und der Bedeutung emotionaler Reaktionen. Er ist Autor zahlreicher wissenschaftlicher Publikationen und populärwissenschaftlicher Darstellungen.

→ Seite 7 veränderbare Erbinformation (DNA-Code) an die Nachkommen weitergegeben werden sollte, nicht aber die Schatten von gesammelten Lebenserfahrungen wie etwa Drogenmissbrauch. Wie genau solche Effekte die Keimbahn beeinflussen ist Schwerpunkt intensiver Forschungsanstrengungen (Bohacek and Mansuy, 2013). Die möglichen Implikationen dieser Studien für Menschen sind zu diesem Zeitpunkt noch nicht abschätzbar, ebenso bleiben die genetischen Grundlagen der Sucht einseitig ungeklärt. Doch die Forschung eilt, getrieben von rasantem technischen Fortschritt, mit Siebenmeilenstiefeln voran und nagt stetig am komplexen neuronalen Code der Sucht. Unweigerlich werden sich dadurch neue Therapieansätze und Interventionsmöglichkeiten eröffnen und uns nebenbei mehr über das Wesen des menschlichen Strebens nach Genuss und Befriedigung lehren. ■

Der Autor bedankt sich bei Lukas von Ziegler (Hirnforschungsinstitut Zürich) für wichtige Kommentare zu diesem Artikel.

Literatur

- Agrawal, A., Verweij, K.J.H., Gillespie, N.A., Heath, A.C., Lessov-Schlaggar, C.N., Martin, N.G., Nelson, E.C., Slutske, W.S., Whitfield, J.B., Lynskey, M.T.**, 2012. The genetics of addiction—a translational perspective. *Transl. Psychiatry* 2, e140.
- Amos, C.I., Spitz, M.R., Cinciripini, P., 2010. Chipping away at the genetics of smoking behavior. *Nat. Genet.* 42, 366–8.
- Andersen, S.L., Teicher, M.H.**, 2009. Desperately driven and no brakes: developmental stress exposure and subsequent risk for substance abuse. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 33, 516–24.
- Bohacek, J., Mansuy, I.M.**, 2013. Epigenetic Inheritance of Disease and Disease Risk. *Neuropsychopharmacology* 38, 220–236. doi:10.1038/npp.2012.110
- Damez-Werno, D., LaPlant, Q., Sun, H., Scobie, K.N., Dietz, D.M., Walker, I.M., Koo, J.W., Vialou, V.F., Mouzon, E., Russo, S.J., Nestler, E.J.**, 2012. Drug experience epigenetically primes FosB gene inducibility in rat nucleus accumbens. *J. Neurosci.* 32, 10267–72.
- Hyman, S.E., Malenka, R.C., Nestler, E.J.**, 2006. Neural mechanisms of addiction: the role of reward-related learning and memory. *Annu. Rev.*

Neurosci. 29, 565–98.

Olds, J., Milner, P., 1954. Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. *J. Comp. Physiol. Psychol.* 47, 419–27.

Robison, A.J., Nestler, E.J., 2011. Transcriptional and epigenetic mechanisms of addiction. *Nat. Rev. Neurosci.* 12, 623–37.

Vassoler, F.M., Sadri-Vakili, G., 2014. Mechanisms of transgenerational inheritance of addictive-like behaviors. *Neuroscience* 264, 198–206. doi:10.1016/j.neuroscience.2013.07.064

Dr. Johannes Bohacek ist Neuroepigenetiker am Hirnforschungsinstitut der Universität Zürich und der ETH Zürich. Während seines Doktoratstudiums an der Tulane University in den USA befasste er sich intensiv mit Verhaltensforschung und Neuroendokrinologie. Aktuell konzentriert sich seine Forschung auf die neuronalen Konsequenzen von traumatischem Stress.

Dr. Bohacek ist ebenso spezialisiert auf das Phänomen der transgenerationalen Epigenetik und wie traumatischer Stress in der frühen Kindheit über die Keimbahn Auswirkungen auf die Nachkommen haben kann.

Rausch, Ekstase, Sucht

Philosophische und anthropologische Aspekte



von Martin Poltrum

Dass Suchterkrankungen etwas mit Rausch zu tun haben, würden die meisten Menschen unterschreiben, dass jedoch der Rausch auch ein Prophylaktikum der Sucht sein kann und somit die Erfahrung des Rausches sogar zur Suchtprävention eingesetzt werden könnte, da würden nur mehr die Wenigsten zustimmen.

Suchtphänomene, das soll hier gezeigt werden, lassen sich sehr gut verstehen, wenn sie von der Erfahrung des Rausches her ausgelegt werden.

Zum Wesen des Rausches

Was ist das, der Rausch? Was bewirkt die Erfahrung des Rausches beim Berauschten? Wie lässt sich das Gemeinsame der vielen verschiedenen Rauscherfahrungen beschreiben? Liebesrausch, Sexrausch, Kaufrausch, Kampfrausch, Machtrausch, Blutrausch, Goldrausch, Arbeitsrausch, Inspirationsrausch, Siegesrausch, Glücksrausch und was es sonst noch für Rauscherfahrungen gibt, haben das gemeinsam, dass der Berauschte in dieser Erfahrung so festgehalten und vom Rauschphänomen aufgesogen wird, dass es kaum bis gar keine Distanz mehr zwischen dem, nennen wir es, provisorisch gesprochen, berauschten Ich und dem jeweiligen Phänomen gibt, das den Rausch auslöst. Im Liebesrausch ist der Liebende ganz die Liebe, er strahlt diese unheimlich

beglückende Erfahrung bis in die letzte Pore seines Wesens aus, was man leicht an frisch Verliebten wahrnehmen und beobachten kann. Es funkeln die Augen – alles funkelt, leuchtet und strahlt in der Welt der Liebenden. Der Liebende ist eins mit sich und der Welt, in der er lebt. Ähnlich, aber doch ganz anders, ist das im Kampfrausch. Der Kämpfer, der berauscht in einer Schlacht oder in einem Kampfaufgeht, wird selber zum Kampf, den er kämpft, vom Blutausch getrieben, tötet er den anderen, weil er ganz Lanze und Schwert ist und vom Tötenwollen aufgesogen wird. Im Arbeitsrausch, um ein nüchterneres Beispiel für eine Rauscherfahrung zu bringen, ein weder so positiv besetztes wie der Liebesrausch, noch so negativ bewertetes Rauschphänomen wie der Kampfrausch, geht der berauschte Arbeitende auch ganz in der Arbeit auf. Alles geht leicht von der Hand, die Stimmung ist gehoben, jeder zu tätigen Arbeitsschritt, jede Entscheidung, alle zu erledigenden Aufgaben fallen leicht und es scheint, als würden einem die Dinge zufliegen. Arbeit wird im Arbeitsrausch nicht als Last, sondern als Spiel erlebt.

Die Rauscherfahrung ist eine Potenzsteigerungserfahrung sondergleichen, eine Erfahrung, in der man sich als mächtig, tatkräftig und selbstwirksam erlebt. In der Rauscherfahrung fühlt sich der Berauschte nicht nur stark und unangreifbar, sondern die Alltagsorgen, ja der Alltag schlechthin, scheint bedeutungslos zu sein, da der Rausch eine außergewöhnliche Seins-Steigerungserfahrung mit sich bringt, so dass Alltagsängste und Bedenken in diesem Zustand das berauschte Ich gar nicht angehen. Der Rausch ist damit die Paradeerfahrung für eine gute Selbstvergessenheit, in der man vom Lastcharakter, den das Leben hin und wieder haben kann, enthoben ist. Die Rauscherfahrung ist damit auch eine Reflexionserfahrung. Ein neurotisches Herumdenken und Durchdenken einer Sache weicht im Rausch der Spontanhandlung und Spontanentscheidung. Ein möglicherweise hyperintentionales immer wieder Durchdenken und Durchkauen einer Sache weicht im Rausch dem befreienden Spontanentschluss, der als richtig und stimmig erlebt wird. Selbstmächtig und selbstwirksam schließt sich dem Berauschten eine in der Nüchternheit möglicherweise als bedrohlich oder bedrückend erlebte Situation

auf. Das leistet die durch den Rausch induzierte Entschlossenheit. Die rauschhaft induzierte Entschlossenheit schließt alles Verschlussene auf – Situationen und Menschen. Die gehemmten Lebenskräfte werden im Rausch vitalisiert und das berauschte Ich erlebt eine Ich-Stärkung von außerordentlichem Maße.

Der Rausch bei Nietzsche und Platon

Wenn man sich fragt was, Rausch und Ekstase denn eigentlich leisten, welche Kraft sie haben, dann ist man gut beraten, wenn man die wahrscheinlich bedeutendsten Rauschtheoretiker der abendländischen Philosophie – Nietzsche und Platon – zu Rate zieht. Nietzsche sieht im Rausch vor allem ein Machtsteigerungsphänomen und ein Stimulans des Lebens. Dabei darf man Macht aber nicht als Negativphänomen verstehen, im Sinne der Macht- und Gewaltausübung auf andere, sondern in dem Sinne, wie die Sonne eine Macht ist, eine überreiche Macht, die überfließt und Leben ermöglicht, so ist der Rausch ein Phänomen, das zu einem Machtzuwachs und einer Potenzsteigerung führt. »Der Lustzustand, den man Rausch nennt, ist exakt ein hohes Machtgefühl.«⁽¹⁾ »Das Wesentliche am Rausch ist das Gefühl der Kraftsteigerung und Fülle.«⁽²⁾ Die Erfahrung der Fülle, Kraft- und Machtsteigerung ist etwas, das in der Kunst gefordert wird und notwendig ist, denn der Künstler benötigt einen besonderen Blick auf die Dinge und muss eine Perspektive zur Welt einnehmen, die sich vom alltäglichen Hinblick der gewöhnlichen Einstellung unterscheidet. Künstler müssen chronisch unter einer Art Inspirationsrausch stehen. »Die Künstler sollen nichts so sehen, wie es ist, sondern voller, sondern einfacher, sondern stärker: dazu muss ihnen eine Art Jugend und Frühling, eine Art habitueller Rausch im Leben eigen sein.«⁽³⁾ Ohne Rausch auch keine Kunst, so könnte man Nietzsches ekstatische Artistenmetaphysik zusammenfassen.⁽⁴⁾ »Unter dem Zauber des Dionysischen« wird der Mensch sogar selbst zum »Kunstwerk«, wie es in der Tragödienschrift heißt.⁽⁵⁾

Platon, Nietzsches großer Gegner, ist ebenfalls ein bedeutender Rauschtheoretiker, wobei er die volle Leistungskraft des Rauschphänomens vor allem anhand des Paradigmas der Liebe und Verliebtheit zu fassen bekommt. Platon nennt im Dialog

Phaidros vier Arten des Rausches und meint, dass »die größten aller Güter uns durch den Rausch zuteil werden (...).«⁽⁶⁾ Da gibt es einmal den mantischen Rausch, die Berausung, unter der die Seher und Wahrsager stehen. Wer in die Zukunft blicken will und Wahrsagen möchte, muss den Kerker des Ichs verlassen und in die Ferne wandern, um berichten zu können, was kommen wird. Seher und Wahrsager müssen also kurzweilig Außer-sich-sein und ganz beim Künftigen verweilen und dies leistet der mantische Rausch. Wer mit den Göttern kommuniziert, der erfährt notgedrungen eine Art Verzückung, denn das Gespräch mit den numinosen Mächten lässt keinen nüchtern und kalt. Der Dialog, durch den die Götter und Menschen miteinander sprechen, steht unter dem Stern der mystischen Ekstase. Drittens nennt Platon den poetischen Rausch, der durch den Kuss der Musen induzierte Inspirationsrausch, unter dem die Dichter stehen und ohne den sie zu Stammlern und Stotterern würden.⁽⁷⁾ Und viertens, die wichtigste Berausungsart überhaupt: der erotische Rausch. Im Zustand der Erotisierung und Verliebtheit erlebt sich der Mensch ganz und versöhnt. Die Welt wird zur Heimat. Alles strahlt, glänzt und leuchtet. Wenn Eros da ist, dann ist das Leben lebenswert. Der Schleier der Maja fällt und die Welt zeigt sich als wahr, schön und gütig, der bekannte platonische Topos.

Zur Leistungskraft des Rausches

Wenn man das, was dem substanzfreien und »natürlichen« Rausch alles zugetraut wird zusammenfasst, dann lassen sich folgende Leistungen anführen: Der Rausch bewirkt eine wohltuende Selbstvergessenheit und ist eine Art Dereflexionserfahrung, in welcher der Lastcharakter des Lebens vergessen wird. Der Rausch ist

eine Potenzsteigerungserfahrung (Nietzsche) und erhöht die Selbstwirksamkeit. Im Rausch geschieht eine Verlebendigung und Lebenssteigerung. Durch den Rausch werden einem die größten aller Güter zuteil (Platon). Der Rausch bewirkt eine De-automatisierung der Wahrnehmung. Im Rausch wird die Wirklichkeit erotisch aufgeladen. Der Rausch bewirkt eine affektive Katharsis und im Rausch wird die Welt und die Zeit wertvoller erlebt. Mystiker wie Meister Eckehart sprechen von einer Art »Istigkeitserfahrung« und beschreiben damit die Tatsache, dass das reine Sein, entkleidet von jeder kategorialen Bestimmung, als reines Strömen, Fließen und Pulsieren wahrgenommen werde.

Der Rausch als Therapeutikum

Wenn es stimmt, dass der Rausch all das oben Genannte leistet, dann gibt es eine Reihe von Mangel- und Dürreerfahrungen, für welche der Rausch die Lösung darzustellen scheint. Wer unter Niedergedrücktheit leidet, bedarf der stimmungsaufhellenden Wirkung des Rausches, wer mit Selbstunsicherheit und Leblosigkeit kämpft, hat die Selbstwirksamkeitssteigerung und verlebendigende Kraft des Rausches nötig. Wer in sich eingesperrt und verklemmt ist, der wird durch die Leistung der Ekstase, des »aus sich heraus treten« Könnens befreit. Wer belastet ist und gedanklich um seine Probleme kreist, wird durch die gute Selbstvergessenheit und Dereflexionsleistung des Rausches temporal erlöst. Man könnte sogar so weit gehen und argumentieren, dass im Rausch

eine Art Therapeutikum der Sucht liegt. Der österreichische Künstler Peter Weibel hat einmal gemeint: »Wo das Leben selbst eine Entziehungskur ist, gedeiht der Boden für die Sucht. Wo die Lebenssehnsucht nicht gesättigt wird, füllt die Drogensucht den leeren Raum.«⁽⁸⁾ In unsere Zusammenhänge übersetzt hieße das, wo das Leben selbst alles andere als berausend ist, gedeiht der Boden für die Sucht. Dem entsprechend müsste man als Suchttherapeut zur Prophylaxe und zur Therapie ein berauschendes Leben empfehlen und die nüchterne Trunkenheit und drogenfreie Ekstase als Medikamente gegen die Sucht verschreiben. ■

Literatur

- (1) F. Nietzsche, In: O. Bollnow (1941) Schriften Band 1., Das Wesen der Stimmungen, Königshausen & Neumann, S. 64
- (2) F. Nietzsche, In: M. Heidegger (1961) Nietzsche, Erster Band, Verlag Günther Neske: Pfullingen, S. 118
- (3) F. Nietzsche, In: M. Heidegger (1961) Nietzsche, Erster Band, Verlag Günther Neske: Pfullingen, S. 136
- (4) F. Nietzsche (1888) Götzendämmerung oder Wie man wird was man ist, Insel Verlag: Frankfurt am Main 1985
- (5) F. Nietzsche (1872) Die Geburt der Tragödie, Reclam Verlag: Stuttgart 1993, S. 23 f.
- (6) Platon (428/427–348/347 v. Chr.) Phaidros, Reclam Verlag: Stuttgart 1994, 243e–256d
- (7) M. Poltrum (2013) Musen und Sirenen. Ein Essay über das Leben als Spiel, Pabst Science Publishers Verlag: Lengerich/Berlin
- (8) P. Weibel (2002) Lebenssehnsucht und Sucht, Merve Verlag: Berlin, S. 32

Univ.-Doz. Dr. Martin Poltrum

Koordinator der Akademie des Anton Proksch Instituts, Venia Docendi für das gesamte Gebiet der Psychotherapiewissenschaften an der Sigmund Freud Privat Universität
Mail: martin.poltrum@api.or.at



»Unter dem Zauber des Dionysischen... ist der Mensch nicht mehr Künstler, er ist Kunstwerk geworden: die Kunstgewalt der ganzen Natur... offenbart sich hier unter den Schauern des Rausches.«

Friedrich Nietzsche:
Die Geburt der Tragödie (1872)

Kinder von Suchtkranken – Patienten von morgen?



von Rainer Thomasius



und Sonja Bröning

Kinder aus suchtbelasteten Familien weisen, verglichen mit Gleichaltrigen, ein höheres Risiko auf, eine eigene Suchterkrankung oder psychische Störungen zu entwickeln – diese Tatsache ist in der Wissenschaft unumstritten (Staton-Tindall et al., 2013) und auch der Allgemeinheit mittlerweile bekannt. Professionelle Helfer erleben vielfach, dass das Wissen um diesen Zusammenhang zu erheblichen Schuldgefühlen bei suchterkrankten Eltern und ihren Angehörigen führt und die (ohnehin nicht leicht zu etablierende) präventive Arbeit mit betroffenen Kindern oder Familien dadurch erschwert. Gleichzeitig gibt es in allen wissenschaftlichen Längsschnittstudien zum Thema einen erheblichen Prozentsatz an Kindern, die trotz elterlicher Suchterkrankung keine eigenen psychosozialen Probleme entwickeln (im deutschsprachigen Raum

z.B. bei Ulrich, Stopsack & Barnow, 2010). Dies legt die Frage nach Mechanismen der Übertragung elterlicher Sucht und nach entgegen wirkenden Schutzfaktoren nahe. Wie wir im Folgenden zeigen werden, bieten Forschungsbefunde, die hierauf Antwort geben, hilfreiche Ansatzpunkte für die präventive Arbeit mit Kindern suchtkranker Eltern.

Transmissionsmechanismen – unter welchen Umständen werden Kinder von Suchtkranken Patienten von morgen?

Viele Befunde sprechen dafür, dass eine genetische Vulnerabilität zur Entwicklung einer eigenen Suchtstörung existiert (z.B. Sørensen et al., 2011). So ist beispielsweise erwiesen, dass Söhne von alkoholabhängigen Vätern mehr Alkohol konsumieren müssen, um die berauschende Wirkung der Substanz zu spüren, als Söhne von nicht-abhängigen Vätern (Schuckit, 1991; Schuckit & Smith, 2001). Sie laufen damit Gefahr, größere Mengen zu konsumieren. Viel bedeutsamer erscheint allerdings die Rolle nicht-genetischer Risikofaktoren im Zusammenhang mit elterlicher Sucht. Substanzkonsum kann die Feinfühligkeit der Eltern für die Bedürfnisse ihrer Kinder herabsetzen, so dass diese weniger Fürsorge, Aufsicht und Orientierung erhalten (Testa & Smith, 2009). Die Einnahme von psychoaktiven Substanzen beeinträchtigt auch den adäquaten Ausdruck und die Interpretation von Emotionen, was sich in einer gestörten Eltern-Kind-Bindung niederschlagen kann (Suchman et al., 2007). Ein Alkohol- oder Drogen konsumierender Lebensstil der Eltern hat häufig ein instabiles häusliches Umfeld zur Folge, in dem die Kinder mit Aggression und Gewalt, kriminellen Handlungen und schädlichen Substanzen konfrontiert werden (Chassin et al., 1999). Darüber hinaus ist elterlicher Substanzmissbrauch ein eindrucksvoller Prädiktor für sehr frühe Erfahrungen mit Substanzkonsum bei betroffenen Kindern, was häufig als -dysfunktionale- Bewältigungsstrategie im Umgang mit derartigen familiären Verhältnissen interpretiert wird und eine spätere chronische substanzbezogene Störung begünstigt (Kilpatrick et

al., 2000). Neben familiären Stressoren und widrigen Kindheitserfahrungen spielen auch noch begleitende Faktoren, wie ein niedriger sozioökonomischer Status der Familie oder elterliche Antisozialität, für die Transmission elterlicher Suchtprobleme eine Rolle (Barnow et al., 2004; Schuckit et al., 2000). Vereinfachend kann für nicht-genetische Transmissionsfaktoren folgendes festgehalten werden: Besonders gefährdet für die Entwicklung einer eigenen Suchtstörung sind Kinder, die durch eine elterliche Suchterkrankung belastende Kindheitserfahrungen machen, keinen adäquaten Umgang mit den daraus resultierenden negativen Emotionen erlernen und schon früh Substanzkonsum als Problembewältigungsstrategie wählen.

Schutzfaktoren – was schützt Kinder aus suchtbelasteten Familien davor, Patienten von morgen zu werden?

Schutzmechanismen sind besonders dann von großer Bedeutung, wenn eine Vielzahl von Risikofaktoren eine ungünstige Entwicklungsprognose ergeben. Für Praktiker sind sie sowohl für die diagnostische Einschätzung des Gesamtentwicklungsrisikos eines Kindes als auch für die Beurteilung geeigneter präventiver und interventiver Maßnahmen wichtig. Petermann (1997) unterscheidet schützende Einflüsse nach umgebungsbezogenen und kindbezogenen Schutzfaktoren. Wie sieht eine schützende Umgebung für ein Kind suchtkranker Eltern aus? Die Antwort auf diese Frage ergibt sich zum Teil aus den oben dargestellten Folgeproblemen elterlicher Sucht. Wenn bei den Eltern trotz der Suchtproblematik (noch) eine hohe Erziehungskompetenz vorhanden ist, familiäre Strukturen und Rituale bestehen und eingehalten werden, das Kind dem elterlichen Substanzkonsum und familiären Konflikten möglichst wenig ausgesetzt ist und es eine stabile Bindung zu einem nicht-konsumierenden nahen Erwachsenen (z.B. ein Elternteil, andere Verwandte oder weitere Vertrauenspersonen) gibt, sinkt das Risiko für betroffene Kinder (Zobel, 2000).

Wie sehen kindbezogene Schutzfak-

toren aus? Diese werden auch als »Resilienz« bezeichnet und meinen die innere Widerstandskraft eines Kindes gegenüber widrigen Einflüssen z.B. aus elterlicher Suchterkrankung. Hierzu gibt es bislang zu wenig Forschung. Eine qualitative Studie (Wolin & Wolin, 1993) identifizierte mit Hilfe von retrospektiven klinischen Interviewdaten bei jenen erwachsenen Kindern suchbelasteter Eltern mit guter psychischer Gesundheit insgesamt sieben Resilienzen, die Kindern offenbar ermöglichen, sich gegen belastende Familienverhältnisse aktiv zu schützen und diese unbeschadet zu »überleben«: 1) Einsicht, 2) Unabhängigkeit, 3) Beziehungsfähigkeit, 4) Initiative, 5) Kreativität, 6) Humor und 7) Moral. Einsicht bezieht sich auf die Erkenntnis des Kindes, dass sich das Familienleben anders gestaltet als bei anderen und weniger vertrauensvoll und sicher ist. Durch das Wissen über Alkohol und seine Effekte entsteht mehr Verständnis für sich selbst und die anderen Familienmitglieder. Einsicht schließt dementsprechend eine Verdrängung des Problems aus. Mit Unabhängigkeit wird sowohl die emotionale Distanz (innere Unabhängigkeit) als auch die physische Distanz (z. B. Unternehmungen mit Freunden, sportliche Aktivitäten, Freizeitaktivitäten) zu den familiären Problemen bezeichnet. Beziehungsfähigkeit ging meist mit emotional bedeutsamen Beziehungen zu stabilen Bezugspersonen außerhalb der Familie einher. Als Initiative wird das spielerische Erkunden der Umwelt, das Erkennen von Ursache- und Wirkungszusammenhängen und die Ausübung zahlreicher Aktivitäten außerhalb der Familie bezeichnet. Die Fähigkeit zur Kreativität umfasst die Möglichkeit, innere Konflikte mit ästhetischen Mitteln auszudrücken und sich vom Alltag abzulenken. Humor kann zur emotionalen Distanzierung beitragen und weist somit eine entlastende Funktion auf. Als letzter Resilienzfaktor wurde Moral identifiziert. Durch die Entwicklung eines eigenen differenzierten und sozial verantwortlichen Werte- und Moralsystems wird den Kindern ein ethischer Rahmen für Bewertungen und Struktur ermöglicht.

Vorbeugen ist möglich

Viele der oben beschriebenen umgebungsbezogenen und kindbezogenen Schutzfaktoren sind prinzipiell veränderbar. Somit stellen sie wertvolle Ansatzpunkte für Prävention dar. Aufgegriffen wurden diese Erkenntnisse in der Entwicklung des TRAMPOLIN-Programms. Diese präventive Maßnahme für acht- bis zwölfjährige

Kinder aus suchbelasteten Familien zielt auf die Stärkung der kindlichen Resilienz ab und bezieht auch die Eltern mit ein. Im Rahmen eines durch das Bundesministerium für Gesundheit geförderten Modellprojekts wurde das modulare Gruppenangebot von den Autoren dieses Artikels in Kooperation mit dem Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung an der Katholischen Hochschule Köln zunächst konzipiert und dann an 27 Standorten in ganz Deutschland evaluiert. Die Ergebnisse zeigen, dass die teilnehmenden Kinder in vielfacher Hinsicht von einer derartigen Kurzintervention profitieren können und sich auch nach sechs Monaten noch deutlich psychisch entlastet fühlen (www.projekt-trampolin.de; Klein et al., 2013). Präventive Angebote dieser Art können und sollten somit dazu beitragen, dass Kinder suchbelasteter Eltern nicht zu Patienten von morgen werden. ■

Literatur

- Barnow, S., Lucht, M., Hamm, A., John, U. & Freyberger, H.-J.** (2004). The Relation of a Family History of Alcoholism, Obstetric Complications and Family Environment to Behavioural Problems among 154 Adolescents in Germany: Results from the Children of Alcoholics Study in Pomerania. *European Addiction Research*, 10, 8-14.
- Chassin, L., Pitts, S. C., DeLucia, C., & Todd, M.** (1999). A longitudinal study of children of alcoholics: predicting young adult substance use disorders, anxiety, and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(1), 106.
- Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Saunders, B., Resnick, H. S., Best, C. L., & Schnurr, P. P.** (2000). Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: data from a national sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 19.
- Klein, M., Moesgen, D., Bröning, S., & Thomasius, R.** (2013). Kinder aus suchbelasteten Familien stärken: das »Trampolin«-Programm (Vol. 68). Hogrefe Verlag.
- Petermann, F.** (1997). Klinische Kinderpsychologie – Begriffsbestimmung und Grundlagen. In F. Petermann (Hrsg.), *Fallbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Erklärungsansätze und Interventionsverfahren*. Göttingen: Hogrefe.
- Schuckit, M.A. & Smith, T.L.** (2001). The clinical course of alcohol dependence associated with a low level of response to alcohol. *Addiction*, 96, 903-910.
- Schuckit, M., Smith, T.L., Radzinski, S. & Heynemann, E.K.** (2000). Behavioural Symptoms and Psychiatric Diagnoses among 162 Children in Nonalcoholic or Alcoholic Families. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 1881-1883.
- Schuckit, M.A.** (1991). A Longitudinal Study of Children of Alcoholics. *Recent Developments in Alcoholism*, 9, 5-19.
- Sørensen, H.J., Manzardo, A.M., Knop, J., Penick,**

E.C., Madarasz, W., Nickel, E.J., Becker, U. & Mortensen, E.L. (2011). The contribution of parental alcohol use disorders and other psychiatric illness to the risk of alcohol use disorders in the offspring. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35 (7), 1315-1320.

Staton-Tindall, M., Sprang, G., Clark, J., Walker, R., & Craig, C. D. (2013). Caregiver substance use and child outcomes: A systematic review. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 13(1), 6-31.

Suchman, N. E., Rounsaville, B., DeCoste, C., & Luthar, S. (2007). Parental control, parental warmth, and psychosocial adjustment in a sample of substance-abusing mothers and their school-aged and adolescent children. *Journal of substance abuse treatment*, 32(1), 1-10.

Testa, M. F., & Smith, B. (2009). Prevention and drug treatment. *The Future of Children*, 19(2), 147-168.

Ulrich, I., Stopsack, M., & Barnow, S. (2010). Risiko- und Resilienzfaktoren von adoleszenten Kindern alkoholkranker Eltern: Ergebnisse der Greifswalder Familienstudie. *Diskurs Kindheits- und Jugendforschung*, 5(1).

Widom, C. S., White, H. R., Czaja, S. J., & Marmorstein, N. R. (2007). Long-term effects of child abuse and neglect on alcohol use and excessive drinking in middle adulthood. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(3), 317.

Wolin, S. & Wolin, S.J. (1993). *The resilient self. How survivors of troubled families overcome adversity*. New York: Villard Books.

Zobel, M. (2000). *Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und -chancen*. Göttingen: Hogrefe.

Prof. Dr. Rainer Thomasius ist Ärztlicher Leiter des Deutschen Zentrums für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) sowie des Bereichs Suchtstörungen an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik (UKE). Er ist Vorsitzender der Gemeinsamen Suchtkommission der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften (DGKJP, BAG, BKJPP), Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) und Redakteur der Fachzeitschrift *SUCHT* (Bern, Hogrefe). Er beschäftigt sich seit mehr als 25 Jahren mit verschiedenen Aspekten der Suchtforschung. Ein Forschungsschwerpunkt ist die Präventions- und Therapieforschung.

Dr. Sonja Bröning ist Betriebswirtin und Pädagogin, sie promovierte im Fach Psychologie. Ihr wissenschaftliches Interesse richtet sich auf familienbasierte Prävention in den Bereichen »Sucht« und »Trennung«. Neben ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit für das Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) ist Frau Bröning als systemische Therapeutin an der Drogen- und Alkoholambulanz für Jugendliche, junge Erwachsene und deren Familien am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf tätig.

Traumatisierende Beziehungserfahrungen und Suchterkrankungen



von Christel Lüdecke

Substanzmittelerkrankungen zählen zu den häufigsten Folgen von Traumatisierungen.

Als ein Trauma wird eine Konfrontation mit einem Ereignis bezeichnet, welches tatsächlichen oder drohenden Tod, ernsthafte Gefahr oder Verletzung für die körperliche Unversehrtheit der eigenen oder einer anderen Person beinhaltet. Die Reaktion muss intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen beinhalten.

70 bis 90 % der Menschen, die an einer Suchterkrankung leiden, haben im Vorfeld teilweise schwere Traumatisierungen erlitten. Andersherum weisen Frauen und Männer mit Gewalterfahrungen in der Kindheit sowie Frauen nach sexuellem Missbrauch zu 14 bis 35 % substanzbezogene Störungen auf (Mullen et al. 1993, Wilsnack et al. 1997, MacMillan et al. 2001). Besonders gut untersucht ist dabei der Zusammenhang zwischen Sucht und posttraumatischen Belastungsstörungen. Unter posttraumatischer Belastungsstörung wird eine Traumaverarbeitungsstörung mit der Symptomatik von Intrusionen, Albträumen, extremen Vermeidungsverhalten und Hyperarousal (vegetativer Übererregung) verstanden. Als Intrusion wird unvermeidliches Wiedererinnern und Wiedererleben von traumatischen Ereignissen in Gedanken, Bildern (flash backs) und anderen Wahrnehmungen bezeichnet. Intrusionen werden zumeist durch Schlüsselreize ausgelöst (»Trigger«).

Es ist davon auszugehen, dass 25 % der

Menschen, die sich vorrangig wegen einer Suchterkrankung an das Suchthilfesystem wenden, zusätzlich an einer akuten oder chronischen posttraumatischen Belastungsstörung leiden. Patienten mit Alkoholerkrankungen zeigen in 15 % und Patienten, die polytoxikomane Konsummuster aufweisen, sogar in 34 % der Fälle das Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung. Frauen sind doppelt so häufig betroffen wie Männer (Brown 1994, Giakonia et al. 2000, Schäfer et al. 2002, Langeland 2002, Driessen et al. 2008).

Der Zusammenhang zwischen Traumatisierungen und Suchtproblemen wird häufig im Sinne der »Selbstmedikationshypothese« verstanden. Alkohol- oder Drogenkonsum beginnt als ein teilweise erfolgreicher Versuch, schmerzvolle oder schwer erträgliche emotionale Zustände zu lindern. Psychotrope Substanzen werden von den Betroffenen dabei nicht nur zur Dämpfung von negativen Gefühlen eingesetzt, sondern können bei eingeschränkter emotionaler Erlebnisfähigkeit auch positive Gefühle steigern oder weitere Misshandlungsfolgen, wie Rückzugsverhalten oder Störungen in der Gestaltung sozialer Kontakte, positiv beeinflussen. Der Substanzkonsum kann so für Betroffene eine zentrale Funktion in der Sicherung elementarer Grundbedürfnisse einnehmen und als dysfunktionaler Versuch der Alltags- und Lebensbewältigung angesehen werden.

Ursächlich können bei Suchtpatienten oft frühe Traumatisierungen, sogenannte Bindungstraumatisierungen, gefunden werden. Als Bindungstraumatisierungen werden emotionale Vernachlässigungen sowie physische und/oder sexualisierte Gewalt in der Kindheit bezeichnet, die in der Regel wiederkehrend sind. Menschen mit Suchterkrankungen, insbesondere illegal drogenabhängige Frauen mit polytoxikomanen Konsummustern, berichten oft von traumatisierenden Kindheitserfahrungen, emotionalen Vernachlässigungen sowie physischen und sexuellen Gewalterfahrungen in der Kindheit. Sie sind häufig in Broken-home-Familien aufgewachsen und wurden einem Wechselbad von Überversorgung und Vernachlässigung ausgesetzt. Es führen problematische Familienverhältnisse zur Notreife der Kinder, die

viel zu früh Erwachsenenfunktionen für ihre oft suchtkranken Eltern übernehmen müssen. Als Jugendliche wenden sie sich dann Peergroups zu, die als Familienersatz dienen. Zusammengehörigkeitsgefühl wird z. B. durch einen besonderen Kleidungsstil symbolisiert. Suchtmittel fungieren als »Bindungskitt«. Ausgelöst durch frühe Traumatisierungen und Vernachlässigungen haben diese Patienten ein psychophysiologisches Defizit. Ein Grund hierfür ist die unzureichende Ausreifung des inneren psychischen Binnenraums in der frühen Kindheit. Betroffene sind emotional vulnerabel und haben mangelhaft ausgebildete Bewältigungsstrategien. Zur Spannungs- und Stressregulation werden neben Substanzmissbrauch auch manchmal selbstverletzende Verhaltensweisen und »sensation seeking« eingesetzt.

Fast zwei Drittel der Suchtpatienten mit schwerem Verlauf haben, bedingt durch Bindungstraumatisierungen in den ersten Lebensjahren, Defizite in ihrer Persönlichkeitsentwicklung. Sie begeben sich in abhängige Beziehungen, in denen sie nicht selten erneut traumatisiert werden, sie haben mangelnde Selbstfürsorge, leiden an Störungen der Stress- und Emotionsregulation und können nicht allein sein. Diese Defizite bestimmen wiederum den Verlauf der Suchterkrankung.

Zwei Dinge sollen Kinder von ihren Eltern bekommen: Wurzeln und Flügel (J. W. v. Goethe)

Oft haben Menschen mit Suchterkrankungen in ihrer Kindheit keine verlässlichen Bezugspersonen gehabt, sondern sind emotional vernachlässigt worden. Bindungsverluste und Trennungssituationen führen durch Aktivierung des Paniksystems in unserem Gehirn zu einer Störung des zentralen Stressverarbeitungssystems. Entsprechend sind bei Beginn oder Rückfall von Suchtmittelabusus oft Bindungsirritationen, wie eine Trennungssituation oder ein Todesfall eines Angehörigen, vorausgegangen. Opiatabhängige sagen später: »Ich fühlte mich nach dem Heroinkonsum wie in eine warme Decke gehüllt, ich fühlte mich geliebt, geborgen und ganz ruhig, es war genau das, was ich in meinem Leben immer vermisst habe.«

Bei Fehlen von konstanten, positiven

Bezugspersonen, besonders in den ersten Lebensjahren, wird auch im späteren Leben die Bahnung zur Speicherung bindungsfördernder Gedächtnisinhalte wie körperliche und affektive Wahrnehmungen – Gerüche, Laute und Anblicke, die zum Erhalt von Bindung fungieren – erschwert. Dann können Menschen sich schwerer selbst beruhigen. Die Regulation der Emotionen kann dann nicht über den Austausch mit Beziehungspersonen in Selbstregulation übergehen. Wir haben es mit Menschen zu tun, die nicht allein sein können und keine Möglichkeiten haben, ihren Stress, ihre Spannung und ihre Emotionen funktional zu regulieren. Sie haben keine ausreichende Kontrolle über ihre Gefühle.

Auch durch die Schwere der Suchterkrankung und die damit verbundenen unbewältigbar erscheinenden Problemlagen können einen Rückzug auf frühere Entwicklungsstufen in der Persönlichkeitsentwicklung mit einfacheren und primitiveren Reaktionen auslösen. Dieser Vorgang wird als Regression bezeichnet. In beiden Fällen stehen dem Patienten notwendige Ich-Funktionen im psychischen Binnenraum wie Selbstbild – und Identitätsbildung, Selbstreflexion, Introspektion, Identifikation eigener Gefühle, Impulssteuerung und Zurückstellen von Affekten und Bedürfnissen, Frustrationstoleranz, Regulation des Selbstwertes, Empathiefähigkeit,

Konfliktfähigkeit, Interaktionsregeln zum Bindungsschutz – nicht zur Verfügung. Wenn Regression ursächlich ist, werden bei Besserung der Suchterkrankung auch die psychischen Funktionen wieder zur Verfügung stehen, die Störung ist also passager. Sind Entwicklungsdefizite, bedingt durch Bindungstraumatisierungen, ursächlich, wird diese Störung auch nach Stabilisierung der Suchterkrankung fortbestehen.

Traumato-gen ausgelöste Störungen im zentralen Stressverarbeitungssystem können sehr wahrscheinlich auch transgenerational wirksam sein. Traumatisierungen scheinen Veränderungen des Methylierungsprofils an der DNA (Speicherung unseres Erbmaterials) auszulösen, dieser Vorgang wird Epigenetik genannt. Somit können auch stress-sensitive Verhaltensweisen an die nächste Generation weitergegeben werden, also mehrgenerational wirksam sein. Da Suchtkranke häufig aus suchtkranken Familien kommen, kann davon ausgegangen werden, dass Kinder von suchtkranken Eltern oft mit einem wenig belastbaren Stressbewältigungssystem ausgestattet sein werden.

Um eine Suchtbehandlung möglichst effektiv zu gestalten, ist es deshalb notwendig, Traumatisierungen, Bindungstraumatisierungen und Traumafolgestörungen in der Diagnostik der Menschen, die sich im Suchthilfesystem vorstellen, mit zu

erfassen. Es kann dann eine Behandlung eingeleitet werden, die sowohl die Suchterkrankung wie auch die Traumafolgestörung berücksichtigt. ■

Weiterführende Literatur

Lüdecke C, Sachsse U, Faure H (2010). Sucht-Bindung-Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgestörungen im neurobiologischen Kontext. Stuttgart: Schattauer-Verlag

Sachsse U (2004). Traumazentrierte Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer-Verlag

Linehan MM (1996). Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Störung. München: CIP-Medien.

Linehan MM (1996). Trainingsmanual zur dialektisch-behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien.

Dr.ⁱⁿ Christel Lüdecke leitet als Chefärztin den Funktionsbereich Allgemeinpsychiatrie – Sucht – im Asklepios Fachklinikum Göttingen. Sie ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und hat sich seit 1994 auf die Behandlung von Suchterkrankungen spezialisiert. Neben der stationären Tätigkeit leitet sie eine Ermächtigungspraxis zur Substitutionstherapie illegal Drogenabhängiger. Frau Lüdecke beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit der Behandlung von Traumatisierungen und Traumafolgestörungen bei Menschen mit Suchterkrankungen. Sie hat u.a. ein stationäres Behandlungskonzept zur integrativen Behandlung von Sucht und Traumafolgestörungen entwickelt.



Unser Betreu

Vorbetreuung

Die Vorbetreuung stellt die Verbindungsstelle zwischen der Organisation »Grüner Kreis« und den Suchtmittelabhängigen dar. Menschen aller Altersgruppen, Eltern bzw. Elternteile mit Kindern, Paare sowie Menschen mit richterlicher Weisung zur Therapie aus dem gesamten österreichischen Bundesgebiet, die von legalen und/oder illegalen Substanzen abhängig sind, werden vom Verein aufgenommen. PatientInnen mit nicht substanzabhängigem Suchtverhalten wie Essstörungen, Spielsucht, Arbeitssucht, Computersucht und KlientInnen aus dem gesamten EU Raum werden ebenso behandelt.

Hilfesuchende nehmen Kontakt zu einer/einem der VorbetreuerInnen auf und klären die Art der Unterstützung ab:

Therapiemotivation (Freiwillig oder »Therapie statt Strafe«),

Therapienotwendigkeit (stationäre Langzeit- oder Kurzzeittherapie, ambulante Therapie, stationäre Substitutionstherapie), Vermittlung eines Entzugsplatzes oder einer ambulanten Entzugsmöglichkeit,

Unterstützung bei Amtswegen

Ansuchen zur Kostenübernahme beim jeweilig zuständigen Kostenträger.

Die ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren befinden sich in Wien, Graz, Klagenfurt, Linz und Wr. Neustadt.

Ambulante Angebote

In den ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren in Wien, Graz, Linz, Klagenfurt und Wr. Neustadt wird ein breites Beratungs- und Behandlungsspektrum geboten.

Sie dienen

- als Anlaufstelle für Informationssuchende · zur ambulanten Beratung · als Präventionseinrichtung, vor allem in der Jugendprävention · zur Kontaktaufnahme mit den MitarbeiterInnen der Vorbetreuung, Vermittlung eines Entzugsbettes oder einer ambulanten Entzugsmöglichkeit und Vorbereitung zur ambulanten oder stationären Therapie ohne Wartezeiten · der ambulanten Psychotherapie für Suchtmittelabhängige, die therapeutische Unterstützung benötigen, ohne ihre aktuellen Lebensumstände verlassen zu müssen, aber auch · der ambulanten Psychotherapie mit richterlicher Weisung »Therapie statt Strafe« (gesundheitsbezogene Maßnahme) · der Krisenintervention · der medizinischen Betreuung und der Abstinenzkontrollen · der Nachbetreuung und Begleitung stationärer PatientInnen aus der Lang- und Kurzzeittherapie nach abgeschlossener Therapie · der Stützung des Alltags- und Arbeitsumfeldes, der Berufsfindung und -ausbildung und · der Beratung und Betreuung von ratsuchenden Eltern und Angehörigen im Rahmen von Einzelgesprächen und offenen Psychotherapiegruppen

Eltern-Kind Häuser

Die Eltern-Kind-Häuser, spezialisierte sozialpädagogische und psychotherapeutische stationäre Kinderbetreuungseinrichtungen, bieten Kindern von suchtkranken Eltern, die ihrer Erziehungsverantwortung alleine nicht nachkommen können, Chancen auf Heilung und gesunde Entwicklung. Das Eltern-Kind-Modell ermöglicht somit einerseits die Rehabilitation der Kinder von Suchtkranken, andererseits sorgt es auch konsequent für die Verbesserung des familiären Systems.

Vorbedingungen: Aufnahmegespräch im Rahmen der Vorbetreuung, die Klärung der Kostenübernahme für Eltern und Kinder und die Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt vor Aufnahme in die Einrichtung.

Dauer: Im Idealfall ein 18 Monate dauernder stationärer Aufenthalt, danach eine ambulante Nachbetreuung.

Zielgruppe: Suchtmittelabhängige Eltern (substituiert oder nicht-substituiert), die ihre Suchtproblematik und die Beziehung zu ihren Kindern verändern wollen oder müssen und gemeinsam mit ihnen aus dem Suchtkreislauf aussteigen möchten.

Therapieziele: Stabilisierung, Integration Einzelner in ein Familiengefüge, Integration der Familie in ein umfassenderes Sozialgefüge, Entstehung einer gesunden Eltern-Kind-Beziehung.

Stationäre Substitutionstherapie

Suchtkrankheit liegt in den verschiedensten psychosomatischen wie psychosozialen Ausprägungen vor. Die Entscheidung für die geeignete Behandlungsform wird aufgrund einer Standortbestimmung der individuellen Lebenssituation der PatientInnen getroffen. Somatische Erkrankungen, Verschlechterungen des psychischen Zustandes, aber auch Veränderungen im sozialen Umfeld können eine stationäre Aufnahme von Substituierten und in Folge eine Revision der Einstellungspraxis erforderlich machen. Das Ziel der stationären Substitutionstherapie ist nicht vordergründig die Abstinenz, sondern die körperliche, psychische und soziale Stabilisierung der Betroffenen in dieser Behandlungsform. In biopsychosozialer Hinsicht sollen die PatientInnen deutlich gebessert in die ambulante Nachsorge entlassen werden bzw. die Möglichkeit erhalten, bei gewünschter, erfolgter Substitutionsreduktion in abstinentorientierte Einrichtungen des Vereins übertreten zu können.

Die stationäre Substitutionsbehandlung, ein Spezialkonzept des Vereins »Grüner Kreis« im Rahmen der stationären Therapie, ist auf einen Zeitraum von mindestens 3 bis zu 6 Monaten angelegt.



Leistungsangebot

Stationäre Langzeittherapie

Unser ganzheitliches Konzept für die Behandlung Suchtkranker in einer therapeutischen Gemeinschaft. Neben der Psychotherapie stellen Arbeitstherapie, medizinische Behandlung, soziales Lernen sowie aktive Freizeitgestaltung einen fixen Bestandteil des Behandlungsprogramms dar. Die PatientInnen als Mitglieder der therapeutischen Gemeinschaft sollen aktiv an ihrer Persönlichkeitsfindung mitarbeiten und, je nach individueller Möglichkeit, mehr und mehr Verantwortung für sich selbst und die Gemeinschaft übernehmen.

Vorbedingungen: Aufnahmegespräch im Rahmen der Vorbetreuung, abgeschlossener körperlicher Entzug, geklärte Kostenübernahme

Dauer: bis zu 18 Monate dauernder Aufenthalt in einer stationären Langzeittherapieeinrichtung und anschließendem Übertritt in die ambulante Nachbetreuung

Zielgruppe: Jugendliche und erwachsene Suchtkranke, Paare oder Einzelpersonen mit Kindern, MultimorbiditätspatientInnen, Menschen mit richterlicher Weisung zur Therapie (»Therapie statt Strafe«)

Die Langzeitbehandlung ist bei Abhängigen, die eine Vielzahl von Suchtmitteln missbrauchen, an Persönlichkeits- und/oder Sozialisationsstörungen oder an psychosozialen Auffälligkeiten leiden, angezeigt.

Komorbiditätsbehandlung

Das gemeinsame Auftreten einer psychischen Erkrankung und einer Substanzstörung wird Doppeldiagnose oder Komorbidität genannt. Im Rahmen der stationären Langzeittherapie werden auch Menschen betreut, die neben ihrer Suchtmittelabhängigkeit zusätzliche psychische Störungen wie Symptome einer affektiven oder schizophrenen Erkrankung, einer Angststörung oder einer schweren Persönlichkeitsstörung aufweisen.

Vorbedingungen: Aufnahmegespräch im Rahmen der Vorbetreuung, positiv absolvierter somatischer Entzug und fachärztliche Begutachtung, geklärte Kostenübernahme

Dauer: im Idealfall 18 Monate stationärer Aufenthalt mit Verlängerungsmöglichkeit, teilstationäre oder ambulante Nachbetreuung

Zielgruppe: Erwachsene Suchtkranke, die neben ihrer Suchtmittelabhängigkeit eine weitere behandlungsbedürftige seelische Erkrankung aufweisen, d.h. bei denen zusätzlich zur Substanzstörung Symptome einer affektiven oder schizophrenen Erkrankung, einer Angst- oder einer schweren Persönlichkeitsstörung bestehen.

Therapieziele: Förderung der Möglichkeit, abstinent leben zu können, Stabilisierung der Menschen, psychosoziale und medizinisch-psychiatrische Behandlung

Stationäre Kurzzeittherapie

Suchtkrankheit liegt in den verschiedensten psychosomatischen wie psychosozialen Ausprägungen vor. Die Entscheidung für die jeweilige Behandlungsform wird aufgrund einer Standortbestimmung der spezifischen Lebenssituation der PatientInnen getroffen. Die stationäre Kurzzeittherapie ist auf einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten angelegt.

Vorbedingung: Aufnahmegespräch im Rahmen der Vorbetreuung und ein abgeschlossener körperlicher Entzug, geklärte Kostenübernahme. MultimorbiditätspatientInnen können in diesem Rahmen nicht behandelt werden.

Dauer: bis zu sechs Monate stationärer Aufenthalt, danach langfristige ambulante Nachbetreuung.

Zielgruppe: Erwachsene therapiemotivierte Suchtkranke, (auch Paare). Sozial integriert, aber aufgrund einer akuten Krisensituation Stabilisierung notwendig. Keine psychischen Auffälligkeiten und keine extreme Abhängigkeitsgeschichte. Ein kurzfristiger Ausstieg aus dem Alltag bietet die Chance zur Stabilisierung und zu den notwendigen Korrekturen auf dem Lebensweg.

Therapieziele: Stützung der Möglichkeit, abstinent zu leben, Stabilisierung der Menschen und ihre rasche Reintegration in ihr soziales Umfeld.

Nachbetreuung

Nach Abschluss einer stationären Therapie können Suchtkranke ihre Behandlung in keinem Fall als abgeschlossen betrachten. Ohne entsprechende Begleitung ist ein Rückfall in das Krankheitsverhalten möglich. Daher bietet der »Grüne Kreis« individuelle, auf die Bedürfnisse der PatientInnen ausgerichtete Weiter- bzw. Nachbetreuung an.

Es handelt sich dabei um eine Phase weiterführender Therapie, welche auf dem Prinzip der Selbstständigkeit bzw. der selbstständigen Arbeitstätigkeit der PatientInnen basiert. Im Mittelpunkt steht hier der regelmäßig aufrecht zu haltende Kontakt nach Ende der stationären Therapie.

Das Nachbetreuungsangebot umfasst auf therapeutischer Ebene weiterführende Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Selbsthilfegruppen, Angehörigenarbeit und Sozialarbeit. Ärztliche Begleitung wie allgemeinmedizinische Untersuchungen und psychiatrische Kontrolle sowie Abstinenzkontrollen finden statt. Allen PatientInnen, die eine Behandlung abgeschlossen haben, steht es offen, in den bestehenden Sportteams des Vereins aktiv zu sein und an den Freizeitveranstaltungen teilzunehmen. Zusätzlich werden vom »Grünen Kreis« abenteuer- und erlebnispädagogische Aktivitäten sowie kreativ-künstlerische Workshops und Kunstveranstaltungen zur sinnvollen Freizeitgestaltung angeboten.

Therapeutische Aspekte in der Arbeit mit Kindern suchtkranker Eltern: Die Rolle der Prävention



von Regina Agostini

Aus dem Blickwinkel der Transmission von Suchterkrankungen stellen Kinder suchtkranker Eltern die größte bekannte Risikogruppe für die Entwicklung einer Suchtstörung dar.

Suchtbelastung in der Familie kann unterschiedliche Effekte auf die körperliche, psychische und kognitive Entwicklung betroffener Kinder in Form von internalisierenden und externalisierenden Störungen auslösen. Befunde zeigen, dass im Laufe des Lebens dieser Kinder ein erhöhtes Risiko besteht, eine Substanzabhängigkeit oder andere psychische Störung zu entwickeln. Bei ungefähr einem Drittel tritt eine Suchterkrankung auf, ein Drittel zeigt Symptome anderer psychischer Erkrankungen und ein Drittel bleibt weitgehend psychisch gesund. (Klein; 2005)

Für eine gesunde Entwicklung spielt die Förderung von Resilienz und Schutzfaktoren eine entscheidende Rolle, um die psychische Widerstandsfähigkeit der Kinder gegenüber Entwicklungsrisiken zu stärken.

Risiko-, Schutzfaktoren und Resilienz

In der kindlichen Entwicklung ist das Zusammenspiel von Risiko- und

Schutzfaktoren von großer Bedeutung. Risikofaktoren sind für mögliche Entwicklungsstörungen verantwortlich. Abhängig von der Ausprägung der Widerstandsfähigkeit oder Resilienz des Kindes können Risikofaktoren erhöht oder gemildert werden. Schutzfaktoren moderieren quasi die Wirkung der Risikofaktoren.

Durch sie kann das Kind individuelle und soziale Ressourcen bilden, die dann Belastungen entgegenwirken. Sie fördern damit eine resiliente Entwicklung.

Resilienten Kindern gelingt es trotz Risiken oder Bedrohungen, Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Resilienz kann als ein dynamischer Anpassungs- und Entwicklungsprozess beschrieben werden – eine variable auf schwierige Lebensumstände und schützende Faktoren bezogene relative Größe. Die Balance zwischen Stress erzeugenden Lebensereignissen und stärkenden Schutzfaktoren kann sich immer wieder verändern. Diese Bewältigungskapazität passt sich Gefordertheiten an und ist mehrdimensional zu betrachten. Im Mittelpunkt steht das Kind als aktiver »Bewältiger«. Resilienz ist kein angeborenes Persönlichkeitsmerkmal und kann folglich von jedem Kind erworben werden.

Für suchtbelastete Kinder typische intrapsychische Resilienzfaktoren konnten Wolin und Wolin (1995) in ihrer Untersuchung nachweisen: Das Kind hat Einsicht in die familiäre Realität – nämlich der Suchterkrankung von einem oder beiden Elternteilen – und kann mögliche Auswirkungen auf die Familie verstehen. Es erlebt sich als autonom und es gelingt ihm, sich in belastenden Situationen von den Eltern emotional und räumlich zu distanzieren. Es hat verlässliche Beziehungen und zeigt initiatives Verhalten, das Hilflosigkeitsgefühlen entgegen steht. Es entwirft im Spielen kreative eigene Ausdrucksformen, die ihm in der Verarbeitung seiner emotionalen Belastungen dienlich sind. Zur emotionalen Abgrenzung ist Humor als eine Spezialform der Kreativität hilfreich. Ein resilientes Kind hat ein eigenes Wertesystem außerhalb der

Familie kreiert, das es angemessen bewerten und urteilen lässt.

Resilienzförderung und verlässliche Rahmenbedingungen

Während der stationären Suchttherapie ihrer Eltern können Kinder im Rahmen der Eltern-Kindgruppe der Einrichtung des Vereins Grüner Kreis – »Marienhof« bei ihren Eltern leben. Die Alltagsstrukturen, die so viel Normalität wie möglich zulassen, geben den Kindern Sicherheit.

Eindeutige Regeln und verlässliche Strukturen erleichtern ihnen, sich zu orientieren. Die Kinder besuchen öffentliche Schulen und Kindergärten. Gemeinsam mit ihren Eltern lernen sie, den Lebensalltag zu gestalten: Hausaufgaben, Spaziergänge, Rituale und Termine einzuhalten, FreundInnen im Rahmen der Besuchszeiten einzuladen, einen regelmäßigen Tag-Nacht-Rhythmus zu leben. Sie erfahren, dass Beziehungen und Strukturen tragfähig sein können, aber auch Verbindlichkeiten einzuhalten sind. In dieser kleinen Welt lernen Kinder und Eltern einander neu kennen und anders zu begeben.

Die Therapeutische Gemeinschaft als kindlicher Spielraum

Die therapeutische Gemeinschaft nimmt sowohl in der Unterstützung der Kinder als auch als Lernfeld für Beziehungsgestaltung große Bedeutung ein. In jeder ihrer Handlung bildet sich in dieser Lebensgemeinschaft auf Zeit ihre eigene Lebenshaltung ab. Im Umgang mit anderen, zu welchen qualitativ unterschiedliche Beziehungen geknüpft werden, erleben die Kinder, die häufig instabile brüchige Beziehungserfahrungen gemacht haben, Neues: Sie lernen durch Probedenken neues Verhalten, Grenzen zu respektieren, eigene Grenzen wahrzunehmen und sammeln neue zwischenmenschliche Erfahrungen: Sie bemerken, dass Konflikte einen guten Ausgang haben können und Fehler gemacht werden dürfen. Sorgsamkeit lässt positive Zuwendung zueinander und neue Werte

entstehen. Dieser Rahmen ermutigt, die eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und Gefühle nicht zu ignorieren oder zu unterdrücken. Es kann ausgelassen geblödet und gemeinsam mit den Erwachsenen und den anderen Kindern gespielt werden. Geburtstagsfeste oder andere Anlässe zum Feiern werden von den Kindern oft aufgegriffen, um sie kreativ mitzugestalten. Gemeinsame Ausflüge oder die sogenannten »Kinderaktionen« bieten den Kindern, die Gemeinschaft in einem anderen Kontext zu erleben, ihr Wissen zu erweitern, sich sportlich zu betätigen und Erfahrungen in der Natur zu sammeln. Speziell im Rahmen solcher Aktionen werden die älteren Kinder motiviert, auf die jüngeren Rücksicht zu nehmen und deren Bedürfnisse zu akzeptieren.

In diesem günstigen sozialen Klima erfahren die Kinder Gemeinschaftsgefühl, ehrlich gemeinte Rückmeldungen und die Tatsache, ernst genommen zu werden. Sie entwickeln Selbstvertrauen und lernen, sich selbst und andere zu verstehen.

Spielen als Weg zu neuer Beziehungsgestaltung

Spieltherapie und die Neugestaltung der Beziehung zu sich selbst

Spielen macht das eigene Tun erkennbar und fördert damit die Fähigkeit zur Selbstregulation. Kinder suchtkranker Eltern fühlen sich häufig einsam und unverstanden. Durch die Sorge um die Eltern, Verletzungen ihrer persönlichen Integrität und Störungen in ihrer Bindungsfähigkeit durch instabile brüchige Beziehungserfahrungen, Trennungen oder andere Unverfügbarkeiten der Eltern, erscheint ihnen die Welt in bestimmten Situationen bedrohlich. Nachdem ihnen aufgrund ihres Alters und ihrer Lebenssituation häufig adäquate Bewältigungsmöglichkeiten und Verbalisierungsfähigkeiten fehlen, finden die Kinder in diesem Rahmen die Möglichkeit, sich auszudrücken. Hier wird dem Kind die Chance geboten, den angesammelten Gefühlen von Unsicherheit, Spannung, Traurigkeit, Angst, Frustration, Verwirrung und Aggression über das Spielraum zu geben und neue Erfahrungen zu machen: Dieser Rahmen ist unbelastet. Die Anwesenheit und Begleitung des/r TherapeutIn gibt ihm Sicherheit und die Erkenntnis, als selbständiger Mensch mit seinen Bedürfnissen und Wünschen ernst genommen und respektiert zu werden. Dazu trägt auch die geringe Einschränkung seiner Verhaltens- und Spielfreiheit bei, was sein Realitätsbewusstsein stärkt. Über die Person des/der TherapeutIn, der/die versucht, das Kind in seinen Handlungen und Äußerungen zu verstehen und zu

»übersetzen«, lernt das Kind, sich selbst zu verstehen und Erlebtes neu zu ordnen. Somit kann das Kind Vertrauen in sich selbst und die Welt aufbauen.

Begleitetes Spielen mit der Mutter/dem Vater als Neugestaltung der Eltern-Kind-Beziehung. Spielen ist als handelnde Verständigungsform des Kindes zu verstehen. Daher ist das Ziel des begleiteten Spielens, einen kommunikativen Zugang zwischen dem Kind und den Eltern herzustellen und einen Verständigungsprozess einzuleiten. So gesehen, hat das Spielen die Funktion, Beziehung zu stiften, zu regulieren und zu gestalten.

In der spielerischen Interaktion zwischen Mutter und Kind laufen hochdifferenzierte Kommunikationsprozesse – auch ohne Sprache ab. Dies ist besonders in der Interaktion beim Spielen mit Säuglingen zu beobachten. Das Spiel regt Selbstheilungsprozesse beim Kind an und stärkt auch die elterliche Erziehungskompetenz. Der/die BegleiterIn moderiert, wenn nötig. Spiel ist somit ein Mittel, die Wahrnehmung zu erweitern und damit auch den eigenen Handlungsspielraum. Die Eltern lernen, sich auf ihr Kind und seine Welt einzulassen und es zu verstehen. Das Kind beginnt im Spiel, den Eltern neu zu begegnen und Vertrauen in ihre Beziehung zu entwickeln. Einen wesentlichen Bestandteil im gemeinsamen Spiel stellt die Sprache dar: Sie drückt die Beziehungsrealität zwischen Kind und Eltern aus und ist Merkmal dessen, was als Beziehung erlebt wird. Sprachliche Besonderheiten, wie beispielsweise Abwertungen oder subtile Pathologisierung der eigenen Person oder des anderen, können Problembeziehungen aufrechterhalten. Daher ist es wichtig, die Eltern und auch die Kinder dabei zu unterstützen, eine lösungsorientierte Sprache zu entwickeln, damit eine kooperative und innige Beziehung zwischen dem Kind und den Eltern entstehen kann.

Elternsupervision als Präventionsmaßnahme

Die Eltern suchtkranker Kinder benötigen umfassende Information und Unterstützung, um ihrer Erziehungsverantwortung gerecht werden zu können. Sie sind häufig gescheitert in der Beziehungsgestaltung zu ihrem Kind und müssen ihr Problem lösen, um den Weg zu ihrem Kind finden zu können. Die Erziehungsverantwortung liegt bei ihnen.

Die Elternsupervision, die sowohl in der Gruppe als auch im Einzelsetting stattfindet, ermöglicht den Eltern, ihre Haltung, ihren Umgang mit dem Kind, das Handeln ihrem Kind gegenüber, zu reflektieren und

zu überprüfen. Erkennen sie dysfunktionale destruktive Haltungen und Beziehungsmuster, die sie im Laufe ihrer eigenen Lebensgeschichte gelernt haben, können sie dies dann in den jeweiligen therapeutischen Angeboten bearbeiten. Das Verstehen eines Traumas als Ursache für eine Bindungsunsicherheit beim Kind und bei der/m Mutter/Vater helfen, einen therapeutischen Zugang zur Behandlung der kindlichen und elterlichen Symptomatik zu finden.

Elterliche Traumafolgestörungen können in der Beziehung mit dem Kind erneut zu interaktionellen und somit zu einer transgenerationalen Weitergabe von traumatischen Erfahrungen führen. Auf dem Boden einer sicheren therapeutischen Beziehung lassen sich Traumata verarbeiten und damit Möglichkeiten für eine gesündere psychische Entwicklung bei Eltern und Kind eröffnen.

Schlussbemerkung

Präventive Maßnahmen im Sinne einer Ressourcenstärkung der Kinder sollen

- frühzeitig einsetzen
- gezielt und lebensnah gestaltet sein.
- im Fokus stehen die Kinder –
- ihre Eltern werden motiviert, die Auseinandersetzung mit guter Elternschaft und ihrer Suchtbewältigung zu verknüpfen. ■

Literatur

Fingerle, M. (2007) Der »riskante« Begriff der Resilienz – Überlegungen zur Resilienzförderung im Sinne der Organisation von Passungsverhältnissen. In: Opp, G. Fingerle, M. (Hrsg) Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz, Ernst Reinhardt; München, » 299-310

Jordan, S. (2010) Die Förderung von Resilienz und Schutzfaktoren bei Kindern suchtkranker Eltern

Klein, M. (2005) Kinder und Jugendliche aus suchtkrankeren Familien. Stand der Forschung, Situations- und Merkmalsanalysen, Konsequenzen. S. Roderer, Regensburg

Klein Michael (2006)– Kinder suchtkranker Eltern – Eine Risikosituation für Entwicklung und Gesundheit. S. Roderer Regensburg

Steinhausen, H.C. (2000) Kinder suchtmittelabhängiger Eltern. In Uchtenhafan, A; Ziegglänsberger, W. (Hrsg) Suchtmedizin, Konzepte, Strategien und therapeutisches Management; Urban & Fischer Verlag München Jena

Mag.^a Regina Agostini

Klinische- und Gesundheitspsychologin
Psychotherapeutin i.A.u.S.
Leitung Marienhof

Transgenerationale Aspekte von Suchterkrankungen



von Michael Klein

In jüngster Zeit werden die Lebensbedingungen und Entwicklungsrisiken von Kindern, die mit suchtkranken Elternteilen aufwachsen, verstärkt diskutiert, nachdem das Thema zuvor stark tabuisiert war.

Forschungsstudien insbesondere aus den USA und den skandinavischen Ländern hatten seit den sechziger Jahren des letzten Jahrhunderts wiederholt gezeigt, dass diese Kinder erhöhte Anfälligkeiten für Suchtstörungen, aber auch für Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen schon im Kindes- und Jugendalter aufweisen. Kinder von Suchtkranken stellen die größte Risikogruppe für Suchtstörungen dar. Fast 40% dieser Kinder entwickeln in ihrem Leben eine eigene Abhängigkeit von Alkohol oder illegalen Drogen. Schätzungsweise bis zu einem Drittel dieser Kinder entwickeln in Kindheit und Jugend oder im späteren Erwachsenenleben eine andere psychische Störung, vor allem Depressionen, Angststörungen oder Persönlichkeitsprobleme. Dennoch weisen viele Kinder von Suchtkranken erstaunliche psychische Widerstandsfähigkeiten auf, sogenannte Resilienzen, sodass sie ganz oder überwiegend psychisch stabil und gesund bleiben. Und dies oft trotz gravierender negativer Einflüsse aus der Herkunftsfamilie.

Risiken

Die Gründe, dass Kinder von suchtkranken Eltern eine ungünstige oder günstige Entwicklung nehmen, sind vielfältig. In der internationalen Forschung zu Fragen des Kindeswohls und der Entwicklungspsychopathologie gilt eine elterliche Suchtmittelabhängigkeit, speziell Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, als eine der risikoreichsten und gefährlichsten Konstellationen für die gesunde psychische und körperliche Entwicklung von Kindern, die im Umfeld leben. Dies hängt wohl vor allem damit zusammen, dass alkohol- und drogenabhängige Elternteile mit ihren häufigen Intoxikationen unberechenbare und unerwartete Verhaltensveränderungen zeigen, emotional und affektiv sehr instabil sein können, zu unpassenden Aggressionen und Gewalthandlungen neigen und oft auch ganz allgemein mit den Anforderungen einer Elternrolle und den Erziehungsaufgaben überfordert sind.

In Tabelle 1 sind die wichtigsten allgemeinen Risiken für die betroffenen Kinder dargestellt.

Tabelle 1: Globale Risiken elterlicher Alkoholstörungen für die Entwicklung von Kindern.

Die Auswirkungen problematischen elterlichen Trinkens auf die Kinder hängen im Allgemeinen davon ab:

- wer trinkt (Mutter, Vater oder beide)
- wer im Umfeld noch trinkt (Großeltern, Onkel usw.)
- wann die Abhängigkeit in ihrem Leben aufgetreten ist
- wie lange schon getrunken wird
- welchen Verlauf die Abhängigkeit hat
- welchen Typus die Abhängigkeit aufweist
- welchen Schweregrad die Abhängigkeit hat
- wie alt sie waren, als die Suchterkrankung des Vaters oder der Mutter chronisch wurde
- wie lange die Kinder das Suchtgeschehen miterlebt haben (quantitative Exposition)
- wie die Kinder das Suchtgeschehen miterlebt haben (qualitative Exposition)
- ob es noch weitere Störungen bei den Eltern gab (Komorbidität)
- ob es noch weitere kritische Lebenslagen gab (Trennung, Scheidung, Unfälle, Todesfälle, finanzielle Probleme)
- welche Stressoren eingewirkt haben (z.B. Missbrauch, Vernachlässigung).

Je nach Ausprägung dieser Merkmale erhöht sich das globale Risiko einer kindlichen Verhaltensstörung und einer späteren Suchtmittelabhängigkeit beziehungsweise schwächt sich ab. Auch können komplexe Interaktionen zwischen diesen Merkmalen auftreten. Die gezielte, positive Beeinflussung der genannten Merkmale bietet die Chance der Minderung bzw. Kompensation besonders negativer Einflussfaktoren. So kann sich zum Beispiel der Rückzug des alkoholkranken Elternteils aus dem abendlichen Familienleben oder die Aufrechterhaltung alkoholfreier Familienrituale, etwa anlässlich von Weihnachten, Geburtstagen oder anderen Familienfeiern, positiv auf die Entwicklung der Kinder auswirken.

Ein weiterer wichtiger Risikofaktor ist die Tatsache, dass der suchtkranke Elternteil unbehandelt bleibt, er sich weigert, in Behandlung zu gehen oder dass die Behandlung erfolglos bleibt. In diesem Fall steigen die Entwicklungsrisiken der Kinder zum Teil deutlich an oder – falls schon Schädigungen vorhanden sind – erniedrigen sich nicht mehr.

Als schützende Faktoren in dem potentiell riskanten Gesamtkontext haben sich folgende herausgestellt: Eine möglichst kurze elterliche Krankheitsdauer, das Vorhandensein eines zweiten, psychisch gesunden Elternteils, ein möglichst hohes Alter des Kindes beim Beginn der elterlichen Suchterkrankung, die intensive und kontinuierliche Zuneigung und Aufmerksamkeit einer liebevollen Person im Umfeld des Kindes. Wenn das Kind darüber hinaus Zeuge elterlicher Gewalt oder selbst Opfer von Missbrauch, Misshandlung oder Vernachlässigung wird, steigt das Risiko für Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen im Kinder- und Jugendalter. Viele suchtkranke Eltern oder Partnerinnen von Suchtkranken weisen darüber hinaus andere psychische Störungen auf, was die Risiken für die exponierten Kinder weiter erhöhen kann. Die Frage, ob ein betroffenes Kind selbst suchtkrank wird oder nicht, ist jedoch immer das Ergebnis komplexer Interaktionen aus biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren. Gelingt es, die Risikofaktoren zu reduzieren und gleichzeitig die Schutzfaktoren zu erhöhen, kann eine gesunde Entwicklung gelingen.

Epidemiologie

Da Suchterkrankungen zu den häufigen psychischen Störungen – für Männer die häufigste überhaupt – zählen, sind viele Kinder und Jugendliche betroffen. Wie Forscher vom Münchner Max-Planck-Institut für Psychiatrie in einer bevölkerungsrepräsentativen epidemiologischen Studie zeigen konnten, entwickeln Kinder im Alter zwischen 14 und 24 Jahren von Eltern mit einer alkoholbezogenen Diagnose außerordentlich häufig Störungen mit klinischer Relevanz. Im Falle einer elterlichen Alkoholdiagnose, die sich in der Lebenszeitprävalenz für 15,1 Prozent der Stichprobe ergab, wiesen Söhne wie Töchter signifikant erhöhte Risiken für Alkoholstörungen auf. Im Falle einer väterlichen Alkoholdiagnose hatten die Söhne ein um das 2-fache, die Töchter ein um das 8,7-fache erhöhtes Risiko für Alkoholabhängigkeit. Im Falle einer mütterlichen Alkoholdiagnose erhöhte sich bei den Söhnen das Risiko um das 3,3-fache und bei den Töchtern um das 16-fache.

Insgesamt ist davon auszugehen, dass diese Kinder im Vergleich zu Kindern nicht suchtkranker Eltern ein bis zu sechsfach höheres Risiko haben, selber abhängig zu werden oder Alkohol zu missbrauchen.

Jedes sechste bis siebte Kind ist in seiner Familie – wenigstens zeitweise – von einer elterlichen Suchstörung betroffen. Dabei dominiert elterliche Alkoholabhängigkeit und –missbrauch. Elterliche Drogenstörungen (insbesondere die Abhängigkeit von Cannabis, Heroin und Amphetaminen) sind seltener, dafür trifft es aber meist jüngere Kinder und die Auswirkungen sind schwerwiegender. Auch sind in dieser Konstellation die suchtkranken Elternteile häufiger alleinerziehend oder mit wechselnden Partnern liiert.

Frühe Warnsignale der Kinder erkennen

Auf Seiten der Kinder zählen zu den Risikmerkmalen: frühe, unbehandelt bleibende Verhaltensauffälligkeiten, zum Beispiel Hyperaktivität, Konzentrationsprobleme, oppositionelles Trotzverhalten, Ängste, sozialer Rückzug, extreme Schüchternheit; keine verlässliche Bezugsperson oder häufiger Wechsel der Bezugspersonen; direkte Gewalterfahrungen (Viktimisierungen)

oder häufige Zeugenschaft bei Gewalt-handlungen (zum Beispiel gegen die Mutter). Das Zusammenleben mit einem alkoholabhängigen Elternteil wird von den meisten Kindern als chronisch stresshafter Zustand empfunden. Diesem Stress kann das Kind nicht entfliehen. Für die Familie als Ganzes besteht eine stärkere Exposition gegenüber Stressoren. Dies gilt besonders für Kinder und Jugendliche. Wenn dieser Stress dauerhaft vorherrscht und als nicht veränderbar wahrgenommen wird, ist von Duldungsstress, wenn es zu krisenhaften, bisweilen traumatischen Ereignissen kommt, von Katastrophenstress auszugehen. Diese beiden Formen familialen Stresses gelten als besonders schwerwiegend und sind oft nicht erfolgreich zu bewältigen.

Resilienzen

Gerade in jüngster Zeit fokussiert die Forschung auf Kinder, die trotz stressreicher und teilweise traumatisierender Lebenserfahrungen völlig oder weitgehend psychisch gesund geblieben sind. Dem gängigen Störungsmodell, das Kinder aus gestörten Familien in erster Linie ebenfalls als gestört und behandlungsbedürftig ansieht, wird dabei das Resilienz- und Stressresistenzmodell gegenüber gestellt, das Raum für positive Entwicklung lässt. Die stressreiche Lebenssituation wird dabei als eine spezifische Herausforderung begriffen, an die sich bestimmte Kinder besonders gut und flexibel anpassen können. Resilienz bezeichnet also insofern die erworbene Fähigkeit, mit besonders stressreichen Umwelten, insbesondere in Familien, stabil und gesund umzugehen und diese kreativ und flexibel zu überstehen.

Amerikanische Forscher identifizierten aufgrund klinischer Interviews insgesamt sieben Resilienzen, die vor den Folgen der krankmachenden Familienumwelt schützen können. Unter Resilienz wird daher eine besonders hohe Stressresistenz bei starker Entwicklungsplastizität verstanden. Es handelt sich also um Kinder, die auf der einen Seite eine hohe Toleranz für stressreiche, widrige Ökologien, und auf der anderen Seite eine gute Anpassungsfähigkeit an sich verändernde Lebensbedingungen aufweisen.

Tabelle 2: Intrapyschische Resilienzen bei Kindern

1. Einsicht, zum Beispiel dass mit dem alkoholabhängigen Vater etwas nicht stimmt
2. Unabhängigkeit, zum Beispiel sich von den Stimmungen in der Familie nicht mehr beeinflussen zu lassen
3. Beziehungsfähigkeit, zum Beispiel in eigener Initiative Bindungen zu psychisch gesunden und stabilen Menschen aufzubauen
4. Initiative, zum Beispiel in Form von sportlichen und sozialen Aktivitäten
5. Kreativität, zum Beispiel in Form von künstlerischem Ausdruck
6. Humor, zum Beispiel in Form von Sarkasmus und Ironie als Methode der Distanzierung
7. Moral, zum Beispiel in Form eines von den Eltern unabhängigen stabilen Wertesystems.

Resiliente Kinder haben ein gutes Gefühl für die persönliche Kontrolle ihrer Umwelt (Selbstwirksamkeitserwartung). Dies steht in scharfem Widerspruch zu den Gefühlen von Hilflosigkeit und Ohnmacht, die bei vielen anderen betroffenen Kindern vorherrschen. Es ist von entscheidender Wichtigkeit, dass das Kind versteht, dass Schmerz und Leiden in der Familie ungerrecht sind und dass es in keinem Falle daran schuld ist. Häufig bringt diese Befreiung vom familiären Denken und Fühlen eine innerfamiliäre Isolation mit sich, die am besten durch Freunde und Helfer außerhalb der Familie zu überwinden ist.

Konsequenzen für Prävention, Kinderschutz und Suchthilfe

Unter präventiven Aspekten erscheint es ratsam, Kindern von Suchtkranken möglichst früh Hilfen bereitzustellen, um eine optimale Entwicklung wahrscheinlicher zu machen beziehungsweise erste auftretende Störungen schnell zu behandeln. Daher bewegen sich Frühinterventionen für Kinder aus suchtkrank belasteten Familien meist an der Grenzlinie zwischen Primär- und Sekundärprävention. Diese Frühinterventionen umfassen meist die ganze Familie. Dabei müssen auf der einen Seite das vorhandene Risiko und die resultierende Vulnerabilität, auf der anderen Seite die bereits vorhandenen Ressourcen genau erfasst werden, um beide Bereiche in Präventionsplanung und effektive Frühintervention einfließen zu lassen.

Auch die direkte Arbeit mit → Seite 23

Weitergeben, Prägen und Vererben



von Dominik Batthyány

Die Frage nach Mechanismen der Übertragung von Suchtverhalten ist komplex. Wenn wir sagen, »etwas wird vererbt«, meinen wir in der Regel die Weitergabe der Eigenschaften von Lebewesen auf ihre direkten Nachkommen. Diese Weitergabe von Informationen ist charakteristisch für alles Lebendige. Die Evolutionstheorie ist ein Versuch, diesen Prozess zu beschreiben.

Beim Menschen jedoch beobachten wir etwas darüber Hinausgehendes. Der Mensch hat »Geschichte«, er hat »Tradition«, er lebt eingebettet in Beziehungen und in einem informationsgetragenen Kontinuum, das ihn prägt und die Weitergabe von Information auf rein biologischer bzw. genetischer Ebene übersteigt. Das unterscheidet ihn fundamental von anderen Lebewesen.

Es geht beim Menschen scheinbar um Information, um Wissen oder Erfahrungen, die gewonnen werden, aber biologisch nicht gebunden sind. Sie werden nicht durch Mutation und Selektion gewonnen und gespeichert. Ihre Verbreitung geht einen anderen, viel effizienteren Weg. Der Gedanke oder Einfall nur eines einzelnen Menschen kann beispielsweise von allen aufgegriffen, geprüft und übernommen werden; aber auch das für wahr gehaltene Wissen aller kann von einem wieder aufgehoben werden. Ebenso bleiben menschliche Erfahrungen über Generationen

bewusst und unbewusst wirksam – denken wir beispielsweise an Katastrophen oder Kriege. Sie beeinflussen das Leben, die psychische Verfassung und die Beziehungen der Menschen und Völker zueinander – nachhaltig.

Hinzu kommt, dass der Mensch ein Wesen ist, das, um sich überhaupt entwickeln zu können, besondere Formen von »Information« benötigt. Denken wir an das Erlernen von Sprache und Sprechen bzw. an Informationen, die über die Interaktion mit anderen Menschen, mit der materiellen und sozialen Welt gewonnen werden. Denken wir hier aber auch an die lebenswichtigen, frühkindlichen, bewussten und unbewussten Informations-Interaktionen zwischen Mutter und Kind. All dies prägt den Menschen außerordentlich und ist essentiell für seine Entwicklung, für die Entwicklung seiner Persönlichkeit. Die menschliche Konstitution verlangt diese »Prägung«; sie wirkt auf die psychische und physische Entwicklung des Menschen, begleitet und nährt sie. Die Sozialisation durch Beziehungen, Erziehung, Schule, gesellschaftliches Umfeld, Tradition und Geschichte sind Formungen im Rahmen bestimmter gesellschaftlicher Denk- und Gefühlsmuster. Dieses Eingebundensein benötigt der Mensch, er ist ohne dieses nicht lebensfähig. Und es ist sonderbar und charakteristisch zugleich, dass dieses Eingebundensein gelingen, aber auch scheitern kann.

»Warum ist es der Natur eingefallen«, fragt Arnold Gehlen, »ein Wesen zu organisieren, das der ungemeinen Irrtumsfähigkeit und Störbarkeit des Bewusstseins ausgesetzt ist? Warum hat sie den Menschen nicht lieber, statt mit »Seele« und »Geist«, mit ein paar sicher funktionierenden Instinkten mehr ausgestattet?« Das menschliche Denken und Fühlen reicht weit über einen festgelegten sicheren Rahmen hinaus. Der Mensch stellt existentielle Fragen und die Existenz selbst in Frage. Diese Verfassung bringt Begriffe von »Liebe«, »Freiheit«, »Gewissen« und »Würde« hervor – aber auch die Möglichkeit, sich selbst und andere zu zerstören, die Begriffe von »Hass«, »Gewalt«, und »Gewissenlosigkeit«. Das heißt, auch der zwischenmenschliche Rahmen, der für die individuelle

Entwicklung des Menschen so notwendig ist, ist gleichzeitig unsicher, nicht festgelegt und brüchig. Und das kann Auswirkungen haben, Auswirkungen auf die seelische Entwicklung und psychische Gesundheit eines Menschen.

Ebenso komplex ist die Frage nach der Entstehung und Übertragung von Suchtverhalten, das als inadäquate aber kurzfristig wirkungsvolle Problemlösungsstrategie in die oben beschriebene Dynamik hinzutreten kann. In dieser Weise ist es eine Form, mit dem Leben, wie es sich uns zeigt bzw. wie es erfahren wird, umzugehen. Andererseits wiederum prägt Suchtverhalten selbst die Betroffenen und deren Verhalten zu ihrem Umfeld. Es verändert die Feinfühligkeit für die Bedürfnisse anderer, erzeugt ein instabiles Umfeld, etc. und kann eben auf diese Weise Kinder und Angehörige belastend prägen.

Menschen geben also nicht nur Informationen über ihr Erbgut weiter. Sie geben auch Erfahrungen – und ihre eigenen Prägungen – weiter. Menschen machen Erfahrungen, sie erhalten Informationen über die Welt und das Leben, die sie wiederum auf andere Menschen übertragen. Sie machen und fügen anderen Menschen – gute oder schlechte – Erfahrungen zu. Die »glückliche Kindheit«, das »Pessach-Fest«, der »Zweite Weltkrieg« oder das elterliche Suchtverhalten sind solche Erfahrungen und Informationen, die prägen, stärken, schwächen und Identitäten bilden. Ein Krieg beispielsweise ist ein negatives Erbe, das Verhaltensweisen von Generationen ganzer Nationen prägen kann und in ihnen wirksam ist. Solche »Informationen« vermitteln auch bestimmte Weltauffassungen oder -sichtweisen. Sie beeinflussen die Art und Weise, wie wir die Welt und uns deuten und verstehen. Viktor Frankls Überlegungen zu einer »Pathologie des Zeitgeistes« und die aus ihr erwachsenen »kollektiven Neurosen«, die provisorische und die fatalistische Daseinshaltung, das kollektivistische Denken und der Fanatismus, ist ein Beispiel dafür.

Das menschliche Erbe bzw. die menschliche Offenheit zu erben, ist reichhaltig. Sie ist nicht nur »genetisch«. Sie ist Fluch und Segen zugleich. Sie gibt Raum für Freiheit und Unberechenbarkeit,



Wer ist stärker, ich oder der Schweinehund in mir?

aber auch für Verantwortung und Stellungnahme. Menschen können um ihre erblichen Vorbelastungen wissen und mit ihnen umzugehen lernen. Sie können auch in einem positiven Sinne »geprägt« werden, sodass trotz erblichen Belastungen ein »unbelastetes« Leben möglich ist. Und sie können belastende Prägungen selbst hinterfragen, zu ihnen Stellung beziehen und sich so oder so zu ihnen verhalten.

Viktor Frankl spricht von einer »Trotzmacht des Geistes«. Sie ist ein Ausdruck für Selbstbestimmung, für Autonomie und eine innere Freiheit des Menschen. »Muss

man sich denn auch alles von sich gefallen lassen?«, fragt Viktor Frankl. »Kann man nicht stärker sein als die Angst? Und so habe ich denn auch mich, als ich mich vor dem Klettern fürchtete, gefragt: Wer ist stärker, ich oder der Schweinehund in mir? Ich kann ihm ja auch trotzen. Es gibt doch etwas im Menschen ... die Trotzmacht des Geistes gegenüber Ängsten und Schwächen der Seele.« – Vielleicht beschreibt dies auch die Vorstellung von etwas Göttlichem im Menschen: dass er sich selbst prägen und immer wieder neu erschaffen kann – auf scheinbar unerklärliche Weise. ■

→ Seite 21 Kindern von Suchtkranken hat sich als wichtig und wirksam erwiesen. Dies trifft zum einen auf diejenigen Fälle zu, in denen die Eltern (noch) nicht oder nur ein Elternteil (in der Regel der Angehörige) bereit sind, Hilfe anzunehmen, zum anderen – als unterstützende Maßnahme –, wenn die Eltern bereits eine Hilfeleistung erhalten. Im Einzelnen ist bei den Hilfeleistungen für Kinder von Suchtkranken zwischen Einzel- und Gruppenarbeit mit den Kindern, begleitender Elternarbeit und freizeitpädagogischen Angeboten zu unterscheiden. Diese geschieht in der Regel im ambulanten pädagogischen oder

psychotherapeutischen Kontext, kann aber auch in komplexeren Fällen halb- oder vollstationär, vor allem im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, erfolgen.

Die wichtigsten Prinzipien für Hilfen für Kinder von Alkoholabhängigen sind in der Frühzeitigkeit, der Dauerhaftigkeit und Vernetztheit der Maßnahmen in Bezug auf andere familienbezogene Hilfen zu sehen. Erste empirische Studien, z.B. im Rahmen des TRAMPOLIN-Projekts zu präventiven Hilfen für Kinder von Suchtkranken, haben gezeigt, dass diese Hilfen dauerhafte Verbesserungen der psychischen Gesundheit der betroffenen Kinder erbringen. ■

Literatur

Gehlen, Arnold: Der Mensch - seine Natur und seine Stellung in der Welt. Berlin 1940

Popper, Karl R./Lorenz, Konrad: Die Zukunft ist offen. München 1985

Frankl, Viktor: Theorie und Therapie der Neurosen. 9. Auflage, Reinhardt, München 2007

Dr. Dominik Batthyány

Psychotherapeut

Leitung der Kontaktstelle für Computerspielsucht und substanzungebundene Süchte an der Sigmund Freud Universität Wien

Leiter der Suchtprävention im Verein *Grüner Kreis*

Prof. Dr. Michael Klein

Klinischer Psychologe, psychologischer Psychotherapeut und Supervisor; mehr als 15 Jahre als Leiter der Psychologie in Fachkliniken für Suchtkranke und Psychosomatischen Kliniken tätig. Seit 1994 Professor für Klinische Psychologie und Suchtforschung mit den Schwerpunkten Mental-Health-Forschung, Familie und psychische Störungen sowie Präventionsforschung an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen. Leiter des dortigen Deutschen Instituts für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP) und des Master-Studiengangs Suchthilfe/Suchttherapie (Studienstandorte: Köln, München, Berlin). Mitherausgeber der Zeitschriften SUCHTHERAPIE (Thieme) und Prävention.

Gibt es eine Suchtpersönlichkeit?



von Human-Friedrich Unterrainer

Vielfach wurde in der Forschung der Frage nachgegangen, warum manche Menschen an einer Abhängigkeit erkranken und andere nicht. Die Persönlichkeit spielt dabei sicherlich eine entscheidende Rolle.

Dementsprechend wurden verschiedene Facetten der Persönlichkeit herausgearbeitet, welche als charakteristisch für die Gruppe der Suchtkranken gelten könnten. Persönlichkeitspsychologische Erkenntnisse können somit wertvolle Hinweise, sowohl für die Prävention als auch für die Therapie von Suchterkrankungen, liefern.

Um nun der Fragestellung nachzugehen, ob es Menschen gibt, deren Persönlichkeitsstruktur sie dazu »begünstigt«, an einer Abhängigkeit zu erkranken, soll eingangs einmal der Begriff der »Persönlichkeit« erläutert werden. Allgemein lässt sich Persönlichkeit als in enger Verwandtschaft mit den (etwas veralteten) Begriffen »Temperament« und »Charakter« stehend beschreiben – beide bestimmen die Persönlichkeit und die Individualität

eines Menschen. Eine einheitliche Definition von Persönlichkeit ließ sich bis jetzt nicht finden. Bezeichnender Weise stellte der renommierte Psychologe Gordon Allport schon im Jahre 1951 49 verschiedene »Persönlichkeits-Definitionen« zusammen, um dann mit seiner eigenen 50sten Definition noch eine hinzuzufügen: »Persönlichkeit ist die dynamische Ordnung derjenigen psychophysischen Systeme im Individuum, die seine einzigartigen Anpassungen an seine Umwelt bestimmen.« (Allport, 1959, S. 49)«.

Aus entwicklungspsychologischer Perspektive ist anzumerken, dass das Herausbilden einer Persönlichkeit immer ein Ergebnis von Anlage und Umwelt ist. Persönlichkeitseigenschaften sind über die Lebensspanne einigermaßen veränderbar bzw. auch durch tiefgreifende Erfahrungen bzw. Traumatisierungen zu beeinflussen. Einer rezenten Darstellung von Kernberg (2014) zur Folge kann unter Persönlichkeit eine »Schirm-Organisation« verstanden werden, die eine kleine Menge zentraler Teilsysteme untereinander vereinigt: Temperament, Objektbeziehungen, Charakter, Identität, ethisches Wertesystem und Intelligenz. Eine Definition von Persönlichkeit liefert Kernberg darauf aufbauend wie folgt (S. 179) »..., dass Persönlichkeit einerseits genetisch und konstitutionell determiniert ist, andererseits aber auch davon bestimmt wird, wie das Individuum mit umweltbedingten, psychosozialen Merkmalen im Laufe seiner psychischen Entwicklung interagiert.«

Historisch betrachtet lassen sich bereits im alten Griechenland erste Versuche finden, Menschen nach Persönlichkeitstypologien zu charakterisieren. Eine der frühesten Ansätze stammt wohl von Empedokles (495–435 v. Chr.), der den menschlichen Charakter von den Elementen: »Feuer«, »Wasser«, »Erde« und »Luft« geprägt hielt. Etwas später unterschied Hippokrates (ca. 460–370 v. Chr.) die menschliche Konstitution bzw. auch

das Auftreten möglicher Erkrankungen anhand vier verschiedener Körpersäfte (Blut, Galle, Schleim und Wasser). Als letzter in dieser Reihe sei noch auf Aristoteles (384–322 v. Chr.) verwiesen. Seiner Theorie entsprechend, sollten sich ausschließlich im Blut die jeweiligen Temperamente wieder spiegeln. So kann das Blut warm oder kalt bzw. trocken oder nass sein (vgl. dazu Pervin et al., 2005).

In neuerer Zeit, also mit Beginn des 20sten Jahrhunderts, findet sich eine Vielzahl weiterer Versuche, das menschliche Temperament bzw. den Charakter zu beschreiben. Hier seien zum Beispiel der Schweizer Psychiater und Begründer der Analytischen Psychologie Carl Gustav Jung mit seiner Einteilung in Einstellungstypen (extravertiert/introvertiert) bzw. Bewusstseinsfunktionen (Denken – Fühlen – Empfinden – Intuieren) oder auch Ernst Kretschmer erwähnt, welcher versuchte, menschliches Temperament und den Charakter nach körperlicher Konstitution (Leptosomen – Athletiker – Pykniker) einzuteilen (vgl. Pervin et al., 2005). Als zentral für die heutige Auseinandersetzung der Psychologie mit menschlicher Persönlichkeit dürfen vor allem die Ansätze von Eysenck (z. B. Eysenck, 1992) mit seinen »Big Three« (PEN: Psychotizismus – Extraversion – Neurotizismus) bzw. Costa und Mitarbeiter mit den »Big Five« (Extraversion – Neurotizismus – Offenheit für Erfahrung – Verträglichkeit – Gewissenhaftigkeit; McCrae et al, 1997) gelten. Des Weiteren haben sich in der eher biologisch orientierten Persönlichkeitsforschung das Temperament Charakter Inventar (TCI; Cloninger, 1993) bzw. neuerdings die Affective Neuroscience Personality Scale (Davis et al, 2003) etabliert.

Die im letzten Absatz beschriebenen Verfahren erfassen nun im Grunde nicht völlig unterschiedliche Konstrukte, vielmehr ähneln sich viele der erfassten Dimensionen und Faktoren teilweise sehr stark. Hinsichtlich des Zusammen-

hangs mit Abhängigkeitserkrankungen wird dabei immer wieder auf die Persönlichkeitseigenschaft der »Offenheit für Erfahrung« verwiesen, welche sich in der Literatur auch gerne als »Novelty seeking« (»Suche nach Neuem«; Bardo et al., 1996) oder auch »Sensation Seeking« (Suche nach aufregenden Erfahrungen; etwas abschätzig: Sensationsgier; Ersche et al., 2010) präsentiert. Diese Persönlichkeitseigenschaft zeigte sich bei abhängigkeitserkrankten Personen als meist drastisch erhöht und mag als ein Charakteristikum einer möglichen »Suchtpersönlichkeit« gelten. Besonders auffällig ist, dass diese extrem erhöhte Erfahrungsbereitschaft vor allem für die Gruppe der pathologischen SpielerInnen berichtet wird (Mehroof, 2010). Des Weiteren finden sich auch hinsichtlich der übrigen »großen« Faktoren der Persönlichkeit signifikante Auffälligkeiten bezüglich der Suchterkrankungen. So weisen abhängige Personen ein verringertes Ausmaß an »Verträglichkeit« bzw. »Gewissenhaftigkeit« auf (McCormick et al., 1998). Basierend auf eigener Forschung ist dem hinzuzufügen, dass sich diese Darstellung der Persönlichkeitsstruktur von suchtkranken Personen zwar für die Gruppe der polytoxikomanen (mehrfachabhängigen) PatientInnen nicht aber für die Gruppe der AlkoholikerInnen bestätigen ließ (Lackner et al., 2013). Des Weiteren zeigt sich für Abhängigkeitserkrankungen auch ein erhöhtes Ausmaß an Neurotizismus, was aber generell für alle psychiatrischen Erkrankungen gelten darf (Mehroof, 2010).

Das Auftreten einer Abhängigkeitserkrankung kann zutreffender Weise auch als Symptom einer anderen zugrunde liegenden psychischen Erkrankung oder auch als gemeinsam mit einer anderen psychischen Erkrankung auftretenden Störung beschrieben werden (z. B. Flores, 2001). Hier ist im Besonderen die Gruppe der Persönlichkeitsstörungen zu nennen (Sher et al., 1998). So darf mit Verheul (2001) auf eine mehrfach erhöhte Prävalenzrate von Persönlichkeitsstörungen bei Personen mit Substanzmissbrauch oder -Abhängigkeit als im Bevölkerungsmittel verwiesen werden. Natürlich sagen solche Zahlen nichts über die Kausalität aus, allerdings dürfte das Zusammentreffen alles andere als zufällig sein. So gehen gängige Kausalitätsmodelle entweder von einer primären Substanzstörung, von einer primären Persönlichkeitsstörung oder von einem Modell gemeinsamer Faktoren aus. Wie in der fünften Revision des Diagnostischen

und statistischen Manuals psychiatrischer Erkrankungen schon zumindest teilweise nachzulesen (DSM V; American Psychiatric Association, 2013), wird einem kontinuierlichen Verlauf von Persönlichkeitseigenschaften einem kategorialen Ansatz der Vorzug gegeben. Diese Tendenzen bestätigen erfreulicherweise psychologische Ansätze, Persönlichkeit anhand eines Mehrfaktorenmodells (z. B. der »Big Five«) zu beschreiben bzw. pathologische Persönlichkeitsfacetten davon abzuleiten (Miller et al., 2001).

Die Suche nach einer »eigenständigen« Suchtpersönlichkeit ist somit eine schon lang andauernde bzw. kontroversiell diskutierte. Auch muss an dieser Stelle auf eine abschließende Bewertung verzichtet werden (Kagan, 1987; Kerr, 1996; Nakken, 2014). Trotzdem sei aus klinisch-therapeutischer Perspektive auf die Bedeutsamkeit einer eingehenden Persönlichkeitsdiagnostik verwiesen (vgl. dazu Lackner et al., 2014), da diese mitunter entscheidende Hinweise auf den weiteren Therapieverlauf liefern kann. ■

Literatur

- Allport, G. W.** (1959). Persönlichkeit. Struktur, Entwicklung und Erfassung der menschlichen Eigenart. (2. Aufl.). Meisenheim: Beltz.
- American Psychiatric Association.** (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC.
- Bardo, M. T., Donohew, R. L., & Harrington, N. G.** (1996). Psychobiology of novelty seeking and drug seeking behavior. *Behavioural Brain Research*, 77(1), 23-43.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R.** (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of general psychiatry*, 50(12), 975-990.
- Costa Jr, P. T., & McCrae, R. R.** (1990). Personality disorders and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Disorders*, 4(4), 362-371.
- Ersche, K. D., Turton, A. J., Pradhan, S., Bullmore, E. T., & Robbins, T. W.** (2010). Drug addiction endophenotypes: impulsive versus sensation-seeking personality traits. *Biological psychiatry*, 68(8), 770-773.
- Davis, K. L., Panksepp, J., & Normansell, L.** (2003). The affective neuroscience personality scales: Normative data and implications. *Neuropsychanalysis: An Interdisciplinary Journal for Psychoanalysis and the Neurosciences*, 5(1), 57-69.
- Eysenck, H. J.** (1992). A reply to Costa and McCrae. P or A and C—the role of theory. *Personality and Individual Differences*, 13(8), 867-868.

Flores, P. J. (2001). Addiction as an attachment disorder: Implications for group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51(1: Special issue), 63-81.

Kagan, D. M. (1987). Addictive personality factors. *The Journal of psychology*, 121(6), 533-538.

Kerr, J. S. (1996). Two myths of addiction: The addictive personality and the issue of free choice. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 11(51), 59-513.

Kernberg, O. F. (2014). Das ungelöste Problem der Klassifizierung von Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Praxis*, 3, 177-194.

Lackner, N., Unterrainer, H. F., Neubauer, A. C. (2013). Differences in Big Five Personality Traits Between Alcohol and Polydrug Abusers: Implications for Treatment in the Therapeutic Community. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11(6), 682-692.

McCormick, R. A., Dowd, E. T., Quirk, S., & Zegarra, J. H. (1998). The relationship of NEO-PI performance to coping styles, patterns of use, and triggers for use among substance abusers. *Addictive Behaviors*, 23(4), 497-507.

McCrae, R. R., & Costa Jr, P. T. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American psychologist*, 52(5), 509.

Mehroof, M., & Griffiths, M. D. (2010). Online gaming addiction: The role of sensation seeking, self-control, neuroticism, aggression, state anxiety, and trait anxiety. *Cyberpsychology, behavior, and social networking*, 13(3), 313-316.

Miller, J. D., Lyman, D. R., Widiger, T. A., & Leukefeld, C. (2001). Personality disorders as extreme variants of common personality dimensions: Can the five factor model adequately represent psychopathy?. *Journal of personality*, 69(2), 253-276.

Nakken, C. (2013). *The addictive personality: Understanding the addictive process and compulsive behavior.* Hazelden Publishing.

Pervin, L. A., Cervone, D., & John, O. P. (2005). *Persönlichkeitstheorien* (5., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). München: Reinhardt.

Sher, K. J., & Trull, T. J. (1994). Personality and disinhibitory psychopathology: alcoholism and antisocial personality disorder. *Journal of abnormal psychology*, 103(1), 92.

Verheul, R. (2001). Comorbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*, 16(5), 274-282.

PD Dr. Human-Friedrich Unterrainer

Klinischer- und Gesundheitspsychologe und Psychotherapeut, Leiter des Zentrums für Integrative Suchtforschung im Verein Grüner Kreis, Priv.-Dozent an der Karl-Franzens-Universität Graz

Spurensuche

Ist Sucht vererbbar?

Meiner Erfahrung nach ist Sucht nicht immer vererbbar. Kinder, die in einem Familienumfeld aufgewachsen sind, in dem es nicht so »perfekt« läuft, schauen sich von Eltern, Verwandten, Freunden von Verwandten alle möglichen Sachen ab. So ist es mir ergangen. Ich nahm mir meinen Vater, meinen Onkel oder Freunde von Verwandten, die tranken, Drogen konsumierten etc. als Vorbild und fand es richtig, was sie da tun. Was auch meiner Meinung nach normal ist, weil als Kind weiß man auch nicht, dass Feuer heiß ist, ohne es einmal anzufassen.

Es kommt auch das soziale Umfeld hinzu. Ich lernte die falschen Leute kennen, wurde kriminell und obdachlos, bekam Probleme mit der Polizei und dem Gericht. Da ist die Wahrscheinlichkeit eben ziemlich groß, dass man zu Alkohol oder Drogen greift, weil ich auch den Umgang mit negativen Gefühlen nie gelernt habe und die einzigen Problem- und Stresslösungen die Drogen waren.

Sucht ist eine Krankheit, es muss aber nicht immer sein, dass die Krankheit auf das Kind übergeht, da jeder Mensch unterschiedlich ist. Man kann das Kind nicht vor Alkohol oder Drogen schützen, egal ob es suchtkranke Personen in der Familie gibt oder nicht. Man kann es nicht beobachten, ihm nachspionieren, es davon abzuhalten oder es ihm ausreden. Reden hilft nur bis zu einem gewissen Maß und bis das Kind selbst die Verantwortung übernimmt. Man kann nur versuchen, zu reden und zu hoffen, dass es nicht in die falschen Freundeskreise kommt, so wie es bei mir der Fall war. Bei mir hätte es nicht viel geholfen, mich abzuhalten, weil ich einfach tat, was ich wollte. Das war auch der Grund, warum ich mich mit meinem Vater zerstritten habe.

Wie ich dann von zu Hause rausgeworfen wurde, waren mir die Drogen wichtiger als Essen, Unterkunft, etc. Ich hatte alles verloren und stand am Rande des Abgrunds. Ich verlor den Kontakt zur Familie und zu Bekannten und schloss mich in meinem Drogenwunderland ein.

Meine letzte Straftat war dann auch gleichzeitig ein Schicksalsschlag für mich. Ich beging einen schweren Raubüberfall, weil ich kein Geld mehr für Drogen hatte, wurde eingesperrt und im Gefängnis wurde mir angeboten, eine Suchttherapie beim »Grünen Kreis« zu machen. Ich war anfangs sehr skeptisch, bin jetzt aber froh, dass ich meine LETZTE Chance genutzt habe, um ein neues Leben zu beginnen.

anonym

Meiner Meinung nach hat jeder die Veranlagung, einer Sucht zu verfallen. Es hängt aber natürlich sehr viel vom Umfeld ab. Es gibt Familien, in denen niemand etwas mit Suchtmitteln zu tun hat, trotzdem kann es sein, dass die Kinder rauchen, trinken oder auch Drogen konsumieren. Andererseits gibt es auch die Familien, wo Suchtmittel eine große Rolle spielen, aber die Nachkommen nichts dergleichen nehmen.

Bei mir persönlich ist es eine Mischung aus beiden Fällen. In meiner Familie wurde immer schon getrunken. Als ich klein war, bekam ich es so halb mit. Leider ist meine Mutter auch alkoholkrank. Für mich war es als Kind normal, dass sie eigenartig redete oder am Tag schlief, anstatt etwas zu Essen zu kochen. Es sollte noch erwähnt werden, dass man auch die Familiengeschichte bei der Entwicklung von Suchterkrankungen berücksichtigen muss. Mein Vater war und ist sehr streng und meine Mutter und ich haben des Öfteren Prügel bezogen. Ich glaube, dass ich auch deshalb mit dem Alkohol angefangen habe, um Sachen zu vergessen. Zudem hatte ich immer die Kindheitserinnerung, dass Betrunkensein völlig normal ist. Vielleicht trank ich auch aus Widerstand gegen meinen Vater. Obwohl meine Eltern nun schon seit 24 Jahren geschieden sind, habe ich heute noch teilweise Angst vor meinem Vater. Ich werde heuer 32 Jahre und war jetzt ein Jahr beim »Grünen Kreis« in Johnsdorf. Ich habe viel gelernt über mich und die Sucht. Ich kann nur sagen, dass ich glaube, dass es mehrere Faktoren gibt, die zusammen spielen müssen, um suchtkrank zu werden. Jeden kann es treffen, wichtig ist, es rechtzeitig zu merken und sich Hilfe zu holen.

Christian

Genie und Wahnsinn - Sucht und Kreativität



von Andreas Fink

Kreativität begegnet uns nicht nur in Kunst, Wissenschaft und Kultur, sondern nimmt in nahezu allen Bereichen unseres Lebens eine herausragende Bedeutung ein.

Existieren heute über 60 Millionen Webeinträge, über 33 Millionen Bücher und sage und schreibe über 3,5 Millionen Apps zum Thema »creativity« (Google ©), so war Kreativität historisch betrachtet sehr lange nur Kunstschaffenden und Genies vorbehalten, die ihre kreativen Errungenschaften – so die antike Vorstellung – durch Inspiration von höheren Mächten (etwa durch den Kuss der Musen) erzielten. Die Idee, dass Kreativität mit charakteristischen Persönlichkeitsmerkmalen und Denkprozessen verknüpft ist, die jeder von uns, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung besitzt, taucht erst viel später in der Geschichte auf und wird heute durch moderne psychologische und neurowissenschaftliche Forschungsansätze zunehmend gestützt. Die Wissenschaft hat der Kreativität zweifelsohne viel von ihrer geheimnisvollen Natur genommen, doch auch heute noch ranken sich zahlreiche Mythen und Geheimnisse um diese faszinierende Eigenschaft – vor allem auch im Hinblick auf ihre mögliche Beziehung zu psychischen Erkrankungen.

Kreativen Menschen wird nicht selten ein Hang zu Seelenschmerzen sowie zu nonkonformistischen, oft auch bizarr und exzentrisch anmutenden Verhaltensmustern nachgesagt, mitunter auch eine Neigung zu Substanzmissbrauch und Sucht. Zahlreiche Anekdoten und populärwissenschaftliche Beispiele von exzentrischen, manisch-depressiven oder gar schizophrenen Künstlern oder Dichtern, sowie von bedeutenden Kunstschaffenden im Drogenrausch, nähren Spekulationen dieser Art. Alles nur wilde Vermutungen, Spekulationen oder unzulässige Verallgemeinerungen? Verbirgt sich dahinter womöglich doch ein wahrer Kern? Oder ist der »Wahnsinn« sogar, so wie es Barrantes-Vidal (2004) formuliert, der Preis für die herausragend kreative Begabung?

Tatsächlich liegen in der einschlägigen Forschungsliteratur vereinzelt empirische Befunde vor, die einen Zusammenhang

zwischen Kreativität und bestimmten psychischen Erkrankungen vermuten lassen. Shelley Carson von der Harvard University verweist auf wissenschaftliche Studien, die eine Beziehung zwischen Kreativität und manisch depressiven Erkrankungen, schizotypen/schizophrenen Verhaltensmustern, psychose-ähnlichen Zuständen sowie einer Neigung zum Alkoholismus nahelegen (Carson, 2011). Es finden sich auch Hinweise auf besondere Kreativität bei Personen mit Drogenerfahrung (Bliem et al., 2013). Mögliche Erklärungen für die Beziehung zwischen Kreativität und psychischen Erkrankungen werden oft in Ähnlichkeiten in bestimmten Aspekten der Persönlichkeit (z.B. Offenheit, Nonkonformismus, Unkonventionalität, etc.), in bestimmten Denkstilen oder -mustern sowie in biologischen Systemen (z.B. Neurotransmittersysteme) vermutet. Speziell im Hinblick auf Denk- bzw. Wahrnehmungsstile beziehen sich die vermuteten Gemeinsamkeiten häufig auf Prozesse wie »overinclusiveness of thinking« (Eysenck; 1995) oder eine reduzierte latente Hemmung, bei denen im Sinne von weniger stark eingestellten Filtermechanismen auch weniger relevante Details aus unserer Umgebung Eingang in die bewusste Wahrnehmung finden und somit die Basis für das Generieren neuer Einfälle bilden können. Carson (2011) weist zudem auch auf Beziehungen von Abhängigkeitserkrankungen sowie manisch depressiven Erkrankungen mit dem Merkmal »novelty seeking« hin, ein intrinsisch motiviertes Bestreben, sich eher mit neuartigen und komplexen als mit vertrauten und einfachen Stimuli zu befassen – wie es etwa auch für kreative Personen charakteristisch ist.

Insgesamt muss hier doch klar festgehalten werden, dass die Befundlage zur Beziehung zwischen Kreativität und psychischen Erkrankungen (einschließlich Abhängigkeitserkrankungen) noch äußerst spärlich und noch sehr weit davon entfernt ist, Interpretationen im Sinne

von Ursache und Wirkung anzustellen. Dies scheint angesichts der vielen methodischen Schwierigkeiten in diesem komplexen Forschungsbereich wenig überraschend. Nichtsdestoweniger liefern die vorliegenden Befunde doch einige Hinweise darauf, dass bestimmte Charakteristika der Persönlichkeit, bestimmte Denkstile sowie vielleicht auch bestimmte biologische Systeme bei Kreativen und Menschen mit psychischen Erkrankungen gewisse Ähnlichkeiten aufweisen. Kreativität setzt in einem geordneten und kontrollierten Rahmen nicht selten Unkonventionalität und Nonkonformismus voraus. Vertraute, herkömmliche Denkschemata müssen verlassen und neue Denkpfade eingeschlagen werden. Dass wir dabei mitunter auch Denk- und Wahrnehmungsmuster einnehmen, die an magisches Denken, primäre Kognitionsprozesse (frei-assoziative, traumähnliche Zustände; Kris, 1952), oder gar an Symptome psychischer Erkrankungen erinnern (z.B. positive Symptome der Schizophrenie), mag dabei nicht unplausibel erscheinen. Vielleicht auch die in populärwissenschaftlichen Ratgebern gelegentlich anzutreffende Vorstellung, dass es uns im rauschartigen Zustand oft besser gelingt, die Grenzen

herkömmlichen Denkens zu verlassen und somit Freiraum für Kreativität zu schaffen. Doch dies alleine kann wohl kaum zu großen Geistesblitzen verhelfen, zumal wir aus der Forschung ja wissen, dass kreative Errungenschaften vor allem Motivation, Intelligenz und domänenspezifisches Wissen als wichtige Voraussetzungen besitzen. Außerdem weisen neurowissenschaftliche Studien, in denen die Funktions- oder Arbeitsweise unseres Gehirns während kreativer Denk- oder Problemlöseprozesse untersucht wird, darauf hin, dass kreatives Denken mit gewöhnlichen Denkprozessen (z.B. Aufmerksamkeit und Gedächtnis) einhergeht. Die Psychologie und die Neurowissenschaften haben der Kreativität viel von ihrer geheimnisvollen Natur genommen, doch lassen sie gerade im Hinblick auf ihre Beziehung zu psychischen Erkrankungen und zur Sucht noch viele Fragen offen. Fragen, auf die wir uns in Zukunft durch einen fruchtbaren interdisziplinären Diskurs Antworten erwarten. ■

Literatur

Barrantes-Vidal, N. (2004). Creativity and madness revisited from current psychological perspectives. *Journal of Consciousness Studies*, 11, 58-78.

Bliem, B., Unterrainer, H.F., Papousek, I., Weiss, E.M., & Fink, A. (2013). Kreativität bei Drogenkonsumierenden, Drogenabhängigen und Drogenentwöhnten [Creativity in cannabis-users and in drug addicts in maintenance treatment and in rehabilitation]. *Neuropsychiatrie*, 27, 2-10.

Carson, S.H. (2011). Creativity and psychopathology: a shared vulnerability model. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56, 144-153.

Eysenck, H.J. (1995). Creativity as a product of intelligence and personality. In **D.H. Saklofske & M. Zeidner** (Eds.), *International handbook of personality and intelligence* (pp. 231-247). New York, London: Plenum press.

Kris, E. (1952). *Psychoanalytic explorations in art*. New York: International Universities Press.

Assoz. Univ.-Prof. Mag. Dr. Andreas FINK

seit 2012 Assoziierter Professor am Institut für Psychologie der Universität Graz; 2002 Promotion und 2008 Habilitation im Fach Psychologie; Lehrtätigkeit an verschiedenen Universitäten und Pädagogischen Hochschulen; Forschungsschwerpunkt: Kreativität, besonders im neurowissenschaftlichen Bereich (Elektroenzephalographie und funktionelle Magnetresonanztomografie). Zahlreiche wissenschaftliche Publikationen in einschlägigen psychologischen und neurowissenschaftlichen Fachzeitschriften.

William S. Burroughs war eine Ikone der Popkultur und gilt als bedeutender Vertreter der postmodernen Literatur. Er verkörperte exemplarisch den Typus des exzentrischen Künstlers an der Grenze zum Wahnsinn. So erschoss er im Alkoholausch beim Nachstellen einer Szene aus Schillers »Wilhelm Tell« versehentlich seine Ehefrau.



Kunstkaleidoskop



von Kurt Neuhold

Kunst braucht Öffentlichkeit
und Kommunikation.
Ohne Öffentlichkeit wird Kunst
nicht wahrgenommen.

Kommunikation ist die Voraussetzung für eine Auseinandersetzung mit Kunst und für einen gesellschaftlichen Diskurs, bei dem Wertvorstellungen, Qualitätskriterien und Begriffsdefinitionen von Kunst stets neu ausverhandelt werden.

Diesem Diskurs eine Plattform zu bieten und auf dieser Plattform unterschiedliche künstlerische Produktionen, Arbeitsweisen und Projekte vorzustellen, die im Bereich Kunst, Öffentlichkeit und soziales Engagement angesiedelt sind, sind zentrale Aufgaben und Anliegen der POOL7 - Galerie und der »Kunst im Grünen Kreis« - Projekte. Wie sich dies in der Praxis darstellt, sollen folgende Veranstaltungsberichte und Programmhinweise verdeutlichen:

»Pippi Langstrumpf« und »Geierwally« treffen auf »Das doppelte Lottchen« und den »Paten«

Am 18. September 2014 wurden in Mönchkirchen im »Upcycling Hotel Binder« 13 neu gestaltete Gästezimmer von Direktor Alfred Rohrhofer und DSA Gabriele Gottwald-Nataniel (gabarage) eröffnet. Die vom »gabarage upcycling design«-Team im Stil alter Filmklassiker gestalteten Zimmer, verbinden bei Ausstattung und Möblierung

innovatives Design und künstlerischen Anspruch mit Funktionalität und Bequemlichkeit. Als Materialien wurden alte gebrauchte und teils schon entsorgte Gegenstände verwendet, die durch das Upcycling-Design in neuartige, originelle Gebrauchsgegenstände verwandelt wurden: so zum Beispiel entstanden aus alten Koffern bequeme Sitzmöbel oder ein alter Heuwagen wurde zum Himmelbett im Geierwally-Zimmer umfunktioniert.

Der Hotelbetrieb und die Gästebetreuung sind Aufgabenbereiche, die in das Behandlungsprogramm der Therapiestation »Hotel Binder« integriert sind. Bei der Betreuung der Gäste sammeln die Klientinnen wertvolle Arbeitserfahrungen, die ihnen beim Wiedereinstieg ins Berufsleben helfen.

Kunst, Design, hochwertige Gastronomie, vielfältige Freizeitmöglichkeiten und die Anbindung des Hotelbetriebs an den Alltag einer Therapieeinrichtung ergeben somit eine einzigartige Mischung, die ein Seminar im »Upcycling Hotel Binder« zu einem besonderen Erlebnis macht.

Buchungsmöglichkeit und Informationen zum Hotel: www.upcyclingbinder.at

»THEATERREISEN«

Mit einer Performance der Theatergruppe »Marienhof« wurde am 9. Oktober 2014 in der POOL7-Galerie die Präsentation des Buches: »Theaterreisen – Theaterspiel als Reise zu sich und anderen« von Thomas Declaude, Riccarda Russo und Claudia M. Bauer, das im Verlag »Bibliothek der Provinz« erschienen ist, adäquat gefeiert.

Die Performance, die bei einem Workshop von Thomas Declaude und Werner Landsgeßel mit KlientInnen am Marienhof erarbeitet wurde und bei der zu Beginn das Publikum eingeladen war, aktiv mitzureisen, war ein mitreißender Beweis dafür, dass Theater nicht nur auf großen oder kleineren Bühnen, sondern überall dort entsteht, wo Menschen ihrer Spielfreude und ihrer Kreativität Ausdruck verleihen können. Immer wieder überraschend waren die abenteuerlichen und phantasievollen Einfälle, die sich aus dem Spiel ergaben – und hin und wieder ahnte man, dass das, was leicht und spielerisch aussieht, einer durchdachten Vorarbeit und Übung bedarf, denn es gibt kaum schwierigeres, als spontane Einfälle in der

Öffentlichkeit, ohne den Rückhalt einer vorgegebenen Rolle, unverkrampft darzustellen und auszuspielen. Gratulation dem Team vom Marienhof, dem dies eindrucksvoll gelungen ist.

»BEYOND THE LIMITS«

TransArt Ausstellung von Astrid Rieder in der POOL7-Galerie

Am 20. November fand die Vernissage und Eröffnungsp performance der TransArt-Ausstellung »BEYOND THE LIMITS« von Astrid Rieder statt. Irene Suchy, die Journalistin, Moderatorin und Musikwissenschaftlerin hielt die Eröffnungsansprache, danach performten Markus Sepperer und Astrid Rieder eine Grenzüberschreitung zwischen den Kunstgattungen Musik und Malerei. Zum Klangbild, das Markus Sepperer, Ensemblemitglied des OeNM (österreichisches Ensemble für Neue Musik) und Fotograf auf seiner Oboe improvisierte, bemalte Astrid Rieder mit Kaseinfarben die Stirnwand der Galerie. Musik - Klang - Farbe - Bewegung verschmolzen dabei zu einem TRANS ART - Kunstwerk, das bis 10. Jänner 2015 ausgestellt bleibt.

Die Salzburger Künstlerin Astrid Rieder ist eine engagierte Grenzgängerin zwischen den Kunstsparten - sie überschreitet Grenzen, um neue Verbindungen herzustellen, zwischen bildender Kunst und neuer Musik. Als Trans-Art Künstlerin möchte sie Synergien für die gleichzeitige Wahrnehmung verschiedener künstlerischer Prozesse und damit für ein intensiveres Kunsterlebnis ermöglichen. Sie übersetzt Gehörtes in Bildhaftes - Zeichenstift und Pinsel sind ihre Hilfsmittel bei ihrem Tanz auf und mit den Klängen und Stimmungen von Musik. Eine Musik jedoch, die traditionelle Hörgewohnheiten hinterfragt und bereichert, denn sie lässt sich ein auf die Klangfarben und Klangflächen, auf die Harmonien und Dissonanzen einer Musik, die bei ihren Aktionen im Moment entsteht, von Musikerinnen und Musikern, die aufbauend auf die Musikgeschichte, eine Klangwelt für das 21. Jahrhundert schaffen.

Neben dem neu entstandenen Wandbild zeigt die Ausstellung »Beyond the Limits« Bild- und Klanginstallationen, Skizzenbücher und sogenannte Autographen, die während Live-Konzerten von Neuer Musik entstanden sind.



oben li.: (von li) Bgmst. ÖKR Josef Bauer, Dir. Alfred Rohrhofer, DSA Gabriele Gottwald-Nataniel, Bgmst. HR Ing. Andreas Auerböck, Bgmst. Andreas Graf bei der Eröffnung des Upcycling Hotel »Binder« **oben re.:** »THEATERREISEN« **unten li.:** Astrid Rieder, »Let's talk about shadows«, entstanden zum gleichnamigen Musikstück von Juste Janulyte, Litauen, interpretiert vom Alesi Ensemble; Babywunsch-Klinik Dr. Zajc, Wals bei Salzburg. **unten re.:** Das Radio-Team aus der Waldheimat bei der Produktion der Sendung »Drogenfrei, sei live dabei«

Riesenerfolg für die Radiosendung »Drogenfrei, sei live dabei«

Die 2013 im Rahmen von »Kunst im Grünen Kreis« von Anna Michalski und Simon Olipitz gemeinsam mit den Klienten der »Waldheimat« produzierte Sendung »Drogenfrei, sei live dabei«, wurde für den 17. Radiopreis der Erwachsenenbildung in der

Sparte »Information« nominiert.

Die Jury hatte eine Auswahl aus 89 Produktionen zu treffen, davon 41 vom ORF – Ö1, Radio Salzburg, Radio OÖ und FM4 – sowie 48 von 12 Privat- und Freien Sendern. Laut Informationsschreiben der Organisatoren war das gestalterische und inhaltliche Niveau wieder sehr hoch.

Deshalb freut es mich umso mehr, dass die Sendung des »Waldheimat« Teams nominiert wurde. Bis zum 22. Jänner bleibt es spannend, denn die PreisträgerInnen werden erst dann im Radiokulturhaus in Wien, bekannt gegeben. ■

Kurt Neuhold, Leiter »Kunst im Grünen Kreis«

WISSENSCHAFT IM POOL7
WIP7

Kreativen Menschen wird ein Hang zu nonkonformistischen, oft bizarr und exzentrisch anmutenden Verhaltensweisen nachgesagt – mitunter auch eine Neigung zu Substanzmissbrauch und Sucht. Zahlreiche Anekdoten von manisch-depressiven oder gar schizophrenen Kunstschaffenden im Drogenrausch nähren Spekulationen dieser Art.

Verbirgt sich dahinter womöglich ein wahrer Kern? Ist der »Wahnsinn« gar der Preis für die herausragend kreative Begabung?

Diesen Fragen möchten wir im Rahmen unserer Veranstaltungsreihe WIP7 – Wissenschaft im POOL7 nachgehen und konnten dafür den Neurowissenschaftler Prof. Andreas Fink als Experten bezüglich der Erforschung von Kreativität gewinnen. Prof. Fink wird uns in dieses spannende Thema mit besonderer Berücksichtigung der Erkenntnisse der neueren Hirnforschung einführen.



Prof. Dr. Andreas Fink

18. Dezember 2014, 19.30 Uhr: Prof. Andreas Fink »Genie und Wahnsinn - Sucht und Kreativität«



POOL7 – Galerie und Verkaufslokal des »Grünen Kreises«
1010 Wien, Rudolfsplatz 9
www.pool7.at | office@pool7.at | +43 (0)1 523 86 54-0



QR-Code > Website

Stadt.Druckerei.Wien: Qualitätsdruck findet Stadt



Fotos: © W. Ranseder, iStockphoto/Wie Victor Dancesa



AV+Astoria Druckzentrum GmbH
Faradaygasse 6, A-1030 Wien
Tel. +43/1/797 85-0, Fax +43/1/797 85-218
office@av-astoria.at, www.av-astoria.at

Zertifizierungen

- > ProzessStandard Offsetdruck (ISO 12647-2) – geprüfter Qualitätsbetrieb
- > Österreichisches Umweltzeichen – umweltfreundliche Druckprodukte
- > PEFC – Förderung nachhaltiger Waldwirtschaft
- > FSC – Das Zeichen für verantwortungsvolle Waldwirtschaft
- > Print CO₂ geprüft – Klimaneutraler Druck (Klimaschutzzertifikatkauf)

Auszeichnungen

- > Sappi European Printer (Gold Award)
- > Printissimo
- > ARC

Beratung & Hilfe

Zentralbüro

2872 Mönichkirchen 25
Tel.: +43 (0) 2649 8306
Fax: +43 (0) 2649 8307
mail: office@gruenerkreis.at

Ambulantes Betreuungszentrum Wien

1070 Wien, Hermannngasse 12
Tel.: +43 (0) 1 5269489
Fax: +43 (0) 1 5269489-4
mail: ambulanz.wien@gruenerkreis.at

Ambulantes Betreuungszentrum Graz

8020 Graz, Sterngasse 12
Tel.: +43 (0) 316 760196
Fax: +43 (0) 316 760196-4
mail: ambulanz.graz@gruenerkreis.at

Ambulantes Betreuungszentrum Klagenfurt

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

Ambulantes Betreuungszentrum Linz

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

Ambulantes Betreuungszentrum Wiener Neustadt

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

Vorbereitungsteam

Veronika Kuran

Gesamtleitung Vorbereitung »Grüner Kreis«
Tel.: +43 (0) 664 9100005
mail: veronika.kuran@gruenerkreis.at

Mag.^a Katrin Kamleitner MSc

Vorbereitung Landesgericht Wien
Tel.: +43 (0) 664 1809709
mail: katrin.kamleitner@gruenerkreis.at

Gabriele Wurstbauer

Projektleitung AMS-Suchtberatung, Vorbereitung NÖ/Bgld.
Tel.: +43 (0) 664 8111676
gabriele.wurstbauer@gruenerkreis.at

Harald Berger

AMS-Suchtberatung, Vorbereitung NÖ
Tel.: +43 (0) 664 8111671
mail: harald.berger@gruenerkreis.at

Walter Clementi

Vorbereitung Wien, Niederösterreich & Burgenland
Tel.: +43 (0) 664 3840827
mail: walter.clementi@gruenerkreis.at

Mag.^a (FH) Birgit Freischlager

Vorbereitung Wien
Tel.: +43 (0) 664 8111029
mail: birgit.freischlager@gruenerkreis.at

Ronald Paur MSc

Vorbereitung Niederösterreich Wald-/Weinviertel
Tel.: +43 (0) 664 2305312
mail: ronald.paur@gruenerkreis.at

DSA Jürgen Pils

Vorbereitung Salzburg
Tel.: +43 (0) 664 8111665
mail: juergen.pils@gruenerkreis.at

Günther Gleichweit

Vorbereitung Gericht Steiermark
Tel.: +43 (0) 664 5247991
guenther.gleichweit@gruenerkreis.at

Alexandra Baier, BA MA

Vorbereitung Steiermark
Tel.: +43 (0) 664 8111041
alexandra.baier@gruenerkreis.at

Jasmin Kupfer, BA MA

Vorbereitung Steiermark
Tel.: +43 (0) 664 8111023
jasmin.kupfer@gruenerkreis.at

Claudia Neuhold

Vorbereitung Oberösterreich
Leitung ambulantes Betreuungszentrum Linz
Tel.: +43 (0) 664 8111024
mail: claudia.neuhold@gruenerkreis.at

MMag.^a Magdalena Zuber

Vorbereitung Kärnten & Osttirol
Leitung ambulantes Betreuungszentrum Klagenfurt
Tel.: +43 (0) 664 3840280
ambulanz.klagenfurt@gruenerkreis.at

Christian Rath

Vorbereitung Vorarlberg
Tel.: +43 (0) 664 3109437 | christian.rath@gruenerkreis.at

DSA Susanne Fessler-Rojkowski

Vorbereitung Tirol
Tel.: +43 (0) 664 8111675
susanne.fessler-rojowski@gruenerkreis.at

Retouren an Postfach 555, 1008 Wien

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



grüner kreis