

N° 2/2022

Momentum

Das österreichische Journal für positive Suchttherapie
Herausgegeben vom Anton Proksch Institut

Von der Schärfung des Blicks
Individualität in Sucht und Therapie

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser!

Von der Schärfung des Blicks: Individualität in Sucht und Therapie – die Maxime, welche im Titel dieser Ausgabe von „Momentum“ zum Ausdruck kommt, hat sich in einer sich ständig verändernden Gesellschaft und deren Ansprüchen als wesentlicher Grundsatz in der langjährigen (Weiter-)Entwicklung des Anton Proksch Instituts

erwiesen. Individualisierung bzw. vermehrte Personalisierung sind aus unserer Sicht notwendige Schritte im klinischen und außerklinischen Alltag von Suchtbehandlung. Denn therapeutischer Erfolg wird in besonderem Maß dann erreicht, wenn den unterschiedlichen psychosozialen Bedürfnissen und Anforderungen von Patientinnen und Patienten bestmöglich Rechnung getragen wird. Diesem Ziel nähern wir uns Schritt für Schritt an. Beispielhaft deutlich wird das im historischen Abriss zum österreichischen Weg in der Therapie der Alkoholsucht von Prim. Dr. Wolfgang Preinsperger, MBA, dem Ärztlichen Direktor des Anton Proksch Instituts (Seite 4-7).

Heute zeigen sich Veränderungen auch dadurch, dass neue Suchtformen medizinische und therapeutische Antworten auf der Höhe der Zeit verlangen. Wir setzen daher im Anton Proksch Institut aktuell bedeutende Neustrukturierungen um. Worum es dabei geht, erläutert Prim. Dr. Preinsperger, MBA in einem ausführlichen Gespräch (Seite 8-11). Einen Einblick in die bedürfnisorientierte therapeutische Praxis geben die Beiträge von Dr. Ute Andorfer über Trauma und Sucht bei Frauen bzw. Prim. Dr. Myriam Sarny und Mag. Stephanie Tober zur Medikamentenabhängigkeit (Seite 12-15).

Erhalten bleibt Ihnen und uns das Thema Corona und dessen nachhaltige Auswirkungen. Zum alarmierenden Ergebnis, dass die psychische Belastung während der Pandemie die Medikamenten-Einnahme zum Teil deutlich in die Höhe getrieben hat, kommt die von der Stiftung Anton Proksch-Institut Wien in Auftrag gegebene Studie „Doping im Alltag“. Eine Zusammenfassung lesen Sie auf den Seiten 18-21.



4 Von Trinkerasylen zur Individualisierung in der Suchttherapie
Wolfgang Preinsperger

8 „Es geht um Weiterentwicklung aus dem Bestehenden“
Wolfgang Preinsperger
im Interview mit
Michael Robausch

12 Trauma und Sucht bei Frauen
Ute Andorfer

14 Herausforderung Medikamentenabhängigkeit
Myriam Sarny und
Stephanie Tober

16 Buchauszug: Phono Sapiens

18 Studie „Doping im Alltag“ (Exzerpt)
Stiftung Anton
Proksch-Institut

Ich wünsche Ihnen, neben einer gewinnbringenden Lektüre, einen schönen und erholsamen Sommer. Bleiben Sie gesund!

DSA Gabriele Gottwald-Nathaniel, MAS
Geschäftsführerin

PS: Abo-Bestellungen sind weiterhin kostenlos unter abo@api.or.at möglich!



Von Trinkerasylen zur *Individualisierung* in der Suchttherapie

Der österreichische Weg in der Therapie der Alkoholsucht begann vor mehr als 100 Jahren mit Pionierinnen und Pionieren, die schon damals sahen, dass Zwangsbehandlungen nicht erfolgversprechend sind, und moderne Konzepte verfolgten, die auf Freiwilligkeit basierten und psychotherapeutische Ansätze beinhalteten.¹

WOLFGANG PREINSPERGER

Die Notwendigkeit, Trinkerinnen und Trinker zu behandeln, wurde in Österreich schon Ende des 19. Jahrhunderts gesehen. Während das deutsche Reichsstrafgesetz sogenannte „Gewohnheitssäufer“ noch mit Haft bestrafte, wurden in Österreich von Rechtsreformerinnen und -reformern schon 1887 Einrichtungen gefordert, in denen diese „gebessert“ oder „geheilt“ werden sollten. 1902 sprach sich der Oberste Sanitätsrat für die Einrichtung von „Anstalten“ aus, in denen Betroffene – auch gegen ihren Willen – behandelt werden sollten. Andererseits sollte es aber auch „offene Trinkerheilanstalten“ geben, in denen die Behandlung auf freiwilliger Basis erfolgen sollte – ein für diese Zeit fortschrittlicher Ansatz.

Die erste „Trinkerheilstätte“ Österreichs

Vor dem ersten Weltkrieg dürften bereits „Trinkerheime“ existiert haben, auch ein privates Abstinenzsanatorium. Über deren Arbeitsweise ist nichts bekannt. Während des Krieges scheinen all diese Einrichtungen ihren Betrieb eingestellt zu haben. 1922 wurde dann die erste professionell arbeitende „Trinkerheilstätte“ in Wien gegründet. Wesentliche Proponenten waren Julius Tandler, Gesundheitsstadtrat im „Roten Wien“, und Rudolf Wlassak, der eigentliche Initiator und erste Leiter der Einrichtung. Verortet war diese in der „Irrenanstalt Am Steinhof“, was anfangs freiwillige Patientinnen und Patienten doch häufig abschreckte. Mit der zunehmenden Be-

kanntheit des Angebots erhöhte sich aber der Anteil der freiwillig Aufgenommenen stetig.

Wider den Zwang

Dass Zwangsbehandlungen bei Suchtkranken wenig erfolgversprechend sind, war bald klar. So wurde der Weg beschritten, zwangseingewiesene Alkoholranke nicht längerfristig anzuhalten, sondern sie stattdessen für eine freiwillige, länger dauernde Behandlung von sechs Monaten zu motivieren. Ein „ehrlicher Heilungswille und ein Einverständnis mit der vorgeschlagenen Entziehungskur“ seien dafür erforderlich, schrieb 1932 Ernst Gabriel, seit 1931 Nachfolger Wlassaks. Freiwillige Behandlungen waren allerdings selbst zu finanzieren, da Krankenversicherungen die Kosten dafür nicht übernahmen. So wurden zum Teil längerfristige Zwangsanhaltungen mit Einverständnis der Patientinnen und Patienten bewusst konstruiert, um finanzielle Behandlungshürden zu umgehen.

In den 20er-Jahren des 20. Jahrhunderts wurden auch in manchen Bundesländern Einrichtungen für Alkoholabhängige gegründet. Diese verstanden sich jedoch alle nicht als Behandlungseinrichtungen, sondern als sogenannte „Trinkerasyle“, also als Heime, in denen nicht mehr als behandelbar erscheinende, chronische Trinkerinnen und Trinker sozialfürsorgerisch betreut wurden. Vom Konzept her unterschieden sich die „Trinkerasyle“ somit grundlegend von der Initiative „Am Steinhof“ in Wien.



**PRIM. DR.
WOLFGANG PREINSPERGER, MBA**

Leitet seit Beginn 2021 das Anton Proksch Institut, an dem er mit kurzen Unterbrechungen seit 1986 tätig ist. 2009 übernahm er das Primariat der Drogenabteilung. Er ist außerdem als niedergelassener Psychiater und Psychoanalytiker in Mödling tätig.

Pionierarbeit durch die Psychiatrisch-Neurologische Universitätsklinik Wien

Nach dem Anschluss an Nazi-Deutschland beendeten sowohl die Trinkerheilstätte „Am Steinhof“ als auch die Einrichtungen in den Bundesländern ihre Arbeit. Sich mit dem Eintritt in eine Behandlungs- oder Betreuungseinrichtung als Trinkerin oder Trinker zu erkennen zu geben, war lebensgefährlich

Dass Zwangsbehandlungen bei Suchtkranken *wenig* erfolgversprechend sind, war bald klar.

geworden. Damit wurde die Arbeit mit Trunksüchtigen für Jahre unterbrochen.

Nach dem Zweiten Weltkrieg ging die Initiative für eine professionelle Behandlung von der Psychiatrisch-Neurologischen Universitätsklinik Wien aus. Psychiater wie Otto Schiller und Wilhelm Solms waren die ersten, die sich des Themas Ende der 40er-Jahre annahmen. Bald kam mit Hans Hoff, der die Klinik seit 1950 leitete, ein wesentlicher Motor für die Bemühungen hinzu. In wissenschaftlichen Arbeiten formulierte man den Krankheitscharakter der Trunksucht und betrieb ab 1951 an der Klinik eine eigene „Alkohol-Ambulanz“. Stationär wurden an der Klinik Entzugsbehandlungen durchgeführt und „Antabus-Kuren“ eingeleitet, mit denen erstmals ein Arzneimittel als spezifisch medikamentöser Behandlungsweg eingesetzt wurde, um die Abstinenzbemühungen zu unterstützen. Die so stationär begonnene Behandlung wurde dann ambulant weitergeführt.

Die Gründung des „Kuratorium Stiftung Genesungsheim Kalksburg“

Da die Möglichkeiten einer psychiatrischen Akuteinrichtung für eine professionelle, nachhaltig wirksame Suchtbehandlung nicht als ausreichend angesehen wurden, wurde auf Initiative von Hans Hoff 1954 der „Verein Trinkerheilstätte“ gegründet, dem neben Ärztinnen und Ärzten auch Politikerinnen und Politiker verschiedener Lager, Gewerkschafterinnen und Gewerkschafter sowie kirchliche Einrichtungen angehörten. Erste Beratungsstellen wurden geschaffen und die Bemühungen um die Errichtung einer stationären Behandlungseinrichtung wurden konkreter, sodass der „Verein Trinkerheilstätte“ bereits 1956 wieder aufgelöst und durch die Gründung des „Kuratorium Stiftung Genesungsheim Kalksburg“ ersetzt wurde. Den Vorsitz bekleidete der Gewerkschafter und sozialistische Sozialminister Anton Proksch, nach dem die Einrichtung viele Jahre später benannt werden sollte.

Ein moderner Behandlungsansatz

In entsprechenden Publikationen der Psychiatrisch-Neurologischen Klinik wurden moderne Konzepte vertreten:

- Die Trunksucht wurde selbst als Krankheit verstanden, zudem als Symptom, dem eine Erkrankung zugrunde liegt.
- Dieses Verständnis hatte die wichtige Konsequenz, dass Ärztinnen und Ärzte, im Besonderen Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie, als wesentliche Berufsgruppe in einer professionellen Behandlung von Alkoholkranken gesehen wurden.
- Man registrierte den überproportionalen Anstieg von Alkoholproblemen bei bestimmten Gruppen, so etwa bei Frauen oder bei Facharbeiterinnen und -arbeitern sowie anderen Personen mit höherer Bildung.
- Neben der pharmakologischen Behandlung der Entzugssymptome wurde mit dem Arzneimittel „Antabus“ auch eine erste abstinenzunterstützende Medikation eingesetzt.
- Gruppen- und Einzelpsychotherapie sollten eine zentrale Rolle in der Behandlung einnehmen.

Damit waren mit der Vorarbeit an der Neurologisch-Psychiatrischen Klinik schon die Grundlagen des Behandlungsansatzes umrissen, der ab 1961 in der Einrichtung in Wien-Kalksburg verwirklicht werden sollte.

Anerkennung von Alkoholismus als Erkrankung

Ein wesentlicher versorgungs- und gesundheitspolitischer Eckpfeiler für die Etablierung von spezialisierten Behandlungseinrichtungen war die 1953 erfolgte sozialversicherungsrechtliche Anerkennung von Alkoholismus als Erkrankung. Das war die Voraussetzung für die Gründung „offener“ Einrichtungen, für die die Krankenversicherungsträger die Behandlungskosten übernahmen. Die Freiwilligkeit der Behandlung konnte auf Basis dieser Voraussetzungen endlich breit umgesetzt werden.

Hans Hoff und Wilhelm Solms skizzierten 1956 ein optimales Konzept einer speziellen „Trinkerheilanstalt“ folgendermaßen: Sie sollte unter psychiatrischer Leitung stehen, neben Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegekräften sollten Psychologinnen und Psychologen sowie, so hieß es damals, „Fürsorgerinnen“ und „Fürsorger“ wesentliche Berufsgruppen in einer multiprofessionellen Behandlung sein. Diese sollte medikamentös und psychotherapeutisch orientiert sein und durch fürsorgerische und arbeitsbezogene Interventionselemente ergänzt werden. Die Heilanstalt sollte zudem als Zentrum einer „nachsorgenden, ambulanten Trinkerfürsorge“ fungieren. Dieser ambulante Bereich sollte aus an den stationären Bereich angegliederten Beratungsstellen bestehen, getragen von Personal des stationären Bereiches, weiters aus Beratungsstellen der Behörden und Organisationen der Selbsthilfe, wie etwa den „Anonymen

Alkoholikern“. Die gesamte Behandlung sollte auf Freiwilligkeit basieren, die Einrichtung ausschließlich „offen“ geführt werden und die Finanzierung durch die öffentliche Hand bzw. die gesetzliche Krankenversicherung erfolgen.

Die „Offene Anstalt für Alkoholranke“ in Wien-Kalksburg

Die 1961 mit 63 Betten vorerst ausschließlich für Männer eröffnete „Offene Anstalt für Alkoholranke“ in Wien-Kalksburg verwirklichte diese Grundgedanken. Trägerin war die „Stiftung Genesungsheim“, die ärztliche Leitung oblag der Neurologisch-Psychiatrischen Universitätsklinik.

Eckpfeiler der Behandlung waren die Gruppen- und Einzelpsychotherapie, die medikamentöse Therapie des Entzuges und der psychischen Grundstörung (Psychopharmaka) sowie pharmakologische Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe. Großer Wert wurde auch dem therapeutischen Milieu beigemessen: Alle Patienten übernahmen verantwortungsvolle Arbeiten innerhalb der Krankenanstalt, ob im Garten, im Service, in der Wäscherei, als Unterstützung der Pflege, im Empfang oder anderswo. Die Behandlungsdauer war außerordentlich kurz. Sie sank von anfangs durchschnittlich 66 Tagen in den ersten Jahren bald auf 46 bis 48 Tage. Konzeptueller Grundgedanke war eine kurzdauernde stationäre erste Behandlungsphase, der regelhaft eine langzeitambulante zweite Therapiephase folgen sollte.

Ausbau ambulanter und stationärer Behandlung

Bis 1976 stand das Genesungsheim Kalksburg unter ärztlicher Leitung der Neurologisch-Psychiatrischen Universitätsklinik. Ab 1973 war Rudolf Mader seitens der Klinik mit der ärztlichen Leitung betraut, von 1976 an war er ärztlicher Leiter des von der Universitätsklinik emanzipierten Genesungsheims. Unter seiner Leitung kam es zu einem umfassenden Ausbau des stationären und ambulanten Behandlungsbereichs.

In Wien und Niederösterreich wurden seitens des Genesungsheims eigene Ambulanzen und Beratungsstellen gegründet. Mit dem Psychosozialen Dienst Burgenland bzw. dessen Vorläuferorganisation bestand eine sehr enge Zusammenarbeit in Form von ärztlichen Beratungsterminen. Auch mit dem Magistrat St. Pölten, dem Psychosozialen Dienst Wien und anderen Organisationen bestanden ähnliche Kooperationen.

Allmählich vollzog sich mit diesem massiven Ausbau ambulanter Einrichtungen ein Wandel hin zu einem primär ambulanten Behandlungszugang. Beratungsstellen und Ambulanzen waren nicht mehr nur Zuweiser in den stationären Bereich und Anlaufstellen für eine ambulante „Nachbetreuung“. In den Ambulanzen wurden zunehmend ausschließlich ambulante Behandlungen durchgeführt. Erst wenn es notwendig war, wurden Patientinnen und

Patienten in eine stationäre Behandlung zugewiesen. Die ambulante Anschlussbehandlung nach einem stationären Aufenthalt wurde nunmehr als eigenständiger Teil einer integriert stationär-ambulanten Behandlung gesehen.

Die Geburtsstunde des „Anton Proksch Instituts“

Der Ausbau des ambulanten Bereiches führte aber auch zu steigenden Aufnahmezahlen im stationären Bereich. Dazu kam die zunehmende Zahl an Wiederaufnahmen und ab 1974 die Behandlung von Frauen auf einer eigenen Frauenstation. In mehreren Ausbaustufen wurde die Bettenzahl im Genesungsheim Kalksburg auf deutlich über 200 erweitert und die Einrichtung in „Anton Proksch Institut“ umbenannt. Aufgrund der großen Behandlungsnachfrage entstanden in anderen Bundesländern weitere stationäre Behandlungseinrichtungen für Alkoholabhängige, die dem Modell Kalksburg weitgehend nachgebildet waren.

Ab den frühen 70er-Jahren wurde ein eigenes Behandlungssystem für Abhängige von illegalen Substanzen geschaffen. Später wurden schrittweise auch Betroffene von stoffungebundenen Suchtformen (zum Beispiel Spielsucht) behandelt.

Mit dem Programm wurden Therapieelemente betont, die eine *positive und freudvolle Alternative* zum Suchtmittelkonsum vermitteln sollen.

Pioniere und Pionierinnen weiter relevant

Unter der ärztlichen Leitung von Michael Musalek wurde ab 2004 die Struktur der Behandlung wesentlich überarbeitet und weiterentwickelt. So wurden suchtspezifische und komorbiditätsspezifische Indikativgruppen entwickelt, in die Patientinnen und Patienten mit bestimmten Suchtformen (wie etwa Medikamentenabhängigkeit oder Spielsucht) oder mit affektiven oder Angststörungen zugewiesen wurden. Mit dem „Orpheus-Programm“ wurden in den letzten eineinhalb Jahrzehnten zudem Therapieelemente betont, die den Patientinnen und Patienten eine positive, freudvolle Alternative zum Suchtmittelkonsum vermitteln sollen.

In der Grundstruktur basiert die Behandlung Alkoholabhängiger trotz dieser Anpassungen, Überarbeitungen und Weiterentwicklungen aber nach wie vor auf den damals bahnbrechenden Überlegungen der Pionierinnen und Pioniere des österreichischen Behandlungsweges von Alkoholkranken. ■

¹ Der Beitrag basiert in der Beschreibung des Zeitraums bis zur Gründung der Stiftung Genesungsheim Kalksburg nahezu vollständig auf Arbeiten der Soziologin Irmgard Eisenbach-Stangl, die viele Jahre im Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung tätig war, das eng mit dem Anton Proksch Institut kooperierte.



In Ihrem Haus tut sich gerade viel Neues. Was ist der Anlass dafür?

Es spielen hier mehrere Faktoren eine Rolle. Zum einen muss eine in der Behandlung von Suchtkranken tätige Einrichtungen wie die unsere grundsätzlich in Bewegung bleiben, flexibel sein. Es geht darum, auf neue Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten zu reagieren, auf einen sich verändernden objektiven Behandlungsbedarf. Neue Suchtformen gewinnen auch epidemiologisch an Bedeutung und verlangen therapeutische Antworten bzw. adaptierte Behandlungszugänge. Zum anderen ist durch äußere Faktoren wie die COVID-19-Pandemie und den laufenden Neubau des Krankenhauses bei vollem Betrieb einiges in Bewegung geraten. Neben akut notwendig gewordenen Veränderungen bot sich also auch hinsichtlich der Gesamtlage eine gute Gelegenheit, um eine neue Struktur unserer therapeutischen Arbeit im Hinblick auf die vollständige Inbetriebnahme des Neubaus zu entwickeln.

Veränderungen noch während laufender Bauarbeiten - ist das nicht riskant?

Es gibt zwei Gründe, warum wir bereits zu diesem Zeitpunkt mit wesentlichen Umstellungen unseres therapeutischen Zugangs und der inneren Strukturierung des Hauses beginnen. Erstens wollten wir mit für uns wesentlichen Modifikationen patientenorientierter Inhalte nicht noch eineinhalb Jahre bis

zur Fertigstellung des Neubaus warten. Außerdem soll zum Zeitpunkt des Bezugs der neuen Räumlichkeiten das inhaltlich Neue schon gut laufen, damit wir uns dann den organisatorischen und ablauftechnischen Feinabstimmungen besser widmen können.

Wie ist der Prozess der Neuorientierung angelaufen?

Wir haben Anfang 2021 mit unseren Überlegungen begonnen. Basis war eine Vielzahl von Gesprächen mit erfahrenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, worauf die Weiterentwicklung in diversen Arbeitsgruppen folgte. Dies alles in einem guten Austausch und einer hervorragenden Zusammenarbeit mit der Geschäftsleitung sowie unseren beiden Eigentümern VAMED und Stiftung. Ein erstes greifbares strukturelles Fundament war eine neue Abteilungsgliederung mit der Bestellung zweier neuer ärztlicher Abteilungsleiter Ende des vergangenen Jahres. Diese Bestellungen und parallele Veränderungen von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten auch in anderen Bereichen wie Pflege, Sozialarbeit, Psychotherapie und Klinischer Psychologie erfolgten bereits abgestimmt auf die geplanten neuen Behandlungsschwerpunkte der Abteilungen und deren Stationen. Die Etablierung von Behandlungsschwerpunkten für bestimmte Zielgruppen von Suchtkranken ist eines der wesentlichen Elemente der laufenden Neustrukturierung.



„Es geht um *Weiterentwicklung* aus dem Bestehenden“

Am Anton Proksch Institut vollzieht sich aktuell ein Prozess umfangreicher Neustrukturierungen der therapeutischen Arbeit. Über Hintergründe, Ziele und Umsetzung der Veränderungen sprach „Momentum“ mit Wolfgang Preinsperger, dem ärztlichen Leiter des API.

INTERVIEW: MICHAEL ROBAUSCH

Heißt das, dass der bewährte Behandlungsweg des API gänzlich verlassen wird?

Ganz und gar nicht. Es geht vielmehr um Weiterentwicklung aus dem Bestehenden heraus. Wir entwickeln Neues grundsätzlich aus bereits Etabliertem. Es geht uns bei Veränderungen immer um die Verbindung unserer bewährten und erfolgreichen Behandlungszugänge mit neuen Überlegungen, von denen wir uns eine Verbesserung erwarten.

Was beinhalten die neuen Behandlungsschwerpunkte konkret?

Wir haben mit April 2022 begonnen, Behandlungsschwerpunkte für bestimmte Zielgruppen an den einzelnen Abteilungen einzurichten. Bisher gab es einen großen Bereich für die Behandlung Alkoholkranker, Medikamentenabhängiger sowie Betroffener von stoffungebundenen Suchtformen und einen kleineren für die Behandlung Drogenabhängiger. Letzterer bleibt in Form einer eigenen, vierten Abteilung erhalten, in Ersterem kommt es nun zu einer Differenzierung und Diversifizierung des Angebots mit unterschiedlichen Behandlungsschwerpunkten an den nunmehr drei diesen Bereich bildenden Abteilungen. Grundsätzlich werden an allen drei Abteilungen alkoholabhängige Patientinnen und Patienten behandelt. Darüber hinaus gibt es die neuen Behandlungsschwerpunkte. Sie sind teils suchtspezifisch, teils altersspezifisch orientiert. Zudem

spielen geschlechtsspezifische Aspekte und solche der psychiatrischen Komorbiditäten eine Rolle.

Was heißt das genau?

Vorab: Manche Schwerpunkte sind bereits etabliert, andere können erst umgesetzt werden, sobald wir die gegenwärtigen pandemiebedingten Abläufe in der Aufnahmestation aufgeben können. An suchtspezifischen Schwerpunkten gibt es einen für Medikamentenabhängige, einen für Glücksspielabhängige, einen für Online-Abhängige bzw. pathologische Mediennutzer und Mediennutzerinnen sowie einen für von anderen stoffungebundenen Suchtformen Abhängige.

Zusätzlich zur Drogenabteilung ist ein Behandlungsschwerpunkt für Mehrfachabhängige innerhalb des Alkoholbereichs in Planung. Das trägt der Entwicklung Rechnung, dass unter den jüngeren Altersgruppen das Phänomen des Mischkonsums bzw. Konsumerfahrungen mit zusätzlichen psychoaktiven Substanzen neben dem Alkohol eine enorme Verbreitung erfahren haben. Wir sind hier die erste Einrichtung Österreichs mit einem spezifischen Behandlungszugang.

Für bestimmte psychiatrische Komorbiditäten halten wir keine eigenen Schwerpunkte vor, da diese ubiquitär bei allen Suchtkranken eine Rolle spielen und somit auf allen Abteilungen in der Therapie eine wesentliche Rolle spielen müssen.

Dennoch haben wir aus bestimmten therapeutischen Überlegungen heraus Behandlungsschwerpunkte für von Traumafolgestörungen und Persönlichkeitsstörungen betroffene Frauen sowie von einer Aggressions- und Gewaltthematik betroffene Männer eingerichtet.

Und wie ist es mit dem Faktor Alter?

Was die altersspezifischen Behandlungsschwerpunkten betrifft, ist jener für ältere Abhängige be-

Schwerpunkte in der Behandlung für bestimmte Zielgruppen Suchtkranker zu etablieren ist eines der wesentlichen Elemente der Neustrukturierung.

reits im Laufen. Jener für die Jüngeren hängt noch in der Warteschleife, weil die dafür vorgesehene Struktur derzeit noch die Funktion der Aufnahme-station zu erfüllen hat. Vorüberlegungen gibt es außerdem zu einem Projekt für die Behandlung der Zielgruppe Jugendlicher und junger Erwachsener mit einem Suchtproblem im Transitionsalter, also der Altersgruppe zwischen 16 und 25.

Klingt sehr vielschichtig und ambitioniert. Es scheint sich doch sehr viel Grundsätzliches zu verändern ...

Einerseits ja. Andererseits waren manche dieser Schritte schon in Ansätzen umgesetzt. Wir haben schon in der Vergangenheit Erfahrungen mit der spezifischen Behandlung älterer und jüngerer Altersgruppen gemacht. Bei der Behandlung stoffungebundener Abhängigkeiten oder von Frauen mit Traumafolgestörungen und Persönlichkeitsstörungen können wir nahtlos an in den letzten Jahren entwickelte Behandlungsansätze anschließen. Dazu haben wir - neu - noch Maßgeschneidertes für weitere Zielgruppen entwickelt oder sind dabei, das zu tun. Wir haben Differenzierung und Diversifizierung systematisiert, in einer neuen kohärenten Struktur verortet sowie neue Abläufe dafür entwickelt.

Gibt es noch andere wesentliche Neuerungen?

Ja. Neben vielen kleineren organisatorischen Optimierungen in der Therapieplanung und Therapieorganisation gibt es auch eine wesentliche inhaltlich-therapeutische Weichenstellung. In den letzten eineinhalb Jahrzehnten wurde in unserem Haus ein Programm mit einer Vielzahl von unterschiedlichen Therapiegruppen entwickelt. Zentral war das sogenannte „Orpheus-Programm“ mit der Betonung

von Therapieelementen, die den Patientinnen und Patienten eine positive, freudvolle Alternative zum Suchtmittelkonsum vermitteln sollen. Hintergedanke war, dass genussvolle, freudvolle Erfahrungen den Suchtmittelkonsum obsolet machen würden. Zu schon lange bestehenden Gruppenangeboten aus den Bereichen Kreativität, Kunst, Körpererfahrung, Bewegung und Sport kamen neue hinzu, etwa Achtsamkeitsmodule, Natur- und Körpererlebnismodule, Genusserlebnismodule, Kinotherapie und Philosophieren. Was wir mit den jetzigen strukturellen und inhaltlichen Veränderungen versuchen, ist, die Bedingungen für förderliche therapeutische Beziehungen, für psychotherapeutische Prozesse zwischen Bezugstherapeutinnen und Bezugstherapeuten sowie Patientinnen und Patienten zu verbessern.

Wie wollen Sie das erreichen?

Mit dem Hineinnehmen vieler bisher stationsübergreifend angebotener Gruppen in das interne Gruppenprogramm der Abteilungen und mit einer deutlichen Erhöhung der Frequenz der bezugs-therapeutischen Gruppen. Zusätzlich zu den vielen bestehenden Indikativgruppen, in denen themenzentriert und vor allem auch psychoedukativ gearbeitet wird, schaffen wir auf diese Weise gute Bedingungen für die Entwicklung eines kontinuierlichen therapeutischen Prozesses, gute Bedingungen für eine kontinuierliche, qualitätvolle psychotherapeutische Arbeit.

Die wesentlichen Aspekte der Neustrukturierung sind also einerseits die Etablierung von Behandlungsschwerpunkten für bestimmte Zielgruppen und andererseits bessere Rahmenbedingungen für die psychotherapeutische Arbeit?

Ja, das sind die Eckpfeiler.

Sie haben bislang nur den stationären Bereich angesprochen? Gibt es auch im ambulanten Behandlungsbereich des API Neuerungen?

Ja, diese sind aber erst in Vorbereitung. Wir betreiben ja vier Suchtberatungsstellen in Niederösterreich, diese laufen gut. Am Standort Kalksburg führen wir eine Ambulanz und einen auf mittlerweile 36 Behandlungsplätze angewachsenen tagesklinischen Bereich, in dem wir erfolgreich ganztägig ambulante Therapie für Menschen mit verschiedenen Suchterkrankungen anbieten. Die Tagesklinik hat ein Erweiterungspotential auf 48 Plätze. Bei weiterhin steigender Nachfrage kann diese Aufstockung umgesetzt werden. Auch der kleine ambulante Bereich soll künftig wachsen.

Unsere seit langem etablierten Standorte in der Wiedner Hauptstraße und in der Radetzkystraße werden in einem neuen „Zentralambulatorium“ aufgehen, das Gebäude ist bereits in Bau. Die bisherige strikte Trennung in die Bereiche Alkohol und Drogen wird den aktuellen Entwicklungen und Herausforderungen nicht mehr ausreichend gerecht. Von



Die Begriffstrias individuell – innovativ – integrativ steht für Wolfgang Preinsperger im Zentrum der Neustrukturierung der therapeutischen Arbeit am API.

der Integration erwarten wir uns Vorteile sowohl auf organisatorischer als auch auf inhaltlicher Ebene. Mit einer Neukonzeption der dann zusammengelegten, integriert arbeitenden Bereiche für sämtliche Suchtformen wird in nächster Zeit begonnen.

Können Sie die Grundidee hinter diesen doch sehr umfangreichen Neugestaltungen schlagwortartig charakterisieren?

Ich fände eine Begriffstrias passend: individuell – innovativ – integrativ.

Führen Sie bitte aus!

Individuell steht im stationären Bereich einmal für maßgeschneiderte, differenzierte und diversifizierte Behandlungsschwerpunkte, die den Behandlungsbedürfnissen bestimmter Zielgruppen entsprechen. Individuell steht zudem auch für unterschiedliche Behandlungssettings von ambulant über ganztägig ambulant bis stationär; und individuell steht schließlich auch für die Differenzierung bezogen auf suchtspezifische Therapieziele: Völlige Suchtmittelfreiheit, Aufrechterhaltung etwa einer Opiatsubstitution, Konsumreduktion. Ein Projekt zum letztgenannten Therapieziel ist gerade im Ambulatorium Wiedner Hauptstraße in Umsetzung. Für innovativ halte ich das konsequente Setzen der Behandlungsschwerpunkte, also die Spezialisierung und Differenzierung im stationären Bereich, zudem die Projekte für Patient*innen im Transitionsalter und ein eigenes Behandlungssetting, das auf den Zusatzgebrauch

von anderen Substanzen bei vorwiegend Alkoholabhängigen abzielt.

Und was ist mit „integrativ“ gemeint?

Einmal das schon genannte für unsere Patientinnen und Patienten gut verschränkbare und konsekutiv zur Verfügung stehende integrierte Gesamtangebot im ambulanten, tagesklinischen und stationären Setting. Dann ist auch die Integration in das Suchthilfesystem vor allem der Länder Wien und Niederösterreich zu nennen – in Wien in das Sucht- und Drogenhilfenetzwerk, in Niederösterreich in das ebenfalls von diversen Trägern getragene Versorgungssystem. Auch mit Suchthilfeeinrichtungen anderer Bundesländer sind wir in einer guten Kooperation und somit auch in das gesamtösterreichische Versorgungssystem integriert. Außerdem integriert unser therapeutischer Zugang biologisch-medizinische, sozialpsychiatrische, psychotherapeutische, sozialtherapeutische und rehabilitative Zugänge in ein Gesamttherapiekonzept. Multimodale, berufsspezifische Behandlungsansätze werden zu einem Ganzen verbunden.

Hinter Schlagworten steckt also eine ganze Menge an Inhalten, die Ihre Arbeit ausmachen ...

Ja. Und insofern möchte ich abschließend gerne noch weitere für uns wichtige Begriffe ergänzen. Weil wir uns an ihnen in unserer Arbeit mit Suchtkranken orientieren und sie so mit Leben füllen: Menschlich. Wertschätzend. Nachhaltig wirksam. ■



MAG.^A DR. UTE ANDORFER ist Klinische und Gesundheitspsychologin sowie Verhaltenstherapeutin. Seit 2000 ist sie am Anton Proksch Institut tätig und betreut dort u.a. die Schwerpunkte Psychotraumatologie und Gender und Diversity.

Obwohl es genügend klinische Hinweise auf den Zusammenhang zwischen Traumatisierung und späterer Suchtentwicklung gibt, lagen zu Trauma und Sucht lange Zeit keine genauen Zahlen vor. Der klinische Eindruck scheint sich allerdings durch neue Forschungsdaten zu bestätigen: Gewalterfahrungen dürften einen massiven Risikofaktor für die Entwicklung einer Suchterkrankung darstellen. Auch aus diesem Grund rückt in den letzten Jahren die Komorbidität von Psychotrauma und Substanzabhängigkeit zunehmend in den Fokus von Behandlung und Forschung. Traumatisierte, abhängigkeitserkrankte Patientinnen stellen eine große Herausforderung für die zeitgemäße Suchtbehandlung dar, da sie auf Standardverfahren oft nur unzureichend ansprechen. Zudem leidet diese Patientengruppe signifikant häufiger zusätzlich an affektiven Erkrankungen, Angst- und Persönlichkeitsstörungen.

Posttraumatische Stressphysiologie und Substanzmissbrauch

Erkrankungen in Folge eines Psychotraumas gehen mit schweren Störungen der Informationsverarbeitung im Gehirn einher. Einen wesentlichen Anteil daran hat das Gedächtnis. Der Konsum von zentral

dämpfenden Substanzen wie Alkohol, Cannabis, Heroin und Benzodiazepinen verringert PTBS-Symptome deutlich. Weil die fragmentierten Gedächtnis Spuren des traumatischen Ereignisses jedoch unverändert bestehen bleiben, kann sich aus dieser Art von Selbstbehandlung allerdings rasch eine Abhängigkeit entwickeln.

Die Ergebnisse zur Veränderung von Stress- und Hirnphysiologie verdeutlichen, dass „Körper-Seele-Traumata“ in einer Art und Weise interagieren, die eine Trennung von Körper und Seele kaum noch möglich macht. Aber die Erklärungsmodelle für den wechselseitigen Zusammenhang lassen sich – trotz deren Plausibilität – nicht nur mit der Selbstmedikationshypothese erklären. Klare Zusammenhänge lassen sich auch deswegen nur schwer erkennen, da die Diagnose einer PTBS bei Suchterkrankungen meist erst um Jahre verzögert gestellt wird. Die Einnahme eines Suchtmittels verhindert ja das Auftreten typischer Symptome wie z.B. eines Hyperarousals; oder diese werden als Entzugserscheinung fehlinterpretiert, sodass eine klare Diagnose erst während einer qualifizierten Entwöhnungsbehandlung gestellt wird.

Gerade deshalb ist es unabdingbar neben der gehirnphysiologischen Betrachtungsweise



Trauma und Sucht *bei Frauen*

In Anbetracht der hohen Zahl an Traumatisierungen unter suchtkranken Patientinnen werden die Anforderungen an die Suchtbehandlung noch vielfältiger: Gefragt ist die Integration von verschiedenen methodischen und modalen Behandlungsstrategien. Nicht zuletzt benötigen Sucht und Trauma einen ganzheitlichen, besonders einfühlsamen Ansatz.

UTE ANDORFER

intrapersonale bzw. interpersonelle, aber auch ätiologierelevante und funktionelle Aspekte in den Mittelpunkt klinischer Behandlung und Forschung zu stellen.

Therapeutische Implikationen - Stabilisierung und Selbstfürsorge

Die Behandlung von traumatisierten Suchtkranken am Anton Proksch Institut konzentriert sich im stationären Setting auf die ersten beiden Phasen traumazentrierter Psychotherapie: Stabilisierung und Begegnung mit dem Trauma.

Abstinenz ist die Grundlage jeglicher Stabilisierungstechniken, wobei stabilisierende Imaginationstechniken bereits in der Entzugsphase als unterstützend erlebt werden. Die Stabilisierungsphase ist im Regelfall bei suchtkranken Patientinnen und Patienten länger anzusetzen. Ein wesentlicher Aspekt dabei ist auch, herauszufinden, was genau an der Droge zur Stabilisierung gedient hat.

Im „Ressourcenorientierten Behandlungsmodul für traumatisierte suchtkranke Patientinnen“ sind Affekt- und Stressregulation, Ressourcenfindung und -stärkung, sowie Entwicklung von Selbstfürsorge das Ziel. Letztendlich geht es um die „Substitution“ des Suchtmittels und anderer selbstverletzender

Verhaltensweisen durch neue „Skills“. Im Verlauf einer Therapie kann es also dazu kommen, dass alte „Notfallfunktionen“, also die selbstzerstörerischen Mechanismen, Schritt um Schritt durch konstruktive Strategien, ersetzt werden. Dabei ist es hilfreich, wenn man sich als Therapeutin bzw. Therapeut stets der Tatsache bewusst ist, dass selbst das destruktivste Verhalten für die Betroffenen eine Schutzfunktion erfüllt. Es geht also nicht um einen Kampf gegen diese Mechanismen, sondern um deren schrittweise Veränderung. ■

Psychische Ausnahmesituation

Als Trauma wird ein belastendes Erlebnis (bzw. eine Reihe solcher Erlebnisse) definiert, dem ein Mensch einerseits nicht entziehen kann, und das andererseits dessen Stressbewältigungsmechanismen überfordert. Wenn ein Kind nicht die richtige Unterstützung und Fürsorge erfährt, um damit umzugehen, so muss es einen eigenen Weg finden - so gut es das eben kann. Kinder können dabei ganz unterschiedlich reagieren.

Herausforderung Medikamenten- abhängigkeit

In Österreich gibt es etwa 150.000 Medikamentenabhängige, einschließlich der Dunkelziffer dürften es jedoch doppelt so viele sein. Eine der Ursachen dafür: Diese Suchterkrankung wird häufig im Verborgenen gelebt und bleibt oft über viele Jahre hinweg unentdeckt.

MYRIAM SARNY UND STEPHANIE TOBER



**PRIM.ª DR.ª
MYRIAM SARNY,
MSC**

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin bzw. Ärztin für Allgemeinmedizin ist Vorständin der Abt. III/3+4 des Anton Proksch Instituts, wo schwerpunktmäßig Patient*innen mit einer Medikamentenabhängigkeit behandelt werden.

Eine Arzneimittelabhängigkeit entwickelt sich oft erst im fortgeschrittenen Alter und betrifft doppelt so viele Frauen wie Männer. Erhöhtes Risiko, diese zu entwickeln, besteht bei vorbestehenden anderen Suchterkrankungen und psychiatrischen Komorbiditäten, wobei hier in erster Linie Angststörungen, depressive Erkrankungen und Traumafolgestörungen zu nennen sind.

Es gibt eine Vielzahl an Medikamenten mit Potential für einen schädlichen Gebrauch bzw. einer Abhängigkeitserkrankung. Am häufigsten, mit etwa 80 Prozent, bezieht sich eine Medikamentenabhängigkeit auf die Gruppe der Benzodiazepine bzw. Z-Drugs, welche vorwiegend als Beruhigungs- und Schlafmittel eingesetzt werden. An zweiter Stelle stehen Schmerzmittel. Weitaus seltener finden sich Abhängigkeiten von medizinischen Cannabinoiden, Pregabalin oder Stimulantien.

Nachdem bei einem überwiegenden Anteil der Betroffenen die Substanz von ärztlicher Seite aufgrund einer spezifischen Indikation verordnet wurde, sind sich viele Patientinnen und Patienten der Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung nicht bewusst. Sich für eine Entzugs- bzw. Entwöhnungsbehandlung zu entscheiden, bedeutet auch, dass die spezifischen Beschwerden der Patientinnen und Patienten nicht mehr mit diesem Medikament behandelt werden können.

Ambulant oder stationär?

In Fällen einer Niedrigdosisabhängigkeit, wie sie mitunter bei den Benzodiazepinen auftritt, kann ein ambulantes Ausschleichen der jeweiligen Substanz versucht werden. Bei Konsum von höheren Dosen, oder bei schwerwiegenderen Komorbiditäten, ist in der Regel eine stationäre Entzugs- bzw. Entwöhnungsbehandlung anzuraten, da sich der körperliche Entzug hier oft schwierig und risikoreich gestaltet.

Eine besondere Herausforderung liegt darin, dass im Rahmen der Entzugserscheinungen ähnliche Beschwerden auftreten können wie diejenigen, gegen welche diese Arzneimittel ursprünglich verschrieben wurden. Auch ein Wiederauftreten von Symptomen, gegen welche das Medikament verordnet wurde, ist möglich. Als Beispiele hierfür seien Angstzustände, innere Unruhe, Schlafstörungen oder Schmerzen genannt. Je nach begleitender Symptomatik wird zur Entlastung eine additive medikamentöse Therapie verordnet, wobei hierbei immer auch psychische oder körperliche Begleiterkrankungen im Auge zu behalten und indikationspezifisch zu behandeln sind.

Wesentlich für den Therapieerfolg ist auch, dass die Patientinnen und Patienten bereits während der Entzugsbehandlung in ein, auf ihre individuellen Bedürfnisse abgestimmtes, einzel- und gruppentherapeutisches Behandlungsprogramm eingegliedert werden. ■

Die Behandlung der Medikamentenabhängigkeit aus therapeutischer Sicht

Zu Beginn einer Behandlung bei Medikamentenabhängigkeit berichten Patientinnen und Patienten oftmals von ambivalenten Gefühlen hinsichtlich der Abstinenz. Auf der einen Seite wird ein suchtfreies Leben angestrebt, auf der anderen Seite plagen die Betroffenen Ängste, den Alltag ohne Medikamente nicht mehr meistern zu können.

Aufgrund dessen stellt, neben der Auseinandersetzung mit der Erkrankung, deren Akzeptanz einen der ersten und damit wichtigsten Behandlungsschritte dar. Die Patientinnen und Patienten sollen Verständnis dafür entwickeln, dass die bisherige Medikamenteneinnahme problematisch und, langfristig betrachtet, äußerst schädlich für ihre Gesundheit ist.

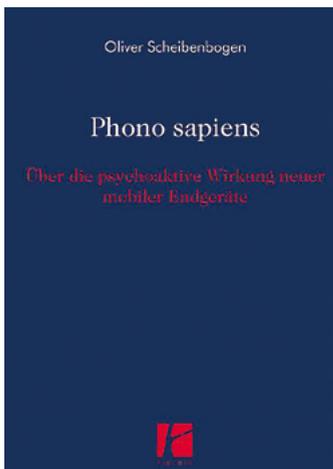
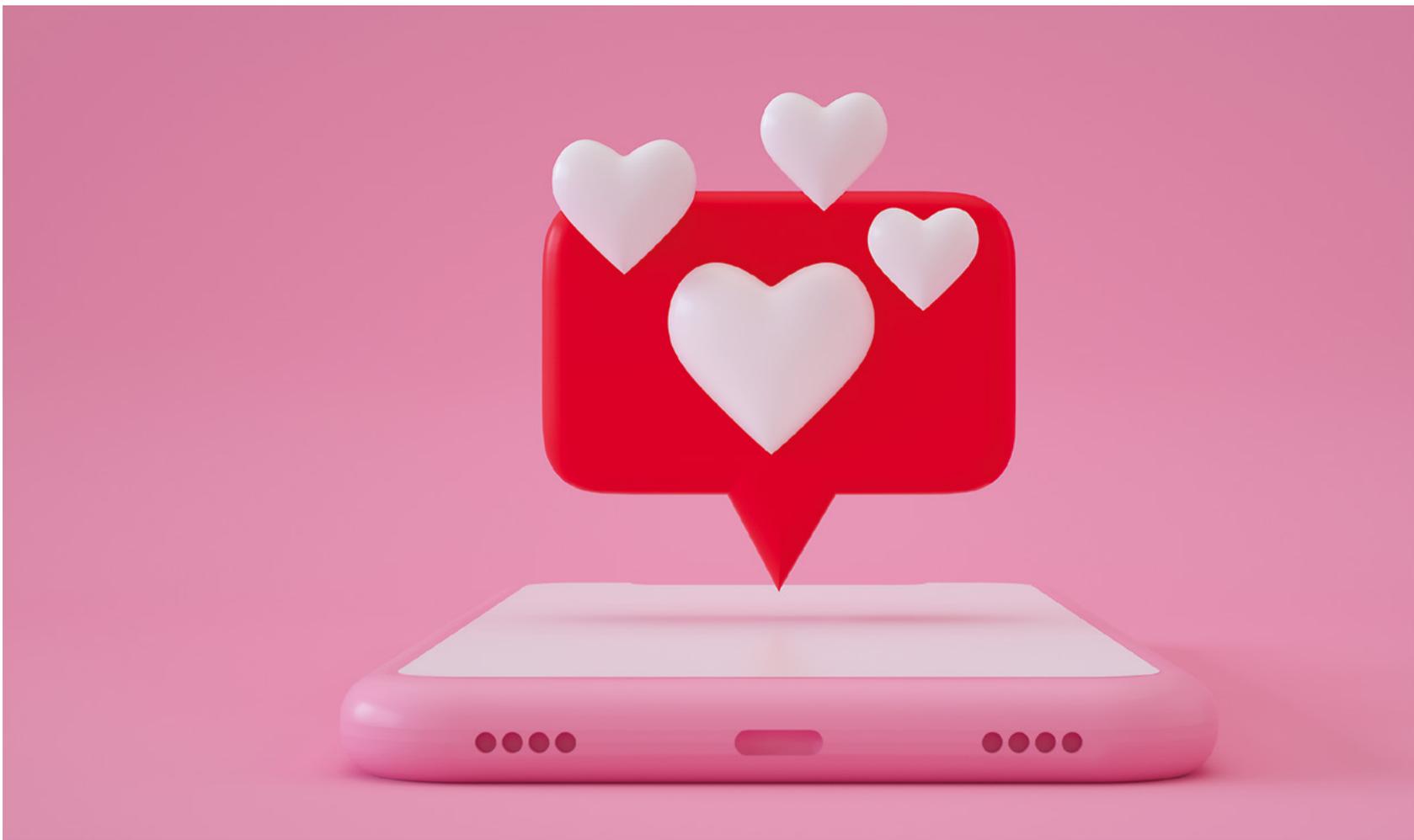
Des Weiteren werden im therapeutischen Prozess die Vor- und Nachteile eines Entzugs erarbeitet. Hierbei ist es wichtig, die Patientinnen und Patienten über mögliche Entzugserscheinungen aufzuklären, die beim Absetzen des Medikaments auftreten können, und ihnen alternative Skills und Strategien zu vermitteln. Dazu zählen beispielsweise Entspannungstechniken, Strategien zur Schlafhygiene, die Erhöhung der körperlichen Aktivität oder die Förderung anderer individueller Ressourcen der Patientinnen und Patienten.

Symptome wie beispielsweise innere Unruhe oder Schlafstörungen längerfristig auch ohne Medikamente bewältigen zu können, fördert die intrinsische Motivation und stärkt langfristig die Abstinenzaufrechterhaltung. Zusätzlich werden in der Behandlung Strategien vermittelt, um generell besser mit psychischen Belastungen umgehen zu können. So können auch der Selbstwert und die Selbstwirksamkeitserwartung der Betroffenen gestärkt werden.



MAG.^A STEPHANIE TOBER

Klinische Psychologin, Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision (Verhaltenstherapie)



Der Text ist dem Buch „Phono sapiens. Über die psychoaktive Wirkung neuer mobiler Endgeräte“ von Oliver Scheibenbogen entnommen, das 2022 im Berliner Parodos Verlag erschienen ist.

der Funktionsumfang dermaßen erweitert hat, dass eine differenzierte Auseinandersetzung mit den einzelnen Funktionen nicht mehr möglich ist. Auch hier sind Parallelen zu stoffgebundenen Suchtformen erkennbar. Legal Highs sind zumeist neue psychoaktive Substanzen, die zur Berauschung eingenommen werden und anfänglich, da noch weitgehend unbekannt, legal erhältlich sind. Erst zu einem späteren Zeitpunkt und bei entsprechenden wissenschaftlichen Erkenntnissen werden diese neuen psychoaktiven Substanzen als Suchtmittel geführt. Mit Ausnahme einer Altersfreigabe fehlt bis dato bei Softwareapplikationen weitgehend eine

In Analogie zu einem Schweizer Taschenmesser, das neben einer Messerklinge auch beispielsweise eine Säge, Lupe, Pinzette oder auch Zange aufweist, werden Smartphones ob ihres Funktionsumfangs heute auch als Schweizer Taschenmesser bezeichnet. Der Vergleich hat in den letzten Jahren jedoch zu hinken begonnen, da sich

Risikobeurteilung hinsichtlich „Gefährlichkeit“ und Suchtentwicklung. (...)

Im Unterschied zu einem Schweizer Taschenmesser, dem physikalisch Grenzen in der Funktionserweiterung gesetzt sind, kommen am Smartphone ständig neue Anwendungen hinzu, die Möglichkeiten scheinen schier grenzenlos zu sein. Der koreanisch-deutsche Philosoph Byung-Chul (2021) spricht in diesem Zusammenhang von „Udingen“ und meint damit alles nicht Dinghafte, alles nicht Angreifbare. Der digitalen Welt, allen voran der Software, sind keine Grenzen gesetzt. Dieses Grenzenlose, so der Autor, bereitet uns Menschen große Schwierigkeiten. Während die Dinge uns erden, gelassener werden lassen, da sie Beständigkeit und Stabilität vermitteln und somit eine beruhigende Wirkung aufweisen, sorgen Transformation und ständige Expansion hingegen für Aktivierung, fordern sie doch von uns ein kontinuierliches Hinterfragen und Neuorientieren. (...)

Diagnostik der Smartphonesucht und assoziierter Phänomene

Gegenwärtig existieren bereits eine Vielzahl von psychometrischen Verfahren zur Erhebung problematischen bzw. pathologischen Smartphone-

Vom *Risiko* und *Nutzen* technologiebasierten Wandels

In seinem neuen Buch „Phono Sapiens. Über die psychoaktive Wirkung neuer mobiler Endgeräte“, aus dem im Folgenden ein Textauszug vorgestellt wird, setzt sich Oliver Scheibenbogen ausführlich mit einem neuen Forschungsfeld auseinander: dem Smartphone und dessen Suchtpotenzial. Er betont darin die Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtung im historischen Kontext.

Foto: Getty Images

gebrauchs. Nahezu allen Verfahren haftet jedoch eine mangelnde Validierung an, wenngleich andere Testgütekriterien, wie Reliabilität und Ökonomie, zumeist ausreichend erfüllt sind. Die Fragebögen basieren auf den Kriterien des ICD-10 bzw. DSM-5 sowie auf Fragebogenverfahren aus dem Bereich der substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankungen. (...) Auch wenn Betroffene und deren Angehörige häufig nach quantitativen Kenngrößen süchtigen Verhaltens, wie Dauer und Häufigkeit der täglichen Nutzung, fragen, sollte auf diese, zu Gunsten der Funktion des problematisch anmutenden Verhaltens, weitgehend verzichtet werden, da im Unterschied zu substanzgebundenen Störungen Mengenangaben kaum Sinn machen. Schon beim Alkohol variieren die von der WHO festgesetzten Gefährdungsgrenzen zwischen Männern und Frauen (60 vs. 40 Gramm reiner Alkohol) deutlich, der Graubereich zwischen Harmlosigkeitsgrenze (20 Gramm) und Gefährdungsgrenze ist dementsprechend groß (Bachmayer et al., 2020).

Neben Fragebogenverfahren ist die ausführliche und differenzierte Erhebung des problematischen Verhaltens mittel Anamnese von besonderer Bedeutung. Die Heterogenität der Aktivitäten am Smartphone ist, im Unterschied zu

substanzgebundenen Störungen, dermaßen groß, sodass einzelne behandlungsrelevante Faktoren nicht durch Fragebögen erhoben werden können. (...)

Allgemeine Aspekte einer modernen (Smartphone-)Suchtbehandlung

In der intensivsten Phase der Suchterkrankung steht das Suchtmittel in der Wichtigkeit an erster Stelle. Der Verzicht auf etwas derart Wichtiges ist daher kaum möglich. Viel zielführender, da wesentlich realistischer, ist jedoch, anderen Dingen im Leben wieder wesentlich mehr Bedeutung zu geben, so dass diese zunehmend wichtiger als das Suchtmittel werden. Gerade bei der Smartphone-, Internet- und Onlinesucht, bei der progredient das Schöne in der Umgebung des Betroffenen durch diesen nicht mehr wahrgenommen wird, kaum mehr sinnstiftende Erlebniswerte lukriert werden können, ist dieser Therapieansatz besonders vielversprechend. Digital-Detox-Zeiten sollten daher intensiv genutzt werden, um neue, schöne Erfahrungen in der Realwelt machen zu können. Wenn Betroffene in die Lage versetzt werden können, von Erlebnissen in der Realwelt tief durchdrungen zu sein, dies intensiv mit allen Sinnen wahrzunehmen, so haben die verlockenden Rufe der Digitalwelt keine Chance. ■



DR. OLIVER SCHEIBENBOGEN

studierte Psychologie an der Universität Wien und der Humanuniversität Liechtenstein und ist ausgebildeter Klinischer und Gesundheitspsychologe. Er leitet den Bereich Klinische Psychologie am Anton Proksch Institut.

Pandemie treibt *Medikamenten-* *Einnahme* in die Höhe

Die aktuelle Repräsentativerhebung „Doping im Alltags“, untersucht den Gebrauch von Medikamenten und Nahrungsergänzungsmitteln in Österreich sowie die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie darauf. Im Folgenden eine Zusammenfassung wichtiger Erkenntnisse.

OLIVER SCHEIBENBOGEN, FLORIAN DÜRLINGER, MARGRET KUDERER, UTE ANDORFER, SARAH ALHASHIMI, DORIS BACH UND MICHAEL MUSALEK

(ZUSAMMENGEFASST VON MICHAEL ROBAUSCH)

Forget sports doping. The next frontier is brain doping, schrieb Karen Kaplan 2007 in der Los Angeles Times. Der Wunsch nach Leistungssteigerung betrifft nicht mehr nur den Sport, „gedopt“ wird auch in Büro, Schule und an den Universitäten. Enhancement bzw. Neuro-Enhancement hat in den letzten zehn Jahren massiv an Bedeutung gewonnen. Es geht um pharmakologische, chirurgische oder biotechnische Eingriffe zur Verbesserung, Leistungssteigerung oder Verschönerung bei Gesunden.

Alltagsdoping umfasst die Zigarette vor der Arbeit, den Espresso in der Nachmittagspause oder auch das Gläschen Wein zur abendlichen Entspannung. Auch Medikamente werden gezielt zur Beeinflussung der Psyche eingenommen.

Hohe Dunkelziffer bei Medikamentenabhängigkeit

Geschätzte 150.000 Österreicherinnen und Österreicher sind arzneimittelabhängig. Aufgrund der vermutlich sehr hohen Dunkelziffer liegt die tatsächliche Zahl aber wesentlich höher, nämlich bei bis zu 300.000 Personen.

„Eine genaue Angabe ist deshalb schwer möglich, da die Medikamentenabhängigkeit wie keine andere Suchterkrankung im Verborgenen stattfindet und die Betroffenen sehr lange sozial

unauffällig bleiben“, so Prim. Dr. Wolfgang Preinsperger, Ärztlicher Direktor am Anton Proksch Institut.

Auch Aufnahmen in Krankenhäusern weisen auf ein häufiges Medikamentenproblem hin. Pro Jahr gibt es in Österreich 30.000 stationäre Aufnahmen wegen Medikamentenzwischenfällen, meist Vergiftungen. 1.600 bis 2.400 Todesfälle pro Jahr stehen mit Medikamentengebrauch in Zusammenhang.

Datenlücke schließen

Während die wissenschaftliche Literatur zu Alkohol- oder Drogenabhängigkeit sehr umfangreich ist, liegen zur Medikamentenabhängigkeit nur wenige Forschungsergebnisse vor. Die Stiftung Anton Proksch-Institut Wien hat daher eine Repräsentativerhebung in Auftrag gegeben, um diese Lücke zu schließen. Dabei sollte der Umgang sowohl mit verschreibungspflichtigen Medikamenten als auch jener mit Nahrungsergänzungsmitteln und Substanzen zur Leistungssteigerung ermittelt und evaluiert werden.

Da der Untersuchungszeitraum der Studie am Beginn der COVID-19-Pandemie lag, wurden in einer Zusatzerhebung im Oktober 2021 auch die pandemiebedingten Konsum- und Alltagsdoping-trends erfasst.



Der Schwerpunkt lag dabei auf diesen Substanzen:

- Beruhigungs- und/oder Schlafmittel: Sedativa, Hypnotika, Anxiolytika (Benzodiazepine)
- Schmerzmittel (Unterteilung in opioidhaltige und nicht opioidhaltige Schmerzmittel)
- Aufputschmittel (Stimulantien) wie Amphetamine, Ritalin, Ecstasy, Adipex oder andere Appetitzügler, Kokain, Poppers, Ketamine oder Ephedrin

Starke Belastungen durch COVID-19-Pandemie

Die Belastungen der Bevölkerung durch die COVID-19-Pandemie waren im Oktober 2021 nach wie vor erheblich. Beinahe ein Drittel der Befragten (26 Prozent) fühlte sich psychisch belastet. 19 Prozent gaben an, körperlich belastet zu sein. Die wirtschaftliche/finanzielle Belastung (22 Prozent) befand sich ebenfalls auf hohem Niveau.

Generell gaben Frauen zu allen drei Messzeitpunkten eine höhere psychische Belastung an als Männer. Die 18- bis 30-Jährigen dürften sich über den Sommer 2021 am besten erholt haben, waren jedoch im vorangegangenen März auch am stärksten belastet. Die deutlichste Zunahme der psychischen Belastung angesichts der Verschärfung der Maßnahmen zur Pandemie-Bekämpfung im Herbst war in der Altersgruppe 50+ festzustellen.

COVID: Psychische Belastung befeuert Medikamentengebrauch deutlich

Vor diesem Hintergrund wurde das Konsumverhalten für Beruhigungs- und/oder Schlafmittel,

Schmerzmittel bzw. Aufputschmittel erhoben, um den Einfluss der durch die Pandemie hervorgerufenen psychischen Belastungsfaktoren auf den Medikamentenkonsum zu beleuchten.

Wolfgang Preinsperger: „Betrachtet man jene Personengruppe, die angegeben hat, sich durch die Pandemie psychisch belastet zu fühlen, so zeigt sich eine signifikant stärkere Zunahme des Schmerzmittelgebrauchs. Psychisch Belastete nehmen etwa doppelt so häufig Schmerzmittel ein als jene, die sich selbst nicht als belastet erleben.“

Ein ähnliches Ergebnis findet sich bei Beruhigungs- bzw. Schlafmitteln. Aufputschmittel werden von psychisch Belasteten sogar etwa drei bis vier Mal häufiger eingenommen als von Unbelasteten.

Neben der primären Wirkung der jeweiligen Substanzklasse spielen auch indirekte Wirkungen als Einnahmemotiv eine große Rolle. So werden etwa Schmerzmittel zur Selbstbehandlung depressiver Symptome ebenso eingesetzt wie Benzodiazepine.

Unregelmäßige Arbeitszeiten fördern Einnahme von Beruhigungsmitteln

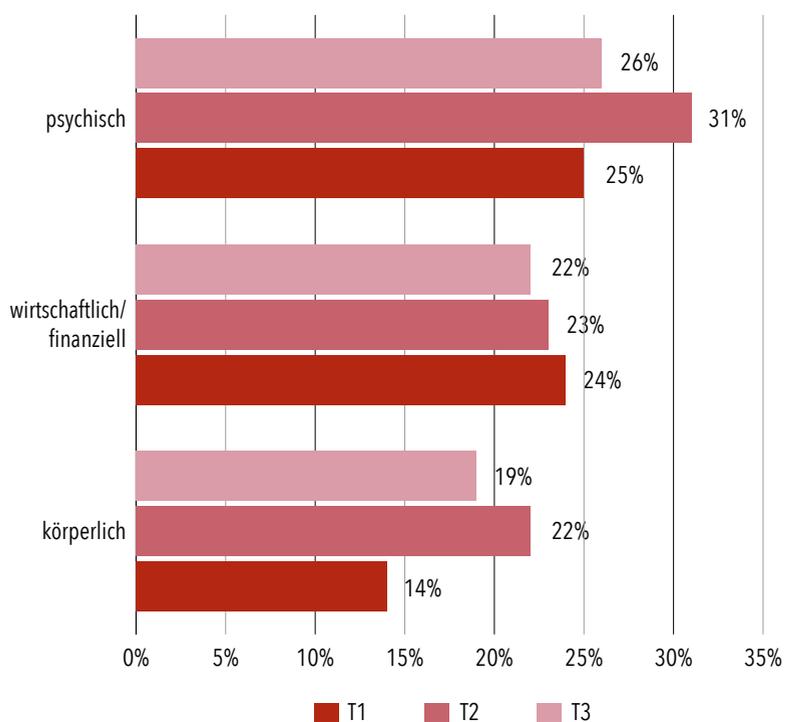
16 Prozent der Befragten gaben an, während der Pandemie mindestens einmal Benzodiazepine, also Medikamente, die als Schlaf- oder Beruhigungsmittel eingesetzt werden, eingenommen zu haben. Hier ist ein deutliches Plus hinsichtlich des Konsums zu verzeichnen: Bei 48 Prozent von Personen, die Beruhigungsmittel einnehmen, kam es zu einer Zunahme, nur bei sieben Prozent zu einer Abnahme des Konsums. In der Altersgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis 30 Jahre ist die Einnahme am weitesten verbreitet.

Auffällig ist, dass Personen mit häufig wechselnden Arbeitszeiten fast doppelt so häufig angeben, Benzodiazepine einzunehmen, als solche mit regelmäßigen Arbeitszeiten (65 Prozent vs. 38 Prozent). Es ist davon auszugehen, dass in diesen Fällen Schlafstörungen mit Benzodiazepinen „behandelt“ werden. Der kurzfristigen Linderung der Schlafprobleme stehen hier jedoch langfristig negative Auswirkungen wie Schlafstörungen und Abhängigkeitsentwicklung gegenüber.

Mehr als die Hälfte der Konsumierenden (54 Prozent) nehmen Beruhigungsmittel mehrmals die Woche ein, 32 Prozent sogar täglich. Das unterstreicht das hohe Potential dieser Substanzklasse, von gelegentlichem Konsum rasch zu einer regelmäßigen und höherfrequenten Einnahmeform zu wechseln. Bei drei Prozent der Allgemeinbevölkerung über dem 16. Lebensjahr deuten die Daten auf eine problematische bzw. hoch problematische Einnahme hin.

Motive für die Einnahme sind Symptomlinderung bei Nervosität (60 Prozent), die (Selbst-) Behandlung von Schlafproblemen (74 Prozent), Entspannung und Beruhigung (50 Prozent) oder die Behandlung von Angstzuständen (37 Prozent).

Belastung



Empfundene Belastungen über 3 Erhebungszeiträume:

T1: 15. - 26. 5. 2020; T2: 4. - 12. 3. 2021; T3: 11. - 15. 10. 2021.

(Daten aus der Studie „Psychosoziale Pandemie in Österreich“, Institut für Sozialästhetik und psychische Gesundheit der Sigmund Freud Privatuniversität Wien)

In 34 Prozent der Fälle wird die „Behandlung“ von negativer Stimmung und Traurigkeit angegeben.

Schmerzmittel: Deutlich überhöhter Konsum bei Menschen mit Migrationserfahrung

Knapp die Hälfte (45 Prozent) der österreichischen Allgemeinbevölkerung ab dem 16. Lebensjahr gab an, mindestens einmal seit Beginn der Pandemie Schmerzmittel eingenommen zu haben – jüngere Personen übrigens deutlich häufiger als ältere. Knapp ein Drittel der Konsumierenden nimmt Schmerzmittel mehrmals die Woche ein, Migrantinnen und Migranten der ersten Generation allerdings etwa doppelt so häufig wie Personen ohne Migrationshintergrund bzw. Migrantinnen und Migranten der zweiten Generation. Elf Prozent der Bevölkerung nimmt mehr Schmerzmittel ein, als ärztlich verordnet. Bei Migrantinnen und Migranten der ersten Generation steigt dieser Wert auf 33 Prozent.

Insgesamt gibt es auch hier bei drei Prozent der österreichischen Allgemeinbevölkerung starke Indizien für ein problematisches bzw. missbräuchliches Konsumverhalten oder beginnende Abhängigkeit.

Neben dem eigentlichen Nutzen der Schmerzreduktion (83 Prozent) gaben die Befragten an, Schmerzmittel einzunehmen, um im Alltag weiter bestehen zu können (32 Prozent), um schlafen zu können (26 Prozent) und um arbeitsfähig zu bleiben (24 Prozent). Zur Steigerung der Leistungsfähigkeit werden Schmerzmittel in 16 Prozent der Fälle eingenommen.

Aufputschmittel besonders bei Jüngeren verbreitet

Aufputschende Substanzen werden seit Beginn der Pandemie von vier Prozent der Befragten eingenommen. Bei 38 Prozent der Aufputschmittel einnehmenden Personen kam es zu einer Zunahme, bei 24 Prozent zu einer Abnahme des Konsums. Aufputschende Substanzen zu konsumieren, kommt bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis 30 Jahre nahezu doppelt so häufig vor wie bei älteren Personen (neun Prozent).

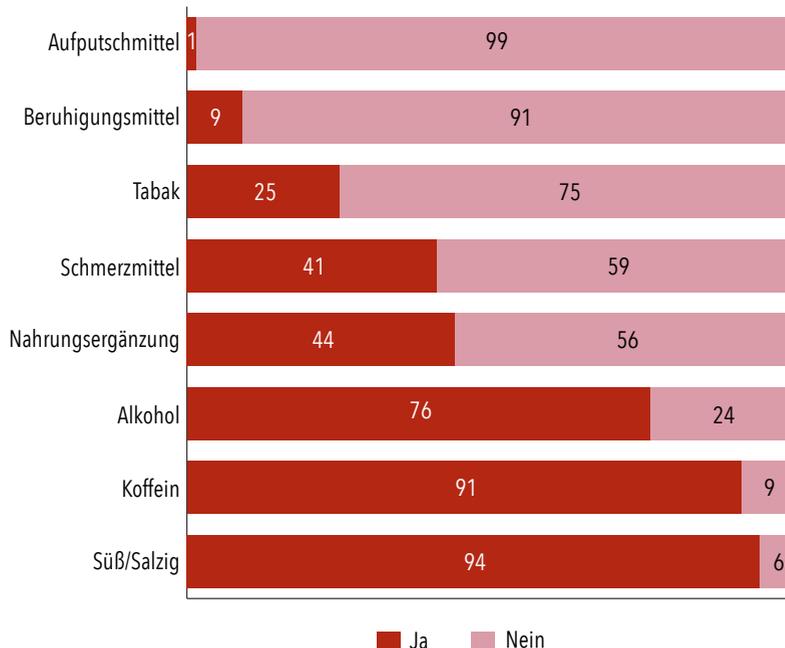
24 Prozent der Konsumierenden nehmen Aufputschmittel mehrmals wöchentlich oder öfter ein. 0,5 Prozent der Allgemeinbevölkerung pflegt einen problematischen bzw. hoch problematischen (0,3 Prozent) Konsum von Aufputschmitteln.

Mehr als die Hälfte der befragten Konsumierenden (56 Prozent) gibt als Einnahmemotiv Leistungssteigerung an. Die euphorisierende Wirkung zur Stimmungsaufhellung ist für 70 Prozent Grund für die Einnahme.

Anregende Substanzen zur Unterstützung der Alltags-Bewältigung

In einem immer schnelllebigeren und leistungsbezogenen Alltag greifen zahlreiche Menschen auf Stimulanzien zurück, um bei der Bewältigung diverser Aufgaben ihr volles Potential ausschöpfen zu können

Konsum der letzten 12 Monate vor Pandemie-Beginn



oder sich in einen gewünschten Gefühlszustand zu versetzen. Besonders gilt das in Belastungssituationen.

Die größten Belastungen werden im beruflichen Kontext angegeben (ca. 70 Prozent gegenüber 40 Prozent in Familie und Partnerschaft bzw. 30 Prozent in der Freizeit). Trotzdem überwiegt das Einnahmemotiv Enhancement im Freizeitbereich: Berufliche Belastungen scheinen also in der Freizeit und im Familienleben weiter fortzubestehen. Um dort subjektive Leistungsfähigkeit bzw. Wohlbefinden zu erreichen oder weiter aufrechtzuerhalten, werden zahlreiche Substanzen eingesetzt.

Koffein und Alkohol besonders weit verbreitet

Nahezu jede Österreicherin und jeder Österreicher konsumiert koffeinhaltige Getränke und Lebensmittel. Drei Viertel aller Personen über dem 18. Lebensjahr nahmen 2019 zumindest einmal Alkohol zu sich. Knapp die Hälfte der Befragten nimmt Nahrungsergänzungsmittel ein, 41 Prozent gaben Schmerzmittelkonsum an. Ein Viertel der Österreicherinnen und Österreicher raucht zumindest gelegentlich, knapp zehn Prozent nahmen Beruhigungsmittel ein.

Ein Drittel der Tabak konsumierenden Personen wiesen erste Anzeichen einer Abhängigkeitsentwicklung auf. Dies kann als deutlicher Hinweis für das hohe Suchtpotential von Tabak gewertet werden.

Bei Aufputschmitteln kann jeder Fünfte als suchtgefährdet gesehen werden, bei Beruhigungsmitteln ist das bei etwa zehn Prozent der Konsumierenden der Fall. Vier Prozent der Alkohol konsumierenden und zwei Prozent der Personen mit Schmerzmitteleinnahme zeigen ebenfalls Hinweise einer Suchtentwicklung. ■

Quelle: „Doping im Alltag: Gebrauch von Medikamenten, Nahrungsergänzungsmitteln & Co in Österreich“.

Eine Repräsentativerhebung des Instituts für Sozialästhetik und psychische Gesundheit der Sigmund Freud Privatuniversität Wien im Auftrag der Stiftung Anton Proksch-Institut.



Save the Date Wiener Suchtsymposium & Symposium Sportpsychiatrie 2022

Foto: Getty Images

Die Stiftung Anton Proksch-Institut Wien freut sich, auch im heurigen Herbst wieder zu einer hochkarätigen Fachveranstaltung einladen zu dürfen: Beim Wiener Suchtsymposium & Symposium Sportpsychiatrie 2022 wollen wir im ebenso kompakten wie vielseitigen **Format 2 Topics in 2 Days** zwei spannende Themenbereiche im gehaltvollen Austausch in den Blick nehmen:

Tag 1: Glücksspiel - from Experts 2 Experts

Tag 2: Sportpsychiatrie und Sportpsychotherapie - ein neues Arbeitsfeld

Führende internationale Expertinnen und Experten aus den USA, Großbritannien und Deutschland konnten für die Teilnahme gewonnen werden und machen den Kongress zu einem absoluten Highlight.

Das Wiener Suchtsymposium & Symposium Sportpsychiatrie 2022 findet am 10. und 11. November 2022 ausschließlich online statt. Die Kosten belaufen sich auf 120 Euro pro Veranstaltungstag. Bei Buchung beider Tage auf insgesamt 200 Euro. Der ermäßigte Preis für Studierende beträgt 85 Euro pro Tag bzw. 160 Euro für beide Tage. Anmeldungen bitte per E-Mail an kongress@api.or.at

Das detaillierte Programm und weitere Infos finden Sie unter api.or.at/akademie/



Die Momentum-Buchtipps:

Alkoholabhängigkeit und Migration

Transkulturelle Konzepte und Ansätze
Pia Wenzler, Jan Ilhan Kizilhan
Pabst Science Publishers
(2020, 134 Seiten)

Das Buch beleuchtet die Suchtentwicklung im Migrationsprozess, kulturelle und religiöse Hintergründe, Ätiologie, Diagnostik und Therapie. Um eine geeignete Behandlung zu erhalten, müssen Migrantinnen und Migranten vielfach mehrere Hürden überwinden – daher unterbleibt sie oft ganz oder scheitert nach vergeblichen Versuchen. Zudem sind nur wenige Einrichtungen in der Lage, eine wirklich migrations-spezifische und kultursensible Suchtbehandlung anzubieten. Die Autorinnen und Autoren stellen in diesem Zusammenhang transkulturelle Konzepte vor und bieten eine Reihe konkreter Empfehlungen.

Sucht im Alter - Maßnahmen und Konzepte für die Pflege

Tanja Hoff, Ulrike Kuhn,
Silke Kuhn, Michael Isfort
Springer (2017, 184 Seiten)

Schädlicher Substanzmittelkonsum oder eine Abhängigkeit werden bei älteren Menschen häufig nicht oder erst sehr spät bemerkt. Unerkannt können sie jedoch zu einem frühzeitigen Verlust der Selbständigkeit führen.

Das Praxisbuch vereint die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse und Handlungsempfehlungen für eine qualifizierte Versorgung bei substanz-bezogenen Störungen im Alter.



IMPRESSUM

Herausgeber

Stiftung Anton Proksch-Institut Wien

Medieneigentümer

API Betriebs gemeinnützige GmbH
Gräfin-Zichy-Straße 6
1230 Wien
+43 1/880 10-0
www.api.or.at

Für den Inhalt verantwortlich

Stiftung Anton Proksch-Institut Wien
API Betriebs gemeinnützige GmbH

Autorinnen und Autoren dieser Ausgabe

Ute Andorfer
Wolfgang Preinsperger
Myriam Sarny
Stephanie Tober

Redaktion & Projektmanagement

Michael Robausch
Raphaela Pammer
(bettertogether Kommunikationsagentur)

Gestaltung

Johanna Kleedorfer
Markus Zahradnik-Tömpe
(Schrägstrich Kommunikationsdesign)

Coverfoto

Getty Images

Druck

Gedruckt nach der
Richtlinie „Druckerzeugnisse“
des Österreichischen
Umweltzeichens,
Wograndl Druck GmbH,
UW-Nr. 924



