

SUCHT

Neue Gefahren, neue Wege?

Wir danken unseren SpenderInnen

Mag.^a Claudia Amsz, Siegersdorf
Johann und Edeltraud Andorfer, Peuerbach
Dkfm. Günter Baumgartner, Wien
Beate Cerny, Wien
René Ferrari, Leonding
Mag. Wolfgang Hebenstreit, Wien
Elfriede Jilg, Bad Vöslau
Mag.a Brigitta Kandl, Wien
Karla Kappa. Möllersdorf
Robert Kopera, Reisenberg
Eveline Kriston
Dr. Günter Mittendorfer, Linz
Mag.^a Hathleen Moser, Bad Aussee
Christiane Popp-Westphal, Neulengbach
Nina Reiterer
Theodor Toumbalev
Mag. Veit Vlach, Wien
Dr. Alfons William, Wien

und viele anonyme SpenderInnen



Partner des **Grünen Kreises**

Die **Niederösterreichische Versicherung** unterstützt die Arbeit des **Grünen Kreises**.

»Menschen, die wieder ein selbstbestimmtes Leben ohne Abhängigkeit führen wollen, brauchen vielfältige Unterstützung, um ihre Krankheit zu besiegen. Als Partner des **Grünen Kreises** nehmen wir unsere soziale Verantwortung in der Gesellschaft wahr und leisten damit unseren Beitrag, den Betroffenen auf dem Weg aus der Sucht zu helfen.«

Niederösterreichische Versicherung AG

www.noever.at

Herzlichen Dank im Namen aller Klient*innen 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
HYPO NOE
Landesbank für Niederösterreich und Wien AG
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222
BIC HYPNATWW
oder fordern Sie bei
spenden@gruenerkreis.at
einen Zahlschein an.

Weitere Informationen finden Sie auch auf

www.gruenerkreis.at

im Bereich »Spenden & Sponsoring«.

Impressum

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

Das Aufgabengebiet des **Grüner Kreis**-Magazins bildet die Berichterstattung zur Prävention suchtdizierter 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 [oewf]

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

Alle: 1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103

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

redaktion@gruenerkreis.at | www.gruenerkreis.at

Layout: Österreichisches Wirtschaftsforum

Anzeigen: Sirius Werbeagentur GmbH

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

Diese Ausgabe entstand unter Mitwirkung von:

Alfred Rohrhofer, Christoph Möller, Ute Rademacher, Saskia Ehrhardt, Moritz Noack, Susanna Dörner-Schulmeister, Charlotte Klein, Verena Prietl, Sabina Kraller, Christoph Kraus, Marina Kojic, Human-Friedrich Unterrainer und Klient*innen im **Grünen Kreis**

Bildquellennachweis:

Cover: iStock.com/da-kuk

Seite 4: iStock.com/Valeriy_G (links)

AutorInnenportraits: privat

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

Der **Grüne Kreis** dankt seinen Förderern



editorial



Liebe Leserin, lieber Leser!

die sogenannten »neuen Süchte« befinden sich, zumal in Zeiten der COVID-19-Pandemie, stetig auf dem Vormarsch. Dazu zählen überwiegend »nicht stoffgebundene« Süchte, wie Arbeitssucht, Glücksspielsucht, Kaufsucht, Sexsucht, Online-Pornografie und vor allem Mediensüchte (Internet, Computerspiele, Handy ...), wovon auch Kinder und Jugendliche stark betroffen sind.

»Einnmaleins und ABC nur noch mit PC« titelt die deutsche Bundesregierung 2016 in ihrem Digitalpakt für Schulen. Die als »Bildungsoffensive für die digitale Wissensgesellschaft« intendierte Initiative setzt auf die Vermittlung digitaler Kompetenzen bereits in einer möglichst frühen Lebensphase. Wie sehr die Nutzung digitaler Medien die Entwicklung von Kindern negativ beeinflusst, ist Gegenstand zahlreicher wissenschaftlicher Untersuchungen. Als eine negative Auswirkung infolge exzessiven Medienkonsums ist jedenfalls die Ausbildung von Suchtsymptomatiken bei Kindern und Jugendlichen zu beobachten. Prof. Dr. Friedrich Möller, Wissenschaftler und Chefarzt der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Krankenhaus »Auf der Bult« in Hannover, widmet sich ausführlich dieser ersten Thematik.

Neben den Beiträgen über Verhaltenssüchte sei noch auf eine Bestandsaufnahme über Art und Verbreitung neuer psychoaktiver Substanzen (NPS) hingewiesen, die sich als ernste Gefahrenquelle in der österreichischen Suchtlandschaft etabliert haben.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.

Bleiben Sie gesund!

Alfred Rohrhofer



Helfen Sie uns helfen!

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

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

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

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



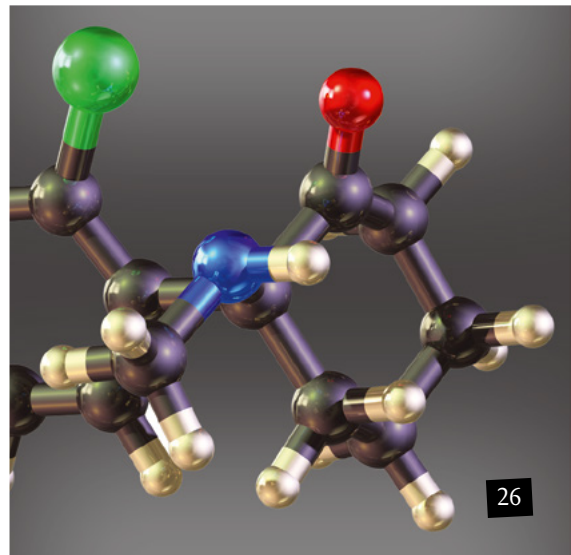
14



10



12



26



28

Inhalt

- 3** Editorial
Alfred Rohrhofer
- 6** Die Bedeutung analoger Sinneserfahrung für die kindliche Entwicklung.
Christoph Möller
- 10** Wenn die Arbeit (im Home-Office) zur Sucht wird
Ute Rademacher
- 12** Internetnutzung: Zwischen Alltagsverhalten und pathogenem Potenzial
Saskia Ehrhardt
- 14** Multimodale Suchttherapie bei substanzbezogenen Störungen im Kindes- und Jugendalter
Moritz Noack
- 16** Unser Betreuungsangebot
- 18** Neue psychoaktive Substanzen (NPS) in Österreich
Susanna Dorner-Schulmeister und Charlotte Klein
- 20** »Neue« Süchte in der Therapeutischen Gemeinschaft
Verena Prietl
- 22** Spurensuche
Betroffene berichten über ihr Leben mit der Sucht
- 24** Stressverarbeitung und Herzratenvariabilität bei stationären Burnout-Patient*innen
Sabina Kraler
- 26** Ketamin als neues und rasch wirksames Antidepressivum bei behandlungsresistenter Depression
Christoph Kraus und Marina Kojic
- 28** »Es wird scho glei dumpa« oder: Sucht in Zeiten des Omikron
Human-Friedrich Unterrainer

Die Bedeutung analoger Sinneserfahrung für die kindliche Entwicklung.

Medienkompetenz beginnt mit Medienabstinenz



von Christoph Möller

Die Digitalisierung wird Fortschreiten und nahezu alle Lebensbereiche verändern. Wie bei jeder Veränderung werden auch die Kolateralschäden wie Sucht zunehmen.

In den letzten Jahren erleben wir eine Mediatisierung und Digitalisierung der Kindheit. Parteiübergreifend wird die Ausstattung mit Hard- und Software und WLAN in Schulen und auch Kindergärten gefordert. Die Bundesregierung schreibt auf ihrer Internetseite zum Thema Digitalpakt für Schulen: »Einmaleins und ABC nur noch mit PC. Die ‚Bildungsoffensive für die digitale Wissensgesellschaft‘ ist gestartet. Das Bundesbildungsministerium will in Schule, Berufsschule, Hochschule und Weiterbildung Breitband, WLAN und PC zum Standard machen. Dafür will der Bund ab 2017 fünf Milliarden Euro geben« (Bundesregierung 2016). Die Kosten für Wartung, Schulung etc. müssen von Schulen, Städten und Gemeinden getragen werden und erhöhen diesen Betrag um ein Vielfaches. Auf Wahlplakaten finden sich Statements wie: »Digital first. Bedenken second.« (Christian Lindner, FDP). Oder Dorothee Bär, Staatsministerin für Digitalisierung, wirbt mit dem Slogan: »Wir wollen Digital-Weltmeister werden.« Wegen des Homeschoolings in der Coronazeit

wird dieser Weg vielfach als alternativlos dargestellt. Eltern haben Angst, dass ihre Kinder den Anschluss verpassen und in der zukünftigen Arbeitswelt nicht konkurrenzfähig sind und im Sozialen den Anschluss verlieren. Äußert man sich in Bezug auf den Einsatz der digitalen Medien in der Kindheit kritisch, wird man schnell als Fortschrittsbremse und Kulturpessimist dargestellt.

Es steht außer Frage, dass ein junger Mensch, der die Schule verlässt und eine Ausbildung oder ein Studium beginnt, mit digitalen Medien einen kompetenten Umgang erlernt haben muss und diese möglichst selbstbestimmt und für sich und die Gemeinschaft gewinnbringend einsetzen kann. Die Frage ist, wie wir Kinder und Jugendliche dorthin führen? Der eine Weg ist das möglichst frühe Heranführen und der frühe Gebrauch der Technik (early high touch), der politisch unterstützt wird. Unbeantwortet ist aber die Frage, welche Voraussetzungen notwendig sind, um die digitale Technik im späteren Leben selbstbestimmt und gewinnbringend nutzen zu können? Diese Frage wird am Ende des Beitrages noch einmal aufgegriffen.

Die Lebensbedingungen ändern sich in den letzten Jahren rasant. Praktisch jeder Lebensbereich ist von der Digitalisierung betroffen und wird auf den Kopf gestellt. Wir erleben eine gewaltige Beschleunigung. Die Entwicklungsschritte der Kinder bleiben aber gleich und es ist nicht förderlich, diese zu überspringen. Auch das Gras wächst nicht schneller, wenn man daran zieht (Leipner 2020).

Mediennutzung

Im Jugendalter besitzen laut JIM-Studie 2017 94% ein eigenes Smartphone. Einen eigenen Computer im Zimmer haben 70% w und 74% m der Jugendlichen. Auch ein eigener Fernseher ist bei noch gut 50% vorhanden. Mit 81% w und 65% m ist das Smartphone das am häufigsten eingesetzte Gerät für die Internetnutzung (JIM 2020). Das Einstiegsalter für den Besitz des ersten Smartphones sank in den letzten

Jahren jährlich um ein Jahr (Bleckmann & Leipner 2018). In den USA erhalten die meisten Kinder ihr erstes Mobiltelefon im Alter von 6 Jahren (Aiken 2018). Das Smartphone ist allgegenwärtig und wird je nach Untersuchung bis zu 150-mal am Tag aktiviert, das heißt bis zu alle 9 Minuten. Für die USA werden Zahlen von 1.500 Nutzungen pro Woche (2014/Tag) genannt (MailOnline). Junge Menschen nutzen das Smartphone 3 bis 5 Stunden am Tag, die am häufigsten genutzten Apps sind YouTube, Instagram und WhatsApp (JIM 2020). Laut ARD/ZDF-Onlinestudie (2020) nutzen die 14- bis 29-Jährigen 6,5 Stunden täglich das Internet. Digitale Bildschirmmedien werden von jungen Menschen täglich 5 bis 7 Stunden genutzt. Bei den Kindern ist das Fernsehen häufig noch ein zeitlich bedeutsames Medium und die Nutzung des elterlichen Smartphones kommt kumulativ dazu (Spitzer 2020).

BLICK-Studie

Im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung durch die Kinder- und JugendärztlInnen wurden die Daten von 5.573 Kindern und Jugendlichen zur Mediennutzung und deren Auswirkung auf die Gesundheit erhoben. Bei vermehrter Mediennutzung fanden sich Fütter- und Einschlafstörungen bei den Kleinen, wenn die Mutter während der Säuglingsbetreuung Medien nutzte. Bei Kindern und Jugendlichen fanden sich abhängig von der Mediennutzung gehäuft motorische Hyperaktivität und Konzentrationsstörungen, Sprachentwicklungsverzögerungen, Schlafmangel, Adipositas und Kurzsichtigkeit. Der Schlafmangel ist auch auf die Unterdrückung der Melatonin-Ausschüttung durch den hohen Blauanteil im Licht der Bildschirme zurückzuführen. Für die gesunde Entwicklung braucht das Auge Tageslicht und reale Perspektive. Auch bei exzessivem Bücherlesen in der Kindheit kann sich eine Kurzsichtigkeit entwickeln. 69,5% der Mütter gaben an, dass sich ihre Kinder über den Tag verteilt nicht länger als zwei Stunden ohne digitale Medien beschäftigen können (BLIKK 2017).

Soziale Medien

Nachdem u. a. eine 12-Jährige ihren Selbstmord bei Facebook streamte (HAZ 13.1.2017), reagierte Facebook mit einer neuen Funktion, die Suizidabsichten der NutzerInnen erkennen soll, die in der EU allerdings nicht zugelassen ist (Frankfurter Rundschau 28.11.2017). Dies zeigt, wie tief Facebook und die künstliche Intelligenz in unser Seelenleben eindringen können. Wie über Facebook und Co Menschen nicht nur in Wahlkampfzeiten manipuliert werden können, zeigte nicht erst der Facebook-Skandal (Spiegel 6.5.2018). Jean Twenge (2018, 2021) stellte in ihrem Buch *iGen* eine Fülle von Daten zusammen, die verdeutlichen, dass vermehrte Smartphone-Nutzung gehäuft mit negativen Gefühlen und Depression einhergeht. Während Fernsehen, soziale Medien, Computer- und Internetnutzung gehäuft mit negativen Affekten verbunden sind, finden sich bei folgenden Aktivitäten gehäuft positive Auswirkungen auf die Gefühle: sportliche Betätigung, analoge soziale Interaktion, das Lesen von Printmedien. Mit der neuen EU-Datenschutzverordnung ist die Nutzung sozialer Medien wie Facebook und WhatsApp erst ab 16 Jahren gestattet, wobei das Alter nur mit einem Klick im Internet bestätigt werden muss und mit Zustimmung der Eltern auch vorher möglich ist (Süddeutsche Zeitung 28.4.2018). In der Begründung der Richter heißt es, dass eine gewisse Reife notwendig ist, um zu überblicken, welche Konsequenzen die Freigabe der persönlichen Daten hat (siehe auch Lanier 2018). Viele Eltern haben Sorge, dass ihre Kinder den sozialen Anschluss verpassen, wenn sie kein Smartphone haben. Ca. 1 Million Kinder im Kindergartenalter und zum Teil noch im Grundschulalter wachsen in Deutschland ohne Bildschirmmedien auf. Diese Kinder haben mehr Zeit für freies Spiel, mehr reale Kontakte und sind sozial gut integriert (Bleckmann 2016).

Digitale Bildschirmmedien und Schulleistung

Wie schon erwähnt, stellt das Bildungsministerium viel Geld für die Digitalisierung der Schulen bereit, verbunden mit der Hoffnung, dass sich dies positiv auf das Lernen auswirkt. Doch gibt es viele Anhaltspunkte, diese Entwicklung kritisch zu betrachten.

Die beste Längsschnittstudie zu den Auswirkungen des Fernsehkonsums im Kindergartenalter auf die spätere

Bildung stammt von Hancox et al. (2004) aus Neuseeland. Knapp 1.000 Kinder des Jahrganges 1972/73 wurden über 26 Jahre untersucht. Ein Ergebnis: Der TV-Konsum im Kindergarten entscheidet mit über die Bildungschancen im Erwachsenenalter. Viel Konsum (schon ab zwei Stunden und mehr) hat deutlich weniger Uniabschlüsse und mehr Jugendliche ohne Schulabschluss und Ausbildung zur Folge.

Winterstein und Jungwirth (2006) präsentierten Menschenzeichnungen von Vorschulkindern. Haben die Kinder mehr als 3 Stunden täglich ferngesehen, sind die Zeichnungen deutlich rudimentärer im Vergleich zu jenen von Kindern, die weniger als 60 Minuten täglich ferngesehen haben.

Wissenschaftler der London School of Economics (Beland & Murphy 2015) untersuchten, wie sich ein Mobiltelefonverbot auf die Schulleistungen auswirkt, 91 Schulen mit mehr als 130.000 SchülerInnen nahmen teil. Je länger das Handyverbot bestand, desto besser waren die Schulleistungen. Schwache SchülerInnen profitieren deutlich mehr, sie lassen sich wahrscheinlich leichter ablenken, so die Erklärung der Autoren. In Frankreich dürfen SchülerInnen das Handy in den Schulen und auf Schulausflügen bis zum Alter von 15 Jahren nicht nutzen. Gymnasien haben die Möglichkeit, ein Handyverbot einzuführen, sind aber nicht dazu verpflichtet (Frankfurter Allgemeine 30.7.2018).

Der Spracherwerb bei Kleinkindern findet nur im Dialog mit Erwachsenen statt. Der Sehsinn als Unterstützung (Ablese von Lippen, nicht nur Hören, der sogenannte McGurk-Effekt) ist hier wichtig. Vor dem Bildschirm lernt das Baby die menschliche Sprache nicht. Wer online Zeitung liest, macht dies deutlich kürzer, als wenn er diese in der Hand hält. Und beim haptischen Lesen bleibt mehr hängen als beim Bildschirmlesen. Beobachtet man Eltern und Kinder beim Vorlesen eines E-Books im Vergleich zu einem traditionellen Buch, so ist das dialogische Lesen beim Buch deutlich ausgeprägter, es wird mehr nachgefragt und erzählt, was sich positiv auf den Spracherwerb auswirkt. Auch die Erinnerung an Details und Reihenfolge sind nach dem Vorlesen aus einem Buch besser. Sogenannte Enhanced E-Books (mit Bildern, Filmen, Vorlesefunktion zum Anklicken ...) lenken ab und verzögern den Spracherwerb, der Dialog ist gerade bei kleinen Kindern entscheidend für

den Spracherwerb. Von BildungspolitikerInnen wird schon das Ende der »Kreidezeit« verkündet. Das Buchstabenlernen mit dem Stift und entsprechenden Geschichten und Bildern und Handgeschriebenes wird aber besser erinnert, als wenn das ABC auf der Tastatur gelernt wird. Im Gehirn werden dabei viel komplexere Vorgänge durch Motorik und das Einbeziehen anderer Sinne angeregt, als wenn nur Tastatur und Bildschirm genutzt werden (Aiken 2018).

Neurobiologischer Forschung zufolge steht Bewegung mit Intelligenzentwicklung in direktem Zusammenhang. So spielt Bewegung eine wichtige Rolle für die Hirndurchblutung und die Vernetzung der Hirnzellen untereinander. Gerade im frühen Lebensalter wird die neuronale Plastizität am stärksten durch Bewegung beeinflusst. Eine erhöhte sportliche Aktivität wirkt sich positiv auf die soziale Einbindung, Konzentrationsfähigkeit und Lernfreude aus.

Entwickler der ersten Stunde wie Steve Jobs und Bill Gates sind im Umgang mit ihren Kindern die digitale Technik betreffend sehr zurückhaltend, da sie um die großen Chancen und Möglichkeiten, aber auch die Risiken wissen (Business Insider 10.1.2018). Viele CEOs aus dem Silicon Valley schicken ihre Kinder auf eine Schule, die in den ersten Jahren ohne Computer unterrichtet (The Guardian 2.12.2015).

Neuroplastizität

Unser Gehirn ist ein plastisches, nutzungsabhängiges Organ. Schon vorgeburtlich wird ein Überschuss an Nervenzellen produziert. Die Nutzung und wiederholte Erregung bestimmter Regionen entscheidet über die Verknüpfung zu sogenannten neuronalen Netzwerken, die immer stabiler und funktionsfähiger werden, was sich auch als Lernerfolg zeigt. Bei Jugendlichen, die auf den Tastenhandys mit drei Buchstaben schnell und ohne hinzuschauen SMS schreiben können, fand sich auf der motorischen Repräsentanz im Gehirn, dem sogenannten Homunculus, ein entsprechend großes Areal für den Daumen, bei einem Pianisten werden die Hände stark vertreten sein. Alles, was wir machen und erleben, hinterlässt Spuren im Gehirn, wobei Kinder neue Strukturen entwickeln und Erwachsene mit neuen Lernerfahrungen eher an bereits vorhandene Strukturen anknüpfen. In der kindlichen Entwicklung ist das sinnliche Be-Greifen die Vorstufe des späteren kognitiven Erfassens und

Verstehens. Vor allem das Neugeborene ist ganz Körper. Bedürfnisse und Kommunikation werden unmittelbar über seine Leiblichkeit vermittelt. Über Körperkontakt beruhigt die Mutter und stillt die Bedürfnisse des Kindes. Später lernt das Kind den dreidimensionalen Raum kennen, indem es sich aufrichtet. Beim Zählenlernen sind anfangs die Finger aktiv dabei – so, wie beim Lesenlernen die Lippen sehr aktiv sind, bis beides zunehmend abstrahiert wird und sich nur noch im Kopf abspielt. Eine Untersuchung zu den Lebensläufen von Nobelpreisträgern zeigte, dass diese in ihrer Kindheit häufig mit Bauklötzen gespielt haben. Bauklötze sprechen die Sinne vielfältig an und Kinder erlernen spielerisch den Umgang mit Dreidimensionalität, Statik, Schwerkraft u. a. Die Feinmotorik wird angeregt, Babys nehmen die Klötze in den Mund und riechen daran, werfen sie hinunter und warten auf die Reaktion der Eltern. All dies verkümmert, wenn Kinder am Tablet wischen und die Sinneseindrücke reduziert werden (Spitzer 2020).

Die Funktionsfähigkeit unseres Gehirns hängt von unserer geistigen Tätigkeit ab. Das Merken von Telefonnummern und Zahlenkombinationen, die Orientierung im Raum und das Kartenlesen sind konkrete Beispiele, wo die Digitalisierung uns Aufgaben abnimmt, aber auch Fähigkeiten verlorengehen oder gar nicht erst angelegt und trainiert werden. »Wenn wir nicht aufpassen, haben wir am Ende verkümmerte Menschen, die mit Unterstützung verbesserter Computer sich selbst und der Welt ungeheuren Schaden zufügen können« (Harari 2019, S. 182). Kindern sollten wir derartige Erfahrungen nicht vorenthalten, denn Denken lohnt sich. Der Computer führt zu einer Entleiblichung des Bewusstseins und fördert eine leibfreie Mühelosigkeit. Die Digitalisierung hat geniale Errungenschaften, die uns Menschen in vielen Bereichen Arbeit abnehmen oder erleichtern. Aber gerade, weil sie uns geistige Tätigkeit abnimmt, ist sie nicht hilfreich für das Lernen und sollte die eigene tiefe geistige Beschäftigung mit einem Thema in der Zeit des Lernens und auch später nicht ersetzen.

Ausblick

Die Digitalisierung wird fortschreiten und nahezu alle Lebensbereiche verändern. Wie bei jeder Veränderung werden auch die Kollateralschäden wie Sucht zunehmen. Ziel ist es, Kinder und

Jugendliche gut auf die Chancen und Herausforderungen der sich verändernden Lebensrealitäten vorzubereiten und ihnen einen möglichst selbstbestimmten und für sich und die Gesellschaft gewinnbringenden Umgang mit der digitalen Technik zu ermöglichen.

Welches Ziel verfolgen wir als Gesellschaft? Ist es der kompetente, konforme, angepasste und funktionierende Nutzer? Oder freie, kreative Menschen, die Verantwortung übernehmen und den Wandel gestalten? Die Technik von heute ist nicht die Technik von morgen. Vor Jahren hat keiner das Smartphone vermisst und erwartet, dass wir auf dem Handy Wischbewegungen machen werden. In zehn Jahren wird die Technik das Smartphone voraussichtlich schon wieder überholt haben. Schon heute beginnen wir, die Geräte interaktiv über Sprache zu steuern (Alexa und Siri), selbstfahrende Autos sind in der Testphase und es wird bereits an der gedanklichen Steuerung gearbeitet. D.h., wir müssen die Kinder auf eine sich ständig verändernde Welt vorbereiten und ihnen Fähigkeiten vermitteln, sich in dieser zurechtzufinden. Wir sprechen von einer digitalen Revolution und disruptiven Entwicklung. Viele Arbeitsplätze werden digitalisiert und von Robotern übernommen, die manche Tätigkeit besser, schneller und sicherer ausführen können. Menschliche Ressourcen werden frei, Arbeit, Besteuerung, soziale Umverteilung müssen neu gedacht und entwickelt werden. All dies sind große Chancen und Herausforderungen. Um diese zu meistern und menschlich zu gestalten und nicht der Technik und großen monopolistischen Konzernen zu überlassen, brauchen wir freie, kreative, selbständig denkende und Verantwortung übernehmende Menschen. Dies sollte Ziel von Erziehung und schulischer Ausbildung sein (Harari 2019).

Die eingangs gestellte Frage ist, wie wir Kinder und Jugendliche auf dem Weg zu selbstbestimmten und für sich und die Gesellschaft gewinnbringenden NutzerInnen der digitalen Technik begleiten. Durch möglichst frühes Heranführen? Oder die Frage, welche Voraussetzungen notwendig sind, um einen selbstbestimmten, sinnvollen Umgang zu ermöglichen.

Der Mensch ist ein körperliches Wesen und die Förderung der Sinneswahrnehmung, auch als Ausdruck seelischer Prozesse und geistiger Aktivitäten, ist ein wesentliches Element der

Erziehung. Der Computer und das Internet entkörperlichen und nehmen uns geistige Tätigkeit ab.

Lernen ist Beziehungslernen. In einer großen Metastudie untersuchte John Hattie, was beim Unterrichten wirkt, und betonte dabei die Bedeutung der Persönlichkeit des Lehrers (Hattie & Zierer 2019). Gerade kleine Kinder lernen, weil sie ihren Lehrer schätzen, und nicht, weil sie später einmal Ingenieur werden wollen. Jeder erinnert sich an Lehrerpersönlichkeiten, die uns begeistert haben, wo der Unterricht Freude machte und viel hängen geblieben ist. Wenn sich die Begeisterung des Lehrers auch auf digitale Lehrmedien bezieht, spricht nichts dagegen, diese ab einem bestimmten Alter mit in den Unterricht zu integrieren. Saint-Exupéry soll gesagt haben: »Wenn Du ein Schiff bauen willst, dann rufe nicht die Menschen zusammen, um Holz zu sammeln, Aufgaben zu verteilen und die Arbeit einzuteilen, sondern lehre sie die Sehnsucht nach dem großen, weiten Meer.« Dies ist die Aufgabe von Schule und Erziehung. Ist dieser Keim gesät und die intrinsische Motivation angelegt, kann das Internet hilf- und segensreich sein. Hier finden sich die Schiffsbauanleitung, der nächste Holz- und Baumarkt und der Weg zum Meer. Aber das bloße Vorhandensein dieser Fakten macht keinen zu einem begeisterten Schiffsbauer und Kapitän.

Medienkompetenz beginnt mit Medienabstinenz. Vor allem kleine Kinder brauchen umfassende basale Sinneserfahrungen und keine Reduktion auf Wischen und visuelle und auditive Eindrücke. Bewegung und auf Bäume klettern fördern nicht nur die kognitiven Fähigkeiten, sondern beugen vielen Zivilisationskrankheiten vor, wie Adipositas, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Kurzsichtigkeit u. a., die zunehmend häufiger schon im Kindesalter auftreten und durch die frühe Mediennutzung verstärkt werden. Wer sich als Kind gerne bewegt – und dies machen Kinder in aller Regel, wenn wir sie nicht vor Bildschirmmedien setzen –, wird sich auch als Erwachsener gerne bewegen. Das freie, fantasievolle kindliche Spiel ist ein zentrales Element in der Persönlichkeitsentwicklung. Im Spiel erfährt das Kind etwas von der Welt. Der Computer ist digital und der Bildschirm gibt mir fertige Bilder. Deshalb erst Pipi Langstrumpf vorlesen und eigene Bilder und Fantasie entstehen lassen und dann den Film mit den Kindern anschauen. Sichere Bindung und uneingeschränkte

Liebe und Akzeptanz sind das Fundament für die weitere Entwicklung und die beste Frühförderung. Begeisterung für das Leben und Lust am Lernen zu vermitteln, kommen später hinzu. All dies findet im bildschirmmedienfreien Raum statt und ist Voraussetzung für einen selbstbestimmten und gewinnbringenden Umgang mit digitalen Medien.

In der weiterführenden Schule kommt dann eine sinnvolle Medienerziehung hinzu. Die rein technische Handhabung können die Jugendlichen meist schon. Neben dem Vermitteln von Programmierkenntnissen geht es darum, die Jugendlichen für den Umgang mit Privatsphäre und Cybermobbing zu sensibilisieren, verlässliche Quellen zu erkennen, Fake und Truth zu unterscheiden und die Geschäftsideen vieler Internetfirmen zu verstehen. »If you are not paying anything, you are not the customer but the product sold.« Die Vermittlung von Lebensfertigkeiten und das Sich-zurechtfinden in einer sich ständig verändernden Welt, ohne dabei das innere Gleichgewicht zu verlieren, ist eine entscheidende Bildungsaufgabe (Harari 2019). Dies sollten wir den SchülerInnen vermitteln und sie zu einem kritischen Diskurs anregen.

Derartige Grunderfahrungen ermöglichen im späteren Leben einen selbstbestimmten Umgang mit den sich ständig verändernden digitalen Medien und sind die beste Prävention für eine Suchtentwicklung. Das Beste für den Menschen ist und bleibt der Mensch.

Während eines kinder- und jugendpsychiatrischen Aufenthaltes werden die Patient*innen darin unterstützt, mit den anderen Jugendlichen und den MitarbeiterInnen in Kontakt zu treten, die interaktionellen Fähigkeiten zu erweitern und sich beim gemeinsamen Spiel oder Kochen, bei kreativen Angeboten, Bewegung und Sport in der Natur, Klettern in der Halle oder am Felsen und anderen Angeboten als selbstwirksam und als Teil einer Gruppe zu erleben. Dies setzt einen ausreichenden Personalschlüssel voraus, welcher in der Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik festgelegt ist und auch für pädiatrisch-psychosomatische Abteilungen gilt. In der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie am Kinder- und Jugendkrankenhaus Auf der Bult in Hannover sind internetfähige digitale Endgeräte zur freien Nutzung auch aus Gründen des Datenschutzes untersagt. Die Patient*innen können zu festen Zeiten mit Angehörigen und

FreundInnen telefonieren. Für schulische Zwecke können der PC der Klinikschule oder, nach Absprache und Begleitung durch die KliniklehrerInnen und den Pflege- und Erziehungsdienst, auch die eigenen digitalen Endgeräte genutzt werden. Gemeinsame Kinoabende können nach Absprache stattfinden. Auch auf pädiatrischen Abteilungen ist es wünschenswert, dass den Kindern und Jugendlichen kreative Angebote, gemeinsames Vorlesen, Anregungen zur Selbstbeschäftigung etc. gemacht werden, als Alternativen zur digitalen Mediennutzung. Es hat sich bewährt, ErzieherInnen als Erweiterung des Stationsteams zu integrieren.

Literatur

- Aiken, M.** (2018): Der Cyber-Effekt: Wie das Internet unser Denken, Fühlen und Handeln verändert. Berlin: Fischer.
- ARD/ZDF-Onlinestudie** (2020): <https://www.ard-zdf-onlinestudie.de/ardzdf-onlinestudie/infografik/> (29.1.2021).
- Beland, L., Murphy, R.** (2015): Ill Communication: Technology, Distraction & Student Performance. Discussion Paper No 1350. <http://cep.lse.ac.uk/pubs/download/dp1350.pdf> (26.7.2018).
- Bleckmann, P.** (2016): Medienmündig: Wie unsere Kinder selbstbestimmt mit dem Bildschirm umgehen lernen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bleckmann, P., Leipner I.** (2018): Heute mal bildschirmfrei: Das Alternativprogramm für ein entspanntes Familienleben. München: Knauer.
- BLIKK** (2017): BLIKK-Medien: Kinder und Jugendliche im Umgang mit elektronischen Medien. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/Abschlussbericht_BLIKK_Medien.pdf (29.1.2021).
- Bundesregierung** (2016): <https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2016/10/2016-10-12-digitalpakt-wanka.html> (23.7.2018).
- Business Insider** (10.1.2018): <https://www.businessinsider.de/screen-time-limits-bill-gates-steve-jobs-red-flag-2017-10?r=US&IR=T> (1.2.2021).
- Crawford, M.** (2016): Die Wiedergewinnung der Wirklichkeit. Berlin: Ullstein.
- Frankfurter Rundschau** (28.11.2017): <http://www.fr.de/kultur/netz-tv-kritik-medien/netz/kuenstliche-intelligenz-facebook-will-suizid-absichten-erkennen-a-1397406> (1.2.2021).
- Frankfurter Allgemeine** (30.7.2018): <http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/wahlversprechen-von-macron-frankreich-fuehrt-handyverbot-an-schulen-ein-15715796.html> (1.2.2021).
- Hancox, R., Milne, B., Poulton, R.** (2004): Association between child and adolescent television viewing and adult health: a longitudinal birth study. *Lancet* 364, 257–263.

- Harari, Y. N.** (2019): 21 Lektionen für das 21. Jahrhundert. München: Beck.
- Hattie, J., Zierer, K.** (2019): Visible Learning Insights. London: Taylor & Francis.
- HAZ** (13.1.2017): <http://www.haz.de/Nachrichten/Medien/Netzwelt/12-Jaehrige-streamt-Suizid-bei-Facebook> (1.2.2021).
- JIM** (2020): Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest/JIM-Studie 2020, https://www.mpfs.de/fileadmin/files/Studien/JIM/2020/JIM-Studie-2020_Web_final.pdf (29.1.2020).
- Lanier, J.** (2018): Zehn Gründe, warum du deine Social Media Accounts sofort löschen musst. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Lankau, R.** (2017): Kein Mensch lernt digital. Weinheim: Beltz.
- Leipner, I.** (2020): Die Katastrophe der digitalen Bildung: Warum Tablets Schüler nicht klüger machen – und Menschen die besseren Lehrer sind. München: Redline.
- Lembke, G.** (2016): Im digitalen Hamsterrad. Ein Plädoyer für den gesunden Umgang mit Smartphone & Co. Heidelberg: medhochzwei.
- MailOnline** (2018): How often do you look at your Phone? <http://www.dailymail.co.uk/sciencetech/article-2783677/How-YOU-look-phone-The-average-user-picks-device-1-500-times-day.html> (3.8.2018).
- Spiegel** (6.5.2018): <http://www.spiegel.de/netzwelt/web/facebook-skandal-cambridge-analytica-soll-daten-bis-2017-gespeichert-haben-a-1206479.html> (1.2.2021).
- Spitzer, M.** (2020): Digitales Unbehagen: Risiken, Nebenwirkungen und Gefahren der Digitalisierung. München: mvg Verlag.
- Spitzer, M.** (2019): Smartphones – so ungefährlich wie Kartoffeln? *Nervenheilkunde*, 38, 90–96.
- Süddeutsche Zeitung** (28.4.2018): <https://www.sueddeutsche.de/digital/whatsapp-mindestalter-1.3957013> (1.2.2021).
- The Guardian** (2.12.2015): <https://www.theguardian.com/teacher-network/2015/dec/02/schools-that-ban-tablets-traditional-education-silicon-valley-london> (1.2.2021).
- Twenge, J.** (2018): iGen: Why Today's Super-Connected Kids Are Growing Up Less Rebellious, More Tolerant, Less Happy – and Completely Unprepared for Adulthood – and What That Means for the Rest of Us. New York: Atria Books.
- Twenge, J.** (2021): Mein Kind, sein Smartphone und ich: Warum es so wichtig ist, die neue Generation zu verstehen. München: Goldmann.
- Winterstein, P., Jungwirth, R.** (2006): Medienkonsum und Passivrauchen bei Vorschulkindern. Risikofaktoren für die kognitive Entwicklung? *Kinder- und Jugendarzt*, 4, 205–211.

Prof. Dr. med. Christoph Möller

ist Chefarzt der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des Kinder- und Jugendkrankenhauses »Auf der Bult«, Hannover, und Leiter der dortigen Therapiestation »Teen Spirit Island« mit spezifischen Behandlungsplätzen für Jugendliche mit Internet- und Computersucht.

Wenn die Arbeit (im Home-Office) zur Sucht wird



von Ute Rademacher

»Workaholics« sind keine Menschen, die besonders leidenschaftlich ihrem Beruf nachgehen, sondern Menschen, die an einer ernst zu nehmenden Verhaltenssucht leiden. Auch wenn es derzeit noch keine klinische Relevanz besitzt, gewinnt das grenzenlose Arbeiten zunehmend an Bedeutung. Denn die Grenzen zwischen Arbeit und Privatleben verschwimmen mehr und mehr.

Die steigende Zahl von Arbeitssuchtgefährdeten und -betroffenen, das Wachstum besonders gefährdeter Branchen und die steigende Verbreitung vom dauerhaften Home-Office verschärfen die Notwendigkeit, sich mit dieser stoffungebundenen Sucht am Arbeitsplatz zu beschäftigen. Es gibt erste Hinweise darauf, dass das Arbeiten im Home-Office die für Regenerationsprozesse unabdingbare physische und mentale Distanz von der Arbeit erschwert. Das Auflösen fester Grenzen zwischen Arbeitsraum und Privatwohnung, beruflichem Austausch mit Kollegen und privatem Chatten erschwert Arbeitenden das Abschalten. Die Gedanken kreisen weiterhin um To Dos und Projekte und stehen Erholungsprozessen im Weg. Die dauerhafte Verbindung zu Kolleginnen

und Kunden mit Hilfe des Smartphone kann es schwieriger machen, von der Arbeit abzuschalten und sich zu erholen¹. Trotz Leistungseinbußen, Stress und schädlicher Folgen für die Gesundheit wird Arbeitssucht jedoch vielfach noch als »Managerkrankheit« belächelt. Dabei untersuchen Ansätze der Arbeits- und Gesundheitspsychologie wie die »Verausgabungsneigung«² und die Differenzierung von exzessivem und zwanghaftem Arbeiten³ schon seit geraumer Zeit mit empirischen Studien unterschiedliche Einflussfaktoren und Formen von Arbeitssucht.

Welche*r Vorgesetzte sieht es schon als problematisch an, wenn seine Mitarbeitenden mit Herzblut bei der Sache sind, sich engagiert in Aufgaben einbringen und jederzeit auch kurzfristig Mehrarbeit übernehmen, ohne zu murren? Wenn in Agenturen, Behörden, Krankenhäusern und Handwerksbetrieben viel zu tun ist, geht ohne engagierte Mitarbeitende nichts mehr. Eine motivierte Belegschaft ist das A und O für wirtschaftlichen Erfolg. Personalentwicklung zielt heutzutage darauf ab, geeignete Rahmenbedingungen für »Employee Engagement«⁴ zu schaffen und zu erhalten. Auch der unfreiwillige Wechsel vom »normalen« Arbeiten zu Zoom-Meetings, digitalem Unterricht und Home-Office gelingt in der Coronakrise nicht, wenn niemand zu mehr als »Dienst nach Vorschrift« bereit ist. Wenn Menschen jedoch nicht nur in zeitlich begrenzten Krisen oder Projekten, sondern permanent viel, lange und intensiv arbeiten, ist dies eher als Indiz für eine bestehende Arbeitssucht denn gesundes Engagement zu werten.

Woran kann man Arbeitssucht erkennen?

Auch wenn überengagiertes Arbeiten nicht mit der »chronischen oder periodischen Intoxikation durch eine Droge« verbunden ist, weist es alle Eigenschaften einer Sucht⁵ gemäß der Definition der Weltgesundheitsorganisation⁶ auf:

■ **Kontrollverlust:** Arbeitssüchtige haben ein subjektiv kaum kontrollierbares Verlangen (»craving«) nach Arbeit, weswegen sie viel Arbeit auf sich nehmen und längere Arbeitspausen vermeiden.

■ **Dosissteigerung:** Arbeitssüchtige neigen dazu, immer mehr Arbeit anzunehmen, und brauchen dies, um den erwünschten Erlebniszustand (»Kick«) zu erleben.

■ **Entzugserscheinungen:** Phasen, in denen Arbeitssüchtige nicht arbeiten können, erzeugen bei ihnen subjektives Unwohlsein und eine innere Unruhe. Nicht selten lesen sie entgegen Vereinbarungen auch am Wochenende oder im Familienurlaub ihre Emails oder reagieren auf berufliche Nachrichten.

■ **Abstinenzunfähigkeit:** Arbeitssüchtige können auf das Arbeiten nicht verzichten und kommen sogar bei attestierter Arbeitsunfähigkeit ins Büro oder den Betrieb (»Präsentismus«).

■ **Psychosoziale Störungen:** Arbeitssüchtige vernachlässigen andere Aufgaben, Interessen und Lebensbereiche zu Gunsten der Arbeit. Freunde und Familie leiden meist spürbar und nachhaltig unter dem grenzenlosen Arbeiten der Betroffenen.

■ **Psychoreaktive Störungen:** Arbeitssüchtige setzen Arbeiten keine Grenzen, auch wenn dies schädliche Folgen für sie selbst und andere hat.

Trotz dieser Übereinstimmungen mit dem Suchtkonzept des internationalen Klassifikationssystems psychischer Verhaltensstörungen (ICD-10) wird die Arbeitssucht (noch) nicht als klinisch relevante Abhängigkeit anerkannt. Dies fördert ihre angemessene Berücksichtigung im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagement nicht. Dabei belegen Studien zur Verbreitung von Arbeitssucht die steigende Zahl von Selbsthilfegruppen sowie spezifische Angebote in psychosomatischen Rehabilitationskliniken die steigende Bedeutung von Arbeitssucht.⁷

Die Grenzen zwischen »gesundem« Engagement und Abhängigkeit vom Arbeiten sind fließend und schwer zu erkennen. Nicht alle Menschen, die viel und hart arbeiten, sind arbeitssüchtig. Das qualitative Erleben des intensiven Arbeitens – und vor allem des Nicht-Arbeitens – ist für die Diagnostik ausschlaggebender als die quantitative Größe geleisteter Überstunden. Empirische Studien weisen nach⁸, dass es nicht



Arbeitsucht kann psychische Probleme, Erschöpfung sowie physische Symptome wie Kopfschmerzen, Magengeschwüre und Herz-Kreislaufprobleme zur Folge haben.

darauf ankommt, wie viele Stunden jemand arbeitet, sondern darauf, welchen Stellenwert die Arbeit im Leben innehat. Stellt sie den hauptsächlichen Lebensinhalt und die wichtigste Quelle von Sinnerleben, positiven Emotionen und Selbstbestätigung dar, weist dies auf Arbeitsucht hin. Pausen, Regeneration und soziale Beziehungen werden vernachlässigt. Die Arbeit übernimmt die Funktion, Spannung abzubauen, positive Momente und Selbstwertgefühle zu erleben.

Die hohe Zahl von Überstunden ist dann die Folge und nicht die Ursache von Arbeitsucht. Wenn die Grenzen zwischen Arbeit und Freizeit bei alternativen Arbeitsmodellen in Start Ups oder Zeiten eines »Lock Down« verloren gehen, fällt die soziale Kontrolle durch Kollegen und Führungskräfte weg. In der Folge fällt es von Arbeitsucht Bedrohten immer schwerer, das Arbeiten zu begrenzen, zumal andere Lebensbereiche der Bestätigung wie soziale Beziehungen oder Mannschaftssport nur noch eingeschränkt oder gar nicht mehr zur Verfügung stehen. Mit zunehmendem Verlauf haben Arbeitssüchtige immer weniger Freude an ihrer Arbeit, machen mehr Fehler und werden auf Dauer krank. Die Folgen von Arbeitsucht umfassen psychische Probleme wie Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Erschöpfung, depressive Verstimmungen und Burn Out sowie physische Symptome wie Kopfschmerzen, Magengeschwüre

und Herz-Kreislaufprobleme⁹.

Wie können Führungskräfte und Betriebsärzte entscheiden, ob Engagement noch als zielorientiert oder schon als arbeitssüchtig zu werten ist? Wissenschaftlich fundierte Fragebögen unterstützen Expertinnen und Experten in der Diagnose von Arbeitsucht. Der Gesundheitspsychologe Wilmar Schaufeli stellt seine niederländische Workaholicismus Skala (DUWAS) in 13 Sprachen kostenfrei zur Verfügung¹⁰.

Das standardisierte Instrument umfasst 5 Items zur Messung exzessiven Arbeitens (z. B. »Es kommt vor, dass ich nachts arbeite, nachdem meine Kollegen Feierabend gemacht haben«) und 5 Items zur Messung zwanghaften Arbeitens (z. B. »Ich fühle mich verpflichtet, hart zu arbeiten, selbst wenn es mir keinen Spaß macht«). Für den englischsprachigen Raum liegen aktuellere mehrdimensionale Instrumente vor¹¹. Inzidenzraten und Normwerte liegen für diese Skalen aufgrund des Mangels an statistisch repräsentativer Vollerhebungen bislang leider noch nicht vor. Für die Abgrenzung von Burnout anlässlich von verminderter Arbeitskraft, Müdigkeit, Schlaflosigkeit und vermehrter Anfälligkeit für körperliche Erkrankungen stehen das Burnout Assessment Tool (BAT) von Schaufeli, das Maslach Burnout Inventar¹² und die Burnout-Screening-Skalen (BOSS)¹³ zur Verfügung. Einfache Checklisten der Anonymen Arbeitssüchtigen¹⁴ können

arbeitsuchtgefährdete Personen zudem selbst dazu anregen, sich mit dem Thema Arbeitsucht aktiv zu beschäftigen und eine Krankheitseinsicht zu unterstützen.

Arbeitsucht verhindern – Prävention und Interventionen

Arbeitsucht zu verhindern ist nicht nur Aufgabe des betrieblichen Gesundheitsmanagements, sondern eine Führungsaufgabe. Der Wechsel vom Arbeiten im Büro zum Home-Office muss nicht nur technisch, sondern auch psychosozial vom Unternehmen begleitet werden. Wie erfahren sind die Mitarbeitenden darin, sich zu motivieren und auch für Pausen und Freizeit zu sorgen? Welche soziale Unterstützung steht für die Bewältigung der Aufgaben zur Verfügung und wie ist diese online erreichbar? Wie kann ich als Führungskraft Menschen mit Lob, Aufmunterung und konstruktivem Feedback auch im Home-Office erreichen und motivieren? Wie gehen wir in unserer Organisation damit um, dass bei ungewohnten Prozessen und Technologien nicht alles auf Anhieb gelingt? Wie können wir voneinander lernen, wenn wir uns kaum noch persönlich austauschen? Das Modell der »Effort-Reward-Imbalance«¹⁵ erklärt Arbeitsucht aus dem Ungleichgewicht aus Arbeitsanforderungen und Belohnungen. Menschen neigen dazu, (zu) geringe Belohnung für (zu) hohe Anforderungen zu tolerieren. Dies kann

→ Seite 30

Internetnutzung: Zwischen Alltagsverhalten und pathogenem Potenzial



von Saskia Ehrhardt

Der PC, das Internet oder die Medien stehen an sich nicht als »Suchtmittel« in einem direkten Zusammenhang mit einem Abhängigkeitsgeschehen. Es ist immer das Nutzungsverhalten, welches das Ausmaß einer Störung annehmen kann.

Haben Sie heute schon Online-Services verwendet?

Die Nutzung des Internets ist ein fester Bestandteil im Alltag von 100 % der 16- bis 24-jährigen Bevölkerung in Österreich (Statistik Austria 2021a). Selbst in der Gruppe der ältesten Befragten zwischen 65 und 74 Jahren beträgt der Anteil der Personen, die in den letzten drei Monaten das Internet genutzt haben, aktuell 65,5 % (Statistik Austria 2021a). Im Jahr 2005 waren es in dieser Kategorie gerade einmal 8,5 % (Statistik Austria 2021b). Parallel zur weit verbreiteten Nutzung des Internets wird die Auseinandersetzung um dessen Gefahrenpotenzial geführt. Hier können verschiedene Diskussionsstränge beobachtet werden. Ein Schwerpunkt liegt bei der Frage, welche Auswirkungen die Nutzung bestimmter Online-Services auf die Persönlichkeitsentwicklung vor

allem junger Menschen hat. Jüngstes Beispiel dafür sind die Whistleblower-Aussagen zu Social-Media-Plattformen (IT-Times 2021). Eine andere Debatte bewegt sich um die Geschäftsmodelle, die hinter den Online-Services liegen. Eng damit verbunden ist die Kontroverse um eine gezielte Beeinflussung des Nutzungsverhaltens (Ehrhardt et al. 2019). Die Bezeichnung eines störungswerten Verhaltens wird nach wie vor unter der Verwendung einer Vielzahl von Begriffen (Rumpf et al. 2021) und Erklärungsmodellen geführt.

Potpourri der Bezeichnungen pathologisch-dysfunktionalen Verhaltens

Bereits 1996 wurde der Begriff Internet Addiction eingeführt (Rumpf et al. 2021:182). Mitte der 1990er-Jahre war eine internetbezogene Nutzungsstörung noch nicht diagnostisch verortet, so Kiepe & Müller (2021). Es wurden in den folgenden Jahren viele unterschiedliche Bezeichnungen für internet-assoziierte Verhaltenssüchte verwendet (Rumpf et al. 2021:182). Zu finden waren Begriffe wie z. B.: »Compulsive, Problematic, Dysfunctional oder Pathological Internet Use«. Andere Störungsbezeichnungen wurden von den verwendeten Endgeräten abgeleitet (z. B. Smartphone-Addiction) oder es handelte sich um übergeordnete Bezeichnungen (z. B. Media Addiction). Rumpf et al. (2021) sprechen sich für eine Vereinheitlichung der Bezeichnungen für Verhaltenssüchte aus. In der ICD-11 kann künftig zwischen Gambling und Gaming Disorder unterschieden werden. Dabei ist zusätzlich eine Differenzierung zwischen vorwiegend Online- oder Offline-Gebrauch möglich. Rumpf et al. (2021) schlagen als deutsche Übersetzung für Gaming Disorder den Begriff »Computerspielsstörung« (ICD-11: 6C51) vor. Für eine überwiegend online ausgeübte Verhaltensweise (ICD-11: 6C51.0) könne alternativ die Bezeichnung »Internetnutzungsstörung« verwendet werden, so Rumpf et al. (2021:184). Folgende drei

diagnostische Kriterien kennzeichnen eine Internetnutzungsstörung nach der ICD-11 (Kiepe & Müller 2021:2):

1. Kontrollverlust über das Nutzungsverhalten
2. Bedeutungserhöhung bzw. Priorisierung der Nutzung, wodurch andere Lebensbereiche (Freizeitverhalten und Alltagsaktivitäten) beeinträchtigt oder verdrängt werden
3. Fortführung der Nutzung trotz der dadurch entstehenden negativen Folgeerscheinungen.

Das dritte Kriterium spezifiziert die negativen Folgeerscheinungen im Hinblick auf die soziale Funktionsfähigkeit (soziale, familiäre, partnerschaftliche Beziehungen, Ausbildung, Bildung, Beruf oder andere wichtige Bereiche), die durch das Verhalten stark beeinträchtigt wird.

Pathogenes Potenzial von Online-Services und Internetanwendungen

Kiepe & Müller (2021:2) unterstreichen, dass »(...) der PC, das Internet oder gar die Medien an sich nicht als ‚Suchtmittel‘ in einem direkten Zusammenhang mit einem Abhängigkeitsgeschehen stehen«. Vielmehr ist es immer das Nutzungsverhalten, welches das Ausmaß einer Störung annehmen kann. Diese Differenzierung ist notwendig, um die Vorzüge einer funktionalen Nutzung von Internet und Online-Services nicht aus dem Blick zu verlieren. Aktuelle Modelle zur Erklärung der Entstehung von Internetnutzungsstörungen, wie das I-PACE-Modell (Brand et al. 2016) oder das Vulnerabilitäts-Prozessmodell der Internet- und Computerspielsucht (Müller et al. 2018), gehen von einem multifaktoriellen Geschehen bei der Ausprägung einer Verhaltenssucht aus. Bestimmende, sich wechselseitig beeinflussende Faktoren sind in diesen Modellen prädisponierende Merkmale der Person, beeinflussende Merkmale der sozialen Lebenswelt sowie Strukturmerkmale der genutzten Technologie. Speziell zum letzten Aspekt gibt es aber

Defizite hinsichtlich der Aussagen über »strukturelle und inhaltliche Charakteristiken der genutzten Internetanwendung« (Müller et al. 2018:41) und deren Einfluss auf das Nutzungsverhalten.

Die Schnittstelle zwischen verwendeten Technologien (Software und Hardware) und dem Nutzungsverhalten wird über das Design der Online-Services und Internetanwendungen moduliert. Diese Schnittstelle wird auch Benutzerschnittstelle genannt. Geschäftsmodelle der meist genutzten Anbieter¹ basieren auf einem intensiven, hochfrequenten Gebrauch und dem Binden der Aufmerksamkeit der Nutzer*innen über eine so lange Dauer wie möglich (Eyal 2017; Ehrhardt et al. 2019; Andree 2020; Montag et al. 2021). Über das hochoptimierte Design der Benutzerschnittstelle werden bereits bei der Produktentwicklung Anreize implementiert, die das Nutzungsverhalten im Sinne der Geschäftsmodelle beeinflussen sollen. Die Designs der Benutzerschnittstelle adressieren oftmals emotionale Bindung, Belohnungseffekte, Gewohnheits- und Gemeinschaftsbildung sowie Zugehörigkeitsempfinden (Ehrhardt et al. 2019). Es gibt aktuelle Hinweise darauf, dass in frühen Stadien einer Verhaltensstörung besonders Belohnungseffekte das

Verhalten maßgeblich beeinflussen. In späteren Stadien eines Suchtverhaltens scheinen dagegen Kompensationsmechanismen eine größere Rolle zu spielen (Marke et al. 2019). Werden die Erkenntnisse der Suchtforschung mit den bekannten Strukturmerkmalen der Internetanwendungen in Beziehung gesetzt, kann das pathogene Potenzial verdeutlicht werden. Persönliche Grundbedürfnisse (Belohnung, Emotionalität, Zugehörigkeit) werden über Produktdesigns adressiert und so wird ein bestimmtes Verhalten provoziert. Das Nutzungsverhalten wird ebenso durch Kernmerkmale der Person und die soziale Lebenswelt beeinflusst.

Sensibilisieren für die Nutzungsmotivation als Präventionsbaustein

Für die Aufrechterhaltung eines funktionalen Gebrauchs von Internetanwendungen und Online-Services ist eine bewusste Nutzung wesentlich. Präventiv sollten Nutzer*innen (unabhängig vom Alter) ihre Nutzungsmotivation reflektieren. Leitfragen können hier sein: Wer benutzt welche Anwendungen? Warum werden die Anwendungen verwendet? Wie werden die Anwendungen gebraucht? Welche Funktion erfüllt die

Anwendung? Eine Aufklärung über das Design von Internetanwendungen und Online-Services sowie über zugrunde liegende Geschäftsmodelle ist eine weitere Voraussetzung für eine mündige und funktionale Nutzung des Internets. Spezifische Präventionsprogramme von professionellen Einrichtungen sollten bereits für Kinder und Jugendliche, generell jedoch für alle Altersgruppen angeboten werden.

¹ Die Top 10 der Anbieter nach Total Duration (Stunden/Monat), alle Endgeräte kombiniert (Desktop, Smartphone, Tablet), Gesamtbevölkerung Deutschland 14 Jahre und älter, Zeitperiode 04/2019: YouTube (1); Apple (2); Facebook (3); WhatsApp (4); Google (5); Amazon (6); eBay (7); Instagram (8); Web.de (9); Spotify (10).
Quelle: Andree/Thomsen (2020:44).

Literatur kann in der Redaktion angefragt werden.

Mag.^a Saskia Ehrhardt, MA

Studien der Pädagogik, der psychoanalytisch orientierten Sozialtherapie im Suchtbereich, der Sozialwirtschaft und Sozialen Arbeit. Hauptberuflich beschäftigt am Masterstudiengang »Sozialraumorientierte und Klinische Soziale Arbeit« an der FH Campus Wien. Vorstandsmitglied des European Centre for Clinical Social Work (ECCSW).«



Geschäftsmodelle der meist genutzten Anbieter basieren auf dem Binden der Aufmerksamkeit der Nutzer*innen über eine so lange Dauer wie möglich.

Multimodale Suchttherapie bei substanzbezogenen Störungen im Kindes- und Jugendalter



von Moritz Noack

Die Behandlung von substanzbezogenen Suchtstörungen in der Altersgruppe stellt vor Herausforderungen, die unterschiedliche Ansatzpunkte und eine gute Zusammenarbeit im Helfersystem benötigen.

Multimodale Therapie bezeichnet die Verknüpfung verschiedener Ansätze zur Herstellung möglichst optimaler Behandlungsergebnisse. In der Therapie von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen wurden diese Begrifflichkeiten bisher vor allem für sich langsam entwickelnde und anhaltende Erkrankungen wie Adipositas und Schmerzstörungen, aber auch für expansive Störungsbilder wie ADHS (AWMF, 2018), Störung des Sozialverhaltens (AWMF, 2020) und zuletzt auch für substanzbezogene Suchtstörungen in der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen (Golub, 2021) verwendet.

Zusätzlich weisen substanzbezogene Störungen im Kindes- und Jugendalter Entstehungsmuster auf, die ihren Ursprung in der Regel in persönlichen (biologischen) Eigenschaften, psychischen Faktoren (Denk-, Gefühls- und Verhaltensweisen) und die Umgebung betreffenden (sozialen) Rahmenbedingungen haben. Therapieformen, die nach diesem multifaktoriellen bio-psycho-sozialen

Modell (Engel, 1976) entstandene Störungsbilder ausreichend und anhaltend beeinflussen, benötigen einen vielseitigen Ansatz. Teilt man die professionelle Intervention und Behandlung in verschiedene Anteile sowie in der interdisziplinären (Team-)Arbeit auf verschiedene Berufsgruppen auf, kann das unterschiedliche Zugänge ermöglichen und Betroffene, Angehörige und professionelle Helfer hilfreich vernetzen.

Motivation und Therapieeinstieg

Suchtmittelkonsum bei Kindern und Jugendlichen schafft oft eine kritische Distanz zu Erwachsenen. Experimentiert wird mit Nikotin, Alkohol und illegalen Drogen am ehesten in der Peergroup, abseits vom Einfluss der Eltern oder anderer zuständiger Angehöriger. Ein anfänglicher Konsum verfestigt sich im weiteren Verlauf am ehesten ebenfalls ohne Auseinandersetzung mit der älteren Generation. Nicht selten zeigen sich bei früh betroffenen Jugendlichen auch biologische Vulnerabilitäten sowie Suchterkrankungen oder andere Belastungen bei den Eltern (Klein et al., 2013; Ulrich et al., 2010).

In den vergangenen Jahren haben sich vor allem niederschwellige Zugangsformen, Gesprächsmethoden und Haltungen in Beratung und Therapie etabliert und als hilfreich erwiesen, die motivationsfördernd mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen arbeiten. Ein wesentliches Ziel früher Interventionen stellt die Reflexion des eigenen Suchtmittelgebrauchs der konsumierenden Betroffenen dar. Für eine Verhaltensänderung ist zudem die Erfassung von Diskrepanzen bzw. Unterschieden zwischen dem aktuellen Suchtmittelkonsum und alternativen, damit nicht zusammenpassenden Wünschen, Bedürfnissen und Lebenszielen der Jugendlichen erforderlich. Motivationsfördernde Ansätze wie das Motivational Interviewing (Miller und Rollnick, 2013) ermöglichen dabei strukturierte sowie empathie- und klientenzentrierte Zugänge.

Zur Herstellung einer Bereitschaft zur Verhaltensänderung, Konsumreduktion oder Abstinenz benötigt es häufig

zusätzliche Unterstützung aus dem Umfeld der betroffenen Kinder und Jugendlichen. Hier wird oft unterschätzt, dass »offene Momente« der Reflexionsbereitschaft insbesondere von wichtigen Personen im persönlichen Leben der betroffenen Kinder und Jugendlichen angestoßen werden können, die als »signifikant Andere« aus dem Umfeld heraus die Inanspruchnahme, Aufrechterhaltung und das Gelingen von therapeutischen Interventionen unterstützen können (Reis, 2012). Wo immer möglich, sollte versucht werden, Eltern, Angehörige und Gleichaltrige mit positivem Einfluss in die Suchttherapie miteinzubeziehen.

Suchttherapie und jugendliche Konsummuster

Jugendliche kommen oft erst nach längerer eigener oder noch öfter intensiver Auseinandersetzung mit ihrem Umfeld in Beratung und Therapie. Häufig werden dafür mehrere Anläufe benötigt. Mitunter sind gerichtliche Anweisungen oder Therapie-statt-Strafe-Konzepte notwendig.

Suchttherapie bei Kindern und Jugendlichen ist deutlich seltener als bei Erwachsenen und wird noch seltener spezialisiert angeboten. Neben der Behandlung von alkoholbezogenen Störungen, die ebenfalls noch nicht in dem Ausmaß wie im Erwachsenenalter notwendig werden, richtet sich die Therapie in der Altersgruppe vor allem an Störungen, die durch den regelmäßigen Konsum von Cannabis entstanden sind. Das liegt zum einen an der weiten Verbreitung: In einer der letzten österreichischen Bevölkerungserhebungen ergeben sich für Jugendliche und junge Erwachsene (15 bis 24 Jahre) eine Lebenszeitprävalenz (Prävalenz = Häufigkeit des Auftretens) von 29 Prozent, eine Jahresprävalenz von 19 Prozent und eine Monatsprävalenz von acht Prozent für Cannabiskonsum (Strizek et al., 2016). Auch im europäischen Vergleich wurde bei Jugendlichen und Erwachsenen insgesamt in den Jahren von 2009 bis 2019 ein Anstieg von Erstbehandlungen mit Cannabis um 45 Prozent verzeichnet. Im gleichen Zeitraum waren 35 Prozent aller Nachfragen spezialisierter Drogenbehandlungen mit Cannabis assoziiert (EMCDDA, 2021).



Suchttherapie bei Kindern und Jugendlichen ist deutlich seltener als bei Erwachsenen und wird noch seltener spezialisiert angeboten.

Konsumerfahrungen mit anderen illegalen Drogen liegen laut dem Bericht zur Drogensituation in Österreich (Horváth et al., 2020) in der Allgemeinbevölkerung zwischen zwei und vier Prozent für Ecstasy, Kokain und Amphetamine sowie zwischen ein und maximal zwei Prozent für Opioide und Neue psychoaktive Substanzen. Während in der Suchttherapie von Erwachsenen bei den illegalen Drogen der Opioidekonsum – meist mit polytoxikomanem Konsummuster – aufgrund der längeren Behandlungsnotwendigkeit zahlenmäßig weiterhin vorherrscht, dominiert in der Suchtbehandlung von Kindern und Jugendlichen die Leitdroge Cannabis. Kokain, Stimulanzien und andere Drogen stellen laut dem Bericht zur Drogensituation 2020 in Österreich nur für einen kleinen Teil der behandelten Klientel die Leitdroge dar.

Wahl des Behandlungssettings

Auch bei Kindern und Jugendlichen beeinflussen Schweregrad und Krankheitsentwicklung die Wahl des Therapiesettings. Grundsätzlich sind bei Suchterkrankungen Minderjähriger die am wenigsten

einschränkenden Maßnahmen zu wählen. Hier stehen in Österreich ambulante Einrichtungen der Jugendberatungen und Jugendsuchtberatungen als niederschwellige Anlaufstellen mit spezialisierter Ausrichtung auf die Altersgruppe zur Verfügung (Horváth et al., 2020). Da Suchterkrankungen bei Kindern und Jugendlichen oft erst in einem späteren Verlaufsstadium erkannt werden, reichen ambulante Maßnahmen dann nicht aus. Im stationären Setting stellen qualifizierte Entzugsbehandlungen einen wichtigen ersten Behandlungsbaustein dar, der weitere Therapien psychischer Komorbiditäten sowie die Vermittlung in teilhabeorientierte Langzeittherapien erst ermöglicht. Spezialisierte Langzeitbehandlungen/Rehabilitationen für Jugendliche werden in Österreich unter anderem auch in Einrichtungen des Grünen Kreises, wie den Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen sowie Sozialhilfeeinrichtungen Waldheimat und Binder, erbracht.

Psychische Komorbidität

Psychische Komorbiditäten finden sich in Studien bei circa 60 Prozent der Patienten

mit substanzbezogenen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Stolle et al., 2009). Psychische Komorbiditäten stellen somit nicht die Ausnahme, sondern die Regel in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit suchtbefragten Störungen dar.

Psychische Komorbiditäten können als ursprüngliche Erkrankungen das Auftreten einer substanzbezogenen Störung beeinflussen oder als Folge anhaltenden Substanzmissbrauchs entstehen. Ein fortgesetzter Substanzkonsum wiederum wirkt sich komplizierend auf den Verlauf psychischer Komorbiditäten aus. Bei Kindern und Jugendlichen in Suchttherapie finden sich Störungen des Sozialverhaltens mit und ohne Hyperaktivität, depressive Störungen, Angststörungen, sozialphobische Störungen, Persönlichkeitsentwicklungsstörungen, Essstörungen, substanzinduzierte Psychosen und schizophrene Psychosen. Alle diese Störungsbilder benötigen fachliche kinder- und jugendpsychiatrische Expertise in Diagnostik und Behandlung.

Evidenzbasierte Psychotherapie

Kinder und Jugendliche mit substanz-

→ Seite 31

Unser Betreu

Prävention

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

In Betrieben

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

In Schulen

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

Beratung

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

Unser Angebot richtet sich an

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

Stationäre Kurzzeittherapie

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

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

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

Stationäre Langzeittherapie

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

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

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



Leistungsangebot

Ambulante Behandlung/Rehabilitation

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

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

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

Stationäre Dauerbetreuung

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

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

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

Stationärer Vollentzug & Teilentzug

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

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

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

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

AMS-NÖ Beschäftigungsprojekt

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

Neue psychoaktive Substanzen (NPS) in Österreich



von Susanna Dorner-Schulmeister



und Charlotte Klein

Substanzen eine Gefahr ausgeht und wohin man sich bei Fragen und Notfällen wenden kann.

Was ist das österreichische Informations- und Frühwarnsystem?

Das österreichische Informations- und Frühwarnsystem sammelt Informationen über Gesundheitsrisiken durch neu auftretende psychoaktive Substanzen, bewertet diese Substanzen rasch und stellt diese Informationen für das Suchthilfesystem und die Suchtprävention zur Verfügung. Das Kompetenzzentrum Sucht koordiniert in Kooperation mit der Vergiftungsinformationszentrale (ViZ) dieses Informations- und Frühwarnsystem (Sammeln, Aufbereiten und Verbreiten der in das System eingespeisten Informationen).

Was sind neue psychoaktive Substanzen?

Neue psychoaktive Substanzen sind unter anderem auch bekannt als »Research Chemicals«, »Legal Highs« oder Designerdrogen. Es handelt sich dabei um Substanzen, die psychoaktiv wirken, aber im Gegensatz zu ähnlich wirkenden traditionellen Suchtgiften nicht oder noch

nicht unter die gesetzlichen Verbote des Suchtmittelgesetzes fallen. Als »Research Chemicals« werden gezielt neue chemische Verbindungen geschaffen, die die Wirkung illegalisierter Drogen imitieren, um die internationalen und nationalen Suchtmittelbestimmungen zu umgehen. Teilweise handelt es sich dabei auch um Abfallprodukte aus der Arzneimittelforschung (BMSGPK 2021). Meist werden diese Substanzen in Asien in eigenen Labors im großen Maßstab produziert (BMI 2021, EBDD 2021). In Österreich ist als Gegenmaßnahme seit 1.1.2012 das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG) in Verbindung mit der Neue-Psychoaktive-Substanzen-Verordnung (NPSV) in Kraft. In diesem Gesetz ist ein Verbot der Erzeugung, der Ein- und Ausfuhr sowie der Überlassung, Verschaffung und Weitergabe von bestimmten Substanzgruppen festgelegt (BMI 2021, BMSGPK 2021).

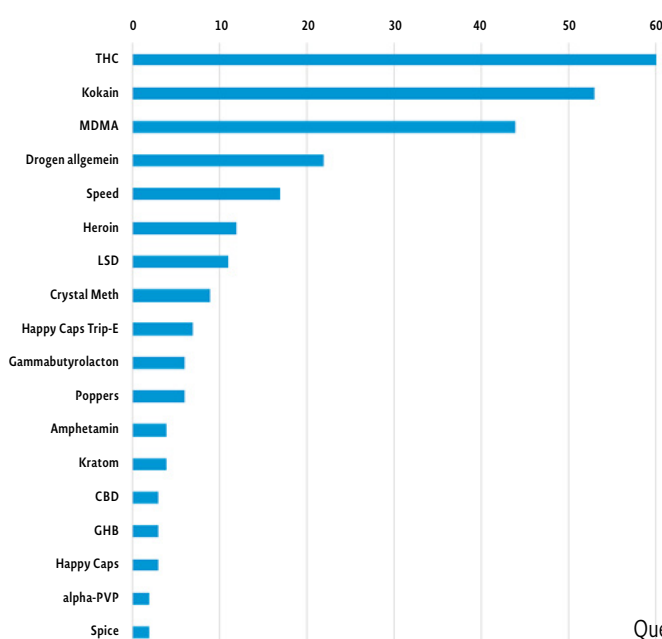
Anfragen wegen Vergiftungen mit Drogen an die ViZ

Von den insgesamt rund 280 Anfragen zu Drogen im Jahr 2020 an die ViZ betrafen ungefähr 17 Prozent neue psychoaktive Substanzen.

Das österreichische Informations- und Frühwarnsystem

Seit 2010 ist im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) das »Informations- und Frühwarnsystem für den Fall besonderer Gesundheitsgefahren« am Kompetenzzentrum Sucht der Gesundheit Österreich GmbH angesiedelt.¹ Eine zentrale Aufgabe dieses Projektes ist die Beobachtung von sogenannten »neuen psychoaktiven Substanzen« (NPS) in Österreich in enger Kooperation mit der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD). Im Folgenden wird eingangs das Informations- und Frühwarnsystem kurz beleuchtet und erläutert, was neue psychoaktive Substanzen sind. Im Anschluss wird der Frage nachgegangen, warum von diesen

Substanzen 2020



Quelle: GÖG 2021

¹ Informations- und Frühwarnsystem - psychoaktive Substanzen (EWS-AT) | Gesundheit Österreich GmbH (goeg.at)

Im Jahr 2020 dominierten in der Beratungssituation der ViZ traditionelle Suchtgifte wie Cannabis und Kokain, dicht gefolgt von MDMA. Neue psychoaktive Substanzen (z. B. alpha-PVP, teilweise auch in Happy Caps) werden selten berichtet. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei den Beratungseinrichtungen und Drug-Checking-Angeboten, wie z. B. checkit! in Wien und MDA Basecamp in Innsbruck (Anzenberger et al. 2021; Busch et al. 2021).

Warum sind neue psychoaktive Substanzen so problematisch?

Aufgrund des dynamischen Marktes, in dem regelmäßig neue NPS auftauchen, ist über mögliche Wirkungen, Wechselwirkungen und Gesundheitsrisiken zunächst meist wenig bis gar nichts bekannt. Konsumierende können daher nicht auf Erfahrungen mit diesen Substanzen zurückgreifen. NPS kann man nach ihrer gewünschten Wirkungsweise – wie z. B. psychostimulierend, halluzinogen, sedierend – einteilen. Ebenso werden NPS auch aufgrund ihrer chemischen Eigenschaften in Substanzgruppen gegliedert. Beim Konsum besteht wegen der unbekanntem Zusammensetzung immer die Gefahr einer Vergiftung. Auf drei Substanzgruppen, die sowohl wegen der Häufigkeit als auch bezüglich der gesundheitlichen Gefährdung prägend sind, wird im Folgenden exemplarisch genauer eingegangen:

■ Synthetische Cathinone:

z. B.: Methylon, Ethylon, Butylon, Methcathinon, MDPV

Sie werden in erster Linie wegen ihrer stimmungsaufhellenden Wirkung konsumiert. Als Nebenwirkung können Beschwerden im Bereich des Herz-Kreislauf-Systems auftreten, aber auch neurologische und psychiatrische Symptome sind möglich.

Fallbeispiel aus der Beratungssituation in der ViZ

Ein Mann im mittleren Alter wurde von der Polizei wegen seines auffälligen Verhaltens ins Krankenhaus eingeliefert. Er gab dort an, eine unbekannte Menge an sogenannten »Badesalzen« (synthetische Cathinone) geschnupft zu haben. Bei der Aufnahme hatte der Patient Herzrasen, einen erhöhten Blutdruck und ruckartige unbeabsichtigte Bewegungsmuster. Auf der Intensivstation wurden die Bewegungsstörungen durch Sedierung mit Propofol behandelt. Der Patient konnte in

weiterer Folge im stabilen Allgemeinzustand auf die Psychiatrie verlegt werden.

■ Synthetische Cannabinoide

z. B.: CP74, 497, JWH-007, -015, -018; sie sind in der Szene gut bekannt unter anderem als »Räuchermischung«, »Spice K2«, »K2 Blond«

Sie wirken euphorisierend und bewirken eine Enthemmung, die oft durch einen deutlichen Rededrang gekennzeichnet ist. Auch hier können als Nebenwirkungen Herz-Kreislauf-Beschwerden und Symptome auftreten.

Fallbeispiel aus der Beratungssituation in der ViZ:

Ein Mann kam ins Krankenhaus zur Aufnahme wegen massiven Erbrechens und unklarer Bauchschmerzen. Bei der Aufnahme fiel seine motorische Unruhe mit auffälligem Bluthochdruck auf. Der Patient gab an, eine unbekannte Menge an synthetischen Cannabinoiden (sogenannte »Räuchermischung«) geraucht zu haben. Nach Behandlung der Symptome konnte er wieder nach Hause entlassen werden.

■ Synthetische neue Opioiden (NPS-Opioiden)

In erster Linie haben diese Substanzen eine schmerzstillende, euphorisierende und auch sedierende Wirkung. Es besteht die Gefahr einer zu stark dämpfenden Wirkung mit Atem- und Herz-Kreislauf-Versagen.

Fallbeispiel aus der Beratungssituation in der ViZ

Im Jahr 2019 kam es in Deutschland gehäuft zu Vergiftungsfällen mit U-47700, auch in Österreich wurde diese Substanz mehrmals nachgewiesen. Zwei junge Männer hatten U-47700 konsumiert und mussten aufgrund schwerer Symptome wie Koma, Ateminsuffizienz und Herzrhythmusstörungen intensivmedizinisch betreut werden. Eine Person verstarb. U-47700 wurde aufgrund seiner besonders hohen Gesundheitsgefährdung 2019 ins Suchtmittelgesetz aufgenommen (RIS; Zugriff 15.12.2021).

Weitere Substanzgruppen, die sich ebenfalls am Markt befinden, sind unter anderem Piperazinderivate (z. B. »Jax«), Phenylethylamine (z. B. »Woof woof«), Tryptamine und auch neue Benzodiazepine (NPS-Benzodiazepine). Insbesondere »Research Benzodiazepine« wie beispielsweise Etizolam und gefälschte Arzneimittel (beispielsweise gefälschte »Xanax«-Tabletten) bereiten zunehmend Sorgen. Es handelt sich hier häufig um

sehr potente Mittel (d. h.: erhöhte Gefahr einer Überdosierung) mit hohem Abhängigkeitspotenzial (Drogenarbeit Z6).

An wen kann ich mich wenden?

Sogenannte Drug-Checking-Angebote, wo verdächtige Substanzen vor dem Konsum zum Testen abgegeben werden können, gibt es in Wien (Informationen siehe: checkit.wien) und in Innsbruck (Informationen siehe: drogenarbeit6.at). Hier werden auch vertrauliche Beratung und Betreuung angeboten. Österreichweite Behandlungsangebote zum Thema Abhängigkeit finden sich im Suchthilfekompass: <https://suchthilfekompass.goeg.at/>.

Literatur

Anzenberger et al. (2021): Epidemiologiebericht Sucht 2021. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Gesundheit Österreich, Wien.

Bundesministerium für Inneres (BMI, 2021): Lagebericht Suchtmittelkriminalität 2020. Wien.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK, 2021): Information zu Neuen Psychoaktiven Substanzen (NPS). sozialministerium.at; Zugriff am 26.11.2021.

Busch et al. (2021): Bericht zur Drogensituation 2021. Gesundheit Österreich, Wien.

checkit! (2021): Jahresbericht 2020. checkit.at; Jahresbericht-2020-Final.pdf.

Drogenarbeit Z6: XanaX. drogenarbeit6.at; Zugriff am 12.12.2021.

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD, 2021): New psychoactive substances: health and social responses; 26.10.2021.

Rechtsinformationssystem RIS Dokument (2021). bka.gv.at; Zugriff am 15.12.2021.

Dr.ⁱⁿ med. univ. Susanna Dorner-Schulmeister ist Ärztin in der Vergiftungsinformationszentrale (ViZ). Sie ist die medizinische Leiterin des Informations- und Frühwarnsystems der Gesundheit Österreich GmbH. Die ViZ betreut die Notrufnummer in Österreich, unter der Ärztinnen und Ärzte bei Verdacht auf eine Vergiftung rund um die Uhr telefonisch beraten.

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Charlotte Klein

ist seit 2018 stellvertretende Abteilungsleiterin des Kompetenzzentrums Sucht. Sie leitet seit 2021 das Projekt »Informations- und Frühwarnsystem«. Das Kompetenzzentrum Sucht ist die führende Institution im Bereich Sammlung, Analyse und Verfügbarmachung empirischer und strategischer Daten in Bezug auf illegale Drogen, Alkohol, Tabak, Glücksspiel und andere suchtrelevante Verhaltensweisen in Österreich.

»Neue« Süchte in der Therapeutischen Gemeinschaft



von Verena Prietl

In der stationären Suchttherapie treten die sogenannten »neuen« Süchte immer mehr in den Fokus der Therapie – eine Reihe von Abhängigkeiten, die nicht im Zusammenhang mit dem Konsum bestimmter stoffgebundener Substanzen stehen und somit zu den Verhaltenssüchten gezählt werden können.

Klassischerweise suchen in unseren Einrichtungen Klient*innen Hilfe und Unterstützung, die an substanzgebundenen Süchten wie einer Alkohol- oder Drogenabhängigkeit oder an einer substanzungebundenen Sucht wie der Spielsucht leiden. Der einzige Weg scheint zu diesem Zeitpunkt für die meisten das Aufsuchen eines geschützten Rahmens zu sein, um den notwendigen Abstand zum Konsum zu erlangen und dem Verlangen nach den Substanzen zu widerstehen. Die Flucht vor den eigenen Gefühlen, den Problemen, mit denen man sich im Alltag, in Beziehungen konfrontiert sieht, die Suche nach der Erfüllung bzw. Befriedigung der eigenen Bedürfnisse – all das hofft man, nun endlich in Angriff nehmen zu können.

Man findet sich in einer *Therapeutischen Gemeinschaft* wieder, fühlt sich weniger allein und ist eingebettet in eine Struktur, die einem Halt und Sicherheit zu geben vermag. Beschäftigungstherapie und eine aktive Freizeitgestaltung vermitteln einem wieder das Gefühl, lebendig und Teil einer Gesellschaft zu sein. Das Einfinden in diese neue Welt stellt zu Beginn das zentrale Thema dar. Mit fortschreitender Therapiedauer scheint die Konfrontation mit den eigenen Themen allerdings unausweichlich. Negative Gefühle treten wieder in den Vordergrund. Gefühle, die man durch den Konsum so lange versucht hat zu unterdrücken.

In der stationären Suchttherapie treten die sogenannten »neuen« Süchte immer mehr in den Fokus der Therapie – eine Reihe von Abhängigkeiten, die nicht im Zusammenhang mit dem Konsum bestimmter stoffgebundener Substanzen stehen und somit zu den Verhaltenssüchten gezählt werden können. Exzessiver Gebrauch von elektronischen Medien und dem Internet oder

auch ein erhöhtes sexuelles Verlangen stellen immer wiederkehrende Themen in der Arbeit mit Klient*innen in der *Therapeutischen Gemeinschaft* dar. Oftmals besteht neben einer substanzbezogenen Störung bereits ein problematisches Spiel- oder Sexualverhalten. Dabei sollten komorbid auftretende psychiatrische Erkrankungen (z. B. Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, Depressionen) in die Behandlung miteinbezogen werden.

Die Benutzung von Internet, Computer und Smartphones gehört heutzutage für die meisten Menschen zum Alltag. Dies ist auch sichtbar in der Entwicklung der stationären Suchttherapie, bei der das Lernen eines gesunden Umgangs mit elektronischen Medien und dem Internet mittlerweile auch einen Teil der therapeutischen Arbeit darstellen. Der Begriff Internetsucht bezieht sich auf eine Reihe von internetbezogenen Verhaltensweisen, die einen Suchtcharakter annehmen können. Dazu zählen z. B. der suchtartige Gebrauch von sozialen Medien, Online-Gaming oder auch von Seiten mit pornografischen Inhalten. Angesprochen werden dabei die unterschiedlichsten Bedürfnisse eines Menschen, wie z. B. das Bedürfnis nach Zuwendung, Zugehörigkeit, Anerkennung, Kommunikation oder Sex.

Im therapeutischen Alltag sehen Klient*innen im exzessiven Computerspielen oder beim Surfen im Netz zudem eine einfache Möglichkeit, sich von Alltagsproblemen abzulenken oder vor der Realität zu flüchten. Das Überwinden von Schüchternheit, das Finden von Anschluss zu anderen Menschen, der sonst im Leben fehlt, oder das Entwickeln einer neuen Identität, die im realen Leben nicht mithalten kann, stärken vermeintlich dabei noch zusätzlich den Selbstwert. Ab wann spricht man nun von süchtigem Verhalten

oder gar von einer Suchterkrankung? Eine Abgrenzung zu einem »normalen« (Konsum-)Verhalten stellt sicherlich eine Herausforderung dar. Orientieren kann man sich hierbei dennoch an den Kriterien, die auch bei der Diagnostik anderer Süchte herangezogen werden. So berichten Klient*innen, dass sie ihr problematisches Spielverhalten nicht mehr kontrollieren oder aufgeben können, auch wenn dies mit negativen Konsequenzen in allen Lebensbereichen verbunden ist. Sichtbar sind zudem Veränderungen im Verhalten und im Gefühlserleben der Betroffenen, wie in der Vernachlässigung von Verpflichtungen, von Aktivitäten, die zuvor Spaß gemacht haben, oder des Erscheinungsbildes. Klient*innen weisen Stimmungsschwankungen auf, leiden unter Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren sowohl unter Langeweile und Unruhe oder zeigen Veränderungen ihrer Schlaf-, Ess- und sexuellen Gewohnheiten. Klient*innen reagieren oft gereizt und nervös, wenn sie keinen Zugang zu einem elektronischen Gerät haben. Viele sind sich zwar der Problematik bewusst, sehen sich aber dennoch nicht in der Lage, ihr aktiv entgegenzusteuern.

Dass das Charakteristikum jeder Suchterkrankung eine zugrunde liegende Bindungsstörung ist, ist mittlerweile bekannt, auch, dass zur Substanz immer eine besondere Form der Beziehung besteht. Die Droge ist das mächtigste Liebesobjekt, dem gegenüber Partner*innen verlieren. Alles dreht sich um die Substanz. Beziehungen, ob zur Familie oder zu den eigenen Kindern, treten in den Hintergrund und werden unbedeutend. Dies kann sich verändern, sobald Klient*innen sich von ihren Substanzen gezwungenermaßen losgelöst haben. Der Verzicht auf die Substanzen hinterlässt oftmals eine Lücke. Der Wunsch nach zwischenmenschlichen Beziehungen, Zuneigung, Geborgenheit, nach Sex oder einfach nur nach einem Kick wird stärker. Innerhalb der *Therapeutischen Gemeinschaft* ist dies ebenso beobachtbar. Klient*innen stellen einen Versuch an, diese innerliche Lücke zu füllen. Sie flüchten sich in Beziehungen, wenngleich diese in vielen Fällen eher einen toxischen, destruktiven Charakter zu haben scheinen. Das Kompensieren von unangenehmen Gefühlen oder von Ängsten, allein zu sein, aber auch das Gefühl des Verliebtseins

Dass das Charakteristikum jeder Suchterkrankung eine zugrunde liegende Bindungsstörung ist, ist mittlerweile bekannt.

und der Wunsch, dieses Gefühl erleben zu können, spielen dabei eine Rolle. Das suchartige Bedürfnis nach zwischenmenschlicher Beziehung geht meist auch mit dem Gefühl einher, sich von der Beziehung abhängig zu fühlen und sich nur mit einem Partner/einer Partnerin an der Seite als vollständig zu erleben.

Auch bei suchartigem sexuellen Verlangen stellt sich, wie bei anderen neuen Suchtformen auch, die Frage, ab wann man von einem Normalmaß sexueller Aktivitäten spricht und ab wann von sexueller Sucht. Ab wann ist viel zu viel? Nicht jeder, der viel Sex hat, ist sexsüchtig. Eine Abgrenzung zu übermäßigem Verlangen erscheint schwierig, allem voran, da es keine validen diagnostischen Kriterien gibt. Stellt man einen Versuch an, bei sexuellem Verhalten ähnliche Kriterien anzulegen wie bei klassischen Substanzstörungen (z. B. Alkohol oder Drogen), könnte man sagen, dass sie typische Kennzeichen einer Suchterkrankung aufweisen. Dazu zählt allem voran der Kontrollverlust. Klient*innen berichten darüber, die Kontrolle über ihr sexuelles Verhalten verloren zu haben. Trotz negativer Konsequenzen für sich und andere (z. B. im sozialen oder beruflichen Umfeld) sehen sie sich nicht in der Lage, an ihrem Verhalten etwas zu verändern. Im Vordergrund steht nicht der Beziehungsaufbau, sondern eine kurzfristige Entlastung von negativen Gefühlen und Gedanken, von Einsamkeit oder Minderwertigkeitsgefühlen. Ähnlich wie bei anderen Süchten wird das sexuelle Verhalten mit der Zeit immer weiter gesteigert und über andere Verhaltensweisen gestellt und zu der am häufigsten angewandten Belohnungsstrategie.

Andere Möglichkeiten der Stressverarbeitung verlieren ihren Belohnungscharakter zugunsten der sexuellen Aktivität. Durch die erlebte Unkontrollierbarkeit und Hilflosigkeit und die letztendlich weniger werdende Befriedigung bei sexueller Aktivität

erleben Betroffene einen zunehmenden Leidensdruck. Ähnlich verhält es sich bei der Pornosucht, welche eine Untergruppe der Sexsucht darstellt und sich auf eine Reihe von Verhaltensweisen beziehen kann, die im Übermaß ausgeführt werden und sich negativ auf das Leben auswirken. Pornosucht ist keine offizielle Diagnose im medizinischen Sinne, kann aber ebenso wie andere Abhängigkeiten zu ernsthaften Konsequenzen in vielen Bereichen des Lebens führen (Behrens, 2020, 3). Untersuchungen zeigen, dass die Mehrzahl von Sexsüchtigen noch andere Abhängigkeitserkrankungen aufweist und dass das gleichzeitige Auftreten von Sexsucht, Alkoholismus und Drogenabhängigkeit oder auch nicht stoffgebundenen Süchten wie Spielsucht, nachgewiesen werden konnte (Roth, 2020, 95).

Was ist nun das Ziel in der Behandlung von Klient*innen, die unter einer Sexsucht oder Computersucht leiden? Streben Klient*innen bei Drogen-, Alkohol- oder Spielsucht in der Regel eine Abstinenz bzw. Suchtmittelfreiheit an, kann es sich bei den »neuen« Suchtformen schwieriger gestalten, ein Therapieziel zu definieren. Immerhin gehören das Ausleben der Sexualität und das Benutzen der neuen Medien für sehr viele Menschen zum täglichen Leben. Eine Abstinenz erscheint schwer möglich. Hinzu kommt, dass es im Vergleich zu anderen Süchten keine definierten Diagnosen gibt. Ein Ziel könnte sein, einen selbstkontrollierten Umgang mit dem Verhalten zu finden, welches durchaus eine Herausforderung sowohl für Betroffene selbst, als auch in der therapeutischen Arbeit, sein kann.

Literatur

Behrens J. (2020): Pornosucht: Verstehen und Loswerden (S.3). Independently published.

Roth K. (2020): Sexsucht: Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige (S.95). 7., aktualisierte und erweiterte Auflage. Christoph Links Verlag GmbH, 2004.

Mag.^a Verena Prietl

Klinische Psychologin, Gesundheitspsychologin, BÖP zertifizierte Arbeitspsychologin, Sexualtherapeutin

Psychotherapeutisches Propädeutikum (ÖAGG)
Leitung einer therapeutischen Wohngruppe beim Verein *Grüner Kreis*, Einrichtung Johnsdorf

Spurensuche

Neue Süchte – Neue Gefahren

Ich habe als junger Erwachsener bereits verschiedenste Drogen konsumiert. Mit der Zeit wurde es mir zu teuer, und ich brauchte auch immer mehr, um mein Verlangen zu befriedigen. Dazu kam auch noch, dass ich immer wieder Probleme mit der Polizei hatte. Damals hörte ich von einer legalen Alternative: »Research Chemicals«. In einem Online Forum informierte ich mich über Einzelheiten. Es hat mich sehr überrascht, wie leicht es war, diese zu sich nach Hause zu bestellen. Das Ganze funktionierte ähnlich einfach wie eine Bestellung in einem Online Shop. Dadurch, dass die verschiedensten Substanzen dort relativ günstig und immer verfügbar waren, stieg mein Konsum schnell an. In meinem Freundeskreis wurden diese chemischen Produkte ziemlich rasch immer beliebter. Ich musste schließlich mit ansehen, wie mein bester Freund damals viel zu früh aufgrund eines Multiorganversagens verstorben ist. Dieses tragische Ereignis brachte mich erst richtig zum Nachdenken, was meinen eigenen Konsum betrifft. Ich informierte mich erstmals genauer über Nebenwirkungen und Erfahrungen anderer. Ich wusste zwar davor schon über gewisse Gefahren Bescheid, jedoch wurde mir erst dann richtig bewusst, wie gefährlich und schädigend diese chemischen Substanzen wirklich sind.

Johannes, 27

Research Chemicals

Research Chemicals oder kurz »RC´s« sind ein immer häufiger vorkommendes Phänomen, das seit den frühen 2000ern anhält. Diese Designerdrogen entstanden aus der Not heraus, da herkömmliche Drogen verboten sind und damit etliche Strafen für den Erwerb, Verkauf etc. einhergehen. Der Grundgedanke besteht darin, ein bereits existentes Molekül mit psychoaktiver Wirkung leicht ab zu ändern und daraus ein neues, praktisch legales Konsumgut zu erschaffen. Diese Substanzen werden meist in chinesischen Untergrundlaboratorien unter amateurhaften Bedingungen synthetisiert. Diese Stoffe werden meistens nicht einmal an Tieren getestet und gleich auf diverse Clearnet-Seiten zum Verkauf angeboten. Meine persönlichen Erfahrungen mit RC´s waren recht schädlich für Geist und Körper. Die einfache und billige Beschaffung über das Internet machten sie mir dennoch recht schmackhaft. Ich habe bereits etliche Freunde wegen Syntheseresten im Produkt oder durch Unregelmäßigkeiten im Prozentgehalt verloren.

Leon

Stressverarbeitung und Herzratenvariabilität bei stationären Burnout-Patient*innen



von Sabina Kraler

Jeder vierte Mensch entwickelt im Laufe des Lebens eine psychische Erkrankung. (WHO, 2021)

Die Beziehung zwischen physiologischer Stressreaktion und mentaler Gesundheit

Unsere mentale Gesundheit gilt als hohes Gut im Leben, vor allem, wenn man bedenkt, dass laut WHO (2021) jeder vierte Mensch im Laufe des Lebens eine psychische Erkrankung entwickelt. Stress spielt bei psychischen Erkrankungen eine große Rolle und hat zudem Auswirkungen auf den Verlauf und die Prävalenz psychischer Erkrankungen. Lang anhaltender, oft nicht zu bewältigender Stress, zum Beispiel durch kaum beeinflussbare Arbeitsbedingungen, kann zu Burnout führen (Maslach & Leiter, 2017). Menschen empfinden Stress, wenn sich die Homöostase (= unser Gleichgewichtszustand) bedroht fühlt. Das autonome Nervensystem (ANS) hilft uns »zu überleben«, indem es unseren unausgeglichene Zustand verändert, um erneut ein Gleichgewicht herzustellen. Häufig geht dies mit einem unmittelbaren Anstieg der Herzfrequenz, des Blutdrucks sowie des Glukoseverbrauchs einher mit gleichzeitiger Appetitlosigkeit, der Aktivierung unseres Immunsystems und mehr Energiezufuhr für den Körper. Das ANS wird in Sympathisches (SNS) und Parasympathisches Nervensystem (PNS) unterteilt. Das SNS wird aktiviert, wenn Menschen aktiv sind oder Stress erleben. Das PNS fördert Funktionen, wenn sich Menschen in Ruhe oder Erholung befinden (Porges et al., 1994; Rohleder, 2019).

Die Rolle der Herzratenvariabilität bei der Stressbewältigung

Die Herzratenvariabilität (HRV) ist ein Parameter, der zur Bewertung der ANS-Funktion herangezogen werden kann, und wird mit einem Elektrokardiogramm (EKG) gemessen. Die parasympathische Aktivität steht mit dem vagalen Tonus (= die Aktivität des Vagusnervs im Gehirn) in Verbindung und kann anhand der Veränderungen der Dauer der einzelnen Herzschläge gemessen werden, die sich in der HRV widerspiegeln können (Shi et al., 2017). Eine erhöhte HRV, die sich auf eine große Variabilität der Dauer der Herzschläge bezieht, bedeutet eine hohe Anpassungsfähigkeit an Stress und geht mit positiven Emotionen sowie mit weniger negativen Emotionen bei stressigen Aufgaben einher (Kok et al., 2013). Mit anderen Worten könnte man sagen, dass wir uns glücklicher fühlen und resistenter gegen Stress sind, wenn unsere HRV erhöht ist. Im Allgemeinen haben Menschen mit höherer HRV eine bessere Prognose für ein längeres Leben. Im Gegensatz dazu wird eine niedrigere HRV als Marker für verschiedenste Krankheiten gesehen und kann zum Teil die Sterblichkeit vorhersagen (Thayer et al., 2012). So wird beispielsweise eine niedrige HRV mit einem höheren Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen und psychische Erkrankungen wie Panikstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen und Depressionen in Verbindung gebracht (Schiweck et al., 2019; Schneider & Schwerdtfeger, 2020).

Das von Thayer und Lane (2000) eingeführte Neuroviszerale Integrationsmodell bietet eine mögliche Erklärung für die Beziehung zwischen psychischen Erkrankungen, Stress und HRV. Normalerweise ist der Vagusnerv im frontalen Kortex im Gehirn dafür zuständig, die Aktivierung des Sympathikus zu bremsen. Stress kann im Gehirn zu einer Unteraktivierung des frontalen Kortex führen, daher kann bei anhaltendem Stress eine chronische Überaktivierung des Sympathikus erfolgen, da die »Bremse« nicht so stark aktiv ist. Dies kann mit unflexiblerem Verhalten und gesundheitlichen Problemen einhergehen, die sich in einer niedrigen HRV manifestieren können.

Methode in der Stressforschung

In den letzten Jahren wurden vermehrt Studien zu HRV und Stress durchgeführt. In der Forschung gibt es verschiedene Möglichkeiten, um Stress zu messen. Eine Herausforderung besteht darin, möglichst reale Stresssituationen herzustellen. Daher werden für Forschungszwecke häufig spontane Aufgaben vorgegeben, die den Proband*innen erst kurz vorher mitgeteilt werden. Der Trier Social Stress Test (TSST) ist eine effektive Stressintervention, die sozial-evaluativen Stress induziert. Studienteilnehmende müssen vor einem Komitee eine spontane Rede präsentieren und im Anschluss eine arithmetische Aufgabe lösen (Kirschbaum et al., 1993). Dabei wird die HRV gemessen. Je nach Fragestellung und Ressourcen wird der TSST auch in abgewandelter Form durchgeführt, ein Beispiel dazu zeigt die aktuelle Studie mit Patient*innen der Rehabilitationsklinik Sonnenpark Neusiedlersee.

Aktuelle Studie

In der Rehabilitationsklinik Sonnenpark Neusiedlersee nehmen Erwachsene aus Österreich, die von einer psychiatrischen Erkrankung (häufig Burnout) betroffen sind und aufgrund dieser im beruflichen und sozialen Umfeld Schwierigkeiten haben, an dem sechswöchigen Rehabilitationsprogramm teil.

Für die aktuelle Studie fand in der jeweils letzten Woche des Aufenthaltes die Stresstestung statt. Zu Beginn wurde den Teilnehmenden das EKG-Gerät zur Erfassung der HRV angelegt. Für die Baseline-Messung wurden den Proband*innen Landschaftsbilder gezeigt. Im Anschluss wurden sie gebeten, eine Bewerbungsrede für ein Jobangebot ihrer Wahl (in begrenzter Zeit) vorzubereiten und vor laufender Kamera zu halten. Außerdem wurde ihnen mitgeteilt, dass dieses Video von Expert*innen ausgewertet wird. Nach gehaltener Rede erfolgte eine Erholungsphase, in der den Personen erneut Landschaftsbilder präsentiert wurden.

Für die Auswertung der HRV-Daten werden die Baseline-Messung, die Vorbereitungsphase der Rede sowie die Erholungsphase herangezogen. Die Redephase



wird nicht in die Auswertung miteinbezogen, da die HRV-Daten sehr sensibel gegenüber Bewegung sind. Daher wird die Vorbereitungszeit als Stressphase analysiert (Laborde et al., 2017).

Die Auswertung der Daten ist derzeit in Bearbeitung. Vorweg kann erwähnt werden, dass die oben beschriebene Stresstestung im Durchschnitt ein moderates Stresserleben bei Personen sichtbar macht. Dennoch gab es Personen, für die die Stressaufgabe eine zu große Hürde darstellte, sodass sie die Untersuchung abbrachen.

Zusätzlich zur Veränderung der HRV einer Person während der Stresstestung kann ausgewertet werden, ob es Unterschiede in der HRV von Proband*innen verschiedener Therapieprogramme gibt.

Dazu werden für die aktuelle Studie die HRV-Daten der Patient*innen, die am 2013 entwickelten Achtsamkeitstraining Mindful Self-Compassion (MSC; Neff & Germer, 2013; deutsch: Achtsames Selbstmitgefühl) teilnahmen, mit den HRV-Daten von Patient*innen, die am bereits sehr gut etabliertem Entspannungstraining Progressive Muskelrelaxation (PMR; Jacobson 1929) teilnahmen, verglichen. Gaiswinkler und Kolleg*innen (2020) bestätigten bereits die klinische Anwendbarkeit des Therapieprogramms MSC. Die aktuelle Studie in der Rehabilitationsklinik Sonnenpark Neusiedlersee ist die erste ihrer Art, die beide Therapieprogramme MSC und PMR auf biometrischer Ebene hinsichtlich HRV und Stresserleben vergleicht. Inwieweit es hier signifikante Unterschiede gibt, kann erst nach der Auswertung der Daten gesagt werden.

Die aktuelle Studie trägt dazu bei, Stresserleben im klinischen Setting eingehend zu erforschen. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse können in die Weiterentwicklung von Therapieprogrammen miteinfließen.

Literatur

Gaiswinkler, L., Kaufmann, P., Pollheimer, E., Ackermann, A., Holasek, S., Kapfhammer, H.-P. & Unterrainer, H.-F. (2020). Mindfulness and self-compassion in clinical psychiatric rehabilitation: A clinical trial. *Mindfulness*, 11(2), 374–383.

Jacobson, E. (1929). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.

Kirschbaum, C., Pirke, K.-M. & Hellhammer, D. H. (1993). The «Trier Social Stress Test» – A tool for investigating psychobiological stress responses in a laboratory setting. *Neuropsychobiology*, 28(1-2), 76–81.

Kok, B. E., Coffey, K. A., Cohn, M. A., Catalino, L. I., Vacharkulksemsuk, T., Algoe, S. B., Brantley, M. & Fredrickson, B. L. (2013). How positive emotions build physical health: Perceived positive social connections account for the upward spiral between positive emotions and vagal tone. *Psychological Science*, 24(7), 1123–1132.

Laborde, S., Mosley, E. & Thayer, J. F. (2017). Heart rate variability and cardiac vagal tone in psychophysiological research – recommendations for experiment planning, data analysis, and data reporting. *Frontiers in psychology*, 8, 213.

Maslach, C. & Leiter, M. P. (2017). *Understanding burnout: New models*.

Neff, K. D. & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28–44.

Porges, S. W., Doussard-Roosevelt, J. A. & Maiti, A. K. (1994). Vagal tone and the

physiological regulation of emotion. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2–3), 167–186.

Schiweck, C., Piette, D., Berckmans, D., Claes, S. & Vrieze, E. (2019). Heart rate and high frequency heart rate variability during stress as biomarker for clinical depression. A systematic review. *Psychological Medicine*, 49(2), 200–211.

Schneider, M. & Schwerdtfeger, A. (2020). Autonomic dysfunction in posttraumatic stress disorder indexed by heart rate variability: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 50(12), 1937–1948.

Shi, B., Zhang, Y., Yuan, C., Wang, S. & Li, P. (2017). Entropy analysis of short-term heartbeat interval time series during regular walking. *Entropy*, 19(10), 568.

Thayer, J. F., Åhs, F., Fredrikson, M., Sollers, J. J. & Wager, T. D. (2012). A meta-analysis of heart rate variability and neuroimaging studies: Implications for heart rate variability as a marker of stress and health. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36(2), 747–756.

Thayer, J. F. & Lane, R. D. (2000). A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. *Journal of Affective Disorders*, 61(3), 201–216.

World Health Organisation (2021). Mental health topic site. World Health Organisation. <https://www.euro.who.int/en/search>

Sabina Kraler, B.Sc.

Bachelor in Psychologie an der Karl-Franzens-Universität in Graz (2020).

Derzeit Durchführung der Masterarbeit zum Thema »Psychophysiological stress response after a 6-week mindful self-compassion training in psychiatric rehabilitation inpatients: a clinical-experimental study« an der Rehabilitationsklinik Neusiedlersee Sonnenpark in Rust im Burgenland.

Ketamin als neues und rasch wirksames Antidepressivum bei behandlungsresistenter Depression



von Christoph Kraus



und Marina Kojic

Geschichtlicher Überblick über Ketamin als Medikament

Seit der ersten Zulassung durch die US-amerikanische Food and Drug Administration im Jahr 1970 stellt Ketamin ein wichtiges und vielseitiges Medikament dar und wird von der Weltgesundheitsorganisation als unentbehrliches Arzneimittel gelistet. Ursprünglich wurde Ketamin als Derivat von Phencyclidin (PCP) vom Pharmaunternehmen Parke-Davis entwickelt und wurde bereits im Vietnamkrieg als Anästhetikum breit verwendet. Ketamin und PCP sind strukturell verwandt, jedoch hat Ketamin im Vergleich ein geringeres Nebenwirkungsprofil. Aufgrund der halluzinogenen Nebenwirkung werden sowohl PCP als auch Ketamin als Rauschdroge missbraucht. Medizinisch wird Ketamin in Dosen von ca. 0,5-3 mg/kg Körpergewicht pro Stunde sehr erfolgreich als Anästhetikum im Bereich der Unfallchirurgie und Pädiatrie eingesetzt. Im Jahr 2019 erhielt subanästhetisches Esketamin (das S-Stereoisomer des racemischen Ketamins) mit ca. 0,5 mg/kg Körpergewicht die Zulassung bei therapieresistenter Depression (TRD) für Erwachsene als augmentative antidepressive Therapie sowie im psychiatrischen Notfall im Rahmen einer depressiven Episode bei akuter Suizidalität. Therapieresistente Depression wird hier üblicherweise als das Nichtansprechen auf mindestens zwei adäquate Antidepressiva definiert.

Esketamin als neues und rasch wirksames Antidepressivum bei behandlungsresistenter Depression

Die neurobiologischen Mechanismen, die zu schwer zu behandelnden Verläufen bei Depression führen, werden dank neurowissenschaftlicher Erkenntnisse immer besser verstanden. Eine der wichtigsten Theorien ist die des Mangels oder bzw. Ungleichgewichts von monoaminergen Neurotransmittern im Gehirn (Serotonin, Noradrenalin, Dopamin). Antidepressiva der ersten Wahl greifen in dieses monoaminerge System ein und erhöhen Serotonin. In den letzten Jahrzehnten hat sich unser Verständnis von

affektiven Störungen und Depressionen weiterentwickelt, und die Forschung hat erkannt, dass die Entstehung von affektiven Störungen, wie Depressionen, über die monoaminerge Theorie hinausgeht.

Therapien der ersten Wahl bei einer schweren depressiven Episode wie z.B. Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRIs) haben trotz des guten Nebenwirkungsprofils Einschränkungen in der Effizienz und Einsetzbarkeit. Studien zufolge weisen SSRIs eine Ansprechrate von 30–60% auf. Dies zeigt, dass ein großer Anteil von Personen mit Depression auf Therapien der ersten Wahl nicht ausreichend anspricht. Eine Studie mit 4000 Patientinnen und Patienten untersuchte das Ansprechen auf vier verschiedene Standardantidepressiva bei sequenzieller Behandlung, mit dem Resultat, dass etwa 33% auf keine der Medikamente ansprachen.

Patientinnen und Patienten, die von einer solchen therapieresistenten Depression betroffen sind, erleben häufig krankheitsassoziierte Beeinträchtigungen und haben ein besonders hohes Suizidrisiko. Außerdem haben Antidepressiva der ersten Wahl wie z. B. SSRIs eine Wirklatenzzeit von mehreren Tagen bis Wochen. Das heißt, dass Patientinnen und Patienten ab der Einnahme der Antidepressiva Nebenwirkungen spüren können, die antidepressive Wirkung aber erst verzögert eintritt. Dies bedeutet auch, dass klassische Antidepressiva in der Akutbehandlung von suizidalem Verhalten oder depressiven Symptomen relativ unwirksam sind und vormals häufig auf Sedierung z. B. durch Benzodiazepine zurückgegriffen werden musste.

Im Gegensatz dazu wirkt Ketamin rasch, das heißt innerhalb 24 Stunden, antidepressiv und hat auch eine anti-suizidale Wirkung. Die Grundlagenforschung zur raschen antidepressiven Wirkung von Ketamin fand ausgehend von kleinen klinischen Studien in den Jahren 2000 und 2006 weltweit hauptsächlich an akademischen Zentren statt. Erste Hinweise auf die Relevanz des glutamatergen Systems, in das Ketamin über eingreift, bei Depression lieferten bereits tierexperimentelle Untersuchungen in den 1990er-Jahren. Im Jahr

2000 wurde dann der rasch einsetzende antidepressive Effekt nach einer einzelnen Infusion Ketamin von Berman et al. empirisch beobachtet. Nach einer Replikationsstudie dieser Ergebnisse 2006 durch Carlos Zarate et al. stieg das Interesse an Ketamin als rasch wirksames Antidepressivum signifikant an. Da die Applikation von Ketamin intravenös eine der Schwierigkeiten in der Entwicklung eines zugänglichen und praktischen Medikaments darstellte, wurde bei großen Zulassungsstudien eine intranasale Applikationsform mit Esketamin gewählt.

Neurobiologie der raschen antidepressiven Wirkung von Ketamin

Basierend auf neurobiologischen Untersuchungen des antidepressiven Wirkmechanismus von Ketamin konnten neue Mechanismen gefunden werden, die in Zukunft für eine Optimierung der antidepressiven Wirksamkeit und Reduktion unerwünschter Wirkungen des Ketamins wie der Dissoziation verwendet werden. Einerseits setzt Ketamin vermutlich rasch Glutamat im präfrontalen Kortex frei, was zu einer Stimulation an AMPA-Rezeptoren führt. Auch kommt es zu einer Freisetzung von Wachstumsfaktoren für Nervenzellen (z. B. BDNF). Dies führt zu einer vermehrten Stimulation von intrazellulären Signalkaskaden und vermutlich zu einer Zunahme an Synapsen in neuronalen Netzwerken, die unter Stress eine Reduktion an Synapsen aufwiesen. Dies sind grundsätzlich gänzlich neue Wirkmechanismen, sodass hier spannende weitere Forschungsergebnisse zu erwarten sind.

Klinische Verabreichung, Risiken und Nebenwirkungen

Die Verabreichung des Esketamin-Nasensprays folgt in subanästhetischer Dosierung zweimal pro Woche in den ersten zwei Monaten und in der Folge einmal pro Woche oder jede zweite Woche. Die Behandlung kann im Sitzen oder Liegen, vorzugsweise an einem ruhigen Ort, stattfinden. Die Überwachung des Blutdrucks vor der Applikation sowie im Verlauf ist vorgeschrieben. Die Behandlung kann unter Einhaltung von Sicherheitsmaßnahmen, wie einer Beobachtungszeit nach Gabe und dem Unterlassen der Steuerung von Fahrzeugen oder schwerem Gerät, auch in ambulanten Settings erfolgen. Aktuell (Dezember 2021) ist in Österreich Esketamin-Nasenspray in der schwarzen

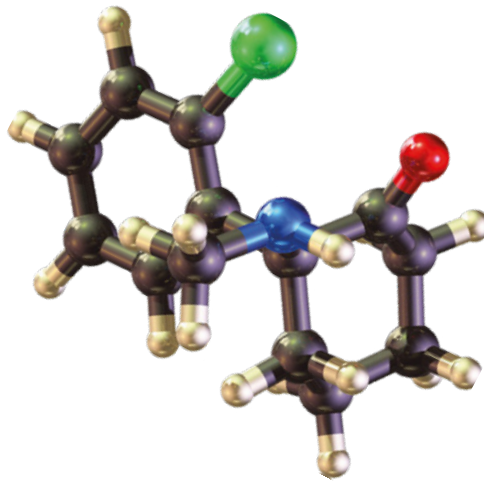


Abb.: Molekülstruktur von Ketamin

Box und eine Kostenübernahme muss im Einzelfall bei der Sozialversicherung beantragt werden. Hauptsächlich wird die Therapie aktuell noch im stationären Setting spezialisierter Abteilungen gegeben.

Systematische Auswertungen zeigen, dass über dissoziative Nebenwirkungen am häufigsten berichtet wurde, z. B. Fremdheitsgefühl (80 %), Schwebefühl (>50 %), visuelle Verzerrung (> 50 %). Zu den selteneren Nebenwirkungen gehörten Schwierigkeiten beim Sprechen (>50 %), Taubheitsgefühl (>40 %), Verwirrtheit (>40 %), Euphorie (> 20 %) und verschwommenes Sehen (> 20 %). Nebenwirkungen, die bei weniger als 20 % der Patientinnen und Patienten auftraten, waren Bluthochdruck, Mundtrockenheit, Kribbeln, Konzentrationsschwierigkeiten, Veränderungen der Körpertemperatur, Halluzinationen, Kopfschmerzen und Magen-Darm-Probleme. Die meisten dieser Nebenwirkungen klangen nach der Ketamingabe innerhalb von zwei Stunden ab. In Verbindung mit einer Einzeldosis-Infusion wurden keine signifikanten kognitiven Defizite oder Gedächtnisdefizite oder lang anhaltenden Nebenwirkungen beobachtet.

Neuere Erkenntnisse deuten auch darauf hin, dass der Esketamin-Nasenspray weder kurz- noch langfristig negative Auswirkungen auf die nasale Verträglichkeit oder die Riechfunktion zu haben scheint. Jedoch sollten instabile kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Erkrankungen (z. B. instabile Angina Pectoris, Insult, st.p. intrazerebrale Blutung), die auf einen Anstieg des Blutdrucks empfindlich reagieren, als Kontraindikation behandelt werden, da Esketamin den Blutdruck und die Herzfrequenz erhöhen kann.

Der intranasale Esketamin-Spray birgt auch ein Risiko für Missbrauch

und Abhängigkeit, wenngleich verlässliche Daten zu einer iatrogenen Abhängigkeit im Rahmen einer Esketaminbehandlung noch nicht vorliegen. Das bisherige Wissen um Gewöhnungseffekte und Abhängigkeit kommt primär aus der Suchtmedizin. Ketamin ist bei Langzeitbehandlung in hohen Dosen neurotoxisch, was sich auch in der Reduktion kognitiver Fähigkeiten sowie in der Abnahme der grauen Substanz bei Patientinnen und Patienten mit Ketaminabhängigkeit zeigt. Hier werden für gewöhnlich hohe Dosen Ketamin über einen langen Zeitraum missbräuchlich verwendet. Obwohl bei Patientinnen und Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen andere Entstehungsmechanismen ihrer Erkrankung zu erwarten sind, muss auf eine mögliche iatrogene Abhängigkeit von Ketamin in der Depressionsbehandlung besonders geachtet werden. Deshalb sind Patientinnen und Patienten mit aktuell vordergründiger Abhängigkeitserkrankung und begleitender Depression für eine antidepressive Behandlung mit Ketamin eher nicht geeignet.

Zusammenfassung

Ketamin als rasch wirksames Antidepressivum hat einen neuartigen Wirkmechanismus im Neurotransmittersystem Glutamat. Die Wirkung setzt, im Unterschied zu Serotoninwiederaufnahmehemmern, bereits nach 24 Stunden ein und kann bei wiederholten Gaben zu einem andauernden Effekt führen. Häufige Nebenwirkungen während der akuten Gabe sind Dissoziation, Verwirrtheit und Blutdruckanstieg, die nach einer Zeit von ca. 90 Minuten reversibel sind. Eine ambulante Gabe ist möglich. Hinsichtlich einer möglichen iatrogenen Abhängigkeit bei der antidepressiven Behandlung liegen bis dato noch zu wenig belastbare Daten vor. Daher ist Vorsicht bei Patientinnen und Patienten mit begleitender oder lebenszeitlich führender Abhängigkeitserkrankung und antidepressiver Ketaminbehandlung notwendig.

Literatur bei den Autoren

Ap. Prof. PD DDr. Christoph Kraus

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien

cand. med. Marina Kojic

Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Medizinische Universität Wien

»Es wird scho glei dumpa« ...oder: Sucht in Zeiten des Omikron



von Human-Friedrich Unterrainer

Der Alltag in Zeiten von Corona hat sich mehr und mehr von der realen in eine digitale Welt verschoben. Damit im Einklang überrascht es wenig, dass Suchterkrankungen bevorzugt auch im virtuellen Raum auftreten – Tendenz steigend.

Advent, Advent – und schon bald brennt die nächste Kerze. Die Tage werden konsequent kürzer, demzufolge ist das soziale Leben zum mittlerweile vierten Mal Covid-19-Pandemie-bedingt auf »Standby« geschaltet. Doch meine unverbesserliche optimistische Grundhaltung gibt sich selbst in solch finsternen Zeiten nicht geschlagen: Erst eins, dann zwei, dann drei, dann vier – bald steht das Christkind vor der Tür! Allerdings, vielleicht klopft vorher schon Omikron an meine Pforte – das neueste Virus-Schreckgespenst im Corona-Gruselkabinett. Omikron ist nicht nur das kleine o im griechischen Alphabet, sondern war auch der Titel eines 1999 erschienenen Computerspiels (exakterweise: »Omikron – die Nomadenseele«), welches anno dazumal hoffentlich nicht allzu viele Menschen suchtkrank gemacht hat. Omikron, das Computerspiel, hat bisher nie ein Update erfahren bzw. einen Nachfolger bekommen – selbiges erscheint für Omikron, das Virus, leider ziemlich unwahrscheinlich. Eigentlich möchte ich in meinem Artikel

ja über »neue Suchterkrankungen« bzw. die Möglichkeiten des therapeutischen Umgangs mit ebendiesen schreiben. Aber die Ereignisse überschlagen sich und so bleibt an dieser Stelle nur zu hoffen, dass ich mit Fortdauer des Beitrags noch thematisch auf Schiene komme. Bis es so weit ist, sei es mir gestattet, mit folgendem musikhistorischen Verweis weiter zu entgleisen: Bei »Es wird scho glei dumpa« handelt es sich um ein österreichisches Weihnachtslied, dessen Text vom oberösterreichischen Geistlichen Anton Reidinger verfasst und 1884 veröffentlicht wurde. Der Legende nach hat der Autor seine Verse während eines Aufenthalts im Kurort Bad Ischl erdacht, als er sich zu Forschungszwecken dem Ischler Krippenspiel widmete. Damals wie heute durfte also Bad Ischl als K(G)rippen-Hotspot gelten.

Basierend auf einer mittlerweile unüberschaubar großen Anzahl von wissenschaftlichen Publikationen kann davon ausgegangen werden, dass psychische Erkrankungen und hier im Speziellen die Suchterkrankungen während der Covid-19-Pandemie in beträchtlichem Ausmaß zugenommen haben (vgl. z.B. Mallett et al., 2021). Dies betrifft jetzt nicht nur die Suchtentstehung, sondern auch den Rückfall in ein bestimmtes Suchtverhalten. Bemerkenswerterweise wird in einer Studie an alkoholkranken Patient*innen von Yadzi und KollegInnen (2020) allerdings darauf verwiesen, dass hier weniger ökonomische Aspekte oder auch die körperliche Gesundheit eine Rolle spielen, sondern psychosoziale Faktoren, wie das Erleben von Einsamkeit und Isolation. Darüber hinaus sind Langzeitfolgen zum jetzigen Zeitpunkt sehr begrenzt abschätzbar. Viele Menschen haben die Diagnose einer Covid-19-Erkrankung und deren Folgen als traumatisierend erlebt, wobei von einem positiven Zusammenhang zwischen posttraumatischem Erleben und erhöhtem Drogenkonsum auszugehen ist (vgl. z.B. Fuchshuber & Unterrainer, 2020). Dieser Umstand betrifft sowohl die klassischen »substanzbezogenen« als auch die »nicht substanzbezogenen« Suchterkrankungen, die in der Literatur auch oft

als Verhaltenssuchte aufscheinen (vgl. z.B. Stark & Müller, 2021).

Aber was ist eigentlich unter »neuen« Suchterkrankungen zu verstehen (falls diese Begrifflichkeit überhaupt gestattet ist)? Hierzu findet sich eine frühe Arbeit von Johannes Herwig-Lempp aus dem Jahr 1987, in welcher er berichtet, dass in letzter Zeit eine ganze Reihe bis dahin unbekannter Varianten der Drogenabhängigkeit entdeckt wurde. Dabei wird an erster Stelle die Esssucht genannt, welche dann wiederum in verschiedene Untergruppen gegliedert werden kann. Darüber hinaus finden die Spielsucht, die Arbeitssucht und auch die Sexsucht Erwähnung. Schon in den 80er-Jahren ging der Autor davon aus, dass diese Formen der Drogenabhängigkeit ein neues Aufgabenfeld der Suchtbehandlung darstellen könnten. Auch war bereits damals zu lesen, dass es sich bei diesen Süchten, sieht man jetzt einmal von gestörtem Essverhalten ab, um nicht stoffgebundene Drogenabhängigkeit und eher um süchtige Verhaltensweisen handeln könnte. Interessanterweise werden auch mehr als 30 Jahre später ähnliche Verhaltensweisen als Formen neuer Süchte beschrieben: Spielsucht, Arbeitssucht, Kaufsucht und Sexsucht finden sich noch immer unter den genannten Bereichen. Neu hinzu gekommen ist die Internetsucht bzw. weiter gefasst: Suchterkrankungen, die neue Medien wie Handy oder Computer betreffen (vgl. Stark et al., 2021).

Allerdings, viele der »klassischen« neuen Suchterkrankungen finden auch in der virtuellen Realität statt, wobei es sehr oft zu Überschneidungen kommt. Kaufsucht muss jetzt nicht mehr beim Ramsch-Laden um die Ecke, sondern kann auch direkt beim Online-Versandhandel gelebt werden. Ein weiteres Beispiel betrifft das Internet selbst. So wurde der Begriff »Internet Addiction Disorder« (zu Deutsch: Internetsuchterkrankung) bereits 1995 vom New Yorker Psychiater Ivan Goldberg als (damals noch fiktive) Form einer psychiatrischen Erkrankung auf der Online-Plattform »PsyCom« gepostet (mittlerweile offline; zitiert nach Dalai & Basu, 2016). Auch findet sich aus derselben Zeit eine



Oftmals ermöglichen die neuen Medien eine flexiblere Form der Klient*innenbetreuung.

Arbeit von Young (1996), in der ein möglicher süchtiger Gebrauch des Internets anhand einer Fallstudie thematisiert wurde. Allerdings, bereits nach Young (1999) durfte dann zwischen fünf verschiedenen Formen der Internetsucht unterschieden werden, wobei mit der Kategorie »Cybersexual Addiction« (zu Deutsch: Cybersexsucht) exzessiver Konsum von sexuellen Inhalten im Internet beschrieben wurde.

Der Alltag in Zeiten von Corona hat sich mehr und mehr von der realen in eine digitale Welt verschoben. Damit im Einklang überrascht es wenig, dass Suchterkrankungen bevorzugt auch im virtuellen Raum auftreten – Tendenz steigend. Gleichzeitig konnten auch die Möglichkeiten und Grenzen des Einsatzes von Online-Angeboten in der Suchttherapie ausgelotet werden. Oftmals ermöglichen die neuen Medien eine flexiblere Form der Klient*innenbetreuung, vor allem immer dann, wenn körperliche Präsenz nicht akut erforderlich ist. Hier konnten in letzten beiden Jahren wichtige Erfahrungswerte gewonnen werden, von denen man auch in der Zeit nach Corona profitieren könnte (als Optimist der alten Schule gehe ich jetzt einmal davon aus, dass es irgendwann eine »Zeit nach Corona« geben wird).

Eine Vielzahl von Handy-Apps bietet mittlerweile zahlreiche Hilfestellungen an, um sich in der Abstinenz von Drogen oder was auch immer zu üben. Allerdings hat Corona auch aufgezeigt, dass sich die Qualität einer realen menschlichen Begegnung von der eines virtuellen Meetings doch recht deutlich unterscheidet. Dieser Umstand darf im Besonderen für das psychotherapeutische Setting gelten und damit sollten wohl alte wie auch neue Suchterkrankungen vorrangig in der realen Welt eine Behandlung erfahren.

Literatur

Dalal, P. K., & Basu, D. (2016). Twenty years of internet addiction... quo Vadis?. *Indian Journal of Psychiatry*, 58(1), 6-11.

Eidos Interactive Inc. (1999). Omikron: The Nomad Soul. [CD-ROM]

Fuchshuber, J., & Unterrainer, H. F. (2020). Childhood Trauma, Personality, and Substance Use Disorder: The Development of a Neuropsychanalytic Addiction Model. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 531.

Griffiths, M. D. (2012). Internet sex addiction: A review of empirical research. *Addiction Research and Theory*, 20, 111-124.

Herwig-Lempp, J. (1987). Das Phänomen der sogenannten neuen Süchte. *Neue Praxis*, 17, 54-64.

Mallet, J., Dubertret, C., & Le Strat, Y. (2021). Addictions in the COVID-19 era: current evidence, future perspectives a comprehensive review. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 106, 110070.

Reidinger, A. (1884). Kripplied. In: Sigmund Fellöcker (Hrsg.): *Kripplsangl und Krippelspiel in der oberösterreichischen Volksmundart (S. 1f.)*. Band 5. Linz: Haslinger.

Stark, R., & Müller, A. (2021). Verhaltenssuchte. *Psychotherapeut*, 66(2), 91-96.

Yazdi, K., Fuchs-Leitner, I., Rosenleitner, J., & Gerstgrasser, N. W. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on patients with alcohol use disorder and associated risk factors for relapse. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1470.

Young, K. (1996). Psychology of computer use: XL. Addictive use of the Internet: a case that breaks the stereotype. *Psychological reports*, 79(3), 899-902.

Young, K. (1999). Internet addiction: Symptoms, evaluation, and treatment. In L. V. T. L. Jackson (Ed.), *Innovations in clinical practice*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.

PD Dr. Human-Friedrich Unterrainer

Privatdozent an der Karl-Franzens-Universität bzw. Medizinischen Universität Graz;
Lektor an der Universität Wien;
Leitung des Center for Integrative Addiction Research (CIAR) im Verein Grüner Kreis

ökonomisch motiviert sein, aber auch dadurch, dass Menschen mit einer höheren Belohnung zu einem späteren Zeitpunkt rechnen oder grundsätzlich dazu neigen, sich zu verausgaben.

Übersteigerte Verausgabungsneigung (»over-commitment«) stellt dabei eine zeitlich relativ stabile Persönlichkeitseigenschaft dar, durch welche Betroffene empfänglicher für Anreize des ständigen Mehrarbeitens in ihrem beruflichen Umfeld sind.

Dies wird zusätzlich verstärkt, wenn Führungskräfte grenzenloses Arbeiten vorleben oder einfordern. Durch die Orientierung am Verhalten der Führungskraft (»soziales Lernen«) und die Verstärkung von exzessivem Arbeiten durch positives Feedback dafür (»operantes Konditionieren«) kann arbeitssüchtiges Verhalten erlernt werden¹⁶. An diesen Stellen können präventive Maßnahmen entsprechend ansetzen. Werteorientierte Führung, die von Leistung ohne Verausgabung, einer Balance aus Anforderungen und Ressourcen sowie sozialer Unterstützung geprägt ist, wirkt der Entstehung von Arbeitssucht entgegen¹⁷. Dieser Führungsstil muss sich im täglichen Umgang mit knappen Ressourcen, Wertschätzung und Abgrenzung von Beruf und Freizeit bewähren (»walk the talk«). Es gibt auch erste Hinweise darauf,

dass selbstorganisiertes Arbeiten mit Hilfe agiler Methoden mit einer geringeren Gefährdung einhergeht¹⁸. Der erste Schritt zur Überwindung der Arbeitssucht ist, wie bei anderen Süchten auch, das Eingeständnis der Abhängigkeit und der Entschluss zur Veränderung. Auf individueller Ebene müssen von Arbeitssucht Bedrohte oder Betroffene, vereinfacht gesagt, (wieder) lernen, nicht zu arbeiten und sich dabei gut, zufrieden und wertvoll zu fühlen. Coaching kann hier unterstützend wirken. Bei starker oder fortgeschrittener Symptomatik führt an psychotherapeutischen Interventionen in der individuellen oder Gruppentherapie selten ein Weg vorbei. Auch die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe¹⁹ ist für viele Betroffene hilfreich.

- 1 Zinn & Rademacher, 2019
- 2 Siegrist, 1996, 2015
- 3 Schaufeli, Taris & Bakker, 2008
- 4 Employee engagement wurde von Schmidt et al. (1993) als Erweiterung von Arbeitszufriedenheit definiert und meint »an employee's involvement with, commitment to, and satisfaction with work«.
- 5 Korrekterweise müsste gemäß der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von »Arbeitsabhängigkeit« gesprochen werden, da die umgangssprachliche »Sucht« in der Medizin mit »Abhängigkeit« oder »Miss-

brauch« (von Substanzen) bezeichnet wird. Aus Gründen der Verständlichkeit wird in diesem Artikel darauf verzichtet.

- 6 Vgl. Städele & Poppelreuter, 2009
- 7 Vgl. Städele & Poppelreuter, 2009
- 8 Vgl. Rademacher, 2017
- 9 Vgl. Städele & Poppelreuter, 2009
- 10 www.wilmarschaufeli.nl/tests/workaholism
- 11 Clark, M.A., Smith, R.W., & Haynes, N.J., 2020
- 12 Maslach & Jackson, 1981
- 13 Hagemann & Geuenich, 2001
- 14 www.arbeitssucht.de
- 15 Siegrist, 1996, 2015
- 16 Rademacher, 2017
- 17 Siegrist, 2015; van Wingerden & van der Vaart, 2019
- 18 Stucht & Rademacher, 2020
- 19 www.arbeitssucht.de

Mit freundlicher Genehmigung des Verbands Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V. Erschienen im Mitglieder magazin »VDBWaktuell«, Ausgabe Dezember 2020, Schwerpunktthema Suchterkrankungen.

Prof.^m Ute Rademacher

ist Professorin für Wirtschaftspsychologie an der Hochschule Emden/Leer in Deutschland mit den Schwerpunkten Digitalisierung, New Work und Nachhaltigkeit.

Als zertifizierte Business Coach, Trainerin und Beraterin unterstützt sie Menschen, Marken und Organisationen in ihrer nachhaltigen Entwicklung.



Foto: iStock.com/filadendron (Sujetbild)

»over-commitment« stellt eine relativ stabile Persönlichkeitseigenschaft dar, durch die Betroffene empfänglicher für Anreize des ständigen Mehrarbeitens sind.

bezogenen Störungen konsumieren oft mehr als eine Substanz, zeigen hohe Raten an psychischen Komorbiditäten und weisen oft multiple psychosoziale Einschränkungen auf. Evidenzbasierte Psychotherapie-Verfahren, die ihren Nutzen in der Forschung und in der klinischen Praxis zeigen konnten, erreichen bezüglich dauerhafter Abstinenz in der Regel eher moderate Raten, sodass sekundäre Therapieziele wie Konsumreduktion (Menge, Häufigkeit) oder Reduktion substanzbezogener Probleme leichter erreichbar erscheinen und wichtige Teilziele therapeutischer Interventionen darstellen (EMCDDA, 2015).

Zu den am besten untersuchten Verfahren gehören Motivational Interviewing, kognitive Verhaltenstherapie, Kontingenzmanagement und familienbezogene Interventionen unter Einbezug des familiären, sozialen und schulischen Umfelds (EMCDDA, 2015; Winters et al., 2021). Eine wichtige Schlussfolgerung der Untersuchungen in der Altersgruppe stellt dar, dass alle oben genannten Verfahren in der Kombination miteinander und durch die Einbettung in einen Gesamtbehandlungsplan am wirksamsten sind. Klinischer Forschungsbedarf besteht dennoch weiterhin in der Verknüpfung unterschiedlicher Therapiemethoden (insbesondere bei komorbiden Störungen) und der Suche nach Behandlungsbausteinen, die zur Optimierung der Therapieergebnisse beitragen können (Winters et al., 2021).

Medikamentöse Therapie

Zur substanzbezogenen Entzugsbehandlung ist im Kindes- und Jugendalter in Österreich sowie im deutschsprachigen Raum aktuell kein Medikament zugelassen. Stattdessen sind Off-Label-Einsätze (Einsatz außerhalb des Zulassungsrahmens) oder seltene Einzelfall-Entscheidungen, wie z. B. eine Substitution bei Opioid-Abhängigkeit bei Minderjährigen, zu benennen (z. B. ÖGABS et al., 2017).

Zur Unterstützung der Entzugsbehandlung von ausgeprägten Abhängigkeitserkrankungen können vor allem im stationären Setting niedrigpotente Antipsychotika, trizyklische Antidepressiva und auch Benzodiazepine eingesetzt werden (Stolle, 2009). Bei dem in der Altersgruppe seltener auftretenden i. V. Opioidkonsum stellt der vorübergehende Einsatz von Methadon oder Levomethadon einen möglichen Behandlungsansatz in der Entzugsbehandlung dar.

Familienbasierte Interventionen

Der Einbezug der Familie verbessert die Behandlungsprognose bei Kindern und Jugendlichen mit substanzbezogenen Störungen (Morgenroth, 2010). Eltern, Familien und Angehörige in die Therapie einzubeziehen kann aufgrund vorangegangener emotionaler Konflikte, unterschiedlicher Erwartungen und Bedürfnisse herausfordernd sein. Gleichzeitig ermöglichen familientherapeutische Ansätze im Rahmen der multimodalen Therapie eine Neuorientierung innerhalb der Familie, erlauben Aus- und Absprachen und geben Raum für zukünftige Wiederannäherungen.

Die Multidimensionale Familientherapie (MDFT) als intensive ambulante Alternative zu stationären Behandlungsangeboten weist neben Einzelsitzungen mit Jugendlichen und Eltern auch Familiensitzungen auf, in denen es um die Veränderung familiärer Interaktionsmuster geht (Spohr et al., 2011). In diesem hochfrequenten Ansatz mit mehreren Kontakten pro Woche werden relevante außerfamiliäre Strukturen wie Schule, Justiz und Freizeitbereiche miteinbezogen.

Eine weitere Alternative, die sich effizient und integrativ sowohl in ambulanten wie auch stationären Behandlungen etablieren lässt, stellen Multifamilientherapie-Ansätze dar (Asen und Scholz, 2019). Hier profitieren Familien mit schwer zu bewältigenden Problemen gut durch angeleitete Aufeinandertreffen mit anderen betroffenen Familien.

Unterstützende Interventionen und soziale Teilhabe

Zusätzlich benötigen Kinder und Jugendliche im Rahmen multimodaler Behandlungsansätze oft Unterstützung in schulischer und beruflicher Reintegration. Bei mitunter länger anhaltender Schulabstimmung im Vorfeld sind Verbesserungen in der Schul- und Ausbildungssituation am ehesten in spezialisierten Klinikschulsettings zu erzielen. Strukturierende Begleitung durch ausgebildete pädagogische und pflegerische Fachkräfte ermöglicht zum einen positive Beziehungsaufnahmen zu Erwachsenen und unterstützt zum anderen im Aufbau aktiver Freizeitgestaltung sowie in der Konfliktklärung im sozialen Alltag. Methoden des sozialen Kompetenztrainings, aber auch ergo-, arbeits- und sporttherapeutische Elemente unterstützen die multimodale Behandlung zusätzlich (Thomasius et al., 2016).

Vernetzung und Kooperation

Kinder und Jugendliche mit substanzbezogenen Störungen und ihre Angehörigen haben zwar unterschiedliche Ansprechpartner in der Gesellschaft, flächendeckende Behandlungsnetze für die Altersgruppe sind regional jedoch unterschiedlich ausgebildet und oft noch nicht ausreichend vorhanden. Umso wichtiger erscheinen auch für multimodale Therapieansätze lokale Kooperationen zwischen Beratungsstellen, ambulanten und stationären Behandlungsangeboten unter Einbezug von Familie, dem Schulsystem und der Jugendhilfe. Problemfelder in der Therapie von substanzbezogenen Störungen sind oft komplex und Herausforderungen können zumeist nur interdisziplinär gelöst werden. Kinder und Jugendliche sowie ihre Angehörigen sind hierbei nicht nur auf Unterstützung einzelner Institutionen im Helfersystem, sondern auch auf die Solidarität und Zusammenarbeit der professionellen Helfer untereinander angewiesen (Berthel et al., 2015).

Zusammenfassung

Multimodale Suchttherapie bei substanzbezogenen Störungen im Kindes- und Jugendalter benötigt die Zusammenarbeit mehrerer Berufsgruppen, die Einbeziehung der Eltern und Angehörigen sowie die Kooperation und Vernetzung unterschiedlicher Ansprechpartner für Kinder und Jugendliche, die am ehesten vom Zusammenspiel zwischen motivationalen und strukturbasierten Interventionen und Haltungen profitieren. Notwendige Anpassungen an Jugendströmungen und Konsummuster lassen dabei statische, unflexible Arbeitsmuster nicht längerfristig zu – sodass die professionelle Beschäftigung mit suchtmittelkonsumierenden Jugendlichen auch die Behandlerinnen und Behandler auffordert, sich immer wieder neu zu orientieren.

Literatur kann in der Redaktion angefragt werden.

Dr. med. Moritz Noack

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.

Ärztlicher Leiter der suchtmedizinischen Rehabilitation und Oberarzt auf einer jugendpsychiatrischen Therapiestation für substanzbezogene und medienbezogene Störungen in der LWL-Universitätsklinik Hamm der Ruhr-Universität Bochum, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik



Genießen mit Gewissen

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

Beratung & Hilfe

Beratungs- & Betreuungsteam

Leitung: Mag.^a Mirjam Ohr
Wien

Mag.^a Mirjam Ohr MA (W)
Tel.: +43 (0)664 8111021
mail: mirjam.ohr@gruenerkreis.at
Walter Clementi (W, WU, NÖ, B)
Tel.: +43 (0)664 3840827
mail: walter.clementi@gruenerkreis.at
Lisa Kläring, BA
Tel.: +43 (0)664 8111018
mail: lisa.klaering@gruenerkreis.at
Reinhard Krainer, BA
mail: reinhard.krainer@gruenerkreis.at
Tel.: +43 (0)664 / 180 97 09

Niederösterreich, Burgenland

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

Oberösterreich

Elisabeth Schnitzer, BA
Tel.: +43 (0) 664 811 1024
elisabeth.schnitzer@gruenerkreis.at
Armin Hickl BA
Tel.: +43 (0) 664 811 1007
mail: armin.hickl@gruenerkreis.at

Steiermark

Mag.^a (FH) Ursula Aichmaier
Tel.: +43 (0) 664 811 1041
mail: ursula.aichmaier@gruenerkreis.at

Anna-Maria Ranftl, BA, MA
Tel.: +43 (0)664 10130 02
Mail: anna-maria.ranftl@gruenerkreis.at

Kärnten, Osttirol

Dipl. Päd. Marcel Kogler BA,
Tel.: +43 (0)664 384 0280
mail: marcel.kogler@gruenerkreis.at

Salzburg

Armin Hickl BA
Tel.: +43 (0) 664 811 1007
mail: armin.hickl@gruenerkreis.at

Tirol, Vorarlberg

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

Ambulante Beratungs- & Betreuungszentren Wien

1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103
Tel.: +43 (0)1 5269489
Fax: +43 (0)1 5269489-40
mail: ambulanz.wien@gruenerkreis.at

1030 Wien, Radetzkystraße 31/Top 8+11

Tel.: +43 (0)1 710 74 44
Fax: +43 (0)1 710 74 44-22
mail: ambulanz.wien@gruenerkreis.at

Wiener Neustadt

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

Graz

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

Klagenfurt

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

Linz

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

Retouren an Postfach 555, 1008 Wien

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