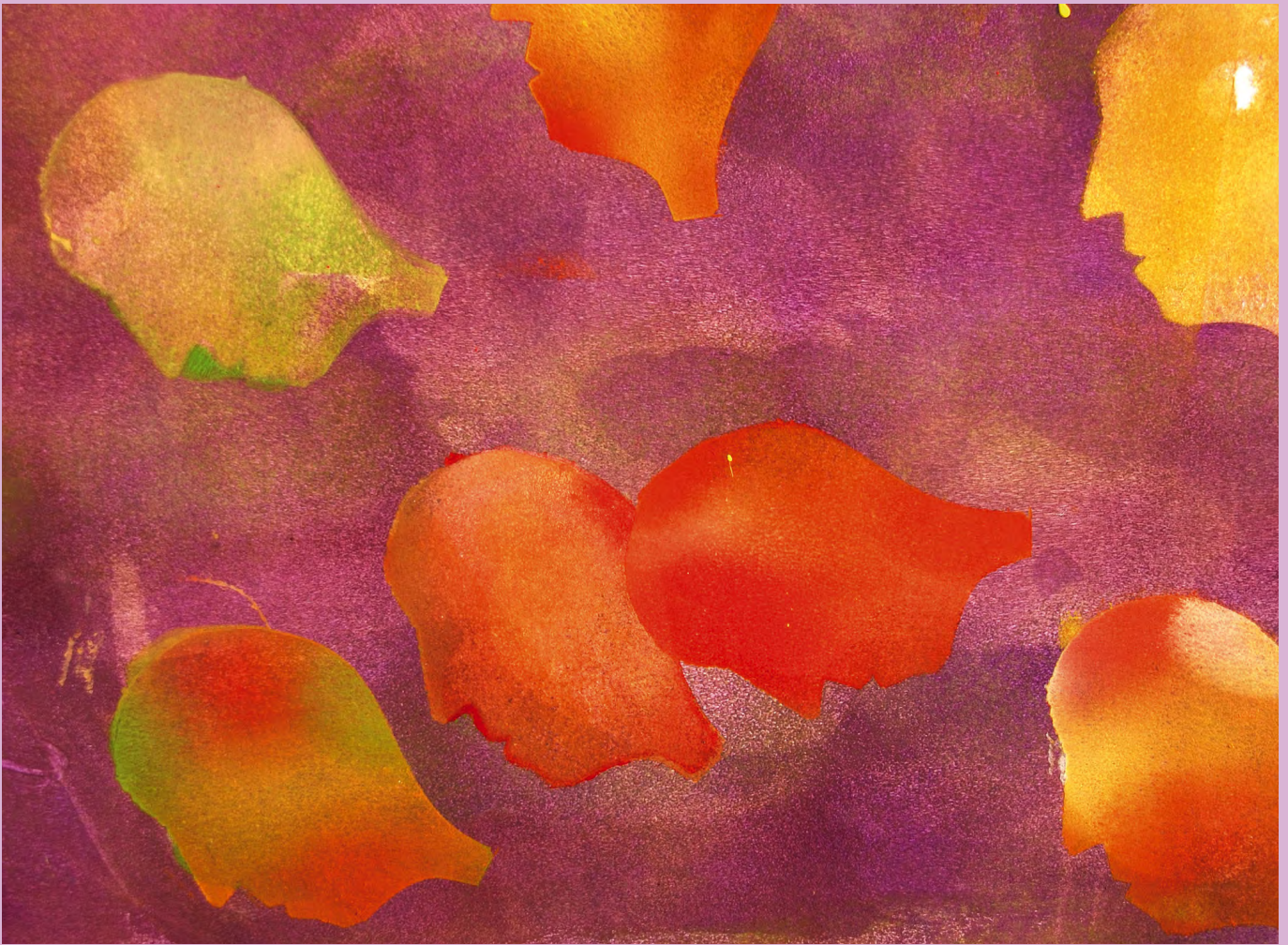


# SUCHT



## Polytoxikomanie



## Wir danken unseren Spender\*innen

Mag.a Claudia Amsz, Siegersdorf  
Dkfm. Günter Baumgartner, Wien  
Beate Cerny, Wien  
Dr.in Helga Danhorn, Wien  
Mag.a Birgit Falb, Eisenstadt  
René Ferrari, Leonding  
Andrea Greisberger  
Anna Maria Hofmann  
Mag. Peter Humann, Pitten  
Karla Kapper, Möllersdorf  
Robert Kopera, Reisenberg  
Eveline Kriston  
Dr. Günter Mittendorfer, Linz  
Präs. Dr. Karl Mittendorfer, Eisenstadt  
Mag. Kathleen Moser, Bad Aussee  
Gesine Muschl, Maria Enzersdorf  
Mag.a Gabriele Nemeskeri, Eisenstadt  
Norbert und Ewald Riesz, Linz  
Petra Settele  
Günter und Juliana Stacher, Waidhofen  
Helmut Wiedermann  
Dr. Alfons Willam, Wien



Partner des Grünen Kreises

Die Niederösterreichische Versicherung unterstützt die Arbeit des Grünen Kreises.

»Menschen, die wieder ein selbstbestimmtes Leben ohne Abhängigkeit führen wollen, brauchen vielfältige Unterstützung, um ihre Krankheit zu besiegen.

Als Partner des Grünen Kreises nehmen wir unsere soziale Verantwortung in der Gesellschaft wahr und leisten damit unseren Beitrag, den Betroffenen auf dem Weg aus der Sucht zu helfen.«

Niederösterreichische Versicherung AG

[www.noever.at](http://www.noever.at)

Herzlichen Dank im Namen aller Klient\*innen des Vereins Grüner Kreis!

## 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

Weitere Informationen finden Sie auch auf

[www.gruenerkreis.at](http://www.gruenerkreis.at)

## Impressum

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

Das Aufgabengebiet des Grüner Kreis-Magazins bildet die Berichterstattung zur Prävention suchtzindizierter 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:** MMag. Dr. Martin Kitzberger

**Redaktion:** MMag. Dr. Martin Kitzberger, Dr. Jürgen Fuchshuber, BSc MSc, Andreas Eilenstein, Romana Chytra, Dominique Dumont, BSc MSc

**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.sucht@gruenerkreis.at](mailto:redaktion.sucht@gruenerkreis.at) | [www.gruenerkreis.at](http://www.gruenerkreis.at)

**Layout:** Andreas Eilenstein

**Anzeigen:** Sirius Werbeagentur GmbH

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

### Diese Ausgabe entstand unter Mitwirkung von:

Martin Ecker, Christian Mössner, Nebojsa Janicijevic, Thomas Baumgartner, Laura Waschulin, Friederike Smilge, Thorsten Domeyer, Johannes Lindenmeyer, Wolf-Detlef Rost, Stephan Gremmel, Paula Reid, Elisa Renner, Human-Friedrich Unterrainer, Kurt Neuhold und Klient\*innen des Vereins Grüner Kreis

### Bildquellennachweise:

Cover: entstand im Workshop: „Reise ins Ich“ - Experimentelles Malen, Kunst im Grünen Kreis  
Fotos Seite 4: (6) Supittra – stock.adobe.com, (12) Nat-tapun – stock.adobe.com, (24) Davidd – stock.adobe.com, (30) Fotoaktion Meierhof: Der achtsame Blick  
Profildfotos: privat, wenn nicht anders gekennzeichnet

**Gender-Hinweis:** Die Redaktion greift grundsätzlich nicht in die Texte der Gastautor\*innen ein. Sofern sich eine Autorin oder ein Autor 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 respektive einer leichteren Verständlichkeit des Inhalts.

# Helfen Sie uns helfen!

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 | HYPO NOE

Landesbank für Niederösterreich und Wien AG

IBAN AT81 5300 0038 5501 3222 | BIC HYPNATWW



Geschätzte Leser\*innen!

*In dieser ersten Ausgabe im Jahr 2025 wollen wir uns mit dem multiplen Substanzgebrauch als eine sehr problematische Form des Drogenkonsums beschäftigen, bei welchem in der Regel zwei oder mehrere psychotrope Substanzen zu sich genommen werden. Die Einnahme kann gleichzeitig oder aufeinanderfolgend sein, eher wahllos, nach Verfügbarkeit und intensiv bzw. impulsiv, oder aber auch bewusst systematisch erfolgen, um eine kombinierte Wirkung zu erzielen – so werden z. B. beim „Speedballing“ intravenös Kokain und Heroin mit dem Ziel konsumiert, die dämpfenden Effekte von Heroin durch die stimulierende Wirkung von Kokain zu vermindern.*

*In diesem Zusammenhang wird oftmals (noch) von „Polytoxikomanie“ gesprochen. Ein Begriff, der sich so in den aktuellen Diagnosekatalogen nicht mehr findet (ICD-11, DSM-V) und der mehr auf den zu beobachtenden Zustand von Personen mit Mischkonsum (Polykonsum) abzielt. Das hängt mit der Wirkung des multiplen Substanzkonsums legaler und/oder illegaler Substanzen oder eines Substanztyps zusammen, weil es in der Regel zu Verstärkungen oder Verminderungen bzw. zu Wechselwirkungen der Substanzen kommt und der Konsum somit „toxischer“ sein kann. Hinsichtlich der Wirkung, besser gesprochen der negativen Auswirkungen, kann der Polykonsum ein großes gesundheitsgefährdendes Problem darstellen bzw. sogar eine tödliche Kombination sein, zum Beispiel, wenn sedierende Arzneimittel wie Benzodiazepine mit Opioiden eingenommen werden (Atemdepression, Koma, Tod).*

*Auch die verstärkte Wirkung von Alkohol auf einige psychotrope Medikamente ist nicht zu unterschätzen. Neben der großen Gefahr für die individuelle Gesundheit sind z. B. auch Verkehrsunfälle infolge des gleichzeitigen Konsums von Drogen und Alkohol „klar am häufigsten“, wie einer statistischen Langzeitbeobachtung, dem Suchtmonitoring aus der Schweiz, zu entnehmen ist (Straßenverkehrsunfälle unter dem Einfluss multipler Substanzen).*

*Viele Expert\*innen liefern uns in dieser Ausgabe einen Einblick in ihre Forschung oder Expertise zu diesem Thema und zu damit in Verbindung stehenden Problemen und natürlich Behandlungsmöglichkeiten, was uns auch als Verein Grüner Kreis besonders wichtig ist. Professionell begleitete und wissenschaftlich fundierte Wege aus der Sucht sind unser Ziel.*

*Danke an alle Professionist\*innen, die in der täglichen ambulanten und stationären Suchtbehandlung tatkräftig mitarbeiten oder zum Thema Sucht forschen, dass sie ihre profunden Erfahrungen und ihr Wissen teilen, sodass durch steigenden Erfolg bei Suchtbehandlungen noch mehr betroffenen Menschen geholfen werden kann. Und selbstverständlich wollen wir Sie, interessierte Leser\*innen, zum Thema Sucht bestmöglich auf dem Laufenden halten. In diesem Sinne: Halten Sie uns die Treue!*

Martin Kitzberger

Der Grüne Kreis dankt seinen Kooperationspartner\*innen

Mit finanzieller Unterstützung des



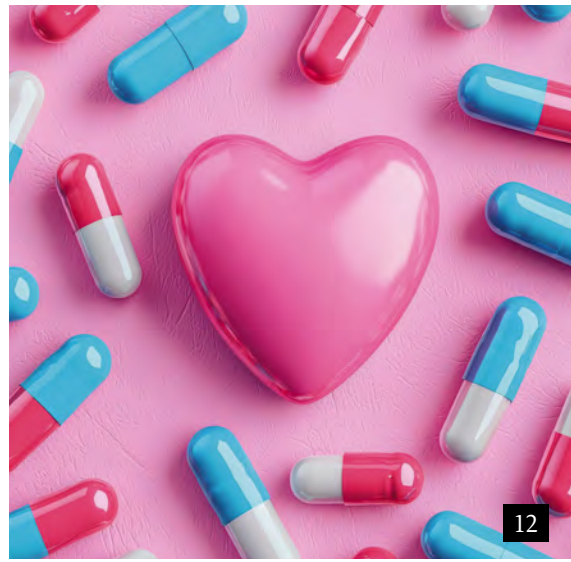
Sucht- und Drogen  
Koordination Wien

Für die  
Stadt Wien





30



12



24



6

# Inhalt

3 Editorial  
Martin Kitzberger

## Themenschwerpunkt

6 Multipler Substanzmissbrauch aus klinischer Perspektive  
Martin Ecker

## Themenschwerpunkt

8 Die Psychotherapie bei multiplem Substanzgebrauch  
Christian Mössner

## Themenschwerpunkt

10 Systemisch-körperorientierte Psychotherapie in der Behandlung von Polytoxikomanie  
Nebojsa Janicijevic

## Themenschwerpunkt

12 Chemsex - wenn Lust zur Sucht wird  
Thomas Baumgartner

## Themenschwerpunkt

14 Psychodynamische Perspektiven auf Persönlichkeitsorganisation, Trauma, Suchterkrankungen und intravenösen Konsum – eine Studie  
Laura Waschulin

16 Unser Betreuungsangebot

18 MDPV und Pyrovaleron  
Friederike Smilge und Thorsten Domeyer

20 Spurensuche  
Klient\*innen berichten über ihre Erfahrung mit Polytoxikomanie

22 Das Rätsel Rückfall - Was weiß man und was weiß man (noch immer) nicht  
Johannes Lindenmeyer

24 Alkoholismus und Psychoanalyse - Zeitgemäßes und Unzeitgemäßes  
Wolf-Detlef Rost

26 Barrieren zu bedarfsgerechter Versorgung für wohnungslose und obdachlose Menschen mit Suchterkrankungen  
Stephan Gremmel und Paula Reid

28 Primäremotionen, Dissoziative Symptome und Suchterkrankungen  
Elisa Renner und Human-Friedrich Unterrainer

## Inside Grüner Kreis

30 ... und immer wieder geht die Sonne auf!  
Kurt Neuhold



# Multipler Substanzmissbrauch aus klinischer Perspektive



von Martin Ecker

Foto: © Pachernegg

*Interaktionen zwischen verschiedenen Substanzen erhöhen das Risiko für schwere medizinische Komplikationen wie Herz-Kreislauf-Probleme, Atemdepression oder Leberschäden.*

**D**er multiple Substanzmissbrauch, oder der oft stigmatisierende Begriff Polytoxikomanie, beschreibt den gleichzeitigen oder alternierenden Konsum mindestens zweier psychoaktiver Substanzen, die unterschiedliche pharmakologische Eigenschaften haben. Dieses Verhalten ist ein Problem im klinischen Alltag, da es mit deutlich erhöhten gesundheitlichen Risiken, einer schlechteren Langzeitprognose und einer komplexeren Behandlung verbunden ist.

In der klinischen Praxis erfordert dies eine multidisziplinäre Herangehensweise, die sowohl psychologische als auch soziale und medizinische Aspekte berücksichtigt. Hochrisikogruppen stellen Jugendliche aus problematischen sozialen Verhältnissen oder PatientInnen mit psychiatrischen Komorbiditäten dar. Epidemiologische Studien zeigen, dass zwischen 50 und 80 % der von einer Substanzabhängigkeit Betroffenen mehr als eine Droge konsumieren. Häufige Kombinationen umfassen Alkohol mit Benzodiazepinen, Kokain mit Opioiden oder Cannabis mit

Stimulanzen.

Als besondere Risikofaktoren konnten neben genetischen und epigenetischen Faktoren sogenannte ACE (Adverse Childhood Experiences) identifiziert werden; dazu zählen Missbrauch, Vernachlässigung oder ein dysfunktionaler Haushalt mit häuslicher Gewalt, Drogenkonsum innerhalb der Familie sowie Familienmitglieder, die psychisch schwer erkrankt sind. Diese Faktoren sind für bis zu zwei Drittel aller ernsthaften Probleme mit Drogenkonsum verantwortlich. Im Sinne der Selbstmedikationshypothese neigen auch Menschen, die an psychiatrischen Komorbiditäten leiden, dazu, verschiedene Substanzen zu mischen, um ihre belastenden Symptome zu lindern. Als Beispiel möchte ich hier den häufigen Missbrauch von Alkohol und Benzodiazepinen, um im Alltag „funktionsfähig“ zu bleiben, bei Menschen mit Angststörungen anführen.

Die klinische Behandlung von PatientInnen stellt uns Fachkräfte oft vor große Herausforderungen. Die gleichzeitige Verwendung mehrerer Substanzen erschwert die Erkennung spezifischer Substanzabhängigkeiten, da sich Symptome überlappen können und bei akuten Intoxikationen oder Entzugserscheinungen für Schwierigkeiten in der Stabilisierung sorgen. In Hinblick auf dieses Problem möchte ich die Wichtigkeit von anonymen Drug-Checking-Angeboten hervorheben, da es für die BehandlerInnen natürlich von Bedeutung ist, welche Substanzen in welcher Konzentration aktuell im Umlauf sind, und regelmäßige Updates uns einen Überblick vermitteln, in welche Richtung gedacht werden muss. Ein Großteil der PatientInnen weist, wie schon erwähnt, psychiatrische Begleiterkrankungen auf. Hauptsächlich handelt es sich dabei um Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, PTSD, ADHS oder Erkrankungen aus dem affektiven Spektrum. Auch Psychosen sind häufig und treten als Ursache oder als Folge des Substanzmissbrauchs auf. Dies erfordert

eine integrierte Behandlungsstrategie, wobei es wichtig ist, sowohl die Sucht als auch die Komorbiditäten adäquat zu behandeln. Dies führt immer wieder zu therapeutischen Dilemmata, wie am Beispiel der ADHS-Erkrankung deutlich wird. Ein Viertel der Betroffenen leidet an dieser Diagnose und würde von leitlinienkonformer Behandlung (Stimulanzen) profitieren, da die vorliegenden Studiendaten bestenfalls auf eine Reduktion und keineswegs auf eine Verschlechterung des illegalen Substanzkonsums hindeuten. Andererseits wissen wir um das Missbrauchspotenzial von Methylphenidat und Co. Bescheid, was viele ÄrztInnen zögern lässt, diese Medikamente trotz gesicherter Diagnose zu verschreiben. Es bedarf hier genauer Einzelfallbetrachtungen, um eine optimale Therapie im Sinne einer Schadensreduktion zu gewährleisten.

Interaktionen zwischen verschiedenen Substanzen erhöhen das Risiko für schwere medizinische Komplikationen wie Herz-Kreislauf-Probleme, Atemdepression oder Leberschäden. Langfristig können neurokognitive Beeinträchtigungen und irreversible Organschäden auftreten. Dies erfordert einen regen interdisziplinären Austausch mit anderen medizinischen Fächern wie Innere Medizin, Neurologie und Chirurgie. Besonders Krankenanstalten oder Einrichtungen, die auf Menschen mit multiple Substanzmissbrauch spezialisiert sind, wissen meist sehr gut um diese Probleme Bescheid und bilden eine wichtige Drehscheibenfunktion in der gesamten Gesundheitsversorgung dieser Menschen.

Obwohl die Abhängigkeit von Tabak und einer weiteren Substanz üblicherweise nicht als multipler Substanzmissbrauch bezeichnet wird, ist es doch so, dass es durch Zigaretten zu einer weiteren Verschlechterung der körperlichen Gesundheit von Abhängigen kommt. Diese kumulativen negativen Effekte sorgen insgesamt für eine deutlich reduzierte



Lebenserwartung innerhalb dieser Gruppe. Eine Behandlung der Nikotinabhängigkeit wäre aus diesem Grund sicherlich überlegenswert und sollte zumindest angeboten werden. Dies macht zusätzliche Motivationsarbeit nötig und braucht Zeit, ist in vielen Fällen aber erfolgreich. Therapeutisch erfordert die Behandlung eine personalisierte und evidenzbasierte Herangehensweise. Der Entzug mehrerer Substanzen kann gefährlich sein und erfordert meistens eine stationäre Überwachung. Der Einsatz medikamentöser Therapien wie beispielsweise Benzodiazepinen bei Alkoholentzug oder Opioidagonisten bei Opioidabhängigkeit muss sorgfältig an die konsumierten Substanzen angepasst werden. Da im Zuge einer akuten Intoxikation oft unklar ist, welche Substanzen insgesamt im Spiel sind, ist die Behandlung von vielen Unsicherheiten begleitet. Ein erfahrenes, multidisziplinäres Team aus PflegerInnen und ÄrztInnen, das Risikosituationen erkennt und mit Schwierigkeiten umgehen kann, ist hier besonders wichtig.

Nach der akuten Stabilisierung sind psychotherapeutische Interventionen wie die „Dialektisch-Behaviorale Therapie“ oder „Motivierende Gesprächsführung“ bewährte Ansätze, um den Menschen zu helfen, ihre Verhaltensmuster zu ändern. Gerade bei multiplen Substanzabhängigkeiten muss die Therapie flexibel auf die komplexen Bedürfnisse abgestimmt sein. Setzt man Abstinenz als Therapieziel, zeigt sich die Rückfallrate extrem hoch und es birgt auch große Risiken

nach der Entlassung im Sinne einer falschen Selbsteinschätzung der Toleranz bei Opioiden. Tragische Todesfälle sind dann leider häufig. Besonders schadensreduzierende, zieloffene Therapien sind bei dieser Gruppe oft hilfreicher als ein striktes Abstinenzparadigma. Es gilt hier von Seiten der TherapeutInnen die PatientInnen zu bremsen und realistische Ziele zu formulieren. Auch Selbsthilfegruppen wie die Anonymen Alkoholiker oder Narcotic Anonymous sind wichtige Bausteine in der Behandlungskette und sollten empfohlen und einbezogen werden. Die Möglichkeit, in Ballungszentren täglich eine Anlaufstelle bei einer Selbsthilfegruppe zu haben, ist in krisenhaften Situationen oder nach stationären Behandlungen sehr hilfreich.

Im Sinne einer integrierten Behandlung, die sowohl den Substanzmissbrauch als auch psychische Begleiterkrankungen behandelt, ist es wichtig, das gesamte Spektrum der therapeutischen Möglichkeiten auszuschöpfen. Dies umfasst natürlich pharmakologische Ansätze, wie Antidepressiva und Antipsychotika, sowie psychosoziale Interventionen. Insgesamt ist es notwendig, auch in der Klinik die Therapie langfristig zu planen und für einen guten Austausch mit Beratungseinrichtungen und anderen BehandlerInnen im niedergelassenen Bereich zu sorgen. Nur so kann eine optimale Versorgung sichergestellt werden und auch Doppelverschreibungen und Missbrauch entgegengewirkt werden. Für die Zukunft wäre sicherlich eine voll

integrierte Versorgung mit lückenlosen Schnittstellen und aufsuchender Begleitung durch mobile Dienste anzustreben, um stationäre Wiederaufnahmen und eine sogenannte Drehtürpsychiatrie zu vermeiden. Auch adäquate Wohnmodelle für Suchtkranke fehlen derzeit und sind dringend erforderlich, um diese Versorgungslücke zu schließen.

Weiters ist es wichtig, Präventionsstrategien zu entwickeln, die auf der Ebene der Gesundheitsförderung ansetzen, vulnerable Gruppen zu identifizieren und diese gezielt zu unterstützen. Wie oben erwähnt, sind es vor allem Kinder aus sehr belasteten Familien, die Unterstützung und Hilfe benötigen, um gar nicht erst in den zerstörerischen Kreislauf einzusteigen. Auch Armut ist ein wichtiger Faktor der Suchtentwicklung! Hier sind Gesellschaft und Politik gefordert, entsprechende Mittel zur Verfügung zu stellen, um Hilfe in oben genannten Settings anzubieten und Möglichkeiten zu Prävention und Therapie zu schaffen. Armutsbekämpfung ist Suchtbekämpfung!

#### **Prim. Dr. med. Martin Ecker**

ist Arzt für Allgemeinmedizin und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin. Er ist Primar am Zentrum für Suchtmedizin im LKH Graz II – Standort Süd. Neben der ambulanten, tagesklinischen und stationären psychiatrischen Behandlung von SuchtpatientInnen liegt sein wissenschaftliches Interesse im Bereich der Schlafmedizin, Sexualtherapie sowie der Alpin- und Höhenmedizin



# Die Psychotherapie bei multiplem Substanzgebrauch



von Christian Mössner

*Viele Betroffene leiden unter einem negativen Selbstbild, das durch wiederholte Misserfolge und die Stigmatisierung von Abhängigkeit verstärkt wird. Die Arbeit an einem positiven Selbstkonzept kann helfen, langfristige Veränderungen zu unterstützen.*

**M**enschen mit multiplem Substanzgebrauch bringen oft komplexe Problemlagen in die Therapie mit, die von schwerwiegenden psychosozialen Belastungen bis hin zu komorbiden psychischen Erkrankungen reichen. Zu den spezifischen Herausforderungen gehört die Tatsache, dass verschiedene Substanzen unterschiedliche psychische und körperliche Auswirkungen haben können, welche die Diagnostik und Behandlungsplanung erschweren. Der Wechsel zwischen verschiedenen Substanzen ist häufig mehr als nur ein zufälliges Konsummuster. Er stellt oft einen Versuch dar, mit tief verwurzelten emotionalen oder psychischen Problemen umzugehen. Menschen greifen dabei gezielt zu unterschiedlichen Substanzen, um bestimmte unangenehme Gefühlszustände zu dämpfen oder kurzfristig zu bewältigen. So kann Alkohol beispielsweise zur Beruhigung eingesetzt werden, während stimulierende Drogen wie Kokain oder Amphetamine genutzt werden, um sich energiegelicher

oder leistungsfähiger zu fühlen. Diese Form des Konsums weist auf tief liegende Schwierigkeiten hin, mit Stress und anderen emotionalen Belastungen umzugehen zu können. Es fehlt häufig an stabilen Bewältigungsstrategien oder alternativen Möglichkeiten, negative Erlebnisse zu verarbeiten und zu regulieren. Diese Dynamik verdeutlicht die Notwendigkeit, im therapeutischen Prozess nicht nur den Substanzgebrauch an sich, sondern auch die zugrunde liegenden Ursachen zu adressieren und langfristige, gesunde Strategien zur Emotionsregulation und Stressbewältigung zu entwickeln.

## Psychotherapie im Einzelsetting

Im Einzelsetting bietet die Psychotherapie einen geschützten Raum, um diese individuellen Dynamiken zu verstehen und gezielt anzugehen. Ein zentraler Fokus liegt dabei auf der Motivationsarbeit. Viele Klient\*innen befinden sich in einer ambivalenten Haltung gegenüber Abstinenz, was eine grundlegende Herausforderung darstellt. Motivational Interviewing (MI) ist hier ein bewährter Ansatz, um Veränderungsbereitschaft zu fördern und langfristige Therapieziele zu entwickeln. Ein weiteres zentrales Thema im Einzelsetting ist der Umgang mit Craving (starkem Suchtdruck). Therapeut\*innen können mit Klient\*innen Techniken zur Gefühls- und Impulskontrolle erarbeiten, wie z. B. Achtsamkeitsübungen oder alternative Verhaltensweisen, um Substanzkonsum zu vermeiden. Zugleich ist es wichtig, zugrunde liegende psychische Störungen wie Angststörungen, Depressionen oder posttraumatische Belastungsstörungen zu behandeln, die oft eine treibende Kraft hinter dem Substanzgebrauch darstellen. Auch das Thema Selbstwert spielt eine zentrale Rolle. Viele Betroffene leiden unter einem negativen Selbstbild, das durch wiederholte Misserfolge und die Stigmatisierung von Abhängigkeit verstärkt wird. Die Arbeit an einem positiven Selbstkonzept kann helfen, langfristige Veränderungen zu unterstützen. Schließlich kann das Einzelsetting

genutzt werden, um schrittweise konkrete Lebensbereiche zu stabilisieren, wie z. B. den Aufbau einer Tagesstruktur, den Umgang mit finanziellen Schwierigkeiten oder die Wiederherstellung belastbarer sozialer Beziehungen. Diese individuell zugeschnittene Herangehensweise ist besonders wertvoll, um den komplexen Anforderungen des multiplen Substanzgebrauchs gerecht zu werden.

## Psychotherapie im Gruppensetting

Das Gruppensetting ermöglicht eine therapeutische Dynamik, die im Einzelsetting in dieser Form nicht geschaffen werden kann. Menschen mit multiplem Substanzgebrauch stehen häufig vor dem Gefühl, isoliert oder unverstanden zu sein. Die Gruppe kann hier ein Gefühl von Gemeinschaft schaffen, das stärkend und motivierend wirkt. Insbesondere der Austausch mit Menschen, die ähnliche Erfahrungen teilen, fördert ein Gefühl von Normalität und Zugehörigkeit. Ein spezifisches Problem des multiplen Substanzgebrauchs ist, dass die Betroffenen oft unterschiedliche Konsummuster und damit verbundene Probleme haben. Im Gruppensetting können solche unterschiedlichen Perspektiven konstruktiv genutzt werden. Gruppenmitglieder lernen voneinander, wie sie mit Rückfällen umgehen, Craving bewältigen oder schwierige soziale Situationen meistern können. Dieser Erfahrungsaustausch bietet Anregungen für neue Bewältigungsstrategien, die im Einzelsetting allein schwerer zugänglich wären. Die Gruppentherapie kann durch psychoedukative Elemente ergänzt werden, die den Teilnehmenden ein besseres Verständnis ihrer Abhängigkeit und der zugrunde liegenden Mechanismen vermitteln. Themen wie die Wirkung von Substanzen, die Funktionsweise des Gehirns bei Sucht oder Strategien zur Rückfallprävention können hier in einem interaktiven Format behandelt werden. Darüber hinaus kann die Gruppe als Raum genutzt werden, um soziale Kompetenzen zu trainieren. Viele Menschen mit multiplem Substanzgebrauch haben Schwierigkeiten in



zwischenmenschlichen Beziehungen, sei es aufgrund von Konflikten, Misstrauen oder Isolation. Rollenspiele und andere interaktive Übungen können helfen, neue Kommunikationsmuster zu erlernen und in einem geschützten Rahmen auszuprobieren. Insgesamt bietet das Gruppensetting eine wertvolle Möglichkeit, die therapeutische Arbeit zu vertiefen, insbesondere indem es den sozialen Kontext der Betroffenen anspricht und sie in ihrer Gemeinschaft stärkt.

#### **Mögliche Themen zur Bearbeitung im stationären Kontext**

Im stationären Kontext ergibt sich die Gelegenheit, intensiv und strukturiert an verschiedenen Themen zu arbeiten, die für Menschen mit multiplem Substanzgebrauch besonders relevant sind. Die folgenden Themenbereiche bieten dabei wichtige Ansatzpunkte: Viele Klient\*innen haben anfangs Schwierigkeiten, ihre Abhängigkeitserkrankung als solche zu erkennen oder zu akzeptieren. Im stationären Rahmen kann die Auseinandersetzung mit der eigenen Suchtgeschichte und den Konsequenzen des Substanzgebrauchs gefördert werden. Zudem ist Suchtdruck ein ständiges Thema für Menschen mit multiplem Substanzgebrauch. Im stationären Setting können konkrete Strategien zur Rückfallprävention vermittelt und geübt werden, etwa durch Skill-Training, Achtsamkeitsübungen oder das Erkennen von Risikosituationen.

Viele Menschen mit multiplem Substanzgebrauch leiden unter unbehandelten komorbiden psychischen Erkrankungen. Eine behutsame, traumasensitive Therapie sowie die Behandlung von Depressionen und Angststörungen sind entscheidend für eine langfristige Stabilisierung. Methoden wie Stabilisierungsübungen oder Ressourcenarbeit können hier gezielt eingesetzt werden. Besonders hervorzuheben ist die häufige Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen, wie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Diese erfordert spezielle therapeutische Ansätze, da Betroffene oft impulsives Verhalten, instabile Beziehungen und intensive emotionale Schwankungen zeigen. Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) hat sich hier als wirksam erwiesen, da sie sowohl auf die Regulation von Gefühlen als auch auf die Entwicklung von funktionalen Bewältigungsstrategien abzielt. Ein stationäres Setting bietet die Möglichkeit, diese Strategien intensiv einzuüben und Kriseninterventionen zeitnah umzusetzen. Ein weiterer wichtiger Bestandteil

des stationären Aufenthalts ist die Wiederherstellung einer Tagesstruktur. Dazu gehören gemeinsame Aktivitäten, Arbeits- und Ergotherapie sowie die Planung konkreter Schritte für die Zeit nach dem stationären Aufenthalt. Gruppen zu Zeitmanagement und Finanzplanung unterstützen die Klient\*innen dabei, ihren Alltag nach dem Aufenthalt zu organisieren. Ein häufig vernachlässigtes, aber essenzielles Thema ist die Frage: „Wer bin ich ohne die Substanzen?“ Klient\*innen können im stationären Kontext über ihre Werte, Ziele und Interessen nachdenken. Kreative Ansätze wie Maltherapie, Schreiben oder symbolisches Arbeiten können hilfreich sein, um eine neue Identität zu entwickeln. Auch berufliche Perspektivplanung, etwa durch Bewerbungscoaching, kann Teil des Prozesses sein. Zudem ist der Einbezug der Familie oder des sozialen Umfelds besonders wichtig, da sie eine unterstützende Rolle im Genesungsprozess einnehmen können. Familiensitzungen oder systemische Ansätze helfen, Konflikte zu klären und Erwartungen zu besprechen. Gleichzeitig werden Angehörige sensibilisiert, wie sie die Betroffenen ohne Co-Abhängigkeit unterstützen können. Viele Klient\*innen wissen nicht, wie sie ihre Freizeit ohne Konsum sinnvoll nutzen können. Im stationären Kontext können sie neue Hobbys ausprobieren und lernen, welche Aktivitäten ihnen Freude bereiten. Sport, Musik, Kunst oder Naturprojekte fördern nicht nur das Wohlbefinden, sondern tragen auch zur Abstinenzstabilität bei. Durch die Kombination dieser Themenbereiche kann der stationäre Aufenthalt eine umfassende Grundlage für eine nachhaltige Veränderung schaffen.

#### **Psychotherapie und die Förderung von Heilprozessen: Das Konzept der Salutogenese**

Psychotherapie zielt nicht nur darauf ab, Symptome zu lindern, sondern auch darauf, umfassende Heilungsprozesse zu fördern. Gerade bei Menschen mit multiplem Substanzgebrauch ist es wichtig, nicht nur die Abhängigkeit zu behandeln, sondern einen grundlegenden Wandel in Richtung Gesundheit und Wohlbefinden anzustoßen. Das Konzept der Salutogenese, entwickelt von Aaron Antonovsky, bietet hierfür einen wertvollen Rahmen. Die Salutogenese fokussiert sich auf die Frage, wie Gesundheit entsteht und erhalten werden kann, auch unter widrigen Umständen. Zentral sind der Aufbau und die Stärkung eines Kohärenzgefühls, das durch drei wesentliche Komponenten gekennzeichnet ist. **Verstehbarkeit:** Die

Betroffenen sollen ihre eigene Lebenssituation, ihre Sucht und die zugrunde liegenden Mechanismen verstehen lernen. Psychoedukation und reflektierende Gespräche helfen dabei, die Komplexität ihrer Probleme zu durchdringen und einen Sinnzusammenhang herzustellen. **Handhabbarkeit:** Ein wichtiger Teil der Therapie besteht darin, den Klient\*innen Werkzeuge an die Hand zu geben, um mit den Herausforderungen ihres Lebens umzugehen. Dazu gehören Strategien zur Bewältigung von Stress, die Förderung von Selbstwirksamkeit und die Fähigkeit, Unterstützung aus dem sozialen Umfeld anzunehmen. **Sinnhaftigkeit:** Vielen Menschen mit multiplem Substanzgebrauch fehlt eine positive Perspektive auf die Zukunft. Im therapeutischen Prozess können Werte und Ziele herausgearbeitet werden, die das Leben wieder sinnvoll und erstrebenswert machen. Dies umfasst nicht nur langfristige Ziele wie berufliche Pläne, sondern auch die Bedeutung kleiner, täglicher Erfolge. Durch die Stärkung dieser drei Bereiche wird es den Klient\*innen ermöglicht, ihre eigenen Ressourcen zu mobilisieren und aktiv an ihrem Heilungsprozess mitzuwirken. Die Psychotherapie kann dabei helfen, einen Perspektivenwechsel einzuleiten: weg von einem defizitorientierten Blick hin zu einem Fokus auf Ressourcen und Möglichkeiten.

Abschließend lässt sich sagen, dass die Psychotherapie bei multiplem Substanzgebrauch ein komplexer, aber durchaus lohnender Prozess ist. Sie bietet die Chance, nicht nur die Abhängigkeit zu überwinden, sondern auch eine nachhaltige Basis für ein erfülltes und gesundes Leben zu schaffen. Indem Therapeut\*innen individuell auf die Bedürfnisse und Potenziale der Klient\*innen eingehen, können sie Heilungsprozesse fördern, die weit über die Abstinenz hinausgehen. Damit wird die Psychotherapie zu einem kraftvollen Instrument der Veränderung und Selbstermächtigung.

#### **MMag. Dr. Christian Mössner**

geboren 1974 in Bad Aussee, Studium der Psychologie und Ausbildung zum Psychotherapeuten, Leiter der Klinischen Psychologie und Psychotherapie der WALKABOUT Therapiestation für Drogenkranke sowie der zugehörigen WALKABOUT Ambulanz Mariahilf des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Graz, Eigene Praxis und Konsiliarpsychologin in der psychiatrischen Sonderkrankenanstalt Neutillmitsch-Gralla sowie im Margarethenhof in Voitsberg. Daneben Vortrags-, Fortbildungs- und Lehrtätigkeit in verschiedenen öffentlichen und privaten Gesundheitseinrichtungen.

# Systemische körperorientierte Psychotherapie in der Behandlung von Polytoxikomanie



von Nebojsa Janicijevic

*Der ganzheitliche Ansatz der SKPT ermöglicht es den Patient\*innen, die zugrunde liegenden Ursachen ihrer Sucht zu erkennen und diese in einem sicheren und unterstützenden Umfeld zu bearbeiten.*

## **Polytoxikomanie: Eine vielschichtige Herausforderung**

Polytoxikomanie, die gleichzeitige oder wechselnde Abhängigkeit von mehreren Substanzen, zählt zu den komplexesten und vielschichtigsten Formen von Suchterkrankungen. Diese Multisubstanzabhängigkeit stellt sowohl für die Betroffenen als auch für die behandelnden Fachkräfte eine enorme Herausforderung dar, da sie nicht nur tiefgreifende körperliche und psychische Schäden verursacht, sondern auch die sozialen Lebenswelten der Patient\*innen erheblich belastet. Die gleichzeitige Einnahme oder der wiederholte Konsum verschiedener Substanzen wie Alkohol, Opiode, Stimulanzien (z. B. Kokain oder Amphetamine) und Beruhigungsmittel verschärft die Suchtproblematik und verkompliziert die Diagnostik und Therapie.

Die Folgen von Polytoxikomanie sind weitreichend und multifaktoriell. Zum einen verstärken sich die toxischen Wirkungen der einzelnen Drogen im Körper. So kann beispielsweise der Konsum von

Alkohol in Kombination mit Beruhigungsmitteln die sedierende Wirkung beider Substanzen potenzieren und zu gefährlichen Atemdepressionen oder zu Koma führen. Auf der anderen Seite können stimulierende Drogen wie Kokain oder Amphetamine, insbesondere in Verbindung mit Cannabis, psychotische Episoden oder schwere Angstzustände auslösen. Diese Wechselwirkungen zwischen den Substanzen führen zu einer kumulierten Belastung des Körpers, was nicht nur das Risiko von körperlichen Krankheiten wie Leber- und Nierenschäden, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und neurologischen Störungen erhöht, sondern auch die psychische Stabilität gefährdet.

Psychisch sind viele Betroffene von Polytoxikomanie mit einer Vielzahl an Störungen konfrontiert. Häufig treten Depressionen, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen auf, die sowohl die Entstehung der Sucht begünstigen als auch deren Verlauf weiter erschweren. Der ständige Drang nach dem Konsum der Substanzen führt zu einem erhöhten Stresslevel, der wiederum die psychischen Symptome verstärken kann. Zusätzlich sind die betroffenen Personen oft mit erheblichen Identitätskonflikten konfrontiert. Die Sucht wird zu einem zentralen Bestandteil des Lebens, was zu einem Verlust des Selbstwertgefühls und der Selbstkontrolle führt.

Neben den physischen und psychischen Folgen sind es auch die sozialen und gesellschaftlichen Faktoren, die den Verlauf der Polytoxikomanie beeinflussen und eine weitere Komplexität in der Behandlung mit sich bringen. Die soziale Isolation ist ein häufiges Phänomen, da Betroffene aufgrund ihres Suchtverhaltens oft zwischenmenschliche Beziehungen und soziale Netzwerke verlieren. Konflikte mit Familie, Freund\*innen oder Partner\*innen verstärken den Rückzug aus dem sozialen Leben und schaffen eine Spirale der Einsamkeit und Stigmatisierung. Auch soziale Belastungen wie

Arbeitslosigkeit, finanzielle Sorgen oder rechtliche Probleme spielen eine entscheidende Rolle im Aufrechterhalten der Sucht. Häufig treten diese sozialen Belastungen parallel zur Sucht auf und verschärfen die Lebensumstände der Betroffenen, sodass eine Veränderung des Lebensstils ohne professionelle Hilfe nahezu unmöglich erscheint.

Die Wechselwirkungen zwischen den biologischen, psychischen und sozialen Aspekten der Polytoxikomanie verdeutlichen die Notwendigkeit eines ganzheitlichen und interdisziplinären Behandlungsansatzes, der alle Dimensionen der Erkrankung berücksichtigt. Ein solcher Ansatz muss nicht nur auf die Sucht selbst, sondern auch auf die zugrunde liegenden Ursachen und belastenden Lebensumstände der Betroffenen eingehen. Um eine nachhaltige Veränderung zu erreichen, müssen die verschiedenen Dimensionen – Körper, Geist und soziale Beziehungen – gleichermaßen in die Therapie integriert werden.

## **Der multidimensionale Therapieansatz für Polytoxikomanie**

Die Behandlung von Polytoxikomanie erfordert einen umfassenden Therapieansatz, der die Komplexität dieser Erkrankung anerkennt und unterschiedliche therapeutische Ebenen anspricht. Eine isolierte Betrachtung der Sucht ist nicht ausreichend, um die Ursachen zu erkennen und zu bearbeiten. Stattdessen muss der Fokus auf der gesamten Lebenssituation des/der Betroffenen liegen, was eine enge Zusammenarbeit zwischen medizinischen Fachkräften, Psychotherapeut\*innen, Sozialarbeiter\*innen und weiteren unterstützenden Akteur\*innen verlangt.

Die Behandlung beginnt in der Regel mit einer medizinischen Stabilisierung, da viele Betroffene aufgrund des intensiven Konsums von Substanzen akute Entzugssymptome oder gesundheitliche Notfälle aufweisen. Eine stationäre Entgiftung kann in diesen Fällen notwendig



sein, um den Körper von den Drogen zu befreien und die akuten gesundheitlichen Risiken zu minimieren. Nach der Entgiftung folgt in der Regel eine psychotherapeutische Behandlung, die sich sowohl mit der Sucht als auch mit den zugrunde liegenden psychischen Störungen und den sozialen Belastungen befasst. Ziel der Therapie ist es, den Betroffenen zu helfen, die Sucht zu überwinden und gesündere Verhaltensweisen zu entwickeln.

Ein wichtiger Bestandteil der Behandlung von Polytoxikomanie ist die sozialtherapeutische Unterstützung. Hierbei geht es darum, den Betroffenen zu helfen, ihre sozialen Beziehungen zu stabilisieren, neue Netzwerke aufzubauen und die Lebensumstände zu verbessern. Häufig ist es notwendig, dass die Patient\*innen lernen, Konflikte konstruktiv zu lösen und mit den Belastungen des Alltags ohne den Rückgriff auf Drogen umzugehen. Diese sozialtherapeutische Arbeit wird durch die Vermittlung von Fähigkeiten zur Selbsthilfe und Selbstregulation ergänzt, was dazu beiträgt, den Betroffenen eine langfristige Lebensqualität ohne Substanzmissbrauch zu ermöglichen.

#### **Systemisch-körperorientierte Psychotherapie: Ein integrativer Ansatz**

Die systemisch-körperorientierte Psychotherapie (SKPT) stellt einen integrativen Therapieansatz dar, der sich besonders für die Behandlung von Polytoxikomanie eignet. Sie kombiniert körperorientierte Methoden mit systemischen Perspektiven, was eine besonders vielschichtige Betrachtung der Suchtproblematik ermöglicht. Dieser integrative Ansatz berücksichtigt sowohl die körperlichen, die psychischen als auch die sozialen Dimensionen der Sucht und ermöglicht eine tiefgreifende Auseinandersetzung mit den Ursachen und Auslösern der Polytoxikomanie.

Ein zentraler Bestandteil der SKPT ist die Schulung der Körperwahrnehmung. Patient\*innen lernen, sich auf ihre körperlichen Empfindungen zu konzentrieren und diese als wertvolle Hinweise auf innere Konflikte oder emotionale Blockaden zu nutzen. Körperliche Symptome wie Verspannungen, Schmerzen oder ein erhöhter Puls können Hinweise auf unbewusste emotionale Belastungen oder Stressoren sein. Durch gezielte Körperwahrnehmungsübungen, Atemtechniken und sanfte Berührungen wird den Patient\*innen geholfen, ein feineres Bewusstsein für ihre körperlichen Reaktionen zu entwickeln. Dies ist besonders

hilfreich, um stressige oder belastende Situationen besser zu bewältigen und das Bedürfnis nach Suchtmitteln zu verringern.

Ein weiterer wichtiger Aspekt der SKPT ist die systemische Perspektive. Die Therapie berücksichtigt die sozialen Beziehungen und das Umfeld der Betroffenen und geht davon aus, dass die Sucht oft in einem komplexen sozialen Gefüge verankert ist. Familie, Freund\*innen und berufliche Beziehungen spielen eine entscheidende Rolle im Leben der Betroffenen und haben oft einen direkten Einfluss auf die Suchtentwicklung. In der SKPT wird deshalb auch an den sozialen Dynamiken gearbeitet. Ziel ist es, dysfunktionale Beziehungsmuster zu erkennen und zu verändern, um die Lebensumstände der Betroffenen zu verbessern und ein unterstützendes soziales Netzwerk aufzubauen.

Durch die Kombination von Körperarbeit und systemischer Perspektive schafft die SKPT einen Raum für die Patient\*innen, in dem sie sowohl körperliche als auch emotionale Blockaden lösen und ihre Beziehungen heilen können. Dieser integrative Ansatz fördert nicht nur die körperliche und psychische Heilung, sondern auch die soziale Rehabilitation, was eine nachhaltige Genesung von der Polytoxikomanie ermöglicht.

#### **Fazit: Ein integrativer Weg zu langfristiger Genesung**

Die Behandlung von Polytoxikomanie ist eine komplexe und herausfordernde Aufgabe, die einen integrativen Therapieansatz erfordert. Die systemisch-körperorientierte Psychotherapie (SKPT) bietet einen vielversprechenden Weg, die verschiedenen Dimensionen der Sucht – körperlich, psychisch und sozial – in einem integrativen Modell zu behandeln. Durch die Kombination von Körperwahrnehmung, systemischen Perspektiven und gezielten therapeutischen Techniken bietet SKPT eine tiefgehende und nachhaltige Behandlungsmöglichkeit für Menschen, die unter Polytoxikomanie leiden.

Der ganzheitliche Ansatz der SKPT ermöglicht es den Patient\*innen, die zugrunde liegenden Ursachen ihrer Sucht zu erkennen und diese in einem sicheren und unterstützenden Umfeld zu bearbeiten. Dies führt zu einer nachhaltigen Veränderung der Lebensweise und bietet den Betroffenen die Chance auf ein erfülltes Leben ohne den Griff zu Suchtmitteln. Mit einem starken Fokus auf die Förderung von Selbstregulation

und sozialen Fähigkeiten können die Betroffenen lernen, die Kontrolle über ihr Leben zurückzugewinnen und langfristig ein gesünderes und stabileres Leben zu führen.

Polytoxikomanie entfremdet uns nicht nur von unserem Körper, sondern auch von unserer inneren Balance. Durch die wiederholte Missachtung körperlicher Bedürfnisse verlieren wir den Zugang zu den Signalen, die uns unsere Gesundheit und unser Wohlbefinden vermitteln möchten. Die Heilung beginnt, wenn wir den Weg zurück zu uns selbst finden, indem wir uns unserer körperlichen Empfindungen wieder bewusst werden. In der systemisch-körperorientierten Psychotherapie lernen wir, durch Achtsamkeit und gezielte Wahrnehmung Schritt für Schritt Stabilität und Integration zurückzugewinnen. Dieser Prozess der Rückverbindung mit unserem Körper ermöglicht es uns, die Kontrolle über unser Leben wiederzuerlangen und uns von den Fesseln der Sucht zu befreien.

Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper wird in der Therapie zu einem zentralen Moment des Heilungsprozesses. Indem wir lernen, die Signale unseres Körpers wahrzunehmen und zu respektieren, gewinnen wir nicht nur körperliche, sondern auch emotionale Stabilität zurück. Systemisch-körperorientierte Psychotherapie bietet den Raum, in dem diese Verbindung wieder hergestellt wird – durch gezielte Übungen und achtsame Reflexion. So entsteht ein immer stärkeres Gefühl der Sicherheit und des Vertrauens in den eigenen Körper, was uns hilft, aus der Suchtspirale auszubrechen und neue Wege der Selbstfürsorge zu entwickeln. Dies ermöglicht uns nicht nur, aus der Suchtspirale auszubrechen, sondern auch, ein neues, nachhaltiges Gleichgewicht zu finden, das unsere Selbstfürsorge und Lebensqualität langfristig stärkt.

#### **Dr. Nebojsa Janicijevic**

ist Psychotherapeut und Regionalleiter in Wien beim Verein Grüner Kreis. Neben seiner Tätigkeit in der stationären und ambulanten psychotherapeutischen Behandlung liegt sein wissenschaftliches Interesse insbesondere in der körperorientierten Psychotherapie, mit einem Fokus auf Sucht sowie komorbide Krankheitsbilder.

# Chemsex wenn Lust zur Sucht wird



Foto: © Thomas Baumgartner

von Thomas Baumgartner

*Durch den Substanzkonsum wird auch die physische Unversehrtheit beeinträchtigt. Sexuell übertragbare Infektionen werden aufgrund der steigenden Anzahl von Sexualpartnern häufiger diagnostiziert. Das Verletzungsrisiko ist durch eine herabgesetzte Hemmschwelle und ein vermindertes Schmerzempfinden erhöht*

**W**enn wir von Chemsex sprechen, meinen wir die Verbindung von sexuellen Aktivitäten mit chemischen Substanzen (Chems1). Dabei handelt es sich um ein Phänomen, das in den letzten Jahren zunehmend an Aufmerksamkeit gewonnen hat. Das Ziel von Chemsex ist, sexuelle Hemmungen zu lösen, die sexuelle Ausdauer zu steigern, ein Gefühl intensiver Verbundenheit zu erzeugen und den eigenen Selbstwert dadurch zu steigern. Da viele MSM2 denken, dass dies aus eigenem Antrieb heraus nicht möglich ist, werden zur Unterstützung Chems konsumiert. Die vier klassischen Chemsex-Substanzen sind Methamphetamin („Crystal

Meth“), GHB/GBL („Liquid Ecstasy“), Mephedron und Ketamin.

Besonders im Kontext der schwulen Community<sup>3</sup> hat sich Chemsex als ein wichtiges Thema herauskristallisiert und sollte aus einer gesundheitlichen, einer sexuellen und einer Suchtperspektive betrachtet werden. Speziell in Großstädten ist Chemsex sehr verbreitet und die Organisation von Chemsex-Partys erfolgt über spezielle Dating-Apps. Bereits 2015 hat sich der amerikanische Psychotherapeut David Fawcett in seinem Buch „Lust, Men and Meth“ mit genau diesem Thema beschäftigt und die psychologischen, sozialen und biologischen Dynamiken beleuchtet.

## Die psychologische und soziale Dynamik hinter Chemsex

Chemsex spricht häufig emotionale und psychologische Bedürfnisse an. Viele Chems-User berichten von Einsamkeit, geringem Selbstwert oder von Diskriminierung/Mobbing/Gewalterfahrungen, die im Zusammenhang mit der sexuellen Orientierung stehen. Chems bieten eine Flucht aus negativen Gefühlen/Erfahrungen und verstärken gleichzeitig Euphorie und soziale Zugehörigkeit.

Ein weiterer Aspekt ist die Diskrepanz zwischen Scham und Lust. Viele Männer in der schwulen Community kämpfen mit internalisierter Homophobie und einem ambivalenten Verhältnis zu ihrer Sexualität. Chemsex eröffnet plötzlich eine temporäre Überwindung von Scham und lässt Sexualität intensiver erleben. Dies kann zu Kontrollverlust, Abhängigkeit und sozialer Isolation führen sowie zu einer Verstärkung der ursprünglichen Schamgefühle – es entsteht ein Kreislauf: Substanzen werden konsumiert, um negative Gefühle

zu betäuben, verstärken diese jedoch langfristig.

Aber auch andere psychologische Probleme wie Angststörungen, Depressionen und Psychosen treten häufig in Verbindung mit Chemsex auf. Häufig ausgelöst durch die Substanzen an sich, können soziale Isolation und Scham nach einem intensiven Chemsex-Erlebnis diese psychischen Probleme verstärken.

## Die biologische Dynamik hinter Chemsex

Hierbei geht es einerseits um Neurobiologie und andererseits um die Auswirkungen auf die physische Unversehrtheit.

Neurobiologisch wirken sich die Chems auf sehr intensive Weise auf das Belohnungssystem im Gehirn aus. Dopamin (dieser Neurotransmitter ist zuständig für das Auslösen von Vergnügen und Motivation) wird in unnatürlich hohen Mengen freigesetzt – dadurch verstärkt sich nicht nur die sexuelle Lust, sondern die Chems werden auch als unverzichtbar für Sexualität abgespeichert. Dadurch verlieren sexuelle Begegnungen ohne Chems ihre Bedeutung und Sexualität kann ohne Substanzen nicht mehr gelebt werden. Der Versuch, diesen Kreislauf zu durchbrechen, wird erheblich erschwert.

Durch den Substanzkonsum wird auch die physische Unversehrtheit beeinträchtigt. Sexuell übertragbare Infektionen werden aufgrund der steigenden Anzahl von Sexualpartnern häufiger diagnostiziert. Das Verletzungsrisiko ist durch eine herabgesetzte Hemmschwelle und ein vermindertes Schmerzempfinden erhöht, aber auch durch die unterschiedlichen Konsumformen, insbesondere den intravenösen Substanzkonsum (in der Community als „Slamming“ bezeichnet).



## Intervention und Behandlung

Somit liegt nahe, dass für eine Behandlung sowohl die psychologischen als auch die physischen Dynamiken einbezogen werden sollten. Zu den wichtigsten Elementen einer erfolgreichen Behandlung gehören:

- **Traumaaufarbeitung:** Viele Chems-User tragen ungelöste Traumata, Probleme und negative Gefühle mit sich, die ihre Sucht und ihre Beziehung zur Sexualität beeinflussen. Trauma- bzw. Psychotherapie kann helfen, diese zu lösen.
- **Trennung von Sexualität und Substanzen:** Ein entscheidender Schritt besteht darin, Sexualität von Substanzen zu entkoppeln. Geeignet dafür sind Verhaltenstherapie und psychoedukative Ansätze.
- **Community-Unterstützung:** Gruppenangebote und Peer-to-Peer-Programme können Betroffenen helfen, sich mit anderen auszutauschen, welche ähnliche Erfahrungen gemacht haben. Diese stärken das Gefühl von Zugehörigkeit und reduzieren Isolation.
- **Medizinische Unterstützung:** In vielen Fällen ist eine medikamentöse Behandlung notwendig, um die Entzugssymptome zu lindern und psychische Erkrankungen zu behandeln.

Hierdurch wird klar, dass Organisationen/Einrichtungen/Einzelpersonen wie Psychotherapeut\*innen oder Mediziner\*innen, die Chems-User betreuen, über ein hohes Maß an Empathie und interdisziplinärem Wissen verfügen müssen und Bereitschaft zeigen, innovative Ansätze anzunehmen. Nur dann ist es möglich, Menschen zu helfen, den negativen Spiralen von Chemsex zu entkommen und ein selbstbestimmtes Leben zu führen.

## Das Chemsex-Netzwerk

Um Betroffene zu unterstützen und Prävention zu stärken, wurde 2018 das Chemsex-Netzwerk ins Leben gerufen. Dieses Netzwerk bietet Informationen zu Safer Sex, Safer Use und schafft ein sicheres Umfeld für alle Beteiligten. Es stellt Ressourcen für User, Angehörige und Berater\*innen bereit.

Die Mitglieder des Netzwerks kommen aus unterschiedlichen Disziplinen: Sozialarbeiter\*innen, Berater\*innen, Psycholog\*innen, Psychotherapeut\*innen, Ärzt\*innen,

Pflegepersonal usw. Auch die Einrichtungen/Organisationen im Netzwerk decken unterschiedliche Disziplinen ab, wie Einrichtungen für queere Beratung, Einrichtungen für Suchtberatung, allgemeine Männerberatung, Einrichtungen für sexuelle Gesundheit, HIV-Schwerpunkt-Zentren und -Praxen, Einrichtungen für Migration und Menschenhandel usw. Netzwerktreffen finden zweimal jährlich (online und hybrid) statt und es entstehen in dieser multidisziplinären Zusammenkunft unterschiedliche Projekte wie z. B. die Homepage [www.chemsex.at](http://www.chemsex.at) und eine Poster-/Freecardskampagne für Lokale und Community-Organisationen.

Diese Projekte dienen dazu, direkt mit der Zielgruppe in Kontakt zu treten und die unterschiedlichen Angebote auf niederschwellige Weise Chems-Usern nahezubringen.

Das Chemsex-Netzwerk in Österreich stellt somit eine wichtige Ressource für Betroffene, Angehörige und Fachkräfte dar, um gemeinsam die gesundheitlichen Risiken zu minimieren und Unterstützung anzubieten.

## Die Rolle der Aids Hilfe Wien im Chemsex-Netzwerk

Die Aids Hilfe Wien hat sich unter anderem das Ziel gesetzt, die sexuelle Gesundheit von allen Menschen zu verbessern, indem Maßnahmen zur Risikominimierung erläutert werden. Eine wichtige Zielgruppe stellen MSM dar, daher ist die Aids Hilfe Wien eine wichtige Einrichtung im Chemsex-Netzwerk.

Speziell Safer-Sex- und Safer-Use-Strategien können im Kontext von Chemsex häufig nicht adäquat umgesetzt werden. Bei medikamentösen Safer-Sex-Strategien wie U=U4 oder PrEP5 kann es passieren, dass Medikamente zu spät oder gar nicht eingenommen werden. Resistenzen können entstehen und als Folge ein Ansteigen der HIV- Infektionsrate. Aufgrund einer – verursacht durch die Chems – niedrigen Hemmschwelle kann es zu kondomlosen Sexualkontakten kommen, wodurch die Anzahl an sexuell übertragbaren Infektionen ansteigen kann. Aber auch riskantere Sexualpraktiken können Anwendung finden, wodurch die Verletzungsgefahr steigt. Die herabgesetzte Hemmschwelle hat auch einen spürbaren Einfluss auf Safer-Use-Strategien. Hier spielen HIV- und Hepatitis-C-Infektionen eine große Rolle. Durch das gemeinsame Benutzen von

Spritzbesteck können HIV und Hepatitis C übertragen werden. Auch das Teilen von Sniff Röhrchen (und riskantere Sexualpraktiken) stellen ein Risiko für Hepatitis-C-Infektionen dar. Daher ist es wichtig, dass Chems-User regelmäßig ein entsprechendes Testangebot in Anspruch nehmen, ihr Risikoverhalten reflektieren und gegebenenfalls ändern. In Beratungsgesprächen wird versucht, ein bewusstes Safer-Sex- und Safer-Use- Verhalten zu fördern und somit individuelle Risiken zu reduzieren. Die psychische und physische Unversehrtheit kann so weit wie möglich aufrechterhalten werden. Zusätzlich können Chems-User ihre Lebenssituation nachhaltig verbessern, indem sie Unterstützung beim Treffen von eigenverantwortlichen und informierten Entscheidungen bekommen. Des Weiteren wird versucht ein Problembewusstsein gegenüber den Risiken zu schaffen, die durch die Kombination von Substanzkonsum und Sexualität entstehen können.

**Die Chemsex-Beratung bei der Aids Hilfe Wien ist kostenlos und anonym und kann von Chems-Usern und Angehörigen in Anspruch genommen werden. Termine hierfür können per E-Mail unter [chemsex@aids-hilfe-wien.at](mailto:chemsex@aids-hilfe-wien.at) oder telefonisch unter +43 1 599 37 36 vereinbart werden.**

(1 Chems sind illegale Substanzen/Drogen. Der Begriff wurde von Chems-Usern geschaffen, um sich von Drogen abzugrenzen.)

2 Männer, die Sex mit Männern haben (MSM); im weiteren Text wird diese Abkürzung verwendet.

3 Da Chemsex vor allem in schwulen und bisexuellen männlichen Communitys vorkommt, wird in diesem Artikel ausschließlich die männliche Form verwendet. Andere Geschlechter und sexuelle Orientierungen sind hiervon nicht ausgeschlossen, stehen aber nicht im Fokus dieser Betrachtung.)

(4 Undetectable = Untransmittable; bedeutet, dass HIV-positive Menschen, die unter wirksamer HIV-Therapie sind, den HI-Virus auf sexuellem Wege nicht weitergeben können.)

5 Prä-Expositions-Prophylaxe; hierbei werden HIV-Medikamente vorbeugend eingenommen, um den negativen HIV-Status aufrechtzuerhalten.)

## Mag. Thomas Baumgartner, MA

Studium der Psychologie an der Paris Lodron Universität Salzburg Klinischer und Gesundheitspsychologe

Seit 2012 Berater/Psychologe bei der Aids Hilfe Wien, seit 2015 Chemsex-Beratung, seit 2018 Vertreter der Aids Hilfe Wien im Chemsex-Netzwerk

# Psychodynamische Perspektiven auf Persönlichkeitsorganisation, Trauma, Suchterkrankungen und intravenösen Konsum – eine Studie



von Laura Waschulin

*Für die Verbesserung von Behandlung und Prävention von Suchterkrankungen ist ein tiefergehendes Verständnis zugrunde liegender psychischer Funktionsweisen essenziell, um Behandlungsabbrüchen entgegenzuwirken.*

## Hintergrund

Suchterkrankungen sind zwar Gegenstand intensiver Forschung, bleiben jedoch ein vielschichtiges Phänomen, das in Diagnostik und Behandlung Ansätze fordert, die dieser Komplexität gerecht werden. Forschungsergebnisse zeigen, dass Suchterkrankungen eine hohe Komorbidität aufweisen, d. h. oftmals gemeinsam mit anderen psychischen Erkrankungen auftreten, darunter häufig mit Persönlichkeitsstörungen (Walter, 2019). Bekannt ist ebenfalls, dass schwere Suchterkrankungen in vielen Fällen mit traumatischen Erlebnissen in der Biografie der Betroffenen einhergehen. Außerdem scheinen schwere Kindheitstraumatisierungen mit einem höheren Risiko für einen früheren Beginn des Konsums illegaler Substanzen und mit einem früheren Beginn von intravenösem

Drogenkonsum verbunden zu sein (Darke & Torok, 2013; Guarino et al., 2021; Santo et al., 2021; Taplin et al., 2014).

Die Herausforderung für individualisierte Behandlungskonzepte und für die Vermeidung von Behandlungsabbrüchen bei schweren Suchterkrankungen, die auch häufig mit dem Konsum mehrerer Substanzen (Polytoxikomanie) einhergehen, besteht darin, die komplexe Interaktion zwischen Substanzkonsum, psychischer Symptomatik, Persönlichkeitsmerkmalen, Lebensgeschichte und sozialen Umständen besser zu verstehen. Aus einer psychodynamischen Perspektive reicht die bloße Erfassung von Komorbiditäten nicht aus, um diese Zusammenhänge zu beleuchten (Nitzgen, 2009). Ein tieferes Verständnis erfordert Einblicke in die zugrunde liegenden psychischen Schwierigkeiten und Strukturen, die den Boden für die Entwicklung von Suchterkrankungen bereiten und mit dem Substanzkonsum interagieren (z. B. Nitzgen, 2009).

Ein psychodynamischer Ansatz zur Konzeptualisierung von zugrunde liegender „Persönlichkeitsorganisation“ basiert auf den Arbeiten von Otto F. Kernberg. Sein Ansatz integriert Elemente der modernen psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie mit der traditionellen Ich-Psychologie in seinem Modell der Persönlichkeitsstruktur bzw. -organisation und beschreibt die psychischen Grundfähigkeiten einer Person hinsichtlich ihrer Identitätsintegration, Selbst- bzw. Affektregulation, Selbst- und Fremdwahrnehmung sowie der Gestaltung und Wahrnehmung von zwischenmenschlichen Beziehungen (Kernberg, 1984, 2015, 2016).

Zu Forschungszwecken wurde das „Strukturierte Interview zur

Persönlichkeitsorganisation“ (STIPO) (Clarkin et al., 2004, 2016; Doering & Hörz, 2012; Stern et al., 2010) entwickelt, welches die folgenden Bereiche der Persönlichkeitsstruktur erfasst: Identität, Objektbeziehungen, Abwehrmechanismen, Aggression und Wertvorstellungen. Bisher hat sich in Studien gezeigt, dass die Schwere unterschiedlicher psychischer Störungen auch mit Beeinträchtigungen innerhalb der Persönlichkeitsorganisation korreliert (Doering et al., 2018; Fischer-Kern et al., 2011; Hörz et al., 2010).

## Studie

Im Rahmen einer Studie der Suchthilfe Wien gGmbH (Projektleitung: Stefan Hofner), die in Kooperation mit der Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie an der Medizinischen Universität Wien durchgeführt wurde, wurden 31 opioidsubstituierte Klient:innen des „Jedmayer“ mit der revidierten Version des STIPO interviewt sowie zu ihrem Substanzkonsum befragt. Weiters beantworteten die Proband:innen einen Fragebogen zu traumatischen Kindheitserfahrungen („Childhood Trauma Questionnaire“) und mit dem SCID-5 (Structured Clinical Interview for DSM-5) wurden Diagnosen nach DSM-5 erstellt. Fokus der Studie war, unterschiedliche Bereiche der Persönlichkeitsorganisation in der oben genannten Stichprobe genauer zu beleuchten sowie die Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitsorganisation, Substanzkonsum – vor allem intravenösem Konsum – und Kindheitstraumata zu untersuchen.

## Ergebnisse und Diskussion

Im Vergleich zu Forschungsergebnissen aus der Allgemeinbevölkerung wurden in dieser Studie erhöhte



Angaben zu traumatischen Kindheitsereignissen berichtet. Ein Großteil der Teilnehmer:innen (87,10 %) erfüllte die Kriterien einer oder mehrerer Persönlichkeitsstörungen nach DSM-5, die häufigsten Diagnosen betrafen Borderline und antisoziale Persönlichkeitsstörungen. Die Mehrheit der Teilnehmer:innen (93,5 %) wies moderate bis schwere Beeinträchtigungen in den verschiedenen Bereichen der Persönlichkeitsorganisation auf und eine höhere Anzahl von Persönlichkeitsstörungen war auch mit stärkeren Beeinträchtigungen im STIPO assoziiert. Ein jüngeres Alter beim ersten intravenösen Drogenkonsum sowie eine höhere Anzahl der Jahre, in denen regelmäßig intravenös konsumiert wurde, korrelieren signifikant sowohl mit vermehrten traumatischen Ereignissen als auch mit schwereren Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsorganisation.

In Regressionsanalysen stellte sich Persönlichkeitsorganisation als besserer „Prädiktor“ (d.h. „aussagekräftiger“) für den intravenösen Drogenkonsum heraus als die erfassten traumatischen Kindheitsereignisse. Dieses Ergebnis legt nahe, dass – während traumatische Erfahrungen als Risikofaktor für (intravenösen) Substanzkonsum betrachtet werden müssen – deren Einfluss von der Persönlichkeitsorganisation und Psychodynamik des Individuums moderiert wird. Nicht nur die traumatischen Erlebnisse für sich, sondern auch die Wechselwirkung mit der jeweiligen Psychodynamik des Individuums sind von Bedeutung. Im Lichte der Forschung zu sogenannten „protektiven Faktoren“ angesichts traumatischer Erlebnisse unterstreicht dieses Ergebnis auch nochmals die Wichtigkeit möglichst früher Maßnahmen, um die psychische Entwicklung positiv zu unterstützen. Weiters weist das Ergebnis darauf hin, dass für ein tiefgehendes Verständnis von Suchterkrankungen das Konzept der Persönlichkeitsorganisation, also der zugrunde liegenden strukturellen Merkmale der psychischen Funktionsweise, von Bedeutung ist.

Substanzkonsum kann im Lichte psychischer Organisation unterschiedliche Funktionen erfüllen. In Bezug auf das Identitätserleben eines Individuums kann er z. B. dazu dienen, die Selbstwahrnehmung und das Selbstwertgefühl zu regulieren und mit intensiven, überwältigenden emotionalen

Zuständen umzugehen (Kernberg, 1975; Khantzian, 1997; Morgenstern & Leeds, 1993). Substanzkonsum kann auch als Bewältigungsstrategie angesichts von Enttäuschungen in zwischenmenschlichen Beziehungen verstanden werden und als Möglichkeit, sowohl Wünsche nach Abhängigkeit als auch Angst vor Abhängigkeit abzuwehren. Sehr schwere Beeinträchtigungen in der Persönlichkeitsorganisation sind mit dem Einsatz gewisser „Abwehrmechanismen“ wie Verleugnung, Spaltung, Idealisierung/Abwertung oder projektiver Identifikation verbunden (Caligor et al., 2018; Kernberg, 1984). Besonders die Mechanismen der Verleugnung innerer und äußerer Realitäten sowie der Spaltung wurden in der psychodynamischen Literatur über Substanzgebrauch hervorgehoben (z. B. Rosenfeld, 1960; Kernberg, 1967). Betrachtet man den Bereich selbst- und fremdgerichteter Aggression, so können Drogenkonsum und seine Folgen auch als Form selbstzerstörerischen Verhaltens verstanden werden, das zu ernsthaften Gesundheitsproblemen und schwerer Selbstvernachlässigung führt (Clarkin et al., 2007; Kernberg, 1975). Die Beziehung zwischen Substanzkonsum und Aggression gegenüber anderen ist komplex: Einige Substanzen sowie intensives Verlangen oder Entzugssymptome können zu Enthemmung und gesteigerten aggressiven Verhaltensweisen führen. Allerdings scheinen manche Personen mit schweren Suchterkrankungen eine geringe Impulskontrolle und eine hohe Bereitschaft zu aggressiven Handlungen als Teil ihrer Persönlichkeitsorganisation aufzuweisen (Kernberg, 1975). In Anbetracht „gesetzeswidriger“ Verhaltensweisen ist anzumerken, dass aufgrund der Illegalität vieler Substanzen und des Suchtdrucks ein sozial akzeptierter Substanzkonsum unmöglich ist, und das Stigma des Drogenkonsums trägt häufig weiter zu einem sozialen Abstieg bei. Es ist entscheidend, nicht ausschließlich direkt beobachtbare Verhaltensaspekte illegaler Aktivitäten, sondern auch Informationen über zugrunde liegende Dimensionen der Persönlichkeitsorganisation zu erfassen (z. B. die Fähigkeit, Verhalten zu reflektieren und Gefühle von Schuld zu artikulieren und zu tolerieren). Der intravenöse Drogenkonsum nimmt eine besondere Stellung ein: Aufgrund seiner erheblichen Risiken kann er als eine Form selbstzerstörerischen

Verhaltens betrachtet werden, zugleich aber auch „existenzielle“ Zwecke erfüllen. Ähnlich dem selbstverletzenden Verhalten wie Schneiden/Ritzen kann intravenöser Konsum dazu verwendet werden, unerträgliche Spannungen abzubauen, ein Gefühl von Selbst und Identität zu festigen sowie ein Gefühl von Kontrolle und Sicherheit zu vermitteln (Voigtel, 2015; Yakeley & Burbridge-James, 2018).

### Implikationen

Für die Verbesserung von Behandlung und Prävention von Suchterkrankungen ist ein tiefgehendes Verständnis zugrunde liegender psychischer Funktionsweisen essenziell, um Behandlungsabbrüchen entgegenzuwirken. Das psychodynamische Konzept der Persönlichkeitsorganisation bietet eine Möglichkeit, über die „klassischen“ psychiatrischen Diagnosen hinauszudenken und Substanzkonsum im Zusammenhang mit zugrunde liegenden Schwierigkeiten in verschiedenen psychischen Funktionsbereichen zu verstehen. Für wirklich nachhaltige Behandlungseffekte scheint es essenziell, diese „strukturellen“ Dimensionen in der Behandlung und Therapie miteinzubeziehen, z. B. das Identitätserleben bzw. das Erleben von zwischenmenschlichen Beziehungen zu berücksichtigen.

### Einschränkungen der Studie

Einschränkungen dieser Studie betreffen das Querschnittsdesign sowie die geringe Stichprobengröße, bedingt durch den zeitaufwendigen Interviewprozess. Weiters bestand die Stichprobe überwiegend aus männlichen Teilnehmern (80,6 %), was die häufige Überrepräsentation von Männern in dieser Population widerspiegelt (Hoffman et al., 2019) und eine Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede erschwert.

### Literatur auf Anfrage erhältlich

#### Mag.<sup>a</sup> Laura Waschulin

ist Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision am Wiener Arbeitskreis für Psychoanalyse und arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Suchthilfe Wien gGmbH. Zudem absolviert sie ein Doktoratsstudium an der Medizinischen Universität Wien und ist in freier Praxis tätig.

# 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.

# MDPV und Pyrovaleron



von Friederike Smilge  
und Thorsten Domeyer

Methylendioxyprovaleron (MDPV) gehört zu den „Research Chemicals“ und ist ein Stimulans aus der Klasse der synthetischen Cathinone (abgeleitet von „Khat/Qat“). Es ist zudem ein häufiges Streckmittel für Kokain, Ecstasy und Amphetamine.

Im Jahr 2008 gab es die erste mediale Aufmerksamkeit für Kräutermischungen mit der Bezeichnung „Spice“, im selben Jahr wurden darin von deutschen Laboren synthetische Cannabinoide gefunden. 2009 begann in Deutschland die Welle der Neuen Psychoaktiven Substanzen (NPS), in diesem Jahr wurden sie auch dem deutschen Betäubungsmittelgesetz (BtMG) unterstellt. Seit 2012 ist ein vermehrter Konsum reiner „Research Chemicals“ (RC) zu verzeichnen. Hierzu gehören neben den synthetischen Cannabinoiden („Spice“) auch die Amphetamin-Typ-Substanzen (ATS, also Phenylethylamine/synthetische Cathinone, z. B. MDPV oder Mephedron, und Tryptamine).

Methylendioxyprovaleron (MDPV), in Göttingen/Deutschland und Umgebung unter dem Szenenamen „Flex“ geläufig, gehört zu diesen „Research

Chemicals“ und ist ein Stimulans aus der Klasse der synthetischen Cathinone (abgeleitet von „Khat/Qat“). Weitere Szenenamen sind Badesalz, Flakka, Cloud 9, Monkey Dust, MTV, Magic, Super Coke und Peevee. Es ist zudem ein häufiges Streckmittel für Kokain, Ecstasy und Amphetamine.

Die Blätter der Pflanze Khat werden im arabischen und ostafrikanischen Raum gekaut, sie dienen dort (mit deutlich schwächerer Wirkung) ebenfalls als Stimulans. Kath verursacht in der Regel keine physische, sehr wohl aber eine psychische Abhängigkeit, daher unterliegt der im Kath enthaltene Wirkstoff Cathinon in Deutschland und Österreich den Betäubungsmittelgesetzen, wodurch Besitz und Handel reglementiert sind. MDPV wurde in den 1960er-Jahren von der Pharmafirma Boehringer Ingelheim entwickelt und als mögliches Medikament zur Behandlung von Erschöpfungszuständen geprüft (vgl. Pyrovaleron), zeigte in präklinischen Tests allerdings unerwünschte Arzneimittelwirkungen wie Suchtverhalten, sodass die Entwicklung eingestellt wurde. Pyrovaleron wurde in den späten 1960ern entwickelt und in Frankreich sowie einigen anderen europäischen Ländern gegen chronische Müdigkeit, Lethargie oder Adipositas verschrieben. Da es auch hier zu Fällen von schädlichem Konsum oder psychischer Abhängigkeit kam, wurde die Substanz ebenso vom Markt genommen.

In „Badesalzen“, „Kräutermischungen“ oder „Spice“, die mit sehr harmlosen, gezielt Jugendliche ansprechenden Bildern und Logos im Internet vertrieben werden, finden sich mehr als 1500 RCs, deren genaue Mischung meist unklar und ständig wechselnd ist.

Die Prävalenz des Konsums von NPS in der Bevölkerung ist mit durchschnittlich 1,35 % relativ gering (zum Vergleich: bei Cannabis durchschnittlich

8,75%), sie ist allerdings seit 2018 (0,95%) leicht gestiegen.

Die Konsumgründe bei Gelegenheits-Usern sind Neugier, leichte Verfügbarkeit, kein oder wenig Vorwissen, Angebote im Freundeskreis, bei der „Partygeneration 2.0“ die angeblich legale, stärker wirksame Alternative, bei substituierten Patienten bzw. Probanden, die ihren Führerschein wiedererlangen möchten, die vermeintlich schlechte Nachweisbarkeit in üblichen Drogentests. Regelrechte „RC-Spezialisten“ sind eine kleine Untergruppe, hinzu kommen drogenkonsumierende „Allesnehmer“. Weitere „Vorteile“ aus Sicht der Konsumenten sind besonders stark und schnell eintretende Rauschzustände und der einfache Zugang via Onlineshops oder Headshops. Der Konsum von RCs, u. a. MDPV, konzentriert sich häufig auf lokale Phänomene.

MDPV kann intravenös oder über die Schleimhäute (nasal, oral, inhalativ, rektal) aufgenommen werden, es überwindet rasch und relevant die Blut-Hirnschranke. Cathinone haben eine bis zu 20-fache Bindungspotenz von Kokain an die Gehirnnerven. Die Wirkung ist stimulierend, euphorisierend, bewusstseinsverändernd, appetitzügelnd, löst vermehrten Rededrang, gestärktes Selbstbewusstsein, vermehrte Libido und vermindertes Schlafbedürfnis aus. Die Wirkung dauert zwei bis drei Stunden an, eine leichte Stimulierung noch weitere sechs Stunden. Die Stimulation ist etwa so stark wie die durch Amphetamine, das Risiko des Auslösens psychotischer Symptome (Wahn und Halluzinationen) liegt zwischen dem von Ecstasy, Cannabis und LSD.

Bei den unerwünschten Wirkungen synthetischer Cathinone stehen im Vordergrund Psychose/Aggressivität, Bewegungsstörungen, starkes Verlangen nach weiterem Konsum. Bei regelmäßigem Konsum kommt es zu einem rasch fortschreitenden psychischen



und somatischen Abbau. Die Liste der schweren bis lebensgefährlichen Folgeschäden an Herz und Gefäßen, Nervensystem, Psyche, Stoffwechsel, Verdauungssystem, Nieren, Lunge, Muskeln, Haut und andere ist sehr lang, als unangenehmste sind Übelkeit, Schlafstörungen und Hautausschlag oder Zerfall von Muskelgewebe zu nennen, als lebensgefährlich Atemnot, Herzinfarkt, Krampfanfälle (ähnlich epileptischen Anfällen), Schlaganfall, Hirnödeme, fremd- und selbstschädigendes Verhalten (inkl. Suizidalität), Überhitzung des Körpers u. a. m.

Unsere Klienten, die MDPV in Göttingen oder Heiligenstadt konsumiert hatten, berichteten von Ermordungen der Konsumenten untereinander bzw. davon, selbst unter MDPV-Einfluss vor

der Polizei mit einer Pistole herumgefuchelt zu haben (glücklicherweise sahen die Beamten sich nicht zum Schießen gezwungen). Die Szene der Heroin-Konsumenten wolle mit den „Flexern“ nichts zu tun haben, die seien „ihnen zu krass drauf“. Die Erfahrung in der benachbarten Drogenberatungsstelle, Diakonie Göttingen, die regelhaft mit MDPV-Konsumenten arbeitet, zeigt so wie unsere, dass nur der Kontakt zu denjenigen gelingt, welche die Suchtberater bereits vor dem MDPV-Konsum kannten. Bei den anderen sind der Abstieg und der Verfall derart rapide und desolat, dass sie den Weg ins ambulante Hilfesystem überhaupt nicht mehr finden.

Im Sinne von Schadensminderung gesagt: Wenn es denn unbedingt der

Rausch sein muss, dann bitte nicht mit MDPV oder anderen RCs – ihr wisst nicht, welcher „Müll“ darin ist!

**Friederike Smilge, Dipl. Sozialpädagogin, Suchttherapeutin (VDR-angelernt)**

Smilge ist Dipl. Sozialpädagogin, seit 2007 mit VDR-angelernter, integrativer suchttherapeutischer Zusatzausbildung. Sie arbeitet seit 2001 in verschiedenen Einrichtungen der ambulanten und stationären Suchthilfe, derzeit beim Caritasverband Südniedersachsen in der Fachstelle für Sucht und Suchtprävention. Zudem ist sie Turkologin, Juristin, Pädagogin (M.A.), Psychotherapeutin (HPG) und Integrative Soziotherapeutin (Schwerpunkt Kunsttherapie).

## Inside Grüner Kreis

# Großzügige Bettwäsche-Spende an die Sozialhilfeeinrichtung Binder



Die Firma Amidex Objekttextilien GmbH, mit Sitz in Leobersdorf, spendete unserer Kinder- und Jugendhilfeeinrichtung sowie Sozialhilfeeinrichtung Binder Bettwäsche für die Zimmer unserer Klientinnen. Frauen, Frauen mit Kindern und weibliche Jugendliche finden hier Behandlung, Rehabilitation und Hilfe. Das ehemalige Kurhotel aus der Jahrhundertwende wird von den Klientinnen nicht nur bewohnt, sondern auch als Seminarzentrum und Ausbildungsstätte, zur zertifizierten Hotel- und Gastgewerbefachkraft, betrieben.

Im Namen unserer Klientinnen freute sich Doris bei der Übergabe der Textilien durch Ing. Herbert Gocso. »Eine großartige Einrichtung, die so vielen Menschen wieder Heilung, Freude, Hoffnung und Zuversicht gibt. Es macht uns stolz sie mit unserer Bettwäsche unterstützen zu dürfen«, so Gocso nach einer Führung mit Doris durch »ihre« Einrichtung.

**Der Verein Grüner Kreis bedankt sich herzlich bei Ing. Herbert Gocso und der AMIDEX Objekttextilien GmbH für die großzügige Sachspende.**

# Spurensuche

## Drogen - Meine liebsten Feinde

Meine Drogenkarriere begann wie bei den meisten anderen Leuten im Alter von ca. 14 Jahren mit Alkohol und Zigaretten. Damals in meinem Freundeskreis wurde nur Alkohol getrunken, mich reizte aber schon damals das Verbotene, sodass es nicht lange gedauert hat, bis ich das erste Mal Cannabis geraucht habe. Obwohl ich mit dieser Substanz nie so richtig warm geworden bin, war es für mich der Einstieg in die verführerische Welt der Drogen. So wie ich den Alkohol durch Cannabis ausgetauscht habe, wechselte ich auch meinen damaligen Freundeskreis. Ich rauchte von Tag eins an so gut wie jeden Tag und innerhalb kürzester Zeit entwickelte ich eine psychische Abhängigkeit. Da ich das Cannabis jahrelang über das Internet erworben habe, waren andere Drogen wie Heroin oder Kokain immer nur einen Klick weit entfernt. Kurz bevor ich volljährig wurde, war es dann so weit, abgesehen von Cannabis waren in meinem Paket noch sechs weitere Substanzen. In dieser Zeit lernte ich meine Exfreundin kennen und ich war jedes Wochenende unterwegs. Wir konsumierten beide, nur mit dem Unterschied, dass sie den Absprung (von mir) früh genug schaffte und ihr Leben im Gegensatz zu meinem einen positiven Verlauf nahm.

Die ersten Jahre lief das alles ganz gut, ich konsumierte zwar alle erdenklichen Drogen, war aber immer bedacht, meine Pausen einzuhalten, die ich mir gesetzt habe. Für mich war mein Leben perfekt, ich kam mit dem Konsum gut klar oder ich dachte es zumindest. Hatte eine Arbeit, die mich erfüllte, machte viel Sport und meine Beziehung lief auch super. Zu der Zeit war Cannabis nach wie vor mein täglicher Begleiter, bis ich wegen meines Führerscheins eine Zwangspause einlegen musste. An dem Tag, als ich meinen negativen Harn-test abgegeben hatte, rauchte ich auch wieder den ersten Joint. Die Wirkung daraufhin machte mich fertig, ich wurde paranoid und schob Panik. Trotz dieser Erfahrung konnte ich nicht einsehen, warum es nicht mehr so wirkte wie davor. Also musste eine Lösung her, die Tat auch schnell gefunden habe. Ich setzte meinen Masterplan in die Tat um und konsumierte vorm Kiffen einfach Benzos oder Opiate. Es ging einige Zeit gut, ich wechselte immer zwischen Benzos und Opiaten, um nicht körperlich abhängig zu werden. Dafür hatte mich die psychische Abhängigkeit so ziemlich im Griff. Am Wochenende nahm ich alles, kreuz und quer, so war es keine Seltenheit, dass ich oft acht Substanzen gleichzeitig intus hatte. Nach einer Fentanylüberdosis in Amerika und unzähligen Benzo-Eskapaden trennte sich auch meine Ex nach acht Jahren Beziehung von mir.

Von da an hatten mich Opiate und Kokain fest im Griff. Als ich durch einen Führerscheinentzug auch noch meine Arbeit verlor, sah ich nur mehr wenig Sinn in meinem Leben. Ich stellte meine Konsumform auf intravenös um und lebte sozusagen nur mehr von Schuss zu Schuss. Dies ist jetzt 18 Monate her. Ich befinde mich nun seit fünf Monaten im Grünen Kreis auf Langzeittherapie und bin noch auf eine geringe Menge Methadon eingestellt, die ich aber auch noch loswerden möchte. Seitdem ich auf Therapie bin, geht es mit mir wieder bergauf und ich sehe in meinem Leben wieder einen Sinn.

Dominik

# Klient\*innen berichten über ihre Erfahrung mit Polytoxikomanie

## Mischkonsum

Anfangs war es Spaß und Freiheit, dann wurde es Ernst und Zwang und bald schon kämpfte ich um mein Leben, Tag für Tag.

Als Jugendlicher war für mich Konsum an sich ein irrsinniger Reiz, alles, was verboten war, all das, was neu war, musste ich probieren. Von Alkohol zu Gras und sehr bald schon Heroin, danach Kokain, MDMA und alles, was Party bedeutete. Das Leben versprach mir Abenteuer und ich war bereit, alles zu tun, um dieses zu erleben. Heute weiß ich, dass es kein Abenteuer war, die Drogen fuhren Achterbahn mit mir, als es mir lieb war. Das Heroin Manche Drogen waren bald näher bei mir, als es mir lieb war. Das Heroin hatte mich fest in der Hand und Gras begleitete mich bei jedem Schritt.

Aus meinem Abenteuer wurde bittere Realität. Ich fühlte mich abgestumpft und verlassen, denn meine große Liebe, das Heroin, gab mir keine Gefühle mehr. Je tiefer dieses Loch wurde, umso mehr schrie mein Geist nach Nahrung, nach schönen Erlebnissen, nach dem Gefühl, etwas wert zu sein und gebraucht zu werden. Ich lechzte förmlich nach Leben, jedoch hatte ich kein Bewusstsein mehr dafür, was Leben ist. Bis hierher hießen meine Tiefen Heroin und Benzos und meine Höhen hießen Kokain und Methamphetamine. Und so drehte sich mein Strudel immer weiter, was ich mir ersehnte, gaben mir die Drogen, und je mehr die Drogen mir vorspielten, dies zu bekommen, umso mehr nahmen sie mir in Wahrheit mehr ab und das Leben war selbst mit So stumpfte mein Geist immer mehr dieser Strudel in die Tiefe. Konsum nicht mehr lebenswert. Das Wertvollste, das ich hatte, mein Leben, war mir weniger wert als der nächste Schuss. Und das nächste Blech Meth war es mir wert, den Verstand zu verlieren. Trotz dieses schmalen Grads zwischen Tod und Irrsinnigkeit war mir bewusst, dass die Drogen mir alles genommen haben. Jede Droge nahm mir etwas anderes und je länger ich diese konsumierte, umso mehr löste sich mein Leben ins Nichts auf, sodass die Angst vor der Realität ohne Drogen größer war als die Angst zu sterben oder den Verstand zu verlieren.

Nun muss ich neu lernen zu lachen und zu leben. Ich bin auf dem besten Weg, mein Leben wieder selbst in der Hand zu haben. Schritt für Schritt komme ich mit der Hilfe, die ich bekomme, aus diesem Loch wieder raus, ich fühle sogar wieder Glück. Ich habe die Kontrolle über mein Leben endlich wieder erlangt. Glaub mir, es ist möglich, du kannst das schaffen!

Matthias



# Das Rätsel Rückfall

## Was weiß man und was weiß man (noch immer) nicht



von Johannes Lindenmeyer

*Primär gilt es, durch entsprechendes Handeln aus der Therapie heraus eine unmittelbare Nachsorge der Patient\*innen ab dem ersten Tag der Entlassung für die kritische Rückfallzeit im ersten Jahr sicherzustellen.*

**A**uch nach aufwendigen Behandlungen wird bis heute etwa die Hälfte aller Suchtkranken früher oder später wieder rückfällig. Ein Rückfall stellt immer eine große Enttäuschung für die Betroffenen, aber auch für ihre Angehörigen und ihre Behandler\*innen dar. Es gibt viele Rückfallmodelle, aber nur wenige halten einer wissenschaftlichen Überprüfung stand. Selbst das berühmte Rückfallmodell von Marlatt (1985), das bis heute die Grundlage der meisten Behandlungsansätze im Suchtbereich darstellt, konnte in vieler Hinsicht empirisch nicht zweifelsfrei bestätigt werden.

Die Rückfallforschung hat bislang lediglich vier einigermaßen gesicherte Erkenntnisse zur Entstehung und

Prävention von Rückfällen gezeitigt. Diese sollen im Folgenden dargestellt und entsprechende Schlussfolgerungen für die therapeutische Rückfallprävention gezogen werden.

**1) Der Rückfallzeitpunkt – aller Anfang ist schwer**  
Oft hört man, dass das Rückfallrisiko mit zunehmender Abstinenzdauer stetig steige, weil die Betroffenen allmählich übermütig und die schlimmen Erinnerungen an ihre Sucht verblassen würden. In ähnlicher Weise befürchten Therapeut\*innen, dass die Therapieeindrücke im Laufe der Zeit wie bei einem Farbanstrich langsam abblättern könnten. Die wissenschaftliche Untersuchung von Rückfällen ergab allerdings genau das Gegenteil: Innerhalb der ersten drei Monate nach Beendigung einer Therapie besteht das allergrößte Rückfallrisiko. Dann gibt es nochmals relativ viele Rückfälle innerhalb des ersten Jahres. Danach werden Rückfälle immer seltener. Offenbar lernen die Betroffenen also etwas mit andauernder Abstinenz, das sie mit der Zeit immer sicherer werden lässt.

Für die Behandlung von Suchtkranken kann daraus die Bedeutung der Nahtlosigkeit von Behandlung und Nachsorge abgeleitet werden. D. h., wenn man die Rückfallraten verringern will, kommt es weniger darauf an, einzelne Behandlungsmodule zu verbessern oder zu erweitern. Primär gilt es, durch entsprechendes Handeln aus der Therapie heraus eine unmittelbare Nachsorge der Patient\*innen ab dem ersten Tag der Entlassung für die kritische Rückfallzeit im ersten Jahr sicherzustellen.

**2) Rückfallrisikosituationen – Kleinvieh macht auch Mist**

Lange Zeit glaubte man, dass bestimmte Eigenschaften, Einstellungen oder

Lebensumstände einer Person dafür entscheidend sind, ob diese im Anschluss an eine Suchtbehandlung abstinent bleibt oder wieder rückfällig wird: Beispielsweise wurde vermutet, dass Arbeitslose oder Suchtkranke mit weiteren psychischen Störungen ein erhöhtes Rückfallrisiko haben. Entsprechende Studien haben aber nur sehr widersprüchliche Ergebnisse gezeitigt. Sehr viel klarer war das Bild dagegen bei allen substanzbezogenen Störungen dahingehend, wann ein und dieselbe Person eher rückfällig wird. Hierbei zeigte sich, dass keineswegs nur schwere Schicksalsschläge oder Krisensituationen zu einem Rückfall führen. Häufig werden vielmehr ganz alltägliche Situationen, die bereits oft problemlos bewältigt wurden, plötzlich zu Rückfallsituationen. Allerdings fallen auch solche Rückfälle nicht einfach vom Himmel. Meist ereignen sie sich in Alltagssituationen, die früher eng mit dem Substanzkonsum der Person verknüpft waren.

Für eine erfolgreiche Suchtbehandlung ist es somit nicht ausreichend, Betroffenen mittels psycho- oder sozialtherapeutischer Interventionen mehr Lebensfreude auch ohne Alkohol zu ermöglichen (Kompensationsparadigma). Vielmehr ist es notwendig, das Risikobewusstsein der Betroffenen für ihre persönlich relevanten Rückfallrisikosituationen zu schärfen und deren abstinente Bewältigung einzuüben (Trainingsparadigma). Die Ermittlung der persönlich relevanten Rückfallrisikosituationen ist allerdings keine triviale Aufgabe, da diese dem Bewusstsein der Betroffenen prinzipiell nur bedingt zugänglich sind. Zusätzlich wird dies durch das kausale Erklärungs- und Entlastungsbedürfnis der Betroffenen

nach dem Motto „Ich habe nur konsumiert, weil ...“ überlagert. Entsprechend haben retrospektive Rückfallanalysen bzw. prospektive Risikoeinschätzungen durch die Betroffenen nur einen begrenzten Aussagewert. Stattdessen sind spezielle Anstrengungen zu unternehmen, die situativen, teilweise banalen Auslöser für ein erhöhtes Rückfallrisiko im Einzelfall zu bestimmen. Hierbei haben sich insbesondere die Aufstellung eines persönlichen Risikoprofils mithilfe von Rückfallfragebögen oder die Führung eines sog. Risikotagebuchs bewährt (Lindenmeyer, 2018). Außerdem sollte grundsätzlich jede Therapiestunde mit der Frage beginnen, ob es seit dem letzten Mal einen Rückfall, einen Beinahe-Rückfall oder eine abstinent bewältigte Risikosituation gegeben hat.

### 3) Neurobiologie – das Suchtgedächtnis sitzt nicht im Großhirn

Viele Rückfällige haben in ihrer Selbstwahrnehmung den Eindruck, dass sie „einfach wieder“ konsumiert haben. Während dies früher in Therapien als Ausrede der Betroffenen abgetan wurde, haben mittlerweile Fortschritte der Neurobiologie den Blick auf die suchtbedingten Einschränkungen der Willensfreiheit von Suchtkranken im Moment eines Rückfalls gelenkt. Postuliert wird die überdauernde Existenz eines sogenannten Suchtgedächtnisses, das in rückfallkritischen Momenten mit einer situativen Einschränkung der rationalen Selbstkontrolle durch automatisierte, suchtmittelbezogene Informations- und Appetenz-Prozesse einhergeht (Lindenmeyer, 2024). Die Folge ist, dass nunmehr den subkortikal verstärkten Anreizprozessen auf alkoholspezifische Stimuli eine beeinträchtigte kortikale Kontrolle gegenübersteht. Bildlich gesprochen haben sich die Machtverhältnisse zwischen Großhirn und Zwischenhirn verschoben, was die Gefahr eines Rückfalls ebenso wie die Schwierigkeit, einen Rückfall wieder zu stoppen, erhöht. Von besonderer Bedeutung ist, dass all dies unabhängig davon geschieht, ob die Betroffenen abstinent motiviert sind oder subjektives Suchtmittelverlangen empfinden.

Von daher erklärt sich auch die begrenzte Wirksamkeit der üblichen, vorrangig auf Einsicht und rationale

Selbstkontrolle setzenden Rückfallpräventionsmaßnahmen. Stattdessen sind Suchttherapeut\*innen aufgerufen, spezifische neuropsychologisch fundierte Trainingsprogramme zur Rückfallprävention zu entwickeln. Sie können angesichts des hohen Automatisierungsgrades der postulierten Rückfallprozesse nur dann erfolgreich sein, wenn die hierbei vermittelten Alternativreaktionen von den Betroffenen so oft und redundant eingeübt werden, dass sie einen entsprechend hohen Automatisierungsgrad erreichen. So war ein mittlerweile in den Leitlinien (AWMF, 2020) empfohlenes einfaches Computertraining, bei dem die Patient\*innen aufgefordert werden, mithilfe eines Joysticks Bilder von alkoholischen Getränken möglichst schnell wegzuschieben und von nichtalkoholischen Getränken möglichst schnell heranzuziehen, in der Lage, die Rückfallrate ein Jahr nach Behandlung um zehn Prozent zu senken.

### 4) Verlangen (Craving) – mal gut, mal schlecht

Eine anhaltende Kontroverse gibt es über die Bedeutung von Suchtmittelverlangen (sog. Craving) im Zusammenhang mit Rückfällen. Während manche Betroffene von quälendem Verlangen verbunden mit eindrucksvollen körperlichen Reaktionen berichten, die auch nach langer Abstinenz auftraten und zum Rückfall führten, gab in wissenschaftlichen Untersuchungen mit standardisierten Messinstrumenten nur etwa die Hälfte der Betroffenen an, jemals Verlangen erlebt zu haben. Von daher kann Verlangen manchmal ein Rückfallrisiko darstellen, mitunter ist es aber auch nützlich, indem dadurch den Betroffenen die Rückfallgefahr bewusst wird und sie daraufhin automatische Rückfallprozesse unterbrechen können.

Ziel der Interventionen zur Rückfallprävention kann somit nicht die möglichst weitgehende Verringerung von Suchtmittelverlangen sein. Vielmehr kommt es darauf an, dass Betroffene lernen, auch starkem Verlangen erfolgreich zu widerstehen. Hierbei kann es z. B. hilfreich sein, Suchtmittelverlangen mit dem Bild einer mauzenden Katze zu vergleichen (Lindenmeyer, 2022): Diese hört irgendwann von selbst auf zu mauzen, wenn sie trotz anhaltender, erbarmungswürdiger Bettelei konsequent nicht gefüttert wird. Entsprechend

lässt erfahrungsgemäß das Verlangen nach Suchtmitteln mit der Zeit nach, wenn man ihm in einer Risikosituation nicht nachgibt. Jede erfolgreich bewältigte Risiko-situation stärkt die Abstinenzsicherheit bzw. das Selbstvertrauen der/des Betroffenen und erhöht dadurch wiederum die Chancen für weitere Abstinenz. Sowohl Expositionsübungen in vivo als auch Achtsamkeitstraining haben sich als hilfreich im Umgang mit Suchtmittelverlangen erwiesen. Auch hier ist es nicht mit Einsicht getan, der Schwerpunkt muss auf der wiederholten Übung der Erfahrung liegen.

### Literatur:

AWMF (2020). S3-Leitlinie – Screening, Diagnose und Behandlung von alkoholbezogenen Störungen. <http://www.awmf.de>.

Lindenmeyer, J. (2018). Rückfallprävention. In Margraf, J. & Schneider, S. (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1 (4. Aufl.). Berlin: Springer (S. 617-640).

Lindenmeyer J. (2022). Lieber schlau als blau. Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. (10. Aufl.). Beltz: Weinheim.

Lindenmeyer, J. (2024). Substanzbezogene Störungen. In Teismann, T., Thoma, P., Taubner, S., Wannemüller, A. & von Sydow, K. (Hrsg.), Klinische Psychologie und Psychotherapie. Ein verfahrensübergreifendes Lehr- und Lernbuch. Hogrefe: Göttingen (S. 369-384).

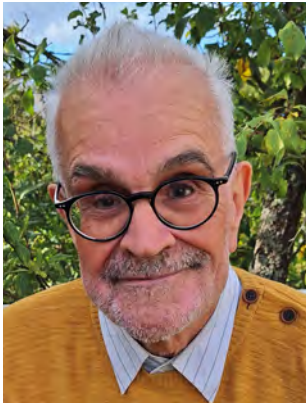
Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1985). Relapse prevention. New York: Guilford Press.

### Prof. Dr. Johannes Lindenmeyer

Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie). Seit 1981 in der Suchtbehandlung tätig. 1996 bis 2019 Gründungsdirektor der salus klinik Lindow. Seit 2018 Professor für Klinische Psychologie an der Medizinischen Hochschule Brandenburg MHB.

# Alkoholismus und Psychoanalyse

## Zeitgemäßes und Unzeitgemäßes



von Wolf-Detlef Rost

Am Ende steht dann oft die Frage nach „Henne oder Ei“: Hat die Depression zur Sucht geführt oder hat der Alkoholismus eine Depression bewirkt? Fakt ist jedenfalls: Erst in der Abstinenz treten die zugrunde liegenden Konflikte zutage.

Seit inzwischen 44 Jahren arbeite ich als Suchttherapeut und Psychoanalytiker. Dieses „und“ steht an dieser Stelle ganz bewusst, denn: Es handelt sich in der therapeutischen Alltagsrealität tatsächlich um zwei Identitäten.

Bis heute ist die Sucht im Allgemeinen und insbesondere der Alkoholismus so etwas wie das „ungeliebte Schmutzkind“ der professionellen Therapie, sei es nun in der Medizin, Psychotherapie oder der Psychoanalyse. Obwohl offiziell seit vielen Jahren als Krankheit anerkannt, geistert hier doch noch das Vorurteil von der „Willensschwäche“ auch durch die Köpfe Professioneller. Und dann gibt es da natürlich auch das Problem der Abgrenzung: In unserer Kultur sind wir fast alle Alkoholkonsumenten, und darf ich mir da so sicher sein, dass mein Konsum unterhalb der „kritischen Schwelle“ liegt, bin ich als Therapeut nicht vielleicht selber suchtfährdet? Also lieber Abstand zu

diesem Thema halten, sich nicht zu sehr damit auseinandersetzen. Mitunter werde ich von Kollegen gefragt: „Ja, arbeitest du denn immer noch mit Alkoholikern?“, implizit bedeutend: Kriegst du sonst vielleicht deine Praxis nicht voll? Oder hast du da selbst ein Problem? Alkoholiker werden gerne abgewiesen, in die Selbsthilfe, zu mir oder anderen Kollegen, die irgendwie „nicht so ganz ernst zu nehmen sind“. Ich sage manchmal etwas scherzhaft: Die beste Möglichkeit zu verhindern, einen Therapieplatz zu bekommen, ist, schon am Telefon zu sagen, man habe ein Alkoholproblem. Garantiert wird es dann erst gar nicht zu einem Erstgespräch kommen. Und sollte man hier einen Termin erhalten, ist es ebenfalls gefährlich, Alkohol zu thematisieren. So überwies mir eine durchaus erfahrene analytische Kollegin eine Patientin, die sich als trockene Alkoholikerin geoutet hatte, weil sie hierfür nicht kompetent sei. Als ich die Patientin fragte, wie lange sie denn schon abstinent sei, sagte sie: 25 Jahre! Tatsächlich war in dieser Therapie der Alkohol kein Thema mehr.

Ich empfinde diese Berührungängste von Psychoanalytikern gegenüber Abhängigkeitskranken als überaus bedauerlich. Denn: M. E. kann die Psychoanalyse zum Verständnis der Sucht mehr beitragen als jede andere psychotherapeutische Schule, auch wenn sie in der Suchttherapie in den vergangenen Jahren zugunsten der Verhaltenstherapie komplett an den Rand gedrängt wurde, hier eigentlich nur noch eine Nischenexistenz fristet. Als ich 1980 anfang, in einer Suchtklinik zu arbeiten, hieß die Devise noch: „Trockenlegung“. Nicht zu sehr hinter das Symptom schauend wurde der Alkoholismus noch als eine isolierte Erkrankung gesehen, frei nach dem Motto: „Ein Kerl wie Samt und Seide, nur schade, daß er suff ...“ Dabei ist offensichtlich, dass sich hinter jeder Sucht ein tiefsitzendes Leiden verbirgt, dass es keinen Alkoholiker gibt, der nur aus Jux und Tollerei trinkt, in der Abstinenz oft erst das hinter dem Symptom liegende Leiden durchbricht, Probleme und Konflikte offen

zutage treten können, die im Abusus verdrängt und kaschiert wurden. Der Psychoanalytiker Robert Knight schrieb schon 1937: „Man findet niemals einen Alkoholiker, der nüchtern eine psychisch gesunde Person ist.“

Diese Erkenntnis setzte sich bald auch in der verhaltenstherapeutisch geprägten Suchtbehandlung durch und das Thema „Korbidität“ trat in den Vordergrund. Neben dem Alkoholismus hatten die Betroffenen nun noch eine Reihe anderer Erkrankungen, als da sind: Borderline- oder andere Persönlichkeitsstörungen, Ängste, besonders soziale Ängste, Zwangserkrankungen, Depressionen, Schlafstörungen und und und; und der Anteil dieser Komorbiden an der Gesamtpopulation der Abhängigen wurde immer größer.

Nur standen diese Diagnosen unverbunden nebeneinander und wurden getrennt in unterschiedlichen „indikativen Gruppen“ von verschiedenen Therapeuten behandelt. Und hier tritt – oder sollte treten – die Psychoanalyse auf den Plan. Der Ansatz der Psychoanalyse ist von jeher, den Ursprung dieser Symptome in einer gemeinsamen Wurzel in der Entwicklung, in der „prämorbidem Persönlichkeit“ zu suchen. So sind etwa Depression und Alkoholismus eine ganz häufige Kombination, verschiedene Symptome einer tiefer greifenden Störung. Der Alkohol wurde hier zum Selbstheilungsmittel gegen Depression und Schlafstörungen eingesetzt. Ein Selbstheilungsmittel, das natürlich nur eine begrenzte Zeit wirken kann und die Symptome und Probleme im süchtigen Zirkel nur verschlimmert, sodass am Ende dann oft die Frage nach „Henne oder Ei“ steht: Hat die Depression zur Sucht geführt oder hat der Alkoholismus eine Depression bewirkt? Fakt ist jedenfalls: Erst in der Abstinenz treten die zugrunde liegenden Konflikte, oder analytisch gesprochen: die Grundstörung, zutage. Und mehr als einer meiner Patienten äußerte: „Solange ich noch getrunken habe, hatte ich ja gar keine Ahnung, wie schlecht es mir wirklich geht.“





Und hier bietet die Psychoanalyse ein breites Spektrum an diagnostischen wie therapeutischen Möglichkeiten an. Denn eines ist klar: Es gibt nicht den Alkoholiker, die eine Ursache für einen entgleisten Konsum. Gerade der Alkohol ist die Droge unserer Gesellschaft, mit der jeder und oft von Kindheit an fast tagtäglich konfrontiert ist, ein „gesunder Umgang“ zu den normalen Sozialisationsleistungen unserer Gesellschaft gehört. Und daher gibt es unterschiedliche Entwicklungen und Verläufe, verschiedenste Persönlichkeiten und „Fixierungspunkte“, an denen der Alkoholkonsum zu entgleisen beginnt und sich eine Sucht entwickelt. Es sind auch nicht immer nur „schwer“ oder „früh gestörte“ Personen, bei denen es zu einer solchen Entwicklung kommt. Mitunter mögen es auch „nur“ neurotische Konflikte sein, häufig die oben schon erwähnten „Selbstheilungsversuche“ bei Menschen mit einem schwachen, labilen Ich, die sich von ihren Affekten überflutet erleben oder mit den Anforderungen von Familie, Arbeitsplatz und Umwelt überfordert fühlen, sich nicht abgrenzen können und mittels Alkohol einen „Reizschutz“ herstellen, den sie aus eigener Kraft nicht leisten können. Der Alkohol mag der Dämpfung von Ängsten und Zwängen dienen, er „lässt die Welt in einem rosigeren Licht erscheinen“. Im Extremfall ist der Alkohol allerdings nicht nur ein „Helfer“, sondern dient leider auch einer – unbewussten – Selbstzerstörung, ist eine Art „schleichender Selbstmord“, wie es der Psychoanalytiker Karl Menninger formulierte, manchmal sogar eine Art „russisches Roulette“. Und es finden sich hier die unterschiedlichsten Persönlichkeiten, oft auch Künstler, Musiker, Schriftsteller, kurz: sehr kreative Menschen, deren Kreativität nicht zuletzt auch aus ihrem Leiden, ihren Konflikten erwächst, die

sie hoffentlich nach einem Stillstand der Sucht anders zum Ausdruck bringen können.

Es ist Chance und Aufgabe der psychoanalytischen Diagnostik zu erfassen, wie tiefgreifend eine süchtige Persönlichkeit gestört ist, wo in der Entwicklung die „Fixierungspunkte“ für die spätere Manifestation einer Sucht liegen. Und hieraus ergeben sich auch die Empfehlungen für die weitere Therapie, ob Selbsthilfe und supportive Maßnahmen genügen oder es einer längeren und intensiven Behandlung bedarf.

Nach meiner langjährigen Erfahrung in einer psychotherapeutischen Praxis, deren Klientel zu etwa 70 % aus Abhängigkeitskranken besteht, weiß ich heute, dass die Therapie der in der Abstinenz aufbrechenden, zugrunde liegenden Störung ein langjähriger Prozess ist, aber mit einer durchaus günstigen Prognose. Die Anonymen Alkoholiker, die ich parallel zur ambulanten Psychotherapie meinen Patienten immer empfehle, entwickelten manche unbewussten Weisheiten, darunter die, den ersten Tag der bewussten Abstinenz als „zweiten Geburtstag“ zu feiern. Hierin liegt die Erkenntnis, dass erst mit der bewussten Abstinenz eine zuvor über Jahre blockierte psychische Entwicklung wieder in Gang kommen kann, und wie beim kleinen Kind benötigt diese eben eine Reihe von Jahren und ist nicht in wenigen Wochen oder Monaten zu bewältigen. Die Abstinenz vom Alkohol ist eine unabdingbare, eine überlebensnotwendige Voraussetzung eines therapeutischen Prozesses, aber dieser braucht eben eine lange Zeit, damit der Betroffene mit seinen in der Sucht verdrängten und kompensierten Problemen und Störungen umgehen kann. Hier arbeite ich mit einer modifizierten analytischen Technik, das heißt,

in einer niederfrequenten, aber über Jahre angelegten, seitens des Therapeuten aktiveren Technik auf der Basis einer stabilen, tragfähigen therapeutischen Beziehung. Diese ist die Basis der therapeutischen Arbeit und gerade die Psychoanalyse verfügt hier durch ihre langjährige Reflexion der Übertragungs- Gegenübertragungs- Beziehung über klare Konzepte. Wenn nämlich nach meiner Erfahrung bei aller Verschiedenheit allen Süchtigen eines gemein ist, dann ist das eine Störung in der zwischenmenschlichen Beziehung, die den Stoff zum „besseren Liebesobjekt“ hat werden lassen, sodass die reflektierte therapeutische Beziehung und die Beziehungs- oder „Objekt Konstanz“, wie wir dies nennen, das Instrument der Psychotherapie ist.

Hier plädiere ich klar für eine langfristig oder als Intervalltherapie angelegte Behandlung mit Akzeptanz und Wertschätzung für diese Patienten, denn Alkoholiker sind keine Menschen zweiter Klasse, sondern oft hochinteressante, kreative und begabte Persönlichkeiten mit einer hohen Sensibilität und einem leider oft ausgeprägten Leiden an sich und ihrer Umwelt. Daher bin ich als Psychoanalytiker heute froh, dass meine zweite Arbeitsstelle in einer Alkoholiker- Fachklinik mir den Weg zu der Arbeit mit dieser interessanten und durchaus dankbaren Klientel geöffnet hat.

#### Dr. Wolf-Detlef Rost

Diplom-Psychologe und Psychoanalytiker (DPV, DGPT, IPA) in freier Praxis in Therapie, Supervision und Fortbildungen. Jg. 1951. Viele Publikationen und Vorträge zu Sucht, insbesondere Alkoholismus. Buchpublikation „Psychoanalyse des Alkoholismus“, Erstauflage 1987 bei Klett-Cotta, inzwischen Psychosozial-Verlag.

# Barrieren zu bedarfsgerechter Versorgung für wohnungslose und obdachlose Menschen mit Suchterkrankungen



von Stephan Gremmel

Foto: © Christoph Liebentritt



und Paula Reid

Foto: © Christoph Liebentritt

Es besteht ein dringender Bedarf an bereichsübergreifenden, integrierten, niederschweligen Lösungsansätzen, die viel stärker an die Bedürfnisse, Lebensrealitäten und Ressourcen der Menschen angepasst sind.

und die gesundheitliche Ungleichheit extremer. Das zeigt sich am deutlichsten daran, dass die Lebenserwartung von Menschen, die in prekären Unterkunftsverhältnissen leben und von Suchterkrankungen betroffen sind, nur 35 Jahre beträgt (vgl. Bajer/Pilwarsch 2023: 10). Trotz des sehr hohen Bedarfs an gesundheitlicher Versorgung und sozialer Unterstützung stoßen wohnungslose Menschen mit Suchterkrankung auf viele Barrieren beim Zugang zu Angeboten des Gesundheits- und Sozialsystems.

## Versorgungslücken und Barrieren für obdach- und wohnungslose Menschen mit Suchterkrankungen

neunerhaus ist eine Sozialorganisation in Wien, die Angebote für wohnungslose, obdachlose und nicht krankenversicherte Menschen in den Bereichen Gesundheit, Wohnen und soziale Teilhabe anbietet. Im neunerhaus Gesundheitszentrum werden jährlich fast 4.000 Patient\*innen behandelt, die überwiegende Mehrheit – etwa drei Viertel – ohne Krankenversicherung. Rund 2.000 weitere Personen werden von den neunerhaus Mobilen Ärzt\*innen aufsuchend in 28 Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe behandelt. Durch die Erfahrungen aus diesen Angeboten und unseren mobilen und stationären Wohnangeboten sehen wir die Barrieren, mit denen wohnungslose Menschen mit Suchterkrankungen an

der Schnittstelle zum Gesundheits- und Sozialsystem konfrontiert sind.

Die Angebote der Suchthilfe in Wien verfolgen einen niederschweligen Ansatz und weisen gute Beispiele für eine wirksame Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen der Wiener Wohnungslosenhilfe und der Suchthilfe auf, z. B. durch Liaisondienste oder das Projekt „Suchthilfe vor Ort“. Trotzdem gibt es immer noch Lücken in der Versorgung und Barrieren beim Zugang zu bedarfsgerechter Unterstützung für bestimmte Personengruppen. Eine fehlende Krankenversicherung ist eines der größten strukturellen Hindernisse, und der Zugang zu einer Versorgung für nicht versicherte Menschen mit Suchterkrankungen kann herausfordernd sein. Besonders ausgeprägt ist dies in Bezug auf Alkoholkonsum, wo es eine massive Unterversorgung für nicht versicherte Menschen gibt. Es besteht keine Möglichkeit für einen stationären Entzug, und auch andere Unterstützungsangebote sind meist nicht zugänglich. Aber selbst für Menschen, die krankenversichert sind, gibt es viele Gründe, warum sie bestehende Angebote nicht in Anspruch nehmen können. Dazu gehören die teilweise unflexiblen und hochschweligen Abläufe, Sprachbarrieren, fehlende Orientierung im System, Stigmatisierung und negative Erfahrungen mit Hilfsangeboten in der Vergangenheit. All diese Faktoren können eine nachhaltige Anbindung an Angebote erschweren.

## „Kontrolliertes Trinken“ bei neunerhaus: Niederschwelliger Lösungsansatz für Menschen ohne Krankenversicherung

Im Bereich Alkoholkonsum hat neunerhaus in den letzten Jahren im Rahmen der neunerhaus Praxis Psychische

## Einleitung

Wohnungslose und obdachlose Menschen sind von gesundheitlichen Belastungen stark betroffen – prekäre Wohn- und Lebensverhältnisse, fehlende Rückzugsmöglichkeiten, Stigmatisierung, finanzielle Unsicherheit, Gewalterfahrungen, Multimorbidität und andere Faktoren tragen dazu bei, dass sie oft einen sehr schlechten Gesundheitszustand haben (vgl. Bajer et al. 2021:4). Liegt zusätzlich eine Suchterkrankung vor, so wird die gesundheitliche Situation noch belastender

Gesundheit (PPG) ein neues Angebot implementiert, um die Angebotslücke für nicht versicherte Menschen zu reduzieren. „Kontrolliertes Trinken“ ist ein verhaltenstherapeutisch orientiertes Selbstmanagement-Programm zur gezielten Reduktion des Alkoholkonsums. Die Grundlage ist Motivational Interviewing, basierend auf dem Ansatz der zieloffenen Suchtarbeit. Es ist ein Harm-Reduction-Ansatz und verlangt nicht, dass die Person Abstinenz als Ziel hat. Stattdessen werden Menschen durch ausgebildete Mitarbeiter\*innen der PPG unterstützt, ihren Konsum zu reflektieren, zu verstehen und selbstbestimmte Veränderungen vorzunehmen.

Dieser Ansatz fördert die Autonomie und die Selbstwirksamkeit der Nutzer\*innen – er geht von der Prämisse aus, dass sie die Expert\*innen für ihren eigenen Konsum sind. Ziele werden gemeinsam mit den Nutzer\*innen festgelegt und an deren Lebensrealität, Alltag und Ressourcen angepasst. Im Sinne dieser Lebensweltorientierung liegt bei neunerhaus ein Fokus auf einer möglichst niederschweligen Umsetzung. Das Angebot kann unabhängig von Versicherungsstatus, Einkommen oder Herkunft in Anspruch genommen werden. Es ist für Nutzer\*innen kostenlos, Terminvereinbarung oder Voranmeldung sind nicht erforderlich und Videodolmetsch ermöglicht es, Beratungen in mehreren Sprachen durchzuführen.

#### **Herausforderungen an den Schnittstellen zu anderen Bereichen**

Obdachlose und wohnungslose Menschen mit Suchterkrankungen benötigen oft nicht nur Unterstützung durch die Suchthilfe, sondern auch durch andere Versorgungssysteme. Die Barrieren an diesen Schnittstellen stellen ebenfalls eine Herausforderung dar. Ein Beispiel dafür ist die stationäre Psychiatrie. Hier sehen wir oft, dass suchtkranke Menschen in eine Versorgungs- und Zuständigkeitslücke fallen – Menschen werden aufgrund von Suchterkrankungen von der stationären Psychiatrie abgewiesen und es gibt in der Suchthilfe nicht die notwendigen Angebote, um Menschen in akuten psychiatrischen Krisen zu unterstützen. Findet eine Aufnahme in der Akutpsychiatrie statt, werden Menschen oft rasch und ohne langfristige Behandlungspläne oder Anbindung an psychiatrische

Angebote wieder entlassen. Kehren sie dann in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe zurück, sind diese nicht in der Lage, die nötige Versorgung zu leisten. Dies kann zu einem Zyklus von Krisen, kurzen Aufnahmen bzw. Unterbringungen und raschen Entlassungen führen, die keine Möglichkeit einer langfristigen Stabilisierung der psychischen Gesundheit bieten.

Weiters haben wohnungslose und obdachlose Menschen mit Suchterkrankungen oft einen hohen und komplexen Pflegebedarf, was ebenso bei jungen Menschen zunehmend zu beobachten ist (vgl. Majer/Pilwarsch 2023: 18). Es gibt einen Mangel an adäquater, zielgruppenspezifischer pflegerischer Versorgung für obdach- bzw. wohnungslose Menschen in Wien. Besonders davon betroffen sind jene Menschen, die die Förderkriterien für Pflegeleistungen der Stadt Wien nicht erfüllen (vgl. Majer/Pilwarsch 2023). Suchterkrankungen verschärfen diese schwierige Situation noch weiter. Ein Beispiel dafür sind Vorbehalte gegenüber pflegebedürftigen obdach- oder wohnungslosen Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt, insbesondere wenn eine Suchterkrankung besteht. Dies erschwert die Koordination einer geeigneten Pflege- bzw. Nachversorgungsmöglichkeit (vgl. Majer/Pilwarsch 2023: 27). Es gibt auch eine Versorgungslücke für alternde und pflegebedürftige Menschen mit Suchterkrankungen, insbesondere für Menschen, die über keine Krankenversicherung verfügen (vgl. Strizek et al. 2023: 35).

#### **Fazit**

Wohnungslose und obdachlose Menschen mit Suchterkrankungen sind eine gesundheitlich äußerst gefährdete und sozial sehr benachteiligte Gruppe. Die bestehenden Angebote im Gesundheits- und Sozialsystem sind derzeit nicht so angelegt, dass sie der Komplexität der miteinander verknüpften Unterstützungsbedarfe ausreichend gerecht werden. Mangelnde Versorgung gefährdet nicht nur die Gesundheit, sondern kann auch dazu führen, dass die Wohnverhältnisse gefährdet sind und die Lebenssituation noch prekärer wird. Menschen stoßen immer wieder an Grenzen zwischen den unterschiedlichen Förderlogiken und Strukturen der verschiedenen Teile dieser Systeme. Es besteht ein dringender Bedarf an

bereichsübergreifenden, integrierten, niederschweligen Lösungsansätzen, die viel stärker an die Bedürfnisse, Lebensrealitäten und Ressourcen der Menschen angepasst sind. Entscheidend dafür ist eine verbesserte Koordination auf strategischer, finanzieller und systemischer Ebene zwischen der Wohnungslosenhilfe, Gesundheitsversorgung, Psychiatrie und Suchthilfe. Dies ist ein erklärtes Ziel der aktuellen Strategie der Wiener Wohnungslosenhilfe (Gutleiderer/Zierler 2020: 18), und die aktuellen Prozesse rund um den Psychiatrischen und Psychosomatischen Versorgungsplan 2030 in Wien bieten ebenfalls einen Rahmen für mehr integrierte, bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung. Im Sinne der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit ist es unerlässlich, dass alle relevanten Stakeholder\*innen diese Impulse und Möglichkeiten nutzen, um für eine besonders ausgeschlossene Gruppe den dringend benötigten Zugang zur Versorgung zu schaffen.

#### **Literatur**

Bajer, Marion; Pfabigan, Doris; Pleschberger, Sabine (2021): Fachkonzept für die Pflege im neunerhaus Gesundheitszentrum. Gesundheit Österreich, Wien

Bajer, Marion; Pilwarsch, Johanna (2023): Wohnungslosenhilfe und Pflege. Explorative Studie zu Bedarf und Potenzialen für eine pflegerische Versorgung wohnungsloser Menschen in Wien. Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich, Wien

Gutleiderer, Kurt; Zierler, Andrea (2020): Wiener Wohnungslosenhilfe 2022 – Strategie. Ziele. Maßnahmen. Fonds Soziales Wien, Wien

Strizek, Julian; Brotherhood, Angelina; Busch, Martin; Priebe, Birgit; Puhm, Alexandra; Uhl, Alfred (2023): Empfehlungen für die Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit Suchterkrankungen in Österreich. Ergebnisbericht einer Delphi-Befragung. Gesundheit Österreich, Wien

**[www.neunerhaus.at](http://www.neunerhaus.at)**

**Dr. Stephan Gremmel**  
Geschäftsleitung, neunerhaus

**Paula Reid, MRes**  
Referentin Grundlagen und Policy-Arbeit,  
neunerhaus  
[www.neunerhaus.at](http://www.neunerhaus.at)



# Primäremotionen, Dissoziative Symptome und Suchterkrankungen



von Elisa Renner



und Human-Friedrich Unterrainer

Foto: © SFU Bea-Regina Schulz

*Die Suchttherapie im Sinne der Therapeutischen Gemeinschaft setzt die Auseinandersetzung mit einer Vielzahl körperlicher, psychischer und sozialer Herausforderungen voraus. In diesem Zusammenhang kommt der Emotionsregulation eine essenzielle Bedeutung zu, da sie maßgeblich zur langfristigen Stabilisierung sowie zur Prävention von Rückfällen beiträgt.*

psychischer Erkrankungen, wie etwa Depressionen, fördern (Chivero et al., 2022; Kelly & Daley, 2013; Robinson et al., 2023).

Die affektiven Grundlagen von Suchterkrankungen werden häufig im Kontext von Jaak Panksepps Theorie der Primäremotionen diskutiert (Zellner et al., 2011; Solms et al., 2015). Dieses Modell beschreibt sieben affektive Systeme, die primär in subkortikalen Hirnregionen verankert sind: SEEKING (Suchen), FEAR (Angst), ANGER (Wut), LUST (sexuelle Erregung), CARE (Fürsorge), PANIC/GRIEF oder SADNESS (Trauer) und PLAY (soziales Vergnügen) (Panksepp & Biven, 2012). Diese Emotionen lassen sich in positive (SEEKING, CARE, PLAY, LUST) und negative (FEAR, SADNESS, ANGER) Kategorien einteilen. In der Literatur werden sie auch als „Überlebensleitfäden“ bezeichnet und gelten als essenziell für die psychische Gesundheit (Brienza et al., 2023; Davis & Montag, 2019; Panksepp & Biven, 2012).

Ein zentraler Aspekt zum Verständnis der Beziehung zwischen Substanzmissbrauch und Affekt ist das Phänomen der Dissoziation. Dieses tritt häufig im Zusammenhang mit akuten oder komplexen Traumatisierungen auf und zeigt sich in einer Spaltung von eigenen

Gedanken, Erinnerungen, Emotionen und Handlungen. Dissoziative Symptome fungieren oft als Bewältigungsmechanismus, indem sie es Betroffenen ermöglichen, sich beispielsweise von traumatischen Erinnerungen zu distanzieren und diese quasi abzuspalten (American Psychiatric Association, 2022; Vonderlin et al., 2018). Dementsprechend belegen zahlreiche Studien eine enge Verbindung zwischen dissoziativen Störungen und Substanzmissbrauch (z. B. Gonzales, 2022).

## Zielsetzung und Fragestellung

Dissoziative Symptome können als eine Form der Emotionsdysregulation betrachtet werden und stehen damit in Zusammenhang mit ungünstigen Emotionsregulationsstrategien (Caviccholi et al., 2021; Lanius et al., 2010). Vor diesem Hintergrund lässt sich vermuten, dass dissoziative Symptome sich negativ auf die Primäremotionen bzw. deren Regulation auswirken können und damit auch die Beziehung zwischen Primäremotionen und Suchtverhalten beeinflussen (Simeon et al., 2003). Darauf aufbauend wurde in unserer Forschungsarbeit der Zusammenhang von dissoziativen Symptomen, Primäremotionen und Suchtverhalten in zwei Studien untersucht:

1) In der ersten Studie wurden Beziehungen zwischen Substanzmissbrauch, psychopathologischen Symptomen, Primäremotionen und Dissoziation innerhalb der Allgemeinbevölkerung untersucht.

2) In der zweiten Studie wurden eine klinische Stichprobe stationärer Suchtpatient\*innen und eine Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung hinsichtlich der Primäremotionen und der Ausprägung dissoziativer Symptome miteinander verglichen.

## Hintergrund

In der Literatur findet sich immer wieder der Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und Substanzmissbrauch beschrieben. Dabei werden drei Hauptmechanismen beschrieben, die diese Beziehung erklären: Erstens können gemeinsame Risikofaktoren beide Phänomene fördern, was häufig zu ihrem gleichzeitigen Auftreten führt. Zweitens können psychische Erkrankungen den Substanzmissbrauch begünstigen, da Betroffene versuchen, ihre Symptome durch Selbstmedikation zu lindern. Drittens kann Substanzmissbrauch seinerseits die Entstehung

## Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der Studien unterstreichen die zentrale Rolle der Dissoziation in Bezug auf den Zusammenhang zwischen Substanzmissbrauch und Primäremotionen. Besonders deutlich wurde dies durch den stark mediierten Effekt der dissoziativen Symptome auf die Beziehung zwischen den Primäremotionen (ANGER, SADNESS, CARE, LUST) und dem Substanzkonsum. Darüber hinaus zeigte sich, dass sich die klinische Gruppe vor allem durch die Ausprägung der dissoziativen Symptome von der Allgemeinbevölkerung unterscheiden ließ. Die hier beobachteten Zusammenhänge finden sich auch in der Literatur wieder (Gonzales, 2022; McDowell et al., 1999; Tamar-Gurol et al., 2008).

In der neurowissenschaftlichen Literatur wird angenommen, dass ein hypoaktives und dadurch dysfunktionales SEEKING-System die Anfälligkeit für die Entwicklung von Substanzgebrauchsstörungen erhöhen könnte (Solms et al., 2015; Zellner et al., 2011). Diese Annahme konnte in der vorliegenden Untersuchung jedoch nicht bestätigt werden, da weder die dissoziativen Symptome noch der Substanzmissbrauch signifikante Zusammenhänge mit der Primäremotion SEEKING aufwies. Dieses Ergebnis steht zwar im Widerspruch zu den Annahmen aus der neurowissenschaftlichen Literatur, stimmt jedoch mit den Befunden einiger aktueller Studien überein, die ähnliche Fragestellungen untersucht haben (Fuchshuber et al., 2024; Fuchshuber et al., 2019; Unterrainer et al., 2017). Der Widerspruch zur bestehenden Literatur lässt sich durch konzeptionelle Unterschiede erklären, etwa zwischen der gemessenen Suchtneigung und den funktionalen Aspekten des SEEKING-Systems, die mit Substanzgebrauchsstörungen assoziiert werden (Fuchshuber, 2019). Zudem ist zwischen SEEKING als Trait (Persönlichkeitseigenschaft) und State (situationsabhängiger Zustand) zu unterscheiden. Panksepp beschreibt SEEKING als ein motivationales System, dessen Aktivität kontextabhängig ist.

Da in dieser Studie SEEKING als Trait erhoben wurde, könnte eine Zustandsmessung (State-Analyse) hilfreich sein, um Zusammenhänge mit Substanzmissbrauch zu identifizieren, wie sie

aufgrund neurobiologischer Erkenntnisse erwartet werden.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass höhere dissoziative Symptome mit verstärkten negativen Primäremotionen (ANGER, SADNESS, FEAR) und verminderten positiven Primäremotionen (CARE, PLAY, LUST) einhergehen. Dies stützt die Annahme, dass Dissoziation eine dysfunktionale Strategie zur Emotionsregulation darstellt (Cavicchioli et al., 2021; Lanius et al., 2010). Besonders die Dissoziation erwies sich als zentraler Unterscheidungsfaktor zwischen der klinischen Gruppe und der Allgemeinbevölkerung, was auch mit Befunden aus der Literatur übereinstimmt, die eine Häufung dissoziativer Symptome bei Suchtpatient\*innen belegen (Dunn et al., 1993; Karadag et al., 2005; Somer, 2019).

Zudem zeigte die klinische Stichprobe einen leichten Rückgang der SEEKING-Disposition im Vergleich zur Kontrollgruppe. Dies steht im Einklang mit der affektiven neurowissenschaftlichen Suchtheorie, die ein dysfunktionales SEEKING-System als möglichen Faktor bei Substanzgebrauchsstörungen beschreibt (Zellner et al., 2011; Solms et al., 2015). Eine kontrollierte Längsschnittstudie wäre erforderlich, um kausale Zusammenhänge zu klären, um den Einfluss von Substanzgebrauch auszuschließen. Ergänzend sollten nicht nur Selbstberichtsverfahren genutzt werden, um auch unbewusste Aspekte zu erfassen. Eine differenzierte Analyse spezifischer Substanzen und eine repräsentativere Stichprobe wären ebenfalls von Nutzen.

Die Studie zeigt, dass die Berücksichtigung der Verbindung zwischen Primäremotionen, Dissoziation und Substanzmissbrauch eine vielversprechende Grundlage für Forschung und klinische Interventionen darstellt. Die Ergebnisse betonen die Bedeutung von Dissoziation als Schlüsselmechanismus bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Sucht. Eine frühzeitige Identifikation und Behandlung dissoziativer Symptome könnte präventive Maßnahmen stärken und Traumatherapien effektiver machen, indem die zugrunde liegenden Mechanismen des Substanzmissbrauchs berücksichtigt werden. Langfristig könnten solche Ansätze helfen, den Kreislauf zwischen Trauma, Dissoziation und Sucht besser

zu verstehen und Betroffene bei der Entwicklung gesunder Bewältigungsstrategien zu unterstützen.

Die Suchttherapie im Sinne der Therapeutischen Gemeinschaft (TG) setzt die Auseinandersetzung mit einer Vielzahl körperlicher, psychischer und sozialer Herausforderungen voraus. Die TG verfolgt hierbei einen integrativen Ansatz, der soziale Eingliederung, Verantwortungübernahme und emotionale Nachreifung als zentrale Elemente der Behandlung betrachtet. In diesem Zusammenhang kommt der Emotionsregulation eine essenzielle Bedeutung zu, da sie maßgeblich zur langfristigen Stabilisierung sowie zur Prävention von Rückfällen beiträgt. Emotionen wie Freude, Hoffnung, Dankbarkeit und Selbstvertrauen fördern das psychische Wohlbefinden und erhöhen die Motivation, sich aktiv mit der eigenen Suchterkrankung auseinanderzusetzen. Darüber hinaus stärken sie das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten bzw. das Gefühl von Selbstwirksamkeit, was eine zentrale Voraussetzung für eine nachhaltige Abstinenz darstellt (vgl. dazu Fuchshuber et al. 2024).

## Literatur auf Anfrage erhältlich

### Link zur Studie:

Renner, E., Wimmer, R., Zipper, Z., Brössler, H., Brouschek, J., Fuchshuber, J., Beiglböck, W., & Unterrainer, H. F. (2025). Affects, dissociative symptoms and addictive behaviours: Insights from clinical and non-clinical samples. *Journal of Affective Disorders*, 370, 481–488. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032724018652>

### Elisa Renner, BSc MSc

Klinische Psychologin i. A.; Masterarbeit an der SFU Wien in Kooperation mit dem Zentrum für Integrative Suchtforschung im Verein Grüner Kreis

### Univ. Prof. PD mult. Dr. Dr. Human-Friedrich Unterrainer

Klinischer und Gesundheitspsychologe; Psychotherapeut, Professor für Prozess- und Outcome Forschung an der Sigmund Freud Uni Wien, Professorial Teaching Fellow an der Uni Wien, Privatdozent an der Uni Graz und Med Uni Graz, Wissenschaftlicher Leiter des Zentrums für Integrative Suchtforschung (CIAR) im Verein Grüner Kreis

# ... und immer wieder geht die Sonne auf!



Foto: © Georg Oberweger

von Kurt Neuhold

## ... und immer wieder geht die Sonne auf!

Diese Textzeile aus dem Udo-Jürgens-Lied fällt mir ein, wenn ich an das entspannte Lächeln der Frauen im Hotel Binder denke, die soeben ihre Performance erfolgreich präsentiert haben. Gezeigt wurden feine Bewegungs- und Begegnungsszenen, die sie gemeinsam unter Anleitung der Improvisationskünstlerin Mag.a Johanna Tatzgern erarbeitet hatten. Vor Publikum zu tanzen, ungewohnte Bewegungsabläufe aufeinander abzustimmen, zu synchronisieren, den eigenen Körper im Raum, in der Bewegung und in der Begegnung neu, anders und intensiv zu spüren, das zu wagen und mit Applaus und Anerkennung belohnt zu werden – wenn das gelingt, dann denke ich, die Aktionen von Kunst im Grünen Kreis sind sinnvoll.

Edith Kramer, Künstlerin, Malerin und Pionierin der Kunsttherapie, formulierte: „Kunst ist ein Ausdruck des Selbst und eine Mitteilung an die Umwelt. Kunst ist das Ergebnis einer Leistung, die das Ich vollbringt. Weil diese psychische Fähigkeit nicht nur Künstlern vorbehalten ist, können alle Menschen Kunstwerke schaffen“ (Kramer, 2003).

Künstlerisches, ästhetisches Tun ist ein menschliches Grundbedürfnis. Kunst entsteht im Kontext einer Beziehungserfahrung. Das In-Beziehung-Treten zu einem inneren Anliegen, zu einem Material/Stoff, zu den Mitmenschen, zu einem Thema ist Voraussetzung für

künstlerisches Handeln und Gestalten. Ob eine erfolgreiche künstlerische Umsetzung in diesem vielschichtigen, von bewussten und unbewussten Prozessen geprägten Beziehungskontext gelingt, bleibt offen.

Künstlerisches Arbeiten ist ein Suchprozess, der für viele Menschen schwer auszuhalten ist. Das prozessuale Suchen nach der passenden Form, das Nachdenken und Probieren, das stets ein Scheitern beinhaltet, zeigt, dass Veränderung, Lernen und die Fähigkeit zum Neubeginn bei jedem Schaffensprozess notwendig sind. Künstler\*innen, aber auch Teilnehmer\*innen – Patient\*innen/Klient\*innen – einer Kunstaktion formen im künstlerischen Schaffensprozess nicht nur das Material, einen Stoff, sondern immer auch etwas vom inneren psychischen Material – sie formen somit auch sich selbst.

Wenn es gelingt, zu einem inneren inhaltlichen Anliegen eine „Spannung“ aufzubauen und diese Spannung im künstlerischen Schaffensprozess so umzusetzen, dass die Sinne und der Intellekt angesprochen werden, dann entstehen Zufriedenheit und Freude, dann wurde etwas „Schönes“ geschaffen. Solche ästhetischen Erfahrungen bereichern und ermutigen jeden Menschen.

Die sinnliche Wahrnehmung – sowohl des schöpferischen Akts als auch der Rezeption – kann Gefühle des Einklangs von Objekt, Künstler\*in und Rezipient\*in vermitteln, sie kann aber auch reizvoll sein, weil überraschende Aspekte, neue Facetten sichtbar werden.

Immanentes Ziel künstlerischer Arbeit sind die Sichtbarkeit und der damit einhergehende Wunsch nach Rezeption, meist im Rahmen einer Ausstellung, einer Aufführung, Lesung oder eines Konzerts. Eine Präsentation der Arbeitsergebnisse von Kunst im Grünen Kreis-Projekten bewegt sich jedoch auf schwierigem Terrain. Einerseits ist die Veröffentlichung ein Zeichen der Wertschätzung und Anerkennung der künstlerischen Leistung, andererseits sind die Anonymität und der Datenschutz der Klient\*innen zu

beachten. Jede Präsentation von Arbeiten, die in einem therapeutischen Kontext entstanden sind, muss dies berücksichtigen. Nur unter konsequenter Einhaltung aller Auflagen und nur mit dem persönlichen Einverständnis der Betroffenen können öffentliche Aufführungen stattfinden. Hin und wieder ist dies möglich!

## Der Hammer

Schon in der letzten Ausgabe des SUCHT-Magazins berichteten wir von der Lesung im Literarischen Quartier Alte Schmiede am 18. Juni 2024 in Wien. Gelesen wurden die Texte der Teilnehmer\*innen der Schreibwerkstatt, die Mag.a Renata Zuniga im Mai letzten Jahres in der Betreuungseinrichtung Johnsdorf leitete. Die Texte zeigen eindrucksvoll, dass Schreiben allgemein, und ganz besonders das „Schreiben über Sucht, das Nieder-, Auf- und Zerschreiben von Sucht bei der Bewältigung helfen kann. Schreiben kann wahnsinnig machen, aber auch davor bewahren wahnsinnig zu werden“ (Rieger, 2024).

Dass diese Texte in der Dezemberausgabe der Zeitung der Alten Schmiede „Der Hammer“ veröffentlicht wurden, ist eine besonders erfreuliche Form der Wertschätzung des literarischen Schaffens von Menschen, in deren Alltag Literatur und Kunst kaum eine Rolle spielen. Über die Arbeit in den Schreibwerkstätten schreibt Renata Zuniga: „Das eigentliche Schreiben ergibt sich aus kreativer Spielerei meist ganz von selbst. Was immer gut klappt, ist zum Beispiel: Wir einigen uns auf ein gemeinsames Gefühl und dann schreibt jede\*r auf ein und dasselbe Blatt einen Satz, stülpt das Papier so um, dass der oder die Nächste nicht sieht, was vorher bereits geschrieben worden ist. Am Ende passt es fast immer genial zusammen. Und wenn nicht, dann klingt es genial absurd. Für mich sind die schönsten Momente, wenn ich ehemalige Teilnehmer\*innen Jahre später wieder treffe und diese mir sagen, dass ihnen unser Workshop gefallen oder sogar bei ihrer Selbstfindung geholfen hat. Und das kommt immer wieder vor!“



### Der achtsame Blick

Der Fotograf Georg Oberweger leitete bereits zahlreiche Fotoaktionen in den Betreuungseinrichtungen des Grünen Kreises. „Der achtsame Blick“ ist Titel, Thema und Ziel seiner Workshops, bei denen er die Teilnehmer\*innen motiviert, ihren einzigartigen Blick auf die Welt zu entdecken. Das Fotografieren mit einfachen technischen Mitteln, zum Beispiel mit der Handykamera, erleichtert diese Suche, die oft zu ungewohnten Perspektiven und zu einer neuen Sicht auf die Dinge, die Umgebung, die Mitmenschen, damit auch auf sich selbst führt. Diese neu entdeckten Sichtweisen werden zum Abschluss der Workshops mit wenigen Fotos, wie auf dem Storyboard eines Films, als Bildgeschichte erzählt und ausgestellt. Auch dieses Projekt zeigt, dass künstlerische Arbeit neue Reflexionsräume eröffnen und damit den therapeutischen Prozess bereichern und unterstützen kann.

Auf dem Feld der offenen integrativen Kunstprojekte ist diese Fotoaktion mit suchtkranken Menschen aufgefallen. Es ist erfreulich, dass im deutschen Internetforum für Fotografie und Pädagogik [www.fotopaed.de](http://www.fotopaed.de) in der Novemberausgabe „Der achtsame Blick“ von Georg Oberweger als besonders geeignete und erfolgreiche Kunstaktion im Bereich Rehabilitation und Integration vorgestellt wird.

### FIT FOR LIFE-Literaturpreis

Der Grüne Kreis und Kunst im Grünen Kreis waren an der Gründung und Organisation des FIT FOR LIFE-Literaturpreises maßgeblich beteiligt. Mit dem 2018 von OMR Dr. Harald David initiierten Literaturpreis wurde das literarische Schaffen suchtkranker Menschen gefördert. Seither wurden insgesamt 177 Texte eingereicht, 25 Einsendungen wurden mit Preisen ausgezeichnet, 60 Texte wurden auf der Website des Literaturvereins präsentiert. Auch Autor\*innen, die im

Grünen Kreis betreut wurden, schickten ihre Texte. Einige von ihnen waren unter den Preisträger\*innen. Eine prominente und sachkundige Jury beurteilte ausschließlich die literarische Qualität der Werke. Die Siegertexte der ersten fünf Jahre wurden in der Anthologie „SUCHT-AUS-WEG“ (Bucher Verlag, Hohenems) veröffentlicht.

Das Projekt FIT FOR LIFE-Literaturpreis geht nun zu Ende, eine weitere Finanzierung konnte nicht erreicht werden. Daher gibt es auch keine weitere Ausschreibung des Preises, der Verein wird im Juni aufgelöst. Zu hoffen ist, dass der Preis literarisch schreibende Menschen mit einem Suchtproblem motiviert hat und weiterhin motiviert, literarisch, künstlerisch, kreativ tätig zu sein.

### Kurt Neuhold, DSA

Künstler und Projektleiter  
„Kunst im Grünen Kreis“

## Wir suchen SIE - JOIN OUR TEAM!

### **Buchhalter\*in, Vollzeit/Teilzeit** (2872 Mönichkirchen)

Gehalt (= SWÖ-KV, Basis 37 Wochenstunden, Verwendungsgruppe 5 - 7) nach Vereinbarung aufgrund von Vordienstzeiten und Qualifikation

### **Jurist\*in mit Schwerpunkt Arbeitsrecht, Teilzeit** (2872 Mönichkirchen)

Gehalt € 3.788,30 (= SWÖ-KV, Basis 37 Wochenstunden, Verwendungsgruppe 9) bzw. nach Vereinbarung aufgrund von Vordienstzeiten und Qualifikation

### **Ärztin\*Arzt für Allgemeinmedizin** (NÖ, Steiermark, Wien)

attraktive Vergütung ab € 6.800 nach Vereinbarung, Anstellung (oder Honorarbasis)

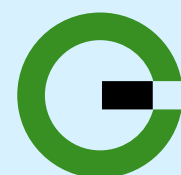
### **Fachärztin\*Facharzt für Psychiatrie bzw. Psychiatrie u. Psychotherapeutische Medizin** (NÖ, Graz, Wien)

attraktive Vergütung ab € 7.800 nach Vereinbarung, Anstellung (oder Honorarbasis)



Bewerbungen bitte an:  
[bewerbung@gruenerkreis.at](mailto:bewerbung@gruenerkreis.at)  
Tel.: +43 2649 8306

[www.gruenerkreis.at](http://www.gruenerkreis.at)



**grüner kreis**

Alle Gehaltsangaben in brutto, SWÖ-KV 2025



## Genießen mit Gewissen

Fleisch von Rindern und Schweinen aus den Landwirtschaftsbetrieben des Vereins Grüner Kreis

Freilandhaltung

[bio-rind@gruenerkreis.at](mailto:bio-rind@gruenerkreis.at)

beste Bio-Qualität

### Beratungs- & Betreuungsteam

#### Wien

Walter Clementi (W, WU, NÖ, B)  
Tel.: +43 (0)664 384 08 27  
mail: [walter.clementi@gruenerkreis.at](mailto:walter.clementi@gruenerkreis.at)  
Birgit Handler-Puhl, DSA, MA (Justiz Wien)  
Tel.: +43 (0)664 811 1665  
mail: [birgit.handler-puhl@gruenerkreis.at](mailto:birgit.handler-puhl@gruenerkreis.at)  
Reinhard Krainer, BA  
Tel.: +43 (0)664 180 97 09  
mail: [reinhard.krainer@gruenerkreis.at](mailto:reinhard.krainer@gruenerkreis.at)

#### Niederösterreich, Burgenland

Marianne Weigl, DSA (Most-, Wald- und Weinviertel)  
Tel.: +43 (0)664 230 53 12  
mail: [marianne.weigl@gruenerkreis.at](mailto:marianne.weigl@gruenerkreis.at)  
Wolfgang Kaufmann (NÖ, B)  
Tel.: +43 (0)664 811 1002  
mail: [wolfgang.kaufmann@gruenerkreis.at](mailto:wolfgang.kaufmann@gruenerkreis.at)  
Gabriele Stumpf (NÖ, B)  
Tel.: +43 (0)664 811 1676  
mail: [gabriele.stumpf@gruenerkreis.at](mailto:gabriele.stumpf@gruenerkreis.at)  
Lara Kirnbauer, MSc (NÖ, B)  
Tel.: +43 (0)664 822 01 24  
mail: [lara.kirnbauer@gruenerkreis.at](mailto:lara.kirnbauer@gruenerkreis.at)

#### Oberösterreich

Susanne Mair, BA  
Tel.: +43 (0) 664 811 1024  
mail: [susanne.mair@gruenerkreis.at](mailto:susanne.mair@gruenerkreis.at)  
Armin Steiner-Hickl, BA  
Tel.: +43 (0) 664 811 1007  
mail: [armin.steiner-hickl@gruenerkreis.at](mailto:armin.steiner-hickl@gruenerkreis.at)

#### Steiermark

Anna-Maria Ranftl, MA  
Tel.: +43 (0)664 811 1023  
mail: [anna-maria.ranftl@gruenerkreis.at](mailto:anna-maria.ranftl@gruenerkreis.at)

## Beratung & Hilfe

Sarah Maria Koberg, MA  
Tel.: +43 (0) 664 811 1041  
mail: [sarah.koberg@gruenerkreis.at](mailto:sarah.koberg@gruenerkreis.at)  
Wenzel Havlovec, BA  
Tel.: +43 (0) 664 811 1663  
mail: [wenzel.havlovec@gruenerkreis.at](mailto:wenzel.havlovec@gruenerkreis.at)

#### Kärnten, Osttirol, Südtirol

Dipl. Päd. Marcel Kogler, BA  
Tel.: +43 (0)664 384 02 80  
mail: [marcel.kogler@gruenerkreis.at](mailto:marcel.kogler@gruenerkreis.at)

#### Salzburg

Armin Steiner-Hickl, BA  
Tel.: +43 (0) 664 811 1007  
mail: [armin.steiner-hickl@gruenerkreis.at](mailto:armin.steiner-hickl@gruenerkreis.at)

#### Tirol, Vorarlberg

Leo Teissl  
Tel.: +43 (0)664 821 99 74  
mail: [leo.teissl@gruenerkreis.at](mailto:leo.teissl@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](mailto:ambulanz.wien@gruenerkreis.at)

1030 Wien, Radetzkystraße 31/Top 8+11  
Tel.: +43 (0)1 710 74 44 | Fax: +43 (0)1 710 74 44-87  
mail: [bwz3@gruenerkreis.at](mailto:bwz3@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](mailto:ambulanz.wienerneustadt@gruenerkreis.at)

#### Graz

8010 Graz, Frauengasse 7  
Tel.: +43 (0)316 760196 | Fax: +43 (0)316 760196-40  
mail: [ambulanz.graz@gruenerkreis.at](mailto:ambulanz.graz@gruenerkreis.at)

#### Klagenfurt

9020 Klagenfurt, Feldmarschall Conrad-Platz 3  
Tel.: +43 (0)664 384 0280 | Fax: +43 (0)463 590127  
mail: [ambulanz.klagenfurt@gruenerkreis.at](mailto:ambulanz.klagenfurt@gruenerkreis.at)

#### Liniz

4020 Linz, Sandgasse 11  
Tel.: +43 (0)664 811 1024 | Fax: +43 (0)732 650275-40  
mail: [ambulanz.linz@gruenerkreis.at](mailto:ambulanz.linz@gruenerkreis.at)

Retouren an Postfach 555, 1008 Wien

Grüner Kreis, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen | [www.gruenerkreis.at](http://www.gruenerkreis.at)