

SUCHT

Grüner Kreis magazin No 93 | Österreichische Post AG Sponsoringpost BPA 1070 Wien 04Z035724 S | DVR: 0743542

Alkoholrehabilitation

Wir danken unseren SpenderInnen

Friedrich Achitz, Linz
Johann Andorfer, Peuerbach
Dkfm. Günter Baumgartner, Wien
Apollonia Berger, Gutenstein
Beate Cerny, Wien
Leonhard Dünser, Ludesch
Doris Grossi, Wien
Gabriele Hiba, Wien
Elfriede Jilg, Bad Vöslau
Mag. Brigitta Kandl, Wien
Karla Kapper, Möllersdorf
Sandra Maria Königshofer, Gföhl
Robert Kopera, Reisenberg
Kriston, Langenzersdorf
Dr. Engelbert Posteiner, Ilz
Dieter Regenfelder, Pyhra
Melanie Riess
Christiane Salomon, Bad Vöslau
Christine Sigmund, Ernsthofen
Theodor Toumbalev
Dr. Alfons Willam, Wien



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

Unterstützen & Spenden

Helfen Sie uns helfen!

Mit Ihrer Unterstützung können wir gemeinsam dazu beitragen, suchtkranken Menschen einen Weg aus der Sucht zu ermöglichen. Ihre Spende wird zur Weiterentwicklung von Projekten & Programmen im **Grünen Kreis** verwendet.

Bitte verwenden Sie für Ihre Spende die NÖ Landesbank-Hypothekenbank AG
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222
BIC HYPNATWW
oder fordern Sie bei spenden@gruenerkreis.at einen Zahlschein an.

Weitere Informationen finden Sie auch auf www.gruenerkreis.at im Bereich »Spenden & Sponsoring«.

Impressum

Erklärung über die grundlegende Richtung gem.

§ 25 Mediengesetz vom 12.6.1981:

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

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

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

Herausgeber: Verein **Grüner Kreis**

Geschäftsführer: Dir. Alfred Rohrhofer

Redaktion: Dir. Alfred Rohrhofer, Peter Lamatsch, Andreas Eilenstein

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

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, Wolf-Detlev Rost, Renate Clemens-Marinschek, Roland Mader, Michael Musalek, Alfred Uhl, Verena Prietl, Human-Friedrich Unterrainer, Dominik Batthyány, Hans Haltmayer, Lenea Reuvers, Kurt Neuhold und KlientInnen im **Grünen Kreis**

Bildquellennachweis:

Cover: © Andreas Horn/shutterstock.com
Seite 4 (von o. nach u.): © Karel Miragaya/123RF,
© Cathy Yeulet/123RF, © pat138241/123RF
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!

Alkohol ist im westlichen Kulturkreis die Volksdroge Nummer eins. Laut einer Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit konsumieren rund 735.000 Österreicherinnen und Österreicher regelmäßig Alkohol in einem gesundheitsschädlichen Ausmaß. Die Lebenserwartung alkoholabhängiger Frauen verringert sich um durchschnittlich 20 Jahre, die von Männern um 17 Jahre. Ein schleichender Selbstmord auf Raten, den zu stoppen als lebensrettende Maßnahme verstanden werden muss, wie Wolf-Detlev Rost in seinem Beitrag ausführt. Mit der bloßen Alkoholentwöhnung ist es aber bei weitem nicht getan. Im Rahmen einer ganzheitlichen Alkoholbehandlung muss auch den Ursachen des Alkoholmissbrauchs nachgespürt werden, die oftmals bereits in der Kindheit angelegt sind.

Ab wann von einer Alkoholabhängigkeit gesprochen werden kann, die Bedeutung der Eltern-Kind-Beziehung aus suchtpräventiver Sicht, das Alkoholverhalten Jugendlicher, der ritualisierte Alkoholkonsum in unserer Gesellschaft sowie die Wechselwirkung von Alkohol und transzendenten Erfahrungen sind weitere Themenkreise, die in dieser Ausgabe unseres Magazins behandelt werden.

Ein besonderer Hinweis gilt dem Pilotprojekt »Alkohol 2020«, welches von Hans Haltmayer, dem Beauftragten für Sucht- und Drogenfragen der Stadt Wien, im Detail vorgestellt wird.

Ich wünsche eine interessante Lektüre!

Alfred Rohrhofer



Helpen Sie uns helfen!

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

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

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

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



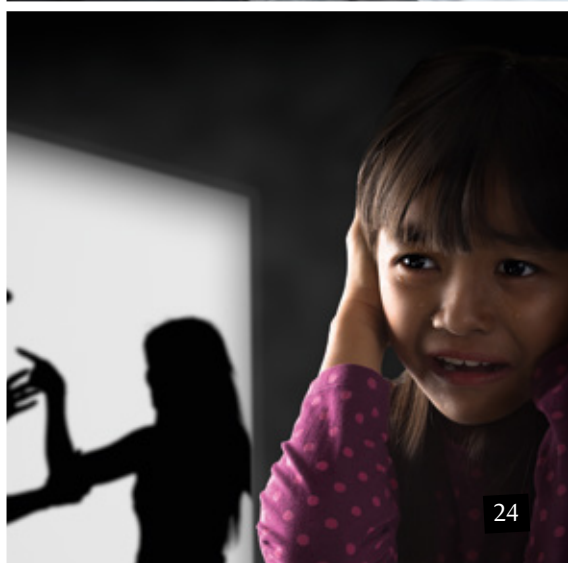
30



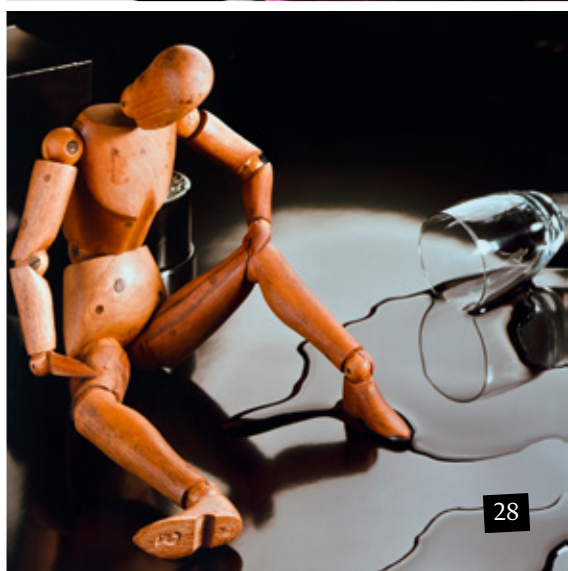
6



12



24



28

Inhalt

- 3** Editorial
Alfred Rohrhofer

- 6** Psychodynamik des Alkoholismus
Wolf-Detlev Rost

- 10** Spurensuche
PatientInnen berichten über ihr Leben mit der Sucht

- 12** Jugend und Alkohol
Renate Clemens-Marinschek

- 14** Ab wann ist man alkoholkrank?
Roland Mader, Michael Musalek

- 16** Unser Betreuungsangebot

- 18** Alkohol und Gesellschaft
Alfred Uhl

- 20** Behandlung von Alkoholabhängigen
Verena Prietl

- 22** Alkohol und Transzendenz
Human-Friedrich Unterrainer

- 24** Suchtprävention durch Beziehung und Verbundenheit
Dominik Batthyány

- 26** Versorgung am »best point of service«
Hans Haltmayer

- 28** Pilotprojekt »Alkohol 2020«
Das Leistungsangebot des Vereins Grüner Kreis

- 30** Kunst im Grünen Kreis
Kurt Neuhold

Psychodynamik des Alkoholismus



von Wolf-Detlev Rost

»Ein Kerl wie Samt und Seide, nur schade, dass er suff«, oder: »die Welt ist ohne Alkohol viel farbiger, strahlender, schöner«. Einige trockene Alkoholiker und besonders manche Abstinengruppen verbreiten gerne das Klischee, ohne Alkohol werde alles schöner und besser.

Zweifellos mag es Alkoholiker geben, für die die Erreichung der Abstinenz eine Art von Befreiung darstellt, nur: für die große Mehrheit gilt das leider nicht. Meine Erfahrung ist vielmehr, dass es den meisten Betroffenen mit dem Verzicht auf den Alkohol zunächst einmal schlechter geht, Konflikte und lange beiseite geschobene Probleme jetzt erst richtig zum Durchbruch kommen und mit klarem Auge gesehen werden können. Dies ist oft schmerzlich und mit einem längeren Leidensweg verbunden. Denn: niemand wird nur aus schlechter Gewohnheit, geschweige denn aus der puren Freude am Genuss zum Alkoholiker. Nach meiner Auffassung als Psychoanalytiker sind es immer tiefer liegende Probleme, die hinter einem Alkoholkonsum stehen der süchtig entgleist ist, und ein Hauptgewicht meiner Arbeit ist daher auch, gerade bei Kollegen, bei Ärzten und Therapeuten, Verständnis für das hinter einer Sucht liegende Leid zu wecken. Denn auch in diesen Berufsgruppen wird dem Alkoholiker oft noch mit Vorurteilen begegnet, werden eigene Erfahrungen mit einem genussvollen und entspannenden Trinken auf diesen übertragen. Aber: das Hauptunterscheidungsmerkmal zwischen einem »normalen« und einem süchtigen Trinken ist der Verlust der Genussfähigkeit. Der Alkoholiker hat die Fähigkeit verloren, unbefangen und mit Genuss zu trinken. Der Konsum erfüllt für ihn eine Vielzahl von Funktionen, nicht zuletzt natürlich die der Unlustvermeidung.

Als Psychoanalytiker ist es mein Anliegen, den Ursachen einer Symptomatik nachzugehen. Diese liegen, so zumindest unsere Auffassung, meist in der Kindheit, und das Symptom stellt einen Versuch dar, belastende Erfahrungen, Erinnerungen oder Traumata vom Bewusstsein fernzuhalten oder sie irgendwie zu bewältigen. Es ist hier nicht der Raum, um auf die Psychoanalyse und ihre mehr als hundertjährige Geschichte, die ja in Wien ihren Ausgang genommen hat, weiter einzugehen.

Die Arbeit mit Süchtigen beinhaltet allerdings ein Spezifikum, das nicht übersehen werden darf: in der Regel ist die Ursachenforschung, das Zurückgehen in die Kindheit nicht der Königsweg, um das Trinken in seiner akuten Phase zu stoppen. Das Suchtmittel ist nämlich im alltäglichen Leben zu präsent, zu mächtig, ist zum zentralen Liebesobjekt geworden und für den Körper und das soziale Leben zu destruktiv und letztendlich tödlich, um es in einer psychoanalytischen Arbeit, die ja ihre Zeit braucht, durch Bewusstmachung der Ursachen der Sucht zum Stillstand bringen zu können. Es wird also anderer Instrumente und Helfer bedürfen, etwa der von Entgiftung und Selbsthilfegruppen, um den manifesten Suchtzirkel zu stoppen. Dies ist eine unumgängliche, eine lebensrettende Maßnahme, denn nach mehr als 30 Jahren der Arbeit mit Alkoholikern ist und bleibt die Abstinenz vom Suchtmittel für mich der einzig gangbare Weg, gebe ich den Versuchen zum »kontrollierten Trinken« allenfalls in der Anfangsphase einer Sucht, wo der »point of no return« noch nicht überschritten worden ist, eine Chance. Für unsere psychotherapeutische Arbeit ist also die Abstinenz vom Stoff Voraussetzung. Da Sucht letztendlich meist tödlich endet, muss rasch gehandelt werden.

Aber, um auf meine einleitenden Worte zurückzukommen: die Abstinenz ist nur ein erster, wenn auch lebensnotwendiger Schritt. Danach jedoch wird der Alkoholiker vom Helfersystem, oft genug auch von der Selbsthilfe, im Stich gelassen, da ja seine Probleme nun scheinbar gelöst sind. Aber meistens muss er die Erfahrung machen, dass es ihm nicht besser, sondern schlechter geht. Dass er noch lange nach dem Entzug unter furchtbaren Schlafstörungen leidet. Dass ihn Ängste quälen, er unsicher ist, sich nicht unter die Menschen traut, sich mitunter eine schwere soziale Phobie entwickelt. Es kommt zu Impulsdurchbrüchen und Aggressionen. Nicht selten findet eine Verschiebung ins Körperliche statt: Unklare

Schmerzen, Unfälle und Magenerkrankungen gerade jetzt, wo der Körper doch eigentlich weniger mit Gift belastet wird. Symptomverschiebungen, Kontrollzwänge etwa, und andere Süchte: Glücksspiel, Onlinespiele, übermäßiges Essen, manchmal Bulimie. Und natürlich Depressionen. Als ich vor 30 Jahren mit der ambulanten Therapie von Alkoholabhängigen begann, galt die Verordnung von Psychopharmaka an diese noch als ein Kunstfehler. Heute erhalten etwa 80 Prozent der trockenen Alkoholiker, die mich aufsuchen, Antidepressiva. Dies mag natürlich sinnvoll sein, aber es dämpft auch wieder nur die Symptome, kaschiert die Ursachen. Ich bewundere die große Zahl derer, die es trotz ihres in der Abstinenz aufgebrochenen Leidens schaffen, den Alkohol stehen zu lassen, nicht wieder zum ersten Glas zu greifen. Von mehr als einem Alkoholiker habe ich den Satz gehört: »So lange ich noch getrunken habe, hatte ich ja gar keine Ahnung, wie schlecht es mir wirklich geht.«

Und hier beginnt die Aufgabe der Psychotherapie: abstinenten Süchtige zu begleiten in der Bewältigung ihres Leidens, ihrer inneren Not, die nun offensichtlich geworden ist, der sie nach vielen Jahren des »Wegspülens« und Verdrängens ins Auge schauen müssen. Dies wird oft ein langer Weg sein, denn der Alkohol war ein sehr mächtiges Mittel, um der Auseinandersetzung mit den inneren Problemen und der eigenen Geschichte aus dem Weg zu gehen. Die Anonymen Alkoholiker feiern den ersten Tag der bewussten Trockenheit als Geburtstag. Hinter diesem Ritual steht die weise psychologische Einsicht, dass die Entwicklung der Persönlichkeit mit dem Beginn der Abhängigkeit quasi zum Stillstand gekommen ist und erst mit der Abstinenz wieder in Gang kommt – und so wie man die Entwicklung eines Kindes nicht einfach verkürzen kann, ist auch die weitere psychische Entwicklung und Gesundung ein Prozess, der oft viele Jahre brauchen wird. Und hier sind es besonders psychoanalytische und nicht die auf rasche Anpassung hin zielenden Konzepte, die eine Begleitung und Unterstützung zu bieten vermögen.

Die Aufgabe des Therapeuten wird es nun sein einzuschätzen, in welchen Phasen der Entwicklung, wie tief in der Persönlichkeit eingeschrieben die Ursachen für die vorausgegangene süchtige Entwicklung zu suchen sind. Entgegen den gängigen Vorurteilen müssen Alkoholiker nicht zwangsläufig schwer oder in der Kindheit früh gestörte Persönlichkeiten, geschweige denn labile und ichschwache Menschen sein. Manchmal können es auch unerträgliche

Entgegen den gängigen Vorurteilen müssen Alkoholiker nicht zwangsläufig schwer oder in der Kindheit früh gestörte Persönlichkeiten, geschweige denn labile und ichschwache Menschen sein.

Lebensumstände sein, die zu einem Suchtmittelabusus führen. Ein bekanntes Beispiel hierfür ist, dass etwa 90 Prozent der im Vietnamkrieg eingesetzten US-Soldaten im Kampfeinsatz eine Heroinabhängigkeit entwickelten, die meisten von ihnen den Konsum jedoch nach der Rückkehr in die Heimat ohne Behandlung aufgeben konnten. Über die Chronifizierung der Sucht entscheidet letztlich die »prämorbid Persönlichkeit«, also wie stark die Schädigungen und Defizite bereits zuvor waren. Auch manche neurotischen Konflikte, überstarke Schuldgefühle etwa oder die Identifikation mit einem alkoholabhängigen Elternteil können zu einem zeitweisen Suchtmittelabusus führen, der aber oft aus eigener Kraft überwunden werden kann.

In der Regel finden wir als Ursache der Sucht jedoch tiefer greifende Störungen in der Entwicklung der Persönlichkeit. Als »typische Alkoholiker« werden oft Menschen mit einem schwachen Ich beschrieben. Sie können die Frustrationen des täglichen Lebens, besonders auch die Anforderungen der Gesellschaft und der Arbeitswelt, nicht aus eigener, innerer Kraft heraus bewältigen. Auch in ihren engeren, ihren familiären Beziehungen fühlen sie sich oft schutzlos, ausgeliefert, unterlegen. Sie haben eine geringe Frustrationstoleranz und werden von ihren eigenen Gefühlen und Stimmungen überwältigt. Wir sagen, dass sie schwache Ichgrenzen, sowohl gegen äußere Ansprüche wie gegen die eigenen Affekte haben, ihre Gefühle nicht steuern können. Der Alkohol ist hier ein hervorragender Reizschutz. Er schirmt ab, dämpft Ängste und Gefühle, kurz: lässt die Welt in einem rosigeren Licht erscheinen, den Lebensalltag leichter bewältigen. Zunächst einmal, denn: der Teufelskreis der Sucht macht alles schlimmer. Irgendwann, wenn regelmäßig und im Übermaß getrunken wird, bricht dieses ganze Schutzsystem, in dem die Droge als ein Selbstheilungsmittel diente, wie ein Kartenhaus in sich zusammen. Es ist alles viel schlimmer als zuvor: die sozialen und familiären Beziehungen zerstört, oft genug der Arbeitsplatz, zumindest aber der Führerschein verloren. In der Regel ist der Alkoholiker erst dann, wenn

es so weit gekommen ist, wenn er mit dem Rücken zur Wand steht bereit, aufzuhören zu trinken. Oft braucht er für die ersten Schritte in die Abstinenz den Schutz einer Institution, einer Klinik etwa, flüchtet sich unter die »Käseglocke«, wo es zunächst einmal leicht ist, abstinent zu bleiben.

Aber was dann? Wie soll er nach wenigen Wochen stationärer Behandlung in der Lage sein, angemessen mit seinen Gefühlen umzugehen? Dies zu erlernen, braucht ein Kind bekanntlich etliche Jahre. Wie soll er Konflikte an seinem Arbeitsplatz plötzlich bewältigen können, wie die Probleme in der Familie, mit seiner Frau und seinen Kindern? Unter Umständen verlagert er seine Sucht auf verstärktes Rauchen oder Essen. Er wird auch über die nächste Zeit diverser Krücken bedürfen, z.B. den regelmäßigen Besuch einer Selbsthilfegruppe. Mitunter schafft er es, sich exzessiv mit einem Hobby zu beschäftigen. Wenn er die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt und den dafür geeigneten Job hat, flüchtet er vielleicht in eine Arbeitssucht, oder an den Computer und ins Internet. Dies sind »Ersatzbildungen«, die nicht zu verurteilen sind und auch in der Therapie akzeptiert werden sollten. Dies sind aber auch jene Patienten, die vom Psychiater oder Hausarzt wegen der Schlafstörungen, Ängste und Depressionen, die sie jetzt erleben, Antidepressiva verschrieben bekommen, hoffentlich aber keine anderen, suchtbildenden Medikamente wie etwa Benzodiazepine, denn die Gefahr eines Suchtwechsels ist hier sehr groß, und die Abhängigkeit etwa von Tavor wäre keinesfalls das kleinere Übel. Vielleicht aber gelingt es dem einen oder anderen auch, eine psychotherapeutische Unterstützung zu suchen und zu finden, die ihn begleitet bei der unendlichen Zahl der nun auftauchenden alltäglichen Konflikte, bei der Bewusstmachung der Ursachen, vielleicht in einer überbehütenden Familie, einer ungelösten Bindung an die Mutter, einer Kindheit und Jugend, wo ihm alles abgenommen wurde, seine eigenen Stärken nicht gefördert, seiner Leistungsfähigkeit nicht getraut, die Ablösung aus der Familie und die Unabhängigkeit nicht unterstützt wurden. Oder Bedürfnisse und Gefühle wurden nie gespiegelt, sondern abgespeist, mit Süßigkeiten und Geschenken statt echter Zuwendung und Liebe, Geborgenheit, Stabilität und Kontinuität wurden nicht erlebt. Hier bedarf es einer langen Therapie, und ohne ihre Krücken und Ersatzbildungen werden diese Patienten auch in den nächsten Jahren nicht leben können; die Hauptsache → Seite 8



→ Seite 7 ist, dass diese weniger schädlich als der Alkohol sind.

Fallvignette 1

Unvergesslich bleibt mir die Behandlung eines zu Therapiebeginn 33-jährigen Schreiners, der schon mit 28 Jahren seine Alkoholabhängigkeit zum Stillstand bringen konnte. Die Abstinenz gelang es ihm zunächst dadurch aufrecht zu erhalten, dass er sich eine Arbeit suchte, die ihn tatsächlich für 363 Tage im Jahr für 12 – 16 Stunden täglich beschäftigte und ihm Struktur gab, nämlich in der Entladung im Südfrüchtegroßhandel, wo die Laster immer anrollen, werktags wie an Sonn- und Feiertagen. Nach zwei Jahren allerdings überwarf er sich mit dem Chef. Nun sucht er mich auf, weil er angesichts seiner bevorstehenden Hochzeit wahnsinnige Ängste entwickelt hat – er meint, in der Kirche tot umfallen zu müssen – und bearbeitet anschließend seine Brückenphobie, die bei seiner jetzigen Tätigkeit, wo er viel Auto fahren muss, sehr hinderlich ist. Nachdem die Hochzeit erfolgreich über die Bühne gebracht worden ist, entwickelt er eine schwere Glücksspielsucht, die ihn über Jahre begleiten und belasten wird. Anscheinend hält er die Enge der Ehe nicht aus und flüchtet sich in die

Welt des Automatenspiels. Dies versteht sich auf dem Hintergrund seiner ungelösten, früher fast symbiotischen Beziehung zur Mutter, die ihn stets verwöhnte und behütete, ihm die Rolle eines Kronprinzen und Ersatzpartners gab, denn ihr Mann war Alkoholiker, beruflich erfolglos, und verließ die Familie schließlich, als er sich zu seiner Homosexualität bekannte. Bald darauf trank er sich tot. Für den Patienten war er nie ein Vorbild, keine Identifikationsfigur. Zwar hat er durch die Mutter Liebe und Bestätigung erfahren, wurde von ihr jedoch auch verwöhnt; ihm wurden alle Schwierigkeiten aus dem Weg geräumt, so dass er keine Konflikt- und Frustrationstoleranz entwickeln konnte, nur vordergründig stark ist, und gegenüber der Mutter, später ersetzt durch die Ehefrau, nur mühselig seine Autonomie behaupten kann. Der mehrfache Wechsel seiner Symptomatik während der Adoleszenz ist typisch für diese Persönlichkeiten.

Diese ichschwachen Persönlichkeiten gelten als die »typischen Alkoholiker«. Allerdings ist der Alkohol die Droge unserer Gesellschaft, und es gibt die unterschiedlichsten Persönlichkeiten und biographische Hintergründe, die eine Alkoholabhängigkeit begründen können.

Aus psychoanalytischer Sicht interessieren uns dabei besonders die so genannten »früh« oder in ihrer Persönlichkeit tief gestörten Patienten, die einen Alkoholabusus entwickeln. Diese haben, oft schon früh in der Kindheit, schwere psychische oder körperliche Traumata erlitten. Bekanntlich finden wir bei Süchtigen deutlich gehäuft eine zerbrochene Ursprungsfamilie, das Fehlen oder den Tod von Vater oder Mutter, familiäre Gewalt, sexuellen Missbrauch, aber auch schwere Erkrankungen oder Unfälle. Dies zeigt sich in der späteren Entwicklung dann in den Charakteristika einer Persönlichkeitsstörung: Gewalt gegen sich selbst und andere, Selbstschädigung, Suizidversuche, chaotische Beziehungen, ein unsteter Berufs- und Lebensweg mit vielen Brüchen, und eben extremen Suchtmittelabusus. Hier finden sich oft Menschen, die haarscharf am Tode vorbei geschrammt sind, und ich habe das Gefühl, ihnen fehlt so etwas wie die »Erlaubnis zum Leben«, denn verinnerlicht haben sie kein Urvertrauen, sondern eher eine Art »Urmisstrauen«, ein gebrochenes, negativ erlebtes Selbst. Ihre Konflikte, ihr oft unerträgliches Leid und ihren (Selbst-)Hass tragen sie nun am eigenen Körper aus, und das beste Mittel dazu ist der Alkohol. Er wird nicht getrunken um

sich zu beruhigen und zu entspannen, sondern unter Wut und Hass in sich hinein geschüttet, in der mehr oder minder bewussten Absicht, sich selbst zu zerstören. Der Alkohol ist hier also kein Selbstheilungs-, sondern ein Selbstzerstörungsmittel. Es ist klar, dass auch hier auf den Alkohol gänzlich verzichtet werden muss, da mit ihm oft eine Art von »Russischem Roulette« gespielt wird, die Art und Weise des Alkoholkonsums letztlich tödlich enden wird. Doch gerettet ist damit oft einmal wenig. Denn die Selbstzerstörung bedient sich nun anderer Mittel: gefährlicher, extremer Verhaltensweisen, unerklärlicher Unfälle oder körperlicher Erkrankungen – und nicht selten des Selbstmords. Alkoholiker sind eine Gruppe mit einer extrem hohen Suizidquote, und die vollendeten Selbstmorde fallen leider oft gerade in die Abstinenzzeit, während betrunken die letzte Konsequenz noch vermieden wird, denn die Sucht ist ein schleicher Selbstmord auf Raten.

Fallvignette 2

Die attraktive Patientin von Anfang 30 sucht mich während ihrer zweiten Schwangerschaft auf, weil sie sich Sorgen um das werdende Kind macht, da sie über die gesamte Dauer der Schwangerschaft in teilweise hohen Dosen opiathaltige Schmerzmittel und Beruhigungsmittel eingenommen hat, womit sie ihre ein Jahr zuvor mittels einer Langzeitentwöhnung mühsam überwundene Alkoholabhängigkeit ersetzt hat. Sie kommt aus vordergründig gutem Hause, ist mit einem wohlhabenden Geschäftsmann verheiratet, und erst nach und nach kommt das ganze Grauen heraus, das hinter dieser äußerlich schönen Fassade lauert.

Die Ehe der Eltern lief schlecht. Die Patientin wurde mit der jüngeren Schwester oft zuhause eingeschlossen, während die Mutter wegging, wie sie später erfährt, um ihre Liebhaber zu treffen. Das Mädchen wird sehr streng gehalten und besucht in den Ferien stets die jüngere Schwester der Mutter, ihre Liebblingstante, die sie sich statt ihrer leiblichen als ihre Mutter wünscht und mit der sie sich sehr identifiziert. Die Verhältnisse im Elternhaus eskalieren. Sowohl Mutter wie Vater haben Liebesverhältnisse, die sie mit ins Haus bringen. Erst 18-jährig erkrankt die Patientin an einem Krebs im Scheidenbereich, wird mehrfach operiert, bis sich der Krebs stoppen lässt. Kurz darauf bringt sich die Liebblingstante, die manisch-depressiv ist, zusammen mit ihren beiden kleinen Kindern in ihrem Auto um. Sie vermacht der Patientin alles, was sie hat: ihre Wohnung und das Auto, in

dem sie sich suizidiert hat. Die Patientin, die unbedingt aus dem Elternhaus heraus will, zieht tatsächlich in diese Wohnung. Aber dort packt sie das nackte Grauen: sie durchsucht alles nach Hinweisen, warum die Tante diese schreckliche Tat begangen hat, ist nachts oft nahe dran, vom Balkon zu springen – und hält all dies nur unter großen Mengen Alkohols aus. Schließlich muss sie ihrer Mutter, die von einem ihrer Liebhaber schwanger geworden ist, auch noch bei einer Abtreibung beistehen. Die Patientin kann die in ihrer Familie erlebte Destruktivität nicht aushalten, flüchtet sich in den Alkohol. Ihren erlebten Horror kann sie nur ansatzweise in der Therapie einbringen, z.B. wenn sie von ihren fast allnächtlichen Träumen von der Tante erzählt, die sie lockt und ruft in die Welt des Jenseits und zu ihr spricht, während eine Hälfte des Gesichts und ihr Körper grauenvoll zerfressen sind, und die höhnisch zu ihr sagt: »Sei froh, dass du nicht siehst, um wie vieles grässlicher meine wahre Gestalt jetzt ist«. Sie ist fasziniert und erschrocken, wie ähnlich sie auf Fotos der Tante jetzt sieht. Ihr Alter hat jetzt das Todesalter der Tante fast erreicht, und auch das ihrer Kinder, ein Junge und ein Mädchen im gleichen Altersabstand wie ihn die Kinder der Tante bei ihrem Tod hatten, und wenn sie hinter sich in ihr Auto schaut, sieht es genauso aus wie jenes, das sie vor 15 Jahren vom Hof der Polizei geholt hatte, mit den Gummistiefeln und Spielsachen auf der Rückbank.

Bei diesen Patienten steht auch der Psychoanalytiker oft rat- und hilflos vor einem inneren Abgrund, der sich niemals ganz schließen lassen wird. Zu schwerwiegende Defekte in der Persönlichkeit, eine zu traumatische Kindheit lassen sich nicht ungeschehen machen, nicht wirklich bearbeiten, geschweige denn »heilen«. Wir können nur versuchen, den Patienten das Handwerkszeug mitzugeben, diese inneren Abgründe irgendwie zu überbrücken, sie anzunehmen und mit ihnen zu leben. Hier dürfen wir in der Therapie nicht zu sehr in die Tiefe gehen, denn sonst wird man vielleicht der Geister, die man rief, nicht wieder Herr. Bei diesen Patienten handelt es sich oft um sehr motivierte und eigentlich starke Persönlichkeiten mit vielen Fähigkeiten und hoher Intelligenz und Einsicht in das eigene Tun. Dort, wo wir die Traumata nicht heilen können, gilt es, andere Wege als die Selbstzerstörung zum Umgang mit diesen inneren Abgründen zu finden. Nicht wenige, natürlich nicht alle Patienten dieser Gruppe sind kreative Persönlichkeiten, und es ist viel gewonnen, falls es gelingt, einen künstlerischen Ausdruck des inneren

Leidens zu finden und zu fördern. Denn Sucht und Kreativität schöpfen aus den gleichen inneren Quellen, dem gleichen elementaren Leid. In ihrer Nähe zu den tiefsten Ebenen des menschlichen Unbewussten, der Auseinandersetzung mit den zentralen Fragen der menschlichen Existenz und dem wiederholten Erleben der Todesnähe begegnen sich Süchtige und Künstler. Es ist hinreichend bekannt, dass ein großer Anteil, wahrscheinlich die Mehrheit der namhaften Künstler, süchtige Persönlichkeiten waren, sei es in Theater und Schauspielerei, in der Malerei, der Musik, besonders aber in der Popmusik und der Literatur. Dieses innere Potential kreativ zum Ausdruck zu bringen statt es weg zu trinken hilft in vielen Fällen, die Tendenz zur Selbstzerstörung zu bannen und dem Tod von der Schippe zu springen. Dies auszuführen wäre jedoch ein eigener Aufsatz.

Hinter jeder chronifizierten Sucht stecken Konflikte und Leiden, die erst mit der Abstinenz zu Tage treten und dem Betroffenen bewusst werden können. Das Symptom, den Alkoholabusus, zu stoppen, ist eine lebensrettende Maßnahme, ermöglicht aber noch lange nicht, mit dem Leben zurecht zu kommen, geschweige denn glücklich zu werden. Die jetzt auftauchenden Defizite und Defekte einigermaßen zu bewältigen ist ein Prozess, der unvermeidlich vieler Jahre bedarf und durch keine therapeutische Maßnahme einfach abkürzbar ist. Hier sollten auch Psychotherapeuten ermutigt werden, abstinent Süchtige in der Bewältigung ihres Leidens zu begleiten, wobei die psychotherapeutischen Möglichkeiten leider letztlich oft begrenzt sein werden.

Literatur

Wolf-Detlef Rost (2009) Psychoanalyse des Alkoholismus. Psychosozial Verlag Gießen.

Wolf-Detlef Rost (2010) Kreativität und Sucht – Zwei Seiten einer Medaille. In: Psychosozial 121, S. 119-130.

Wolf-Detlef Rost

Jg. 1951, Dipl.-Psych., Dr. phil., Psychoanalytiker (DPV, IPA, DGPT). Nach früherer Tätigkeit an der Universität und in einer Fachklinik für Alkoholabhängige seit vielen Jahren als Psychotherapeut und Supervisor in freier Praxis in Gießen, schwerpunktmäßig mit Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen. Diverse Publikationen und Vorträge zur Therapie Süchtiger, insbesondere von Alkoholikern. Jüngste Buchpublikation: »Eliza im Netz – Aus der Werkstatt eines Psychotherapeuten«, eine eher literarisch angelegte Falldarstellung zur Problematik der Internetpornographie.

www.sucht-und-psychoanalyse.de

Spurensuche

Die legale Droge Alkohol

Alkohol ist eigentlich ein erstaunliches Molekül. Es dringt überall ein und löst Fette und Öle ganz wunderbar. Nur leider löst es dabei auch noch das Gehirn langsam aber sicher auf. Alkohol ist wie ein Lösungsmittel. So oder so ähnlich hat sich die Wirkung des Alkohols am Schluss meiner Suchtkarriere schon angefühlt. Wie ein Lösungsmittel. Nur meine Probleme hat es leider nicht gelöst. Im Gegenteil. Mit dem Alkohol haben meine Probleme erst richtig begonnen und er wurde noch nebenbei zum Trigger für alle anderen Süchte, die in mir schlummerten.

Angefangen hat es mit dem Alkoholmissbrauch bei mir schon sehr früh. Wie bei vielen, die sich entschieden haben, eine Drogentherapie zu machen. Mit 12 der erste Vollrausch und zum »Zumachen«, zum Mischen, als Schmerzmittel jeglicher Art oder einfach nur zum Entspannen ein immer gern gesehener Begleiter, den ich leider allzu sehr unterschätzt habe. Auch als Mittel zur Suchtverlagerung. Ich habe mir lange Zeit nicht eingestehen wollen, dass Alkohol eigentlich DAS Problem schlechthin darstellt.

Wenn ich zurückdenke, hat bei mir nahezu jeder Drogenkonsum eine Alkohol-Vorgeschichte. Sei es das Kiffen, ein paar Lines ziehen, Benzodiazepin-Missbrauch, das »Zudröhnen« auf Parties und schlussendlich auch der Griff zur Nadel wurden mir durch den »Genuss« von ein paar Whiskey extrem erleichtert. Langsam wurde ich auf mein Alkoholproblem aufmerksam, da ich schon auf Vorrat eingekauft habe. Ich wurde direkt panisch, wenn nicht zumindest Bier oder Whiskey zu Hause stand. Obwohl nie körperliche Entzugssymptome aufgetreten sind, war ich trotzdem schwerer Alkoholiker.

Durch das Trinken hat nicht nur die Drogensucht immer schlimmere Ausmaße angenommen, sondern auch mein gesamtes Umfeld darunter gelitten. Im Endeffekt war meine Beziehung zerstört und ich nicht mehr arbeitsfähig.

Alkohol zieht sich wie ein roter Faden durch meine Lebensgeschichte. Ich kann eigentlich sagen, in meinem Leben noch Glück gehabt zu haben. Denn ich habe noch keinen Unfall unter Alkoholeinfluss gebaut, bin durch's Trinken nicht aggressiv geworden und habe eine Überdosis durch Mischkonsum mit Alkohol, Tabletten und Morphin überlebt.

Ich bin beim Grünen Kreis um »clean« zu werden. Ich werde dieses Ziel jedoch ganz sicher nicht erreichen, wenn ich die legale Droge Alkohol außen vor lasse und diese furchtbare Sucht weiterhin ignoriere.

Ingo K., Johnsdorf

Mein Weg in die Alkoholsucht

Wie alles begann war mir lange nicht bewusst. Erst im Laufe meiner Therapie habe ich mich damit konfrontiert, dass ich Alkohol während meines gesamten Erwachsenenlebens für verschiedene Zwecke probiert habe. Als ich das erste Mal ein alkoholhaltiges Getränk probiert habe, war ich ungefähr acht Jahre alt. Apfelmost, Bier oder Wein standen bei meinen Eltern stets für Gäste, Verwandte oder Helfer beim Hausbau bereit.

Mein Vater trinkt selbst nur in Gesellschaft und meine Mutter kaum. Meine Schwestern und ich mussten auch mithelfen und unter anderem für die Arbeiter die Getränke aus dem Keller holen. Solche Gelegenheiten nutzte ich dann, um heimlich diverse Getränke zu versuchen. Zu dieser Zeit war es die Neugierde etwas zu probieren, was für mich verboten war. Mit 13 habe ich dann das erste Mal bei einem Sommerfest als Kellnerin gearbeitet und dort, auf Einladung eines Mannes, Wein getrunken.

Heute weiß ich, dass ich an diesem Abend den Grundstein für meinen Umgang mit Alkohol gelegt habe. Für meine Mutter war das der Moment, wo sie mich aufmerksam machte, nicht »zu viel« zu trinken. Ich denke, dass ist mit ein Grund warum ich kein Problem darin sah, dass mein späterer Partner überhaupt keine alkoholfreien Getränke zu sich nahm. Es ist ja normal, so lange man nicht mehr trinkt als man vertragen kann. Ein Glas Wein oder Sekt zum Einstimmen für romantische Abende, ein kleines Bier oder Sekt in mein Leben integriert, stellte aber kein Problem dar. Erst als es in meiner Ehe zu kriseln begann, fing ich an, nach der Arbeit nicht gleich nach Hause zu fahren, sondern mit den Gästen noch etwas zu trinken.

In dieser Zeit begann ich auch mit dem Auto zu fahren, obwohl ich getrunken hatte. Es war mir schon bewusst, dass ich anfang über meine eigenen Grenzen zu gehen. Doch ich hatte keine Vorstellung, wohin das führen würde. Ich litt unter chronischen Schmerzen und schnell erkannte ich, dass sich mein Alkoholkonsum darauf positiv auswirkte. Nachdem ich aufgrund einer Depression nicht mehr arbeiten konnte, überschritt ich auch noch die letzte Hürde und begann schon nach dem Frühstück zu trinken. Immer öfter betrank ich mich bis zur Bewusstlosigkeit. Mein Leben war ein Strudel aus Alkohol und Depression begleitet von Hoffnungslosigkeit.

Durch meine Tochter habe ich vom Grünen Kreis erfahren. Seit Oktober 2011 befinde ich mich nun in der Therapeutischen Gemeinschaft und kämpfe für meine Nüchternheit und eine positive Zukunft.

Maria B., Johnsdorf

Jugend und Alkohol



von Renate Clemens-Marinschek

High Fun – Low Risk

... oder doch nicht?

Jugendliche und ihr Alkoholkonsum

Unter den 15-jährigen Jugendlichen ist der Konsum von Alkohol bereits bei einem Großteil üblich und in der gleichaltrigen Gruppe akzeptiert. Der Einstieg in den Alkoholkonsum findet in Österreich meist zwischen dem 13. und 15. Lebensjahr statt. Es ist dabei ein geografisches Muster zu beobachten, wobei Jugendliche aus südeuropäischen Ländern eher selten betrunken sind, während Jugendliche aus West- und Mitteleuropa viel häufiger von Rauschzuständen berichten. Bei der sehr jungen Altersgruppe finden sich Rauschzustände öfter bei den männlichen Jugendlichen, wobei sich ab dem 15. Lebensjahr die Differenz zwischen den Geschlechtern relativiert. Jugendliche, die viel Alkohol konsumieren, rauchen auch häufiger, und Jugendliche, die rauchen, konsumieren häufiger Alkohol. In der europäischen Schülerstudie (ESPAD 2007) wurden 12.448 Schüler/innen der 9. und 10. Klasse untersucht: 66,8 % tranken Bier (2003 - 56,4 %), wobei auch der Konsum von Spirituosen angestiegen war.

Laut Statistiken geht der absolute Alkoholkonsum in Deutschland und Österreich zwar zurück, doch der Trend zum exzessiven Trinken hat zugenommen und das Einstiegsalter abgenommen. Laut Experten hätten die Krankenhauseinweisungen von Minderjährigen mit einem gefährlichen Vollrausch in den letzten vier Jahren in Deutschland um 86 % zugenommen.

Eine manifeste Alkoholabhängigkeit kommt bis zum 18. Lebensjahr kaum vor, da sich diese meist über viele Jahre hinweg entwickelt. Im Kindes- und Jugendalter ist man daher meist mit dem Problem des phasenweise exzessiven Trinkstils oder mit einem Alkoholmissbrauch konfrontiert. Weiters hat die Studie »Alkohol/Gewalt« (Kuntsche et al. 2003) gezeigt, dass Jugendliche zwischen dem 13. und 17. Lebensjahr mit problematischem Alkoholkonsum viel häufiger zu Gewalttaten neigen als ohne Alkoholkonsum.

Aus neurobiologischer Sicht wirkt sich der Alkoholkonsum im jugendlichen Alter auf die Reifung des Hippocampus und anderer Hirnstrukturen fatal aus. Dies führt zu einer Störung der Entwicklung im emotionalen und kognitiven Bereich sowie zu einer Erhöhung des Risikos im Erwachsenenalter an einer Alkoholabhängigkeit zu erkranken. Laut einer Studie der Boston

University wurden 47 % der Jugendlichen, die vor dem 14. Lebensjahr regelmäßig Alkohol konsumierten, im Erwachsenenalter alkoholabhängig, bei Beginn des Alkoholkonsums um das 21. Lebensjahr waren es 9 %.

Prädiktoren für die Entwicklung eines problematischen Alkoholgebrauchs im Jugendalter

In der Pubertät als sensible Phase lösen sich Jugendliche von ihren Eltern und versuchen ihre eigene Identität zu finden. Sie müssen sich mit vielen Fragen auseinandersetzen, sind unsicher und wollen doch sicher wirken. Besonders gefährdet sind Jugendliche mit tiefer liegenden Problemen, wie z.B. Versagensängsten, Einsamkeitsgefühlen, mit Missbrauchs- oder Gewalterlebnissen in der Vergangenheit. Jugendliche trinken Alkohol, weil:

- sie Spaß haben wollen
- sie erwachsen sein wollen und es »cool« ist
- sie zu wenig Zuwendung bekommen und sich einsam fühlen
- sie in der Clique dazugehören wollen
- der Alkohol die Stimmung hebt und Entspannung bringt
- sie unsicher sind und der Alkohol vorübergehend das Selbstwertgefühl verbessert
- sie Probleme verdrängen wollen
- der Alkohol überall verfügbar und oft preiswerter ist als alkoholfreie Getränke
- es spannend ist, gegen Verbote zu verstoßen

Familie

Abhängigkeitsprobleme haben viel mit Bindungsproblemen zu tun. In unserer schnelllebigen Gesellschaft werden oft Beziehungen und Bindungen zugunsten von Karriere und intellektueller Entwicklung aufgegeben. Die Familie sollte dem Jugendlichen ein vertrauensvoller Rückzugsort sein, an dem es die Möglichkeit des vorbehaltlosen Ansprechens von Problemen gibt. Eine positive Vorbildwirkung sowie das Setzen klarer nachvollziehbarer Grenzen, verbunden mit Konsequenzen bei Überschreiten der ausgehandelten Vereinbarungen, bieten Struktur, Sicherheit, aber auch Geborgenheit.

Ein instabiles Familiensystem mit Unberechenbarkeit im elterlichen Verhalten, Vernachlässigung und Misshandlungen stellen erhebliche Risikofaktoren für eine spätere Suchtentwicklung dar. Bei Kindern

alkoholkranker Eltern ist das Risiko der Entwicklung einer späteren Alkoholabhängigkeit um das vier- bis sechsfache erhöht. Das Einstiegsalter in den Alkoholkonsum ist früher, es findet sich häufiger ein Nikotinabusus sowie die Konsumation illegaler Substanzen. Interessanterweise empfinden diese Kinder Alkohol im Erstkontakt als angenehm und zeigen schon zu Beginn eine relativ hohe Alkoholtoleranz (Frank 2002).

Schule und Beruf

Hoher Leistungsdruck oder Verbleiben in einer Schule oder einem Lehrberuf, welche nicht den persönlichen Ressourcen entsprechen, können im Sinne einer Entlastungsfunktion zu einem erhöhten Alkoholkonsum führen.

Medien und Wirtschaft

Laut einer deutschen Studie an 3.400 Schülerinnen zwischen dem 10. und 17. Lebensjahr verstärkt die Alkoholwerbung den Trend zum Komatrinken bei Jugendlichen, wobei hier die männlichen Jugendlichen deutlich mehr auf die Alkoholwerbung ansprechen. Einer Korrektur bedarf die Preisgestaltung dort, wo alkoholhaltige Getränke billiger als alkoholfreie Getränke angeboten werden.

Ursachen aus psychiatrischer Sicht

Wie im Erwachsenenalter finden sich auch im Jugendalter Erkrankungen, wie affektive Störungen (jugendliche Depressionen werden oft nicht erkannt!), Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, ADHS sowie Erkrankungen aus dem psychotischen Formenkreis. Es sollte möglichst früh die Diagnostik eines Kinder-/Jugendpsychiaters und eine frühzeitige therapeutische Intervention eingeleitet werden.

Therapie von Jugendlichen mit problematischem Alkoholkonsum

Bei Jugendlichen finden sich spezielle familiäre, psychische und soziale Belastungen, welche in der Therapie beachtet werden müssen. Erschwert werden kann die Therapie durch die durch den Alkohol verursachte Reifungsstörung, wobei hier soziale Lernmechanismen versäumt wurden.

Bei der Motivationsarbeit mit Jugendlichen ist die Therapeuten-Patienten-Beziehung das tragende Element. Sie

Laut einer deutschen Studie an 3.400 Schülerinnen zwischen dem 10. und 17. Lebensjahr verstärkt die Alkoholwerbung den Trend zum Komatrinken bei Jugendlichen.

brauchen persönliche Zuwendung und pädagogische Förderung, die aber nicht autoritär gestaltet werden sollte. Zu Beginn muss entschieden werden, ob es sich um eine Alkoholgefährdung ohne Abhängigkeitszeichen oder eine bereits eingetretene Alkoholabhängigkeit handelt. Da es sich meist um einen problematischen Alkoholkonsum ohne Abhängigkeit handelt, wäre das Ziel, einen kritischen Umgang mit dieser Substanz zu erlernen. Nach Abklärung eventuell vorhandener psychischer oder sozialer Hintergrundstörungen sollten die Wunschbilder bzw. Ängste der Betroffenen erfragt werden, ebenso ob ein zusätzlicher Medikamenten- oder Drogenkonsum besteht. Das Gespräch sollte sich primär auf die subjektiven Beschwerden und deren Probleme konzentrieren und erst schrittweise der Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum hergestellt werden.

Die Zielgebiete sind die Bearbeitung von sozialen Ängsten und die Steigerung des eigenen Wertgefühls. Psychiatrische Komorbiditäten bedürfen der Abklärung der Ursachen, Bearbeitung der Verstärkungsfaktoren sowie gegebenenfalls der entsprechenden medikamentösen Einstellung. Bewährt hat sich die Integration jugendlicher in altershomogene Gruppen sowie die Einbeziehung der Angehörigen in die Therapie, da der Jugendliche oft nur der sichtbare Symptomträger von familiären Spannungszuständen ist. Es entsteht eine sehr enge Bindung an den jeweiligen Therapeuten, die in späteren Phasen zugunsten einer zunehmenden Verselbständigung wieder abgebaut werden soll. Ziel ist es, den Jugendlichen zu ermutigen, seine Unsicherheiten aktiv ohne Substanzeinnahme zu bewältigen sowie das Nichttrinken als positiv zu empfinden und als persönliche Stärke zu sehen. Bewährt haben sich Projektarbeiten, kreatives Mitgestalten und Sportprojekte, um so seiner eigenen Identität einen großen Schritt näher zu kommen. Dadurch ergibt sich die Möglichkeit, das eigene Trinkverhalten sowie die Trinkkultur

der Peergroup kritisch zu beurteilen, sich besser abzugrenzen und für sich adäquate Problemlösungsfähigkeiten zu finden.

Interventionsmöglichkeiten bei riskantem Alkoholkonsum von Jugendlichen

1. Sensibilisierung von Bezugspersonen für den eigenen Umgang mit Suchtmitteln im Sinne einer positiven Vorbildfunktion
2. Unterstützung von Bezugspersonen im Umgang mit Jugendlichen mit problematischem Alkoholkonsum
3. Gezielte Schulung von Pädagogen und Lehrherren
4. Frühinterventionen durch den Kinder- und Jugendpsychiater, bei Jugendlichen, welche mit Alkoholintoxikation in das Spital eingeliefert werden
5. Verbot jugendgefährdender Werbeausagen im Bereich Alkoholkonsum und adäquate Preisgestaltung
6. Erarbeiten von Internetprogrammen mit sachlicher Information bezüglich Risiken des Alkoholkonsums, plus Test zur Auseinandersetzung mit dem eigenen Alkoholkonsum
7. Anbieten von Projektarbeiten, in deren Rahmen sich Jugendliche mit der Problematik auseinandersetzen

Ein Gesamterfolg ist nur zu erwarten, wenn es gelingt, die Jugendlichen selbst zum Widerstand gegen den öffentlichen Trinkzwang zu motivieren, unterstützt durch fachliche und sozialpolitische Bestrebungen zur Bekämpfung des massiven Trinkdrucks in unserer Gesellschaft.

Literatur

- Scholz H.** (1996): Syndrombezogene Alkoholismustherapie.
Kuntsche E. et al. (2003): Studie Alkohol/Gewalt. ESPAD: Europäische Schülerstudie 2007.
Morgenstern M. et al. (2009): Jugendliche und Alkoholwerbung.
Uhl A. et al. (2013): Delphi Studie. Nationale Suchtpräventionsstrategie MG Wien.
Frank H. (2002): Risikokinder. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 25, 1/2, 83-92

Primaria Dr.ⁱⁿ Renate Clemens-Marinschek

Ärztliche Leitung des Krankenhauses de La Tour und Ambulanz de La Tour
Ärztliche Leitung der Spielsuchtambulanz de La Tour
Ärztliche Leitung der Ambulanz de La Tour am LKH Villach

Alkoholabhängigkeit

Ab wann ist man alkoholkrank?



von Roland Mader



von Michael Musalek

Alkohol ist das überwiegend konsumierte Suchtmittel in Österreich und die Alkoholabhängigkeit ist für Betroffene, als auch für deren Angehörige eine massive psychische, physische und soziale Belastung.

Diagnostisch hat sich mit der Herausgabe der neuen amerikanischen Klassifikation, DSM-5, einiges verändert. Hier wird nicht mehr zwischen Missbrauch und Abhängigkeit unterschieden, sondern es wird innerhalb derselben Diagnose lediglich nach Schweregrad unterschieden.

Einführung

Alkohol ist in Österreich eindeutig die »Volksdroge Nummer Eins«. Geschätzte 340.000 ÖsterreicherInnen sind alkoholkrank. Obwohl die Gesamtzahl der Alkoholkranken in den letzten Jahren nahezu gleich blieb, nimmt der relative Anteil der Frauen deutlich zu, während der der Männer leicht sinkt.

Rund 10% der ÖsterreicherInnen erkranken im Laufe ihres Lebens an chronischem Alkoholismus. Die Ursachen für eine Suchtentwicklung sind immer multifaktoriell. Hier hat die psychotrope Wirkung der Substanz Alkohol, welche primär beim Betroffenen als positiv erlebt wird, genauso Bedeutung als auch die Verfügbarkeit, die in Österreich, trotz Jugendschutzgesetzen etc., sehr breit gegeben ist. Weiters spielt der soziale Einfluss, bezogen auf den Umgang mit Alkohol in naher Umgebung, wie innerhalb der Familie oder im Freundeskreis, bei der Suchtentstehung eine

tragende Rolle. Zuletzt sind auch Persönlichkeitsfaktoren wie Selbstunsicherheit, Depression oder Angst bedeutsam. Viele Menschen können scheinbar etwaige subjektiv erlebte, psychische Belastungen, wie soziale Ängste oder depressive Verstimmungen, im Sinne einer Selbstmedikation mit Alkohol anfangs scheinbar gut bekämpfen, was dann bei wiederholtem Konsum jedoch zu einer Suchtentwicklung führen kann.

Harmlosigkeit – Gefährdung – Abhängigkeit

Die Harmlosigkeitsgrenze, laut Weltgesundheitsorganisation, bezieht sich auf die Alkoholmenge, bis zu der ein Konsum als bedenkenlos eingestuft werden kann und liegt beim Mann bei 24g reinem Alkohol pro Tag und bei der Frau bei 16g reinen Alkohol pro Tag. 20g reiner Alkohol entspricht einem halben Liter Bier oder einem viertel Liter Wein. Mit der Gefährdungsgrenze wird die Grenze bezeichnet, ab der ein Alkoholkonsum als gesundheitsgefährdend eingestuft wird und liegt beim Mann bei 60g reinem Alkohol pro Tag und bei der Frau bei 20g reinem Alkohol pro Tag. Bei der Diagnose Abhängigkeit müssen, nach der in Österreich üblicherweise verwendeten Klassifikation ICD-10, während des letzten Jahres drei oder mehr der in Tabelle 1 genannten Kriterien zutreffen.

ICD-10 Kriterien für Alkoholabhängigkeit

- Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
- Nachweis einer Toleranzentwicklung
- Körperliches Abstinenzsyndrom
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Alkoholkonsums
- Anhaltender Alkoholkonsum trotz Nachweis eindeutiger, schädlicher Folgen, was dem Konsumenten offensichtlich klar ist

Tabelle 1

Missbrauch-Abhängigkeit

Nach ICD-10 und DSM-IV wird die so genannte »psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol« in schädlicher Gebrauch (ICD-10), bzw. Missbrauch (DSM-IV) und der eigentlichen Alkoholabhängigkeit unterschieden.

Im Mai 2013 wurde das in Amerika verbreitete Klassifikationssystem DSM-5

veröffentlicht. Hier finden sich doch markante Veränderungen gegenüber dem Vorgänger DSM-IV. Neben einem formalen Wechsel von römischen zu arabischen Ziffern, wird hier bereits auf Symptombene der kategoriale Ansatz durch eine dimensionale Betrachtungsweise erweitert, das heißt statt Ja/Nein Entscheidungen

gibt es nun eine Einstufung nach Schweregrad, wie »leicht«, »mittel« oder »schwer«. Damit können, durch das Einbeziehen von Frühstadien einer Alkoholkrankheit, diagnostisch deutlich mehr Menschen mit Behandlungsbedarf erfasst werden.

In Europa ist aber weiterhin das ICD

Klassifikationssystem gültig. Es bleibt abzuwarten, ob in einem neuen ICD-11 eine ähnliche Einteilung und Neustrukturierung wie im DSM-5 erfolgen wird. Es gilt aber als wahrscheinlich, dass hier ein Angleichen an das amerikanische System verfolgt werden wird.

Zum besseren Verständnis der eventuellen zukünftigen diagnostischen Veränderungen, soll hier in Tabelle 2, die DSM-5 Diagnostik näher vorgestellt werden.

DSM-5 Kriterien für Alkoholkonsumstörung »Alcohol use disorder«

- Wiederholter Alkoholgebrauch, der zum Versagen bei wichtigen Verpflichtungen in der Schule, bei der Arbeit oder zu Hause führt
- Wiederholter Alkoholgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann
- Fortgesetzter Alkoholgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme
- Toleranzentwicklung charakterisiert durch ausgeprägte Dosissteigerung oder verminderte Wirkung unter derselben Dosis
- Entzugssymptome oder deren Linderung bzw. Vermeidung durch Alkoholkonsum
- Einnahme von Alkohol in größeren Mengen oder länger als geplant
- Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Alkoholkonsum zu verringern oder zu kontrollieren
- Hoher Zeitaufwand für Beschaffung und Konsum von Alkohol oder um sich von seiner Wirkung zu erholen
- Aufgabe oder Einschränkung wichtiger Aktivitäten aufgrund des Alkoholkonsums
- Fortgesetzter Konsum trotz körperlicher oder psychischer Probleme
- Craving, das starke Verlangen nach Alkohol

Tabelle 2

Wenn mindestens 2 Merkmale innerhalb eines 12-Monats-Zeitraums erfüllt sind, ist bereits eine solche Alkoholkonsumstörung zu diagnostizieren. Bei 2 bis 3 Kriterien ist die Diagnose »leichte Alkoholkonsumstörung« zu stellen, bei 4 bis 5 Kriterien eine »moderate« und bei mehr als 6 Kriterien eine schwere Störung. Dies würde in etwa der Einteilung in Missbrauch und Abhängigkeit entsprechen, findet sich hier jedoch in derselben diagnostischen Kategorie. Dadurch wird, nach DSM-5 Diagnostik, viel früher und damit auch viel häufiger eine Alkoholkonsumstörung diagnostiziert werden und gleichzeitig wird ein abstinentorientierter Therapieansatz, wie lange bei einer schweren Alkoholabhängigkeit üblich, in Frage gestellt.

Wirkung des Alkohols

Schon in sehr geringen Dosen beeinträchtigt Alkohol höhere Hirnfunktionen. So kommt es neben einer Euphorisierung zu zunehmender Enthemmung. In höheren Alkoholdosierungen schlägt die Euphorie dann in depressive Zustände um, manchmal treten auch gereizte Missgestimmtheiten auf – in Kombination mit der Enthemmung ein durchaus gefährlicher Zustand, der gar nicht selten auch Suizidhandlungen nach sich zieht. Unter noch

höheren Alkoholmengen werden dann Bewegungen unkoordinierter und die Sprache verwaschen. Gleichzeitig nehmen die Bewusstseinstörungen zu, bis hin ins Koma und ab 4 Promille Blutalkohol kann auch der Tod eintreten.

Ob jemand ein Alkoholproblem hat merkt man oft daran, dass die Trinkmenge nicht mehr kontrolliert werden kann. Das heißt, man trinkt mehr als man eigentlich wollte und bereut dies im Nachhinein auch oft. Alkoholranke geben hier oft Versprechungen ab, weniger trinken zu wollen, was ihnen dann jedoch nicht gelingt. Häufig werden Alkoholvorräte angeschafft, es wird heimlich getrunken und das eigene Trinken wird bagatellisiert und verteidigt. Oft pflegen Alkoholranke einen »alkoholnahen Lebensstil«, d.h., sie suchen die Gesellschaft anderer Trinkender, um dadurch ihr eigenes Trinken als »normal« sehen zu können. Neben einer psychischen Abhängigkeit kann nach jahrelangem Alkoholkonsum auch eine körperliche Abhängigkeit entstehen. Der Betroffene »braucht« jetzt seine tägliche Alkoholdosis, da sich sonst schwere körperliche Entzugssymptome einstellen können. Diese sind Händezittern, innere Unruhe, Schweißausbrüche, Schlafstörungen und morgendliche Übelkeit bis Erbrechen. In

schweren Fällen kann es im Entzug auch zu epileptischen Anfällen oder einem so genannten Delirium tremens kommen, was ein lebensbedrohlicher Zustand sein kann.

Unbehandelt ist die Alkoholabhängigkeit eine sehr schwere Erkrankung, die die Lebenserwartung um 15 Jahre reduziert.

Hinweise auf ein Alkoholproblem

Körperliche Hinweise auf ein Alkoholproblem können Übelkeit und Brechreiz, dies vor allem morgens sein oder auch Verdauungsbeschwerden aller Art, hier vor allem Durchfall, Blähungen oder Aufstoßen. Eine Appetitstörung tritt auch häufig auf, wobei, wegen der vermehrten Kalorienzunahme anfangs eine Gewichtszunahme und erst in einem fortgeschrittenen Stadium ein Gewichtsverlust auftritt. Weiters finden wir eine ausgeprägte Schweißneigung, dies auch tagsüber, Abnahme der Libido oder sonstige Potenzprobleme, ein schwammiges oder aufgedunsenes Gesicht oder auch kleine Gefäßerweiterung im Gesicht oder Brustbereich.

Hinweise für übermäßigen Konsum können im Labor ein erhöhtes MCV und erhöhte Transaminasen (GGT, GPT, GOT) sein, während der bei Führerscheintests oft verlangte → Seite 21

Unser Betreu

Prävention

Suchtprävention ist dem Grünen Kreis ein besonderes Anliegen. Die Abteilung für Suchtprävention entwickelt individuell zugeschnittene, präventive Konzepte für öffentliche und private Unternehmen sowie Schulen, um dort zu helfen, wo im Vorfeld der Weg in die Sucht verhindert werden kann. **Wir bieten:** Vorträge, geleitete Diskussionen, Seminare, Outdoor-Workshops/-Veranstaltungen, sowie spezielle Angebote im Bereich der Persönlichkeitsentwicklung, im Umgang mit Stress, Kommunikation und Konfliktstrategien.

In Betrieben

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

In Schulen

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

Stationäre Kurzzeittherapie

Die stationäre Kurzzeittherapie (Dauer bis zu 6 Monaten) ist gedacht für erwachsene Suchtkranke die einer kurzfristigen stationären Intervention bedürfen, die rasch stabilisiert werden können und in einer weiterführenden ambulanten Therapie behandelt werden können. Idealerweise sind diese KlientInnen in ihrem persönlichen Umfeld noch sozial integriert. Eine abgeschlossene Ausbildung oder eine Arbeitsstelle ist vorhanden bzw. es kann wieder rasch ein Arbeitsplatz gefunden werden.

Aufnahme finden auch KlientInnen mit einer Weisung zu einer gesundheitsbezogenen Maßnahme („Therapie statt Strafe“ nach § 35 und § 39 SMG, § 50 STGB, § 173 STPO). Kostenübernahme durch den Bund maximal 6 Monate.

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

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

Beratung

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

Unser Angebot richtet sich an

- Menschen mit substanzgebundenen Suchterkrankungen (legale und illegale Substanzen)
- Menschen mit nicht substanzgebundenen Suchterkrankungen (z.B. pathologisches Glücksspiel)
- suchtkranke Erwachsene und Jugendliche
- ältere Suchtkranke
- suchtkranke Eltern und Mütter mit ihren Kindern
- Menschen mit komorbiden Erkrankungen
- KlientInnen aus Wien, die einen körperlichen Teil- oder Vollentzug absolvieren möchten
- KlientInnen aus Wien, die eine Alkoholrehabilitation absolvieren
- Menschen mit einer richterlichen Weisung (§ 35 und § 39 SMG, § 50 StGB, § 173 StPO)
- Angehörige

Stationäre Langzeittherapie

Die stationäre Langzeittherapie (Dauer 6 bis 18 Monate) ist gedacht für jugendliche, erwachsene Suchtkranke, Paare oder Mütter mit Kindern, MultimorbiditätsklientInnen, ältere Suchtkranke und Menschen die ihr Leben und sich selbst neu organisieren und neu orientieren müssen. Sie ist für Menschen geeignet, die über einen sehr langen Zeitraum eine Vielzahl von Suchtmitteln missbrauchen (Polytoxikomanie), bei Abhängigen mit psychiatrischen Diagnosen, Persönlichkeits- und/oder Sozialisationsstörungen, psychischen oder physischen Folgeerkrankungen sowie psychosozialen Auffälligkeiten.

Therapieziel ist das Erleben von stützenden, zwischenmenschlichen Beziehungen und das Erkennen und Verstehen von Zusammenhängen zwischen Suchterkrankung und eigener Lebensgeschichte. Die nachhaltige Rehabilitation und Integration der KlientInnen, ein geregeltes Arbeitsleben, gesicherte Wohnsituation, finanzielle Absicherung, Finden und Förderung von Ressourcen, Berufsfindung und -ausbildung stehen im Vordergrund.



Leistungsangebot

Ambulante Behandlung/Rehabilitation

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

Für Wiener KlientInnen wird die Ambulante Therapie/Rehabilitation in vier Intensitätsmodulen zwischen 3 und 24 Monaten angeboten. Sie ist sowohl für nicht substituierte KlientInnen als auch für substituierte KlientInnen, für KlientInnen mit einer substanzgebundenen sowie mit einer nicht substanzgebundenen Suchterkrankung, sowohl für Jugendliche als auch Erwachsene geeignet.

Für KlientInnen aller übrigen Bundesländer beträgt die ambulante Behandlung/Rehabilitation 6 bis 18 Monate.

Am Ende dieser Behandlung/Rehabilitation sollten KlientInnen in der Lage sein, ihr Leben selbstbestimmt führen zu können, die nötigen Hilfskontakte und -ressourcen zur Hand zu haben, sozial integriert und finanziell abgesichert zu sein, sich in einer zufriedenstellenden Wohnsituation und im Idealfall in einem Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis zu befinden.

Stationäre Dauerbetreuung

Die stationäre Dauerbetreuung mit und ohne dislozierter Wohnform bietet Betroffenen nach Abschluss der stationären Behandlungsphase ein Folgebetreuungs- und Behandlungsmodell, um den Betroffenen beistehen und die gewonnene psychische und physische Stabilität aufrechterhalten zu können. Auf diese Weise können Schritte zur größtmöglichen Selbständigkeit erprobt und umgesetzt werden. Zudem können die Strukturen der Therapeutischen Gemeinschaft weiterhin genutzt werden. Die langjährigen Erfahrungen des Vereins Grüner Kreis mit Menschen mit vorliegender Komorbidität, zeigen die dringende Notwendigkeit einer möglichen Weiterbetreuung und -behandlung/Rehabilitation nach abgeschlossener stationärer Therapie (über 18 Monate hinaus).

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

Stationärer Vollentzug & Teilentzug

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

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

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

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

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

AMS-NÖ Beschäftigungsprojekt

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

Alkohol und Gesellschaft



von Alfred Uhl

Das Anstoßen mit alkoholischen Getränken ist im westlichen Kulturkreis ein weitverbreitetes Ritual bei Festen und Feierlichkeiten, und für viele Menschen gehört der Konsum von Alkohol untrennbar zum sozialen, kulturellen und kulinarischen Leben.

Alkoholische Getränke wurden im Laufe der Geschichte und in den verschiedenen Kulturen unterschiedlich bewertet – mancherorts als Nahrungs- und Genussmittel hochgeschätzt und anderenorts als Rauschmittel, Gift oder Suchtgift dämonisiert.

Das Anstoßen mit alkoholischen Getränken ist im westlichen Kulturkreis ein weitverbreitetes Ritual bei Festen und Feierlichkeiten, und für viele Menschen gehört der Konsum von Alkohol untrennbar zum sozialen, kulturellen und kulinarischen Leben. In religiösem Kontext spielt Alkohol beim katholischen Gottesdienst nach wie vor eine zentrale Rolle. Die überwiegende Mehrzahl der Menschen im westlichen Kulturkreis trinkt Alkohol verantwortungsbewusst und moderat. Gleichzeitig sind die potentiell problematischen Auswirkungen des Alkoholkonsums den meisten Menschen bewusst.

In Österreich erkranken rund 10% der Bevölkerung im Laufe des Lebens an Alkoholismus (Uhl et al., 2009), d.h. fast jede/r ÖsterreicherIn erlebt die negativen Auswirkungen des exzessiven und süchtigen Alkoholkonsums im eigenen Verwandten- und Bekanntenkreis.

Extreme Grundhaltungen zum Alkohol, wie die Forderung nach einem rigorosen gesetzlichen Alkoholverbot oder – im Gegenteil – eine Idealisierung von Alkoholexzessen, spielen aktuell im westlichen Kulturraum wenig Rolle. Mehrheitlich trifft man hier auf eine ambivalente Einstellung zum Alkohol; ambivalent in dem Sinne, dass zwischen verantwortungsbewusstem, moderatem Alkoholkonsum auf der einen Seite und exzessivem bzw. süchtigem Konsum auf der anderen Seite unterschieden wird. Alkohol wird, da er sowohl Freude, Genuss und Lebensqualität beschert, als auch Krankheit, soziales Elend und Leid bringt, oft als janusköpfig beschrieben.

Während der exzessive Alkoholkonsum generell als problematisch erkannt wird, gibt es jedoch deutliche Unterschiede bei der

Bewertung des moderaten Alkoholkonsums. Dieser wird in den katholisch bzw. orthodox-christlich geprägten Ländern Europas meist positiv bis neutral konnotiert, während moderater Alkoholkonsum in den protestantisch geprägten nordeuropäischen und anglophonen Staaten häufig schon als Vorstufe zum Exzess kritisch gesehen wird; eine Entwicklung, der man mit einer betont restriktiven Kontrollpolitik, die auf generelle Einschränkung der Alkoholverfügbarkeit durch Gesetze abzielt, zuvorkommen möchte (problemfokussierender Ansatz vs. Kontrollansatz). Nach dem Motto »weniger ist besser« wird eine möglichst weitreichende Reduktion des Alkoholdurchschnittskonsums in der gesamten Bevölkerung angestrebt (Bevölkerungsansatz), ohne jedoch eine gesetzliche Alkoholprohibition zu fordern (moderate Abstinenzorientierung).

Bevor die Integration innerhalb der EU die nationale Souveränität in wirtschaftspolitischen Belangen einschränkte, konnten europäische Staaten ihre Alkoholpolitik weitgehend selber gestalten. Es gab relativ wenig Motivation, andere Staaten von der eigenen Strategie zu überzeugen. Im Zuge der europäischen Integration verlagerten sich die alkoholpolitischen Diskurse sukzessive von der nationalen auf die europäische Ebene. Der Wegfall von Grenzkontrollen und Zöllen sowie hohe Freimengen beim Grenzübertritt, setzten Länder mit restriktiver Alkoholgesetzgebung unter Druck, ihre Alkoholpolitik zu liberalisieren und Alkoholsteuern zu senken. Das Aufrechterhalten einer traditionell restriktiven Alkoholpolitik ist in diesen Staaten auf Dauer nur zu erzielen, wenn es diesen gelingt, die Mehrheit der anderen europäischen Länder durch gezielte Lobbyarbeit von der eigenen Position zu überzeugen.

Da die Staaten mit einer aktiven Alkoholkontrollpolitik epidemiologische Alkoholforschung immer großzügig gefördert haben, während die Staaten mit problemfokussierendem Ansatz den

Wann darf man mündigen Menschen das Recht verweigern, selbst zu entscheiden, welche Risiken sie bei Aktivitäten, die ihr Wohlbefinden steigern, eingehen wollen?

Forschungsschwerpunkt eher auf die Behandlung des Alkoholismus gelegt haben, können erstere nun auf viele namhafte, in der Tradition einer restriktiven Alkoholpolitik sozialisierte AlkoholepidemiologInnen bauen, die in, von der WHO geförderten, Publikationen über viele Jahre konsequent für eine Alkoholkontrollpolitik eingetreten sind (z. B. Babor et al., 2003). Die Überlegenheit dieses Zugangs wird von den ProponentInnen durchwegs stark simplifizierend als wirksam und kostengünstig angepriesen (»Best Buy Ansatz«, WHO 2012). Die traditionelle Suchtprävention und Suchttherapie hingegen wird vehement als teuer und ineffizient abgewertet, wobei vielen SuchtpräventionsexpertInnen und SuchttherapeutInnen nicht bewusst zu sein scheint, dass hier ein Frontalangriff auf ihre Professionen stattfindet.

Die in diesem Zusammenhang populäre Forderung nach einer »evidenzbasierten Politik« impliziert, dass sich die richtige Alkoholpolitik aus wissenschaftlicher Forschung ableiten lässt und dass eine angemessene Alkoholpolitik die konsequente Umsetzung des Kontrollansatzes erfordert. Verschleiert bzw. nicht zum Thema gemacht wird dabei die Tatsache, dass aus empirischen Fakten nicht direkt abgeleitet werden kann, welche Maßnahmen zu ergreifen sind (»naturalistischer Fehlschluss«, Moore, 1903/1960), und dass im Zentrum dieses Diskurses politische und ethische Überlegungen stehen müssen, die in Bezug zu kulturellen Prägungen, Weltanschauungen, Menschenbildern und Grundwerten stehen. Auch wenn exzessiver Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit unbestreitbar große Probleme darstellen und die Gesellschaft alles unternehmen sollte, um Menschen vor diesen Problemen zu schützen bzw. Menschen mit Alkoholproblemen zu helfen, stellt sich in einer demokratischen Gesellschaft die grundsätzliche Frage, wie paternalistisch Politik sein darf. Wann darf man mündigen Menschen das Recht verweigern, selbst zu entscheiden, welche Risiken sie bei Aktivitäten, die ihr Wohlbefinden steigern, eingehen wollen? Die Maximierung des Wohlbefindens ist zentrales Ziel der »Gesundheitsförderung«, nachdem die WHO in ihrer Verfassung »Gesundheit« mit universellem Wohlbefinden (wellbeing) gleichsetzte (WHO 1946, 1986a). Die Steigerung des Wohlbefindens durch Genuss ist, auch wenn wir uns dieses Umstandes häufig nicht bewusst sind, oft mit Risiken für Gesundheit und Leben verbunden, die man abwägen muss. Ein starkes Statement in diesem

Zusammenhang kommt von jener ExpertInnengruppe, die die Ottawa Charta formulierte (WHO, 1986b) und warnte, dass die Idee der Gesundheitsförderung nicht als Freibrief missverstanden werden dürfen, anderen vorzuschreiben wie sie leben sollen oder Gesundheit zum ultimativen Lebensziel zu erklären. Diese Ideologie des »Healthismus« laufe den Grundsätzen der Gesundheitsförderung diametral zuwider. Die blinde Anerkennung des Attributes »evidenzbasiert« als Gütesiegel verstellt auch den Blick darauf, dass viele als »evidenzbasiert« propagierte Behauptungen einer kritischen methodologischen Analyse nicht standhalten können (vgl. Mäkelä, 2012; Poikolainen, 2014; Uhl, 2009, 2014a, 2014b; Uhl et al., 2015). Nach der von den Initiatoren der »evidenzbasierten Medizin« formulierten Definition, (Sackett et al., 1996) bedeutet »evidenzbasiert« bloß »Bezugnahme auf die beste vorhandene Evidenz«, was neben systematisch und unsystematisch erhobenen empirischen Befunden auch Erfahrung einschließt. Viele ProponentInnen der »evidenzbasierten Alkoholpolitik« verwenden den Ausdruck allerdings in einer Art und Weise, die auch bei Befunden deren Datengrundlage auf sehr schwachen Beinen steht, das Odium hoher Wissenschaftlichkeit suggeriert wird. Im sozial- und humanwissenschaftlichen Forschungsfeld, wo kontrollierte Experimente aus ethischen, praktischen und ökonomischen Gründen kaum umsetzbar sind, und wo angesichts der Komplexität der Systeme auch die Erfahrung leicht in die Irre gehen kann, ist dies eine höchst unseriöse und inadäquate Vorgehensweise! Die »beste vorhandene Evidenz« bedeutet eben oft nur recht wenig.

Im Interesse jener Menschen, die moderaten Alkoholkonsum positiv erleben und im Interesse der Suchtforschung, die nur dann sinnvoll zum Erkenntnisgewinn beitragen kann, wenn es zum State-of-the-Art gehört Unsicherheiten und Ambiguitäten offen anzusprechen, anstatt diese eloquent auszublenden, hoffe ich, dass sich der aktuell von den ProponentInnen des Kontrollansatzes dominierte alkoholpolitische Diskurs zugunsten eines ausgewogeneren

Zuganges verändern lässt, der ethisch-politische Aspekte und Forschungsprobleme offen diskutiert.

Literatur

- Babor T.; Caetano R.; Casswell S.; Edwards G.; Giesbrecht N.; Graham K.; Grube J.; Gruenewald P.; Hill L.; Holder H.; Homel R.; Österberg E.; Rehm J.; Room R.; Rossow I.** (2005): Alcohol – No Ordinary Commodity – Research and Public Policy. Oxford University Press New York (deutsche Übersetzung: Alkohol – Kein gewöhnliches Konsumgut – Forschung und Alkoholpolitik. Hogrefe Göttingen.)
- Mäkelä K.** (2012): Cost-of-Alcohol Studies as a Research Programme. Nordic Studies on Alcohol and Drugs 29 4 321-343
- Moore G. E.** (1960): Principia Ethica. University Press Cambridge; Original: First Edition (1903)
- Poikolainen K.** (2014): Perfect Drinking and its Enemies. Millcity Press Minneapolis
- Sackett D.L.; Rosenberg W.M.C.; Gray M.; Haynes B.; Richardson S.** (1996): Editorial: Evidence Based Medicine - What it is and what it isn't. British Medical Journal 312 71-72
- Uhl A.** (2009): Absurditäten in der Suchtforschung. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 32 3/4 19-39
- Uhl A.** (2014a): Editorial: Alkoholpolitik im Spannungsfeld zwischen restriktiven und moderaten Tendenzen. Suchtmedizin 16 5 209-210
- Uhl A.** (2014b): Erkenntnisse der Alkoholforschung – wie fundiert sind die Ergebnisse?. Suchtmedizin 16 5 233-248
- Uhl A.; Bachmayer S.; Kobrna U.; Puhm A.; Springer A.; Kopf N.; Beiglböck W.; Eisenbach-Stangl I.; Preinsperger W.; Musalek M.** (2009): Handbuch Alkohol - Österreich: Zahlen Daten Fakten Trends 2009. dritte überarbeitete und ergänzte Auflage. BMG Wien
- Uhl A.; Hunt J.; van den Brink W.; Stimson J.** (2015): How credible are international databases for understanding substance use and related problems?. International Journal of Drug Policy 26 119-121
- WHO** (1946): The WHO Constitution. World Health Organisation New York.
- WHO** (1986a): Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung. Weltgesundheitsorganisation Genf 1986.
- WHO** (1986b): Health Promotion: A Discussion Document on the Concepts and Principles. Health Promotion 1 73-76
- WHO** (2012): Meeting of the National Counterparts for Alcohol Policy in the WHO European Region – Final report. Weltgesundheitsorganisation Warsaw.

Dr. Alfred Uhl

Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), Wien
Sigmund Freud Privatuniversität (SFU), Wien

Behandlung von Alkoholabhängigen

Therapeutische Ansätze im stationären Setting



von Verena Prietl

Übergeordnetes Ziel bei der Behandlung von Alkoholabhängigen und der Wunsch vieler KlientInnen ist es, neben der Suchtmittelfreiheit, eine subjektive Erhöhung der Lebensqualität in allen Lebensbereichen zu erlangen.

Die Ursachen für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit sind, wie bei jeder anderen Suchterkrankung auch, sehr vielschichtig und variieren von Person zu Person. Man geht allerdings davon aus, dass der Erkrankung eine Wechselwirkung von individuellen Voraussetzungen (Vulnerabilität, Lebensgeschichte), sozialen Faktoren (Familie, soziales Umfeld, soziale Vorteile wie z.B. Zugehörigkeitsgefühl, Kontakterleichterung) und der spezifischen Wirkung des Alkohols (Gefühl der Entspannung, Glücksgefühle, Unterdrückung von unangenehmen Gefühlen wie z.B. Angst, Anspannung oder Ärger) zugrunde liegen.

Übergeordnetes Ziel bei der Behandlung von Alkoholabhängigen und der Wunsch vieler KlientInnen ist es, neben der Suchtmittelfreiheit, eine subjektive Erhöhung der Lebensqualität in allen Lebensbereichen zu erlangen. Begeben sich Betroffene in Behandlung, befinden sie sich meist schon tief in der Suchtspirale. Neben den körperlichen Folgen sind es auch die geistigen, seelischen und vor allem sozialen Folgen, die dem Leben erst recht einen hoffnungslosen und sinnfreien Charakter geben. Aus eigener Kraft ist es Betroffenen kaum mehr möglich, sich aus der Sucht zu befreien.

Der Verein *Grüner Kreis* bietet ein ganzheitliches Behandlungskonzept für alkoholabhängige Menschen an. Neben Psychotherapie und klinischer Gesundheitspsychologie werden medizinische Behandlung, Arbeitstherapie und aktive Freizeitgestaltung als wichtige Säulen in den Behandlungsplan integriert.

Als Grundlage für die Arbeit mit Alkoholabhängigen, bedarf es zunächst der Einsicht der KlientInnen an einer chronischen Erkrankung zu leiden und das Eingeständnis, diese alleine nicht mehr zum Stillstand zu bringen. Viele KlientInnen begeben sich oft nicht aus einem eigenen Antrieb heraus in Therapie. Häufig werden sie von ihren

Angehörigen aus der eigenen Hilflosigkeit heraus dazu »gebeten« sich professionelle Hilfe zu suchen, sodass sich viele aufgrund von Scham- und Schuldgefühlen in eine Therapie begeben.

Eine gezielte Motivationsarbeit in Bezug auf Krankheitseinsicht, Veränderungsbedarf und die Bereitschaft sich einzulassen ist somit unabdingbar für die Basis, den Verlauf und den Erfolg der Therapie. KlientInnen sollen sich bewusst sein, dass nicht nur die physische Anwesenheit in der Therapie ausreicht um eine langfristige Veränderung herbeizuführen, sondern dass es ein langwieriger Arbeitsprozess sein kann um Verhaltensmuster, die zur Aufrechterhaltung der Sucht beitragen, aufzudecken und umzustrukturieren und dass gegebenenfalls auch immer wieder Rückfälle und psychische Verschlechterungen im Verlauf der Therapie auftreten können.

Bei der Motivationsarbeit und Behandlung wird zudem das Vorherrschen von Mehrfachdiagnosen berücksichtigt, welche im Vorfeld abgeklärt und in den Therapieplan integriert werden. Nicht selten leiden KlientInnen mit einer Alkoholabhängigkeit an depressiven Symptomen, wie z.B. einseitigen, negativen Denkmustern, sozialem Rückzug, geringem Antrieb, Gereiztheit oder an Angststörungen. Einerseits können die Symptome bereits vor der Sucht präsent und der Alkoholkonsum zu Selbstmedikationszwecken eingesetzt worden sein, andererseits können diese Symptome Folgeerscheinungen der Suchterkrankung sein. Komorbide KlientInnen werden in unserer Einrichtung in das Multimorbiditätsprogramm aufgenommen, welches als zusätzlicher Therapiebaustein in die Behandlung integriert ist.

KlientInnen haben bei uns die Möglichkeit zu lernen den Alltag wieder ohne Alkohol zu meistern. Eine geregelte Tagesstruktur in Form von bewusst geschaffenen Pflichten, aber auch angenehmen

Ein wesentliches Element und Instrument in der Behandlung im stationären Setting ist das Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft.

Aktivitäten, wie Sport- und Freizeitangeboten sollen unterstützend dazu beitragen, die Belastungsfähigkeit und das Durchhaltevermögen zu trainieren. Weiteres lernen PatientInnen das eigene Befinden ohne Alkohol zu regulieren, neue Interessen und Fertigkeiten zu entwickeln und dabei gleichzeitig den oftmals brüchigen Selbstwert zu stärken.

Beobachtbar ist, dass vor allem alkoholabhängige KlientInnen sich stark über leistungsbezogene Selbstzuschreibungen definieren. KlientInnen haben oftmals gelernt den Schein zu wahren, nach außen hin zu »funktionieren« und keine Schwächen zu zeigen. Dabei stellt sich die Frage, was hinter dieser »perfektionistischen Fassade« steckt, die nicht nur als vermeintlich einzige Selbstwertsäule, sondern auch als Abwehr- und Schutzmechanismus vor Verletzungen dient. Häufig fällt es vielen KlientInnen dadurch schwer einen Zugang zu ihren Gefühlen zu finden, sowie auf ihre Bedürfnisse und persönlichen Grenzen

zu achten. Das ganzheitliche Therapiekonzept soll korrigierend auf dieses Selbstkonzept wirken.

Ein wesentliches Element und Instrument in der Behandlung im stationären Setting ist das Konzept der *Therapeutischen Gemeinschaft*. Durch bestätigende, aber auch konfrontierende Rückmeldungen erhalten KlientInnen die Möglichkeit dysfunktionale Verhaltensmuster zu überdenken und neues zwischenmenschliches Verhalten zu erlernen. Die *Therapeutische Gemeinschaft* dient dabei sozusagen als Übungsfeld, um soziale und emotionale Kompetenzen zu erwerben und zu erproben, sowie neue tragfähige Beziehungen aufzubauen. KlientInnen erleben seit langem wieder Zugehörigkeit und Wertschätzung

aufgrund ihrer selbst und nicht aufgrund ihres süchtigen Verhaltens. Das Gefühl mit seiner Erkrankung nicht alleine, sondern unter »Gleichgesinnten« zu sein, erleben viele nicht nur als erleichternd, sondern es fördert zudem die Selbstakzeptanz, Selbstwirksamkeit und Zuversicht der KlientInnen, aus der Suchtspirale auszubrechen und wieder die Vorteile an einem suchtfreien Leben zu sehen.

Literatur

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Dilling, H., Momdour, W., Schmidt, M.H. (2000). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Verlag Hans Huber: Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

Mag.^a Verena Prietl

Klinische-Gesundheitspsychologin
Therapeutisches Leitungsteam Johnsdorf

→ Seite 15 »Langzeitwert« CDT lediglich einen Hinweis auf Alkoholkonsum jedoch nicht auf eine eventuelle Alkoholkrankheit geben kann.

Typische psychopathologische Hinweise auf ein Alkoholproblem wäre eine zunehmende Gereiztheit oder Aggressivität, innere Unruhe aber auch sozialer Rückzug und zunehmende Verslossenheit. Frühere Interessen werden häufig aufgegeben, Betroffene werden unverlässlich und es kommt auch häufig zum Vernachlässigen oder auch Abbrechen von sozialen Beziehungen. Auch wird das äußere Erscheinungsbild zunehmend vernachlässigt, wie Kleidung und Körperpflege, Konzentrationsstörungen und zunehmende Vergesslichkeit treten auf und typisch sind auch Verleugnungstendenzen den Alkoholkonsum betreffend.

Verlauf der Alkoholkrankheit

Der 1963 verstorbene amerikanische Alkoholforscher Elvin Morton Jellinek beschrieb sehr treffend den typischen Verlauf der Alkoholkrankheit: Zu Beginn steht die »symptomatische Phase«, wo die Wirkung des Alkohols als positiv bzw. erleichternd erlebt wird und dann ein anfänglich gelegentliches Erleichterungstrinken, über die Erhöhung der Alkoholtoleranz, in ein ständiges Erleichterungstrinken übergeht und immer häufiger Gelegenheiten

gesucht werden, wo scheinbar beiläufig getrunken wird. In der »prodromalen Phase« beginnen dann der quantitative und der qualitative Missbrauch und eine psychische Abhängigkeit wird manifest. Alkohol wird vom Genussmittel zum Medikament. Das Trinken wird gierig, Alkoholvorräte werden angeschafft, Schuldgefühle bezüglich des eigenen Alkoholkonsums entstehen und Erklärungsversuche für das Trinken werden präsentiert. In der »kritischen Phase« setzt dann der Kontrollversuch ein, der Zeitpunkt des Trinkens sowie die Trinkmenge kann immer weniger kontrolliert werden. Schon nach dem Konsum kleiner Alkoholmengen entsteht das Verlangen nach mehr und es kommt zur Verstrickung in Lügen und zu sozialer Isolation. In der »chronischen Phase« kommt es zu zunehmender Nahrungsmittelvernachlässigung, zu Organschäden und/oder Alkoholpsychosen und zum Auftreten körperlicher und/oder psychischer Entzugssymptomen. Auch ändern sich die Trinkgewohnheiten, Rausche werden länger und morgendliches oder auch nächtliches Trinken setzt ein. Schließlich kann, durch eine Schädigung der Blut-Hirnschranke ein Toleranzbruch entstehen, d.h. Alkohol kann direkter im Hirn wirken und schon geringe Alkoholmengen können zu einer Berausung führen.

Eine möglichst frühzeitige Behandlung

ist besonders wichtig und sollte über den Hausarzt oder eine fachspezifische Suchteinrichtung in die Wege geleitet werden.

Zusammenfassung

Die Alkoholabhängigkeit, als eine hochkomplexe Erkrankung, bedarf einer exakten Frühdiagnostik um möglichst frühzeitig die Erkrankung zu erkennen und geeignete Behandlungsmaßnahmen beginnen zu können. Die Behandlung der Alkoholabhängigkeit muss komplexe, individuelle Therapieangebote umfassen, die den Patienten nicht nur in der Behandlung seiner Krankheitssymptome und eventueller psychischer Begleiterkrankungen unterstützen, sondern auch die Möglichkeit geben sollten, seine eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten (wieder) zu entdecken, um diese als fruchtbringende Basis für ein autonomes und freudvolles Leben einsetzen zu können.

Prim. Dr. Roland Mader

Vorstand der Abteilung III
Koordinator des Schwerpunktbereiches Alkohol- u. Medikamentenabhängigkeit
Anton Proksch Institut

Prim. Univ. Prof. Dr. Michael Musalek

Ärztlicher Direktor
Vorstand der Abteilung I
Anton Proksch Institut

Alkohol und Transzendenz



von Human-Friedrich Unterrainer

»Jetzt trink ma no a Flascherl Wein...«
singen Paul Hörbiger und Hans Moser
1964 zu Beginn des »Servus Wien«
Hörspiels. Hierbei handelt es sich
um einen fiktiven Heurigenbesuch,
in dessen Verlauf der Alkoholspiegel
der beiden Protagonisten sukzessive
ansteigt.

Resultat: Eine Sternstunde des Wienerlieds und der feuchtfröhlichen Geselligkeit. »...es muss ja net das letzte sein.« zeigt man sich weiterhin optimistisch. Leider vergebens. Wenige Wochen später ist Hans Moser verstorben. Der Alkohol wurde im letztlich nicht zum Verhängnis – eher schon das Nikotin. Moser rauchte nach eigenen Angaben zwar nur die »Gschnorrten« und starb trotzdem (oder gerade deshalb?) am Lungenkrebs.

Nichts und niemand und vor allem keine rauschbringende Substanz ist mehr mit der österreichischen Volksseele verwachsen als der Alkohol. Über alle Gesellschaftsschichten hinweg spricht man dem Alkohol zu – Missbrauch bzw. Abhängigkeit mit eingeschlossen. Männer trinken im Allgemeinen mehr als Frauen. Dem weiblichen Geschlecht wird eher eine Depression diagnostiziert. Allerdings, auch die Depression ist ein enger Verwandter des Alkoholkonsums. Dem entsprechend bezeichnete Menninger schon 1933 den Alkoholismus als »protrahierte« Form des Suizids (vgl. Gross, 1982).

Alkohol bedeutet Geselligkeit und die Möglichkeit den »trostlosen« Alltag zu vergessen und ihn damit gleichsam zu transzendieren. Unter Transzendenz darf vom lateinischen »transcendentia« abstammend, »das Überschreiten« verstanden werden (vgl. Bos, 1996). Der transzendente Raum kann dementsprechend als Erweiterung des immanenten Raums (der realen Umwelt) verstanden werden bzw. besitzt er gleichzeitig die Eigenschaft diesen immanenten Raum zu durchdringen. Das Angenehme am Rausch ist es, sein Bewusstsein hin zu einem veränderten Zustand zu transzendieren bzw. einen transzendenten Raum der Wahrnehmung zu betreten – das Unangenehme ist der immanente »Kater« am Morgen danach. Dem entsprechend hat Blixa Bargeld schon richtig erkannt: »Auf Abusus folgt der Kater, das ist Usus – aber als Erklärung für die Katz.«

Schon William James (1902) hat den Alkoholkonsum in seinem epochalen Werk »Die Variationen der religiösen Erfahrung« zu eben diesen Erfahrungen dazu gezählt. Alkohol als Vehikel um die eigene Wahrnehmung in einen transzendenten Raum zu befördern, beschreibt er gekonnt wie folgt (Übersetzung HFU): »Die Macht des Alkohols über die Menschheit liegt ohne jeden Zweifel darin, die Kraft zu haben, die mystischen Kräfte der menschlichen Natur zu mobilisieren, welche meist zu Boden gedrückt wird durch die kalten Fakten und die trockene Kritik der nüchternen Stunde. Die Nüchternheit vermindert, trennt und sagt: Nein. Die Trunkenheit erweitert, vereint und sagt: Ja.«

Andererseits: Der Teufel hat ja bekanntlich den Schnaps gemacht, um uns zu verderben (vgl. dazu Jürgens, 1973). Dem entsprechend freut er sich auch, wenn wir daran zugrunde gehen und dann in weiterer Folge zur Hölle fahren. Aus religionspsychologischer Perspektive ist die Hölle wie auch der Himmel als möglicher transzendenter Raum der Wahrnehmung mit Wohlwollen anzuerkennen (vgl. dazu Unterrainer, 2010). In diesem kann nun eine wie auch immer geartete höhere Macht beheimatet sein. Folgerichtig berufen sich die »Zwölf Schritte« Programme, wie das der Anonymen Alkoholiker, auf diese höhere Macht (vgl. dazu Mathew, 1996). Es gilt sich in einem ersten Schritt dieser Macht zu unterwerfen, um dann in einem nächsten Schritt gemeinsam gegen den »Saufteufel« (nach Martin Luther) anzugehen.

»Spiritus contra spiritum!« heisst es damit folgerichtig im Briefwechsel des Schweizer Psychoanalytikers C. G. Jung und Bill Wilson, dem Begründer der Anonymen Alkoholiker, denn der heilige Geist (spiritus) verträgt sich so gar nicht mit dem Weingeist (spiritum).

Eugen Egner`s (1992) äußerst sympathischem Trinker nutzt das in seinem letzten Lebensjahr leider alles nichts. Wie in

Die schriftstellerische Literatur bietet oftmals einen verklärten Blick auf den Alkohol bzw. auch eine alternative Betrachtung zur medizinischen Lehrmeinung.

dessen (fiktiven) Tagebuchaufzeichnungen nachzulesen, kann ihn die (zu) spät entdeckte Frömmigkeit letztlich auch nicht vor dem bitteren Ende des alkoholbedingten, verfrühten Ablebens bewahren.

Niemanden ist es wohl in der Literaturgeschichte des 20. Jahrhunderts eindrucksvoller gelungen die verunglückte Sehnsucht nach Transzendenz und die daraus resultierende Trunksucht in Worte zu fassen, als Malcolm Lowry in seinem Roman »Unter dem Vulkan« (1947). Wir treffen hier den Konsul Geoffrey Firmin, in seinem letzten Lebensabschnitt angekommen. Alles ist den Bach hinunter – nach einer gescheiterten Ehe fristet er sein Dasein am Fuße des Popocatepetls und versucht seinen Kummer und sich selbst im Alkohol zu ertränken. Die Wirkung des Alkohols wird dabei vom Konsul als teilweise Ich-Erzähler, als mystische Erfahrungsreise wiedergegeben. Immer mehr verschwimmen allerdings Handlungsstränge, Gedankenketten wirken zunehmend unzusammenhängend bzw. verändern Sätze ihren Sinn. Der ansteigend delirante Zustand des Konsuls zeigt sich vor allem durch Halluzinationen mit visionärem Inhalt. Hier werden Parallelen zu Dante`s Inferno bzw. dessen Höllenfahrt (Alighieri, 1940) gezogen. Der Autor Lowry selbst sah seinen Alkoholismus als Form einer spirituellen Reise und nahm sich schlussendlich (etwas unpassend) mit einer Überdosis Schlaftabletten das Leben. Des Weiteren findet sich mit der »Legende des heiligen Trinkers« (1939) noch eine andere prominente Lektüre, welche den Alkoholismus eine religiöse Dimension zuschreibt. Hier wird der Alkoholiker als Held gleich einem Heiligen porträtiert. Dieser wird Zeuge von Wundern und erreicht kurz vor seinem Lebensende noch einen letztgültigen Status der Würde. Der Autor Joseph Roth war ebenfalls Alkoholiker und finalisierte den Roman im Sterben liegend (und sturzbetrunken) in einem Pariser Hotel. Bei Lowry als auch bei Roth wird der Trinker als fehlgeleiteter Mystiker beschrieben, welcher seine Reisen in transzendente Sphären am Ende mit Vereinsamung und existenzieller Verzweiflung zu bezahlen hat (vgl. dazu Beveridge et al., 1999; Hobson, 2007; Unterrainer & Lewis, 2014).

Der positive Zusammenhang zwischen vermehrtem Alkoholkonsum und schöpferischer Kreativität scheint auch durch die Wissenschaft gut belegt (Post, 1996). Im Besonderen erhöht, finden sich Alkoholismus und auch Depression bei Schriftstellern (allerdings: auch Francis Bacon malte am liebsten morgens um dann noch ausreichend Zeit für den täglichen Pub-Besuch zu haben). Die schriftstellerische Literatur bietet oftmals einen verklärten Blick auf den Alkohol bzw. auch eine alternative Betrachtung der medizinischen Lehrmeinung. Malcolm Lowry wurde bei einem seiner vielen Entzugsaufenthalte vom behandelten Psychiater nahe gelegt, sich von der »romantischen« Beziehung zum Alkohol zu lösen – so, nur so könne er erfolgreich behandelt werden. Lowry hat es nicht getan – jede Therapie war umsonst. Er sah seinen Alkoholismus als integralen Bestandteil seiner Person, als auch seines künstlerischen Schaffens.

Abgang

»...es wird ein Wein sein und wir werden nimmer sein« singen Paul Hörbiger und Hans Moser am Ende des schon eingangs erwähnten Hörspiels »Servus Wien«. Eigentlich wollten sie schon vor Stunden nach Hause gehen. Jetzt sind sie zu betrunken und der Heimweg in der Dunkelheit wäre (trotz des ins Auge gefassten Engagements eines Dienstmannes) zu gefährlich – das Risiko im Rausch zu verunfallen einfach zu hoch. Folgerichtig entscheiden die beiden »Freunderl« im Sinne von Heiner Müller`s Hamletmaschine: »Herr brich mir das Genick im Sturz von einer Bierbank« und trinken bis zum Tagesanbruch weiter. In diesem Sinne: Holladaro!

Literatur

Alighieri, D. (1993). Die Göttliche Komödie. Stuttgart: Klett. [Original aus dem Jahr 1321]
Beveridge, A. & Yorston, G. (1999). I Drink, Therefore I am: Alcohol and Creativity. Journal of the Royal Society of Medicine, 92, 646-648.

Bos, A. P. (1996). Immanenz und Transzendenz. In: Reallexikon für Antike und Christentum, Band 17, Stuttgart: Hiersemann.

Egner, E. (1992). Aus dem Tagebuch eines Trinkers. Zürich: Haffmans.

Gross, J. (1982). Der protrahierte Suizid. In Suizid (pp. 39-42). Springer Berlin Heidelberg.

Hunt, H. T. (2007). »Dark nights of the soul«: Phenomenology and neurocognition of spiritual suffering in mysticism and psychosis. Review of General Psychology, 11(3), 209.

James W. (1902). The Varieties of Religious Experience. London: Longmans.

Jamison KR. Touched by Fire: Manic Depressive Illness and the Artistic Temperament. New York: Fireside Press, 1993.

Jürgens, U. (1973). Der Teufel hat den Schnaps gemacht [Liedtext]. Abgerufen unter: <http://www.songtexte.com/songtext/udo-jurgens/der-teufel-hat-den-schnaps-gemacht-bde4dd2.html> [30.11.14]

Lowry, M. (1947). Under the Volcano. New York: Reynal and Hitchcock.

Ludwig, A. M. (1990). Alcohol input and creative output*. British Journal of Addiction, 85(7), 953-963.

Mathew, R. J., Georgi, J., Wilson, W. H., & Mathew, V. G. (1996). A retrospective study of the concept of spirituality as understood by recovering individuals. Journal of Substance Abuse Treatment, 13(1), 67-73.

Post, F. (1996). Verbal creativity, depression and alcoholism. An investigation of one hundred American and British writers. The British Journal of Psychiatry, 168(5), 545-555.

Roth, Joseph (1939). Die Legende vom heiligen Trinker. Amsterdam: Allert de Lange.

Unterrainer, H.F. (2010). Seelenfinsternis? Struktur und Inhalt der Gottesbeziehung im klinisch-psychiatrischen Feld. Münster: Waxmann.

Unterrainer, H.F., & Lewis, A. (2014). The Janus face of Schizotypy: enhanced spiritual connection or existential despair?. Psychiatry Research, published online. doi:10.1016/j.psychres.2014.07.028 Hörspiel:

Moser, H. & Hörbiger, P. (1964). Servus Wien [Hörspiel]. Polydor Schallplatten.

PD DDr. 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

Suchtprävention durch Beziehung und Verbundenheit



von Dominik Batthyány

Die Gründe, warum ein Mensch süchtig wird, sind vielfältig und komplex. Sucht hat viele Ursachen und Hintergründe. Dementsprechend differenziert muss professionelle Suchtprävention vorgehen.

Die eigentliche und grundlegende Suchtprävention jedoch geschieht zuallererst und wesentlich im alltäglichen Umgang der Menschen miteinander - und bereits in der frühen Beziehung der Eltern zu ihren 0 bis 6 Jahre alten Kindern. Für die Entwicklung von Bindung, Exploration, Identität und Kompetenz ist die Interaktion mit Eltern und Bezugspersonen essentiell.

Die früheste mögliche - und vielleicht wichtigste - Form der Suchtprävention geschieht, wenn ein Kind, die Erfahrung machen kann: »Es ist gut, dass Du da bist« und selbst spürt: »Ich bin sicher.« Für das Kind geht es aber auch darum, die Erfahrung zu machen: »Es ist gut zu erforschen« und selbst spüren zu können: »Ich bin getrennt (von meinen Eltern) und dabei sicher.« Es geht darum, die Erfahrung zu machen: »Es ist gut, dass Du DU bist« und selbst spüren zu können: »Ich bin ich.« Es geht darum, die Erfahrung zu machen: »Es ist gut stark zu sein« und selbst spüren zu können: »Ich bin kompetent. Ich kann das.«

Kinder brauchen Selbstvertrauen, sodass sie sagen können: »Ich kann das. Ich versuche es, ich bin mutig. Ich darf Fehler machen und werde trotzdem geliebt.« Kinder brauchen Verantwortung und Verpflichtungen, sodass sie sagen können: »Ich bin wichtig und werde ernst genommen und ich bin für etwas gut.« Wichtig ist also nicht nur die Erfahrung »mir geht es gut«, sondern auch: »ich bin für etwas gut.« Kinder brauchen aber auch Grenzen und Regeln, sodass sie sagen können: »Ich bin frei und darf an Grenzen gehen, und bin dabei sicher und geschützt.« Kinder müssen auch lernen mit Enttäuschungen und Misserfolg umzugehen, sodass Sie sagen können: »Ich bin nicht perfekt, Fehler und Misserfolge gehören auch zu mir.« - Und: »Ich spüre, Fehler und Misserfolge gehören auch zum Leben meiner Eltern...« Kinder brauchen Konflikte, sodass Sie sagen können: »Konflikte sind nicht bedrohlich,

sie verletzen mich nicht und werten mich nicht ab. Ich brauche Konflikte nicht zu vermeiden oder vor ihnen zu flüchten.« - Und: »Ich brauche Harmonie nicht vorzutauschen.« Kinder haben ein Recht auf ihre Gefühle und Bedürfnisse, sodass Sie sagen können: »Ich habe Gefühle, und ich darf sie spüren und ausdrücken; ich muss mich ihrer nicht schämen oder Angst vor ihnen haben« (da gehört auch das Nein-sagen können dazu). - »so wie auch meine Eltern ihre eigenen Gefühle und Bedürfnisse ernst nehmen und ausdrücken.« Kinder brauchen Kreativität und Fantasie, sodass Sie sagen können: »Ich kann mit meiner Zeit etwas Lustvolles anfangen und meine Freizeit abwechslungsreich gestalten. Ich darf neue Wege gehen und lebendig sein. Einfache, alltägliche Dinge können zum Spielzeug werden und mir Freude bereiten.« Eltern und Bezugspersonen sollen den Kindern mitgeben: »Du bist eine wertvolle Person. Egal, ob Du gute oder schlechte Noten hast, alt oder jung bist, erfolgreich bist oder versagst.« Leben wir den Kindern vor, dass man miteinander Lachen, Spielen, Lesen, Reden, Diskutieren und sich trösten kann. Wenn wir Kindern etwas schenken möchten, dann am besten »Zeit«. Was aber benötigen heute Väter und Mütter um sowohl Möglichkeit als auch Freude daran zu haben, ihren Kindern Zeit und Aufmerksamkeit zu schenken? - Dies sind grundlegende Fragen, gesellschaftliche Fragen, die hier nur angedeutet werden können, aber tief in die Suchtprävention reichen. Es sind Fragen, die im öffentlichen Diskurs bisher allzu unbeachtet geblieben sind.

Kinder brauchen ein Klima, das ihnen Wachstum und Entfaltung ermöglicht. Dieses Klima wiederum braucht Eltern, die in der Lage sind, die Bedürfnisse ihrer Kinder wahrzunehmen und sich auf sie einzulassen. Dafür wiederum brauchen Eltern Unterstützung und ein gesellschaftliches Klima, dass den Ort »Familie«

als ersten wichtigsten Beziehungsort anerkennt und wertschätzt. Dabei geht es nicht darum, das Vater- und Muttersein als attraktive Lebensform zu stilisieren oder zu vermarkten – und das Kind als Zutat zu missbrauchen, dass man sich zu diesem Zwecke zulegt. Verantwortliche Elternschaft ist mehr als das. Es geht darum, das menschliche Leben in seiner Sehnsucht nach Verbundenheit zu begreifen und dem familiären und kindlichen Leben den notwendigen Raum zu geben, um sich entfalten zu können. Auf diese und andere Hintergründe der Suchtvorbeugung hinzuweisen ist auch Aufgabe professioneller Suchtprävention. Sie geht aber darüber hinaus.

Professionelle Suchtprävention, wie sie der Grüne Kreis anbietet, möchte in Organisationen und Institutionen, in Schulen und Unternehmen, für Erwachsene, für Kinder und Jugendliche Lernprozesse in Gang bringen und den Blick schärfen um Suchtentwicklungen frühzeitig entgegenzuwirken. Und sie will mithelfen, Lösungsansätze zu erarbeiten. Dabei geht es ebenso um die Förderung von Schutzfaktoren, um das Erkennen von Risikofaktoren und um die Verbesserung des Klimas, beispielsweise im schulischen oder betrieblichen Alltag.

Ein zentrales Anliegen spezifisch schulischer Suchtprävention besteht darin,

Es geht darum, das menschliche Leben in seiner Sehnsucht nach Verbundenheit zu begreifen und dem familiären und kindlichen Leben den notwendigen Raum zu geben, um sich entfalten zu können.

junge Menschen in die Lage zu versetzen, die Chancen und Gefahren des Lebens zu erkennen, um dann entsprechend kompetent darauf reagieren zu können. Das heißt, schulische Suchtprävention will nicht primär Informationen über legale und illegale Suchtmittel oder Suchtverhalten vermitteln, sondern mithelfen, Lebens- und Handlungskompetenzen von jungen Menschen zu stärken und zu fördern (z.B. im Umgang mit Gruppendruck, mit Frustrationen, in der Wahrnehmung von eigenem Suchtpotential, in der Auseinandersetzung mit Medien und Werbung, etc.).

Suchtprävention in Betrieben und Unternehmen hingegen bietet einen wirksamen Weg, die erwachsene Bevölkerung mit suchtvorbeugenden Maßnahmen zu erreichen. Unternehmen haben eine Schlüsselrolle in Bezug auf Möglichkeiten der Einflussnahme sowohl auf gesundheitsfördernde als auch auf

gesundheitsschädigende Arbeitsbedingungen und Verhaltensweisen ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die betriebliche Suchtprävention will den Blick schärfen um Krankheitsrisiken frühzeitig zu erkennen und mithelfen, sinnvolle innerbetriebliche Lösungsansätze zu erarbeiten. Betriebliche Suchtprävention ist ein weites Feld und es gibt – abgestimmt auf den jeweiligen Kontext – viele Möglichkeiten und Ansätze sie wirkungsvoll durchzuführen.

Aus diesem Grunde entwickelt die Abteilung Suchtprävention im Grünen Kreis auch präventive Konzepte für öffentliche und private Einrichtungen, für Schulen, für Lehrlinge, MitarbeiterInnen und Führungskräfte – und bietet Workshops, Seminare bzw. Aufklärung- und Sensibilisierungsarbeit an.

Für Fragen und Auskünfte über Hilfsangebote und Suchtprävention wenden Sie sich bitte gerne an:

Dr. Dominik Batthyány

Leitung Prävention
Grüner Kreis - Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen
POOL7, Rudolfsplatz 9, A-1010 Wien
T: +43 1 523 86 54-15 | M: +43 664 811 16 60
dominik.batthyany@gruenerkreis.at
www.gruenerkreis.at



Alkohol 2020

Versorgung am »best point of service«



von Hans Haltmayer

Alkohol gehört in Österreich zum gesellschaftlichen Alltag und ist Teil unserer Kultur. Ob mit einem Krügerl Bier am Ende des Arbeitstags oder mit einem Glas Wein mit Freunden, Alkohol wird zu vielen Gelegenheiten zelebriert und genossen

Umsoweniger ist es oft die Grenzen zwischen Genuss, Missbrauch und Abhängigkeit zu erkennen. Entwickelt sich ein problematischer Alkoholkonsum wird er im Allgemeinen tabuisiert und zu spät als solcher erkannt und benannt.

Nichtsdestotrotz ist Alkoholerkrankung in unserer Gesellschaft gelebte Realität. In Wien allein sind zwischen 35.000 und 75.000 alkoholkrank und zwischen 135.000 und 175.000 Menschen weisen einen problematischen Alkoholkonsum auf und sind somit gefährdet abhängig zu werden. Daraus ergibt sich die dringende Notwendigkeit Behandlungsangebote für Menschen mit Alkoholerkrankung weiter auszubauen und am Bedarf der PatientInnen besser anzupassen. Nachdem bis dato kein koordiniertes Gesamtkonzept für ein integriertes Versorgungsprogramm, das die beteiligten Einrichtungen und ExpertInnen miteinander vernetzt und die Angebote aufeinander abstimmt in Wien existiert hatte, wurde das Projekt »Alkohol 2020« ins Leben gerufen. Dieses Projekt ist insofern einzigartig, als es die erstmalige Zusammenarbeit der Pensionsversicherungsanstalt (PVA), der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) und der Stadt Wien als gemeinsame Partner in der Konzeption, Umsetzung und Finanzierung der Versorgung von alkoholkranken Menschen darstellt. Das Ziel ist es, die Betroffenen am »Best Point of Service« zu betreuen um zu bewirken, dass sie objektiv wie auch subjektiv gesünder und in das gesellschaftliche Leben integriert sind.

Im Rahmen eines einjährigen Pilotprojekts, wo in Kooperation mit spezialisierten Einrichtungen aus dem Sucht- und Drogenhilfenetzwerk, einige Krankenhäusern des Krankenanstaltenverbands (KAV), einzelnen AllgemeinmedizinerInnen sowie den PVA RehabilitationsberaterInnen und dem WGKK Case-Management 500 Personen versorgt werden, soll das entwickelte Gesamtkonzept getestet und evaluiert werden.

Regionales Kompetenzzentrum (rKomZ)

Mit Hilfe regionaler Kompetenzzentren wird im Rahmen des Projekts ein besserer Zugang zu der, auf den Bedarf des/der PatientInnen ausgerichteten, Versorgung gewährleistet. Diese fungieren als mögliche direkte Anlaufstellen für alkoholkranken Menschen und als Schnittstelle zwischen dem KAV, anderen Einrichtungen des Sucht- und Drogenhilfenetzwerkes (SDHN) und dem allgemeinen Gesundheits- und Sozialsystem. Das Leistungsspektrum erstreckt sich von der Durchführung der »Abklärungsphase«, welche die multidimensionale Diagnostik und die Erstellung des individuell abgestimmten Maßnahmenplans beinhaltet über die Vermittlung der PatientInnen an die im Maßnahmenplan vorgesehene weiterbetreuende Einrichtung. Darüber hinaus werden in den regionalen Kompetenzzentren, wenn notwendig medizinische Ad hoc-Maßnahmen durchgeführt. Damit erfüllen sie einen wesentlichen Beitrag in der sektorenübergreifenden Steuerung und Versorgung am »Best Point of Service«.

In der einjährigen Pilotphase übernimmt ein regionales Kompetenzzentrum, das seit 1. Oktober 2014 in der Gumpendorferstraße im 157 seine Arbeit aufgenommen hat, die Abklärung und Weitervermittlung der im Pilotprojekt vorgesehenen 500 Personen. Diejenigen, die für das Pilotprojekt nicht anspruchsberechtigt sind, werden von den MitarbeiterInnen des rKomZ an eine andere betreuende Einrichtung innerhalb des bestehenden Gesundheits- und Sozialsystems weitervermittelt. Darüber hinaus ist das rKomZ als zentrale Anlaufstelle für Menschen mit einer Alkoholerkrankung (»Zugangsambulanz«) für das gesamte Naht- und Schnittstellenmanagement verantwortlich.

Betreuung (inkl. Behandlung und Rehabilitation), die über akute Bedürfnisse hinaus geht
Ziel des Projekts »Alkohol 2020«, ist es den kompletten Betreuungsbedarf der PatientInnen sowohl in Hinblick auf die akute



suchthilfe
wien

Stadt + Wien



Krankenversorgung als auch auf die medizinische, soziale und berufliche Rehabilitation abzudecken. Dazu gehören neben der stationären sowie ambulanten Therapie, soziale und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen. Ausgangslage hierfür bildet die »Multidimensionale Diagnostik«, die jeweils zu Beginn der Abklärungsphase aber auch nach Abschluss eines jeden Moduls im Rahmen des Maßnahmenplans erhoben und dokumentiert wird. Bei der »Multidimensionalen Diagnostik« steht die bio-psycho-soziale Ausgangslage der PatientInnen im Vordergrund und bildet somit die Grundlage für die sektorenübergreifende Betreuung (inkl. Behandlung und Rehabilitation) angefangen von der medizinischen Akutbehandlung bis hin zur beruflichen Rehabilitation.

Ein integriertes Case- und Rehabilitationsmanagement ist für die intensive Vernetzung und Kooperation von allen beteiligten Einrichtungen und Angeboten verantwortlich. Demnach sind neben der patientInnenorientierten Zusammenarbeit der Gesundheitseinrichtungen auch die Vernetzung und die Kooperation mit Einrichtungen des therapeutischen Wohnens, Selbsthilfegruppen, Suchtberatungsstellen anderer TrägerInnen, Betreuungsangeboten für Angehörige, arbeitsmarktpolitische Maßnahmen, alternativen Freizeitangeboten und anderen unterstützenden Angeboten (Kinderbetreuung, Versorgung von Haustieren etc.) zentraler Teil des Konzepts.

Und wie kann man sich das in der Praxis vorstellen?

Anhand eines Fallbeispiels ist ersichtlich,

Das einjährige Pilotprojekt soll 500 alkoholkranken Menschen eine soziale, medizinische und berufliche Rehabilitation ermöglichen.

wie das Konzept »Alkohol 2020« in der Praxis zur Anwendung kommt:

Frau B., 48 Jahre, ist heute arbeitslos. Anfänglich haben hoher beruflicher Druck und viele Geschäftsreisen dazu geführt, dass Frau B. häufig abends in der Hotelbar mit KollegInnen Alkohol trank. Bevor sie 2011 eine ambulante Entzugsbehandlung im Sozialmedizinischen Zentrum-Ost begann, trank Frau B. bis zu 4 Liter Wein am Tag. Nach ihrem Entzug ging es lange Zeit gut, aber seit Juli 2014 ist sie rückfällig und trinkt wieder täglich große Mengen Alkohol. Die massive Zunahme des Konsums macht ihr Angst. Frau B. wohnt in einer Genossenschaftswohnung. Ein fälliger Kredit bedroht jedoch ihre finanzielle Situation und löst große Existenzängste bei ihr aus, was wiederum ihren Alkoholkonsum steigert.

Ihr Ziel ist es, wieder Tagesstruktur zu erlernen und einer geregelten Beschäftigung nachzugehen, ohne Alkoholerkrankung. Frau B. hat über Freunde vom Projekt erfahren. Im regionalen Kompetenzzentrum wurde mit ihr ein teilstationärer Maßnahmenplan entwickelt, derzeit ist sie beim Grünen Kreis in Betreuung. Nach einem Entzug und einem stationären Aufenthalt ist Frau B. heute »trocken«

und hat erfolgreich mit dem ambulanten Teil des Maßnahmenplans begonnen. Außerdem konnte gemeinsam mit der Schuldnerberatung eine Lösung für den fälligen Kredit erarbeitet werden, sodass Frau B. wieder optimistisch in die Zukunft sehen kann. Der nächste Schritt wird sein, sie auch bei der beruflichen Rehabilitation zu unterstützen.

Dokumentation

Die Dokumentation und die laufende Prüfung, Bewertung und Verbesserung der Angebote tragen wesentlich zur Qualitätssicherung bei. Ein gemeinsames Dokumentationssystem bildet hierfür die Grundlage und dient als wichtiges Kommunikationsmittel, durch das der Einsatz von patientInnenorientierten, einrichtungsübergreifenden Behandlungs- und Rehabilitationsplänen ermöglicht wird. Im Sinne der Wirkungsorientierung bietet, die im Bereich der illegalen Substanzen bereits erprobte »Doku Neu« der Sucht- und Drogenkoordination Wien, die Möglichkeit Verlauf und Entwicklung der gesundheitlichen Situation der PatientInnen über einen längeren Zeitraum darzustellen und zu dokumentieren.

Dr. med. Hans Haltmayer

Beauftragter für Sucht und Drogenfragen der Stadt Wien

Lenea Reuvers MA

Leiterin Projekt Alkohol 2020

Projekt »Alkohol 2020« ist ein einzigartiges Gesamtkonzept zur Behandlung und Rehabilitation alkoholkranker Menschen, finanziell unterstützt von der Stadt Wien, WGKK und PVA.

Alkoholrehabilitation

im Rahmen des Pilotprojekts »Alkohol 2020«

Der Grüne Kreis ist einer der Partner im Pilotprojekt »Alkohol 2020« und führt für KlientInnen aus Wien sowohl ambulante als auch stationäre Alkoholrehabilitation durch.

Ambulante Alkoholrehabilitation

(Ambulante Einrichtung Wien 7, Hermann. 12)

Ziel der ambulanten Rehabilitation ist es, KlientInnen, die beruflich und sozial so integriert sind, dass sie keine stationäre Stabilisierung benötigen bzw. KlientInnen im Anschluss an eine stationäre Rehabilitation eine begleitete Auseinandersetzung mit ihrer Suchterkrankung zu ermöglichen.

Psychotherapie und Klinische-Gesundheitspsychologie stellen den Rahmen dar. Ärztliche und psychiatrische Visiten und die Unterstützung durch SozialarbeiterInnen, SozialpädagogInnen und SuchtberaterInnen begleiten die Rehabilitation je nach Bedarf von Anfang bis Ende.

Im »medizinisch/psychiatrischen Bereich« liegt das Hauptaugenmerk auf der optimalen medikamentösen Einstellung der KlientInnen. Dem kommt in der ambulanten Therapie besondere Bedeutung zu, da eine physische und psychische Stabilisierung die Grundlage der psychosozialen Rehabilitation darstellt.

Die »klinisch- und gesundheitspsychologische bzw. psychotherapeutische Arbeit« hat vorwiegend stützende Elemente im Fokus. Eine längerfristige Psychotherapie bzw. klinisch- gesundheitspsychologische Behandlung ist wünschenswert und möglich.

Im Bereich »Arbeit und Ausbildung« stellt die soziale Arbeit den Schwerpunkt dar. Sie widmet sich der sozialen

Integration der KlientInnen in den Bereichen Wohnungssuche, Schuldenregulierung, Arbeitssuche und wird von unseren SozialarbeiterInnen durchgeführt.

Soziale Arbeit im »Grünen Kreis« versteht sich im Schnittpunkt zwischen Individuum und Umwelt/Gesellschaft. Unterstützt wird diese Arbeit von SozialpädagogInnen, SuchtberaterInnen, aber auch von MitarbeiterInnen des psychotherapeutischen/klinisch- und gesundheitspsychologischen Teams.

Sollte Arbeit oder Ausbildung vorhanden sein, gilt es, diese zu erhalten. Hier geht es vor allem um arbeitsplatzsichernde Maßnahmen. Bei arbeitssuchenden bzw. arbeitslosen KlientInnen werden diese dabei unterstützt, möglichst rasch wieder in den Arbeitsmarkt eingegliedert zu werden. Kooperationen mit Schulen, Ausbildungsstellen, AMS, Wiener Berufsbörse, WIFI, BFI, SDHN (Sucht- und Drogenhilfsnetzwerk Wien) etc. fördern dies.

Durch die Zusammenarbeit mit anderen Organisationen werden KlientInnen animiert, für ihre »aktive Freizeit« entsprechende Angebote zu finden (Sport, Kunst, Kultur, Kreativität).

Im Laufe der Rehabilitation sollten die KlientInnen in der Lage sein, ihr Leben stabil führen zu können und die nötigen Hilfskontakte und Ressourcen zur Hand zu haben.

Angehörige werden, sofern möglich, in die laufende Rehabilitationsarbeit eingebunden.





Stationäre Alkoholrehabilitation

(Sonderkrankenhaus »Marienhof«)

Ziel der stationären Rehabilitation ist es, alkoholranke KlientInnen, die aufgrund ihres Krankheitsverlaufes eine stationäre Intervention (Entzug/Entwöhnung/Rehabilitation) brauchen, zu stabilisieren und auf weiterführende ambulante Rehabilitation vorzubereiten.

Unterschiedliche, individuelle Krankheitsverläufe werden in die therapeutische Behandlung integriert und machen eine präzise Rehabilitationsplanung und Tagesstrukturierung notwendig. Auch im stationären Bereich spielt die Einbeziehung von Angehörigen eine wichtige Rolle.

Medizinische Rehabilitation

Ein medizinisches Team, bestehend aus FachärztInnen für Psychiatrie und Neurologie, ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und diplomiertem Krankenpflegepersonal, behandelt und betreut die KlientInnen während der stationären Rehabilitationsphasen (Teil-, Vollentzug, stationäre Therapie & Rehabilitation 1 oder 2 Monate), sowohl in somatischer als auch in psychiatrisch/neurologischer Hinsicht.

Der Ablauf der medizinischen Rehabilitation ist je nach Krankheitsbild individuell auf die einzelnen KlientInnen abgestimmt. Die aktive Mitarbeit an der eigenen Genesung ist dabei von entscheidender Bedeutung. Es besteht eine enge Kooperation mit den nahegelegenen Schwerpunktkrankenhäusern Neunkirchen und Wiener Neustadt sowie mit den niedergelassenen FachärztInnen in der Umgebung.

Klinisch-gesundheitspsychologische Rehabilitation und Psychotherapie

PsychotherapeutInnen bzw. Klinische-GesundheitspsychologInnen begleiten die KlientInnen während der gesamten Aufenthaltsdauer (Einzeltherapien, Gruppentherapien, aber auch Selbsthilfegruppen werden durchgeführt), PsychotherapeutInnen mit den verschiedensten Psychotherapieausbildungen (Gesprächstherapie, Systemische Familientherapie, Transaktionsanalyse etc.) sind tätig.

Arbeits- und Beschäftigungstherapie / Aus- und Weiterbildung

Hier ist es wichtig, wieder Strukturen aufzubauen, Konzentrationsfähigkeit zu erlangen, einem geregelten Tagesablauf nachzugehen und motorische Fähigkeiten zu erreichen. Unterstützt werden die KlientInnen während der Rehabilitationsphase von SozialpädagogInnen, PädagogInnen, ArbeitsanleiterInnen etc.. Hilfe bei Behördenwegen, Schuldenregulierungen etc. erfahren die KlientInnen durch SozialarbeiterInnen. Möglichkeiten der Aus- und Weiterbildung bzw. die Überleitung in ambulante rehabilitative Maßnahmen werden vorbereitet.

Aktive Freizeit

Es bestehen Angebote in den Bereichen Bewegung, Sport, Kunst und Kreativität. Im Mittelpunkt steht das Erlernen und der Aufbau einer sinnvollen Freizeitgestaltung für die Zeit nach der stationären Rehabilitation.

Das Team

Ein multiprofessionelles Team, bestehend aus

- ÄrztInnen für Allgemeinmedizin
- FachärztInnen für Psychiatrie und Neurologie
- Diplomiertes Pflegepersonal
- PhysiotherapeutInnen
- Klinische-GesundheitspsychologInnen
- PsychotherapeutInnen
- SozialarbeiterInnen
- SozialpädagogInnen
- ErgotherapeutInnen
- KunsttherapeutInnen

unterstützt sowohl bei der ambulanten Rehabilitation, beim stationären Teil-/Vollentzug, als auch bei der stationären Entwöhnungsbehandlung. Die stationäre Rehabilitation erfolgt im Rahmen der »Therapeutischen Gemeinschaft«. Ziel ist die erfolgreiche Rehabilitation und Integration der KlientInnen.

Kunst im Grünen Kreis



von Kurt Neuhold

Warnung!
Diese Ausstellung kann Ihr
Leben verändern

So lautet der Untertitel der Ausstellung »Peter Weibel – Medienrebell«, die zum Jahres-wechsel aus Anlass seines 70. Geburtstages im 21er Haus in Wien zu sehen war. Im Text zur Ausstellung formuliert der bekannte Künstler, Kunst- und Medientheoretiker, Ausstellungskurator, Aktionist und seit 1999 Leiter des Zentrums für Kunst und Medientechnologie in Karlsruhe, dass »die Kunst immer wieder ihre Fähigkeit gezeigt hat, die Betrachter dazu zu verführen, die Welt mit anderen Augen zu sehen, eine andere Erfahrung zu machen.«

Nicht nur Weibel ist davon überzeugt, dass Kunst die Wahrnehmung der Welt beeinflusst. Gewinnt man durch die ästhetische Erfahrung ein anderes »Bild« von der Welt, so wird sich dies auf das Verhalten auswirken. »Kunst kann tatsächlich die Einstellung zum Leben und damit das Leben selbst verändern.«

Damit formuliert Peter Weibel eine der Grundintentionen von »Kunst im Grünen Kreis«. Vielleicht ist es vermessen, diese Aussage des Oskar Kokoschka Preisträgers 2014 auf die künstlerische Arbeit im Grünen Kreis umzulegen, denn natürlich wird im Zusammenhang mit Weibels Werk von »guter« Kunst, von Originalität und Einzigartigkeit gesprochen. Dennoch: der mediale Kunstdiskurs findet zwar im engen Rahmen eines elitären Bildungsbürgertums statt, Kunst selbst lässt sich jedoch weder von einer exklusiven »Hochkultur«, noch von den Ratinglisten des Marktes vereinnahmen. Sowohl Profis als auch Laien ringen um die gelungene Form für die ästhetische Gestaltung einer Erfahrung oder Wahrnehmung. Je reicher und geschulter die Wahrnehmung (griechisch *aísthēsis* = Ästhetik) ist, desto reichhaltigere und vielfältigere Assoziations- und Gestaltungsmöglichkeiten ergeben sich. Dies gilt für die Betrachtung von Kunst und noch viel mehr für Bemühungen, das Denken und Fühlen aktiv künstlerisch auszudrücken – sei es kritisch analytisch, sinnlich, überspitzt, hintergründig, naiv, konzeptuell oder spontan.

Kunstwerke berühren, lösen Empfindungen aus – sowohl bei der Produktion, als auch bei der Rezeption. Wie tief diese Berührung ist, ob Dimensionen des Berührt-seins erreicht werden, die ein Nachdenken über existenzielle Grundfragen provozieren, oder ob seelische Konflikte und Probleme mit Idyllen und Wunschbildern kaschiert werden, hängt eng mit dieser ästhetischen Wahrnehmungsbildung zusammen. Trotzdem viele suchtkranke Menschen in ihrem Leben oft wenig mit Kunst zu tun hatten und bildungsfern aufgewachsen sind, sind sie zu einer Kunstproduktion fähig, die alle WorkshopleiterInnen von »Kunst im Grünen Kreis« immer wieder überrascht. Durch ihr Leben an Grenzen und Abgründen, durch ihre Erfahrungen und Nähe zum Tod gelingt es den KlientInnen immer wieder, auf originelle, berührende Weise Grundfragen des Lebens auszudrücken – sei es bei Zeichentrickfilmen, in originellen Plastiken oder in den Texten der Schreibwerkstätten.

Manchmal wird in diesen Arbeiten jene »bedeutsame« gültige Form gefunden, die Assoziationen auslöst, die ein Mit- und Nacherleben ermöglicht, die Wahrnehmung vertieft und somit das Prädikat »Kunst« verdient. Viel öfter bleibt es jedoch beim Versuch, beim Ausprobieren. Doch auch dieser Prozess des Suchens nach der passenden Farbe, Struktur, Formulierung und Form ist ein wesentlicher Aspekt von »Kunst im Grünen Kreis«.

Ästhetisches Gestalten bedarf der Übung und ausreichender handwerklicher Fähigkeiten. Dies sind Kompetenzen, die während der kurzen Dauer der Kunstworkshops (3 Tage bis 2 Wochen) nicht selbständig erworben werden können, sondern durch die Hilfestellung der WorkshopleiterInnen eingebracht werden müssen. Im Unterschied zur Arbeit in den Kreativwerkstätten, wo dieses handwerkliche Know-how Voraussetzung ist um Kunsthandwerk produzieren zu können, steht bei den Kunstworkshops der Kunstaspekt im Zentrum.



KlientInnen haben die Werkzeughütte der Jugendhilfe-/Sozialhilfe-Einrichtung »Waldheimat« in der Buckligen Welt kunstvoll gestaltet

Die Herausforderung Kunst zu schaffen, ermöglicht eine offenere Herangehensweise. Sobald Aussagen wie: »ich kann ja nicht zeichnen!« entkräftet sind und ein angstfreier Raum aufgebaut wurde, in dem das Scheitern erlaubt ist, wird lustvolles Arbeiten möglich. Die Einfälle sprudeln und die Kommunikation untereinander funktioniert. Es ist ein menschliches Grundbedürfnis, Gedanken und Gefühle, Wahrnehmung und Erfahrung in aller Komplexität zu kommunizieren – deswegen gibt es Kunst. Der von der Bereitschaft und Fähigkeit zur Selbstreflexion und Offenheit gekennzeichnete Rahmen einer stationären Therapie bietet daher gute Voraussetzungen für die Durchführung von Workshops, in denen Kunst entstehen soll.

Viele TeilnehmerInnen beschreiben in den Rückmeldefragebögen diese Kunstaktionen als wichtige Bereicherung ihres Therapieaufenthaltes. Meist stärkt die gemeinsame künstlerische Arbeit die *Therapeutische Gemeinschaft*; oft entdecken die TeilnehmerInnen durch die Workshops unbekannte Facetten und individuelle Fähigkeiten. Und vielleicht hat diese Kunsterfahrung bei manchen »ihre Einstellung zum Leben und damit ihr Leben selbst verändert.« (P. Weibel)

Besonders erfreulich ist, dass ein passendes Umfeld die KlientInnen dazu motiviert, aus Eigeninitiative eine Kunstaktion zu starten. In der Jugendhilfeeinrichtung

Sobald Aussagen wie: »ich kann ja nicht zeichnen!« entkräftet sind und ein angstfreier Raum aufgebaut wurde, in dem das Scheitern erlaubt ist, wird lustvolles Arbeiten möglich

»Waldheimat« wurden schon mehrmals eigenständige Kunstprojekte realisiert. Aktuelles Beispiel: das weithin sichtbare Graffiti, das seit vergangenem Herbst die Werkstatthütte ziert. Das Graffiti ergänzt die farbenfrohe Fassade der Therapiestation, die vor 12 Jahren von den KlientInnen, unter meiner Leitung, nach einem Entwurf von Helmut Kand bemalt wurde.

Stefan Löffler, der Initiator und Graffiti-Spezialist, beschreibt die Entstehungsgeschichte und den Arbeitsprozess. Mit dem Titel »Kunst unter Banausen« bringt er pointiert zum Ausdruck, dass viele von der Kunstwelt ausgeschlossen werden, dass Kunst jedoch auch von jenen hervorgebracht wird, die, wie im antiken Griechenland, am Ofen arbeiteten, nicht frei geboren waren und ihren Lebensunterhalt durch körperliche Arbeit verdienen mussten (ursprüngliche Bedeutung von »Banause«).

Kurt Neuhold

Leiter Kunst im Grünen Kreis
POOL7 – Galerie und Genuss-Shop
 1010 Wien, Rudolfsplatz 9
 office@pool7.at | www.pool7.at

»Kunst unter Banausen«

Im Zuge meiner Aspiranten-Auflage haben wir in der Waldheimat ein Graffiti Projekt gestartet. Der Grüne Kreis stellte uns das Material zur Verfügung. Gemeinsam mit der Gruppe aus der Waldheimat haben wir das Projekt geplant und umgesetzt. Ich habe versucht, alle einzubauen und jedem einen Aufgabenbereich zugeteilt. Die Handhabung einer Spraydose und andere Fähigkeiten, die beim Sprayen wichtig sind, habe ich den Leuten nähergebracht.

Wir haben geleimte Holzplatten bekommen, die wir grundierten. Dann haben wir die Platten auf die Werkstatthütte montiert und den Entwurf darauf übertragen. Der nächste Schritt war, alles wieder abzumontieren und die vorgezeichneten Konturen mit Hilfe einer Stichsäge auszuschnitten. Nachdem alles ausgeschnitten war, haben wir es mit Klarlack besprüht und wieder aufgehängt.

Im Zuge dieses Projekts hatte jeder die Möglichkeit das Sprayen mit Lackdosen auszuprobieren und vielleicht ein neues Hobby für sich zu entdecken. Das Projekt ist für mich sehr gut gelungen, da alle sehr eifrig mitgearbeitet haben und jeder für sich sagen kann, auch etwas für das Haus gemacht zu haben.

Stefan Löffler

Initiator und Graffiti-Spezialist



Gastvortrag

WOLF-DETLEV ROST

Psychodynamik des Alkoholismus

»Der Alkoholismus ist noch immer die am weitesten verbreitete Sucht« meint Dr. Wolf-Detlev Rost als Einleitungssatz seines Buch-Klassikers »Psychoanalyse des Alkoholismus«. Er beschreibt die Alkoholikerkrankung vorrangig aus psychoanalytischer Perspektive, aber auch als bio-psycho-sozial bedingtes, gesellschaftliches Problem. Die Abhängigkeit vom Alkohol wird dabei immer als Symptom einer tiefer liegenden Störung verstanden. Diese psychodynamische Sichtweise des Alkoholismus bzw. der Abhängigkeitserkrankungen generell betrifft die Möglichkeiten der Diagnostik und Behandlung, die uns der Autor anhand von Fallbeispielen näher bringen wird.

WISSENSCHAFT IM POOL7
WIP7

19. März 2015, 19.30 Uhr
POOL7 1010 Wien, Rudolfsplatz 9
Eintritt frei
Um Anmeldung wird gebeten

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 760196-40
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, Leitung »Alkohol 2020«
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
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

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-rojkowski@gruenerkreis.at

Presseanfragen Tel.: +43 (0)2649 8306-11
redaktion@gruenerkreis.at

Retouren an Postfach 555, 1008 Wien

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