

N° 2/2021

Momentum

Das österreichische Journal für positive Suchttherapie
Herausgegeben vom Anton Proksch Institut

Viele Zugänge, ein Ziel: Sucht bestmöglich behandeln

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser!

Ich hoffe, diese Ausgabe von „Momentum“ erreicht Sie in einem für Sie persönlich entspannten Sommer. Die Corona-Pandemie, die uns auf vielen Ebenen fordert, wird uns weiterhin begleiten: Delta-Variante, Impfraten und die Frage der Impfpflicht beschäftigen uns aktuell besonders.

Zahlreich und folgenschwer sind die Auswirkungen der Pandemie auch für die Behandlung chronisch Suchtkranker. Seit 2020 tauscht sich das Anton Proksch Institut

daher mit anderen Einrichtungen für chronisch Suchtkranke in (Ost-)Österreich in regelmäßigen Skype-Calls unter dem Motto #gemeinsamsindwirmehr aus. Es geht u.a. darum, wie wir - trotz unterschiedlicher Aufgabenstellungen - sicherstellen können, dass chronisch Suchtkranke ambulant und stationär COVID-tauglich und trotzdem adäquat betreut und behandelt werden können. Wir überlegen, wie wir gemeinsam Wege der Kommunikation und des notwendigen Austausches für uns aufrechterhalten können und thematisieren dabei auch die ersten wahrnehmbaren Veränderungen für und Anforderungen an unser Klientel durch die Corona-Pandemie. An dieser Stelle ein herzliches Danke an die Geschäftsführungskollegin und -kollegen des Vereins Dialog, des Grünen Kreis, des Vereins Pass und des Schweizer Haus Hadersdorf!

In diesem Heft schreibt jede dieser Einrichtungen über etwas, das ihr besonders wichtig ist. Wir alle mögen unsere eigenen Zugänge und Schwerpunkte haben; doch uns eint die Wertschätzung für unsere Klientinnen und Klienten, Patientinnen und Patienten und der Fokus auf deren bestmögliche Behandlung und Betreuung. Diese wird im Nachgang der Pandemie wichtiger denn je! Wir sehen, dass Menschen, die schon davor psychosozial besonders gefordert waren, nicht nur vermehrt (wieder) Suchtmittel konsumieren, sondern auch Familien und Arbeitsumfelder erhöht belastet sind.

2021 ist für das Anton Proksch Institut ein Umbruchjahr. Seit Jahresbeginn ist Prim. Dr. Wolfgang Preinsperger ärztlicher Direktor des Hauses. Über seine Haltung und Pläne lesen Sie auf den Seiten 16-19. Ende Juli haben wir unseren langjährigen ärztlichen Direktor Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek verabschiedet - mit der Präsentation einer Festschrift, einer Podiumsdiskussion und einer Überraschung aus dem Gesundheitsministerium (Seiten 26-27).



4 **Psychotherapie mit Suchtkranken: Ein störungsspezifischer Ansatz**

Birgit Köchl, Michael Schmalhofer

8 **Therapeutische Gemeinschaft und Suchterkrankung**

Human-Friedrich Unterrainer

12 **„Kleiner Leuchtturm“ für Kinder aus suchtbelasteten Familien**

Nadja Springer

16 **„Die Leute fangen nicht mehr bei Null an“**

Wolfgang Preinsperger im Interview

20 **Gender und Suchterkrankungen: Sind Frauen anders süchtig?**

Barbara Gegenhuber

26 **Ende einer Ära: Ein Fest für Michael Musalek**

Michael Robausch

Kostenlose „Momentum“-Abos können Sie auch weiterhin per Mail an abo@api.or.at bestellen. Empfehlen Sie uns gerne weiter!

Viel Freude beim Lesen!

DSA Gabriele Gottwald-Nathaniel, MAS
Geschäftsführerin



Psychotherapie mit Suchtkranken: Ein störungsspezifischer Ansatz

Der 1992 gegründete Verein p.a.s.s. setzt auf ein ambulantes, multiprofessionelles, methodenvielfältiges und störungsspezifisches Behandlungskonzept. Der Suchtbegriff ist dabei weit gefasst. Zusammenhänge zwischen Bindung und Sucht werden als essentieller Bestandteil der umfassenden, oft längerfristigen psychotherapeutischen Arbeit berücksichtigt.

BIRGIT KÖCHL UND MICHAEL SCHMALHOFER

Ätiologie, Genese und Dynamik sowie pharmakologische, somatische, soziale und psychische Wirkfaktoren greifen ineinander und interagieren. Dementsprechend sollte jedes ganzheitliche Verständnis von Sucht notwendigerweise interdisziplinär und störungsspezifisch angelegt sein. Sucht ist nur die Spitze des Eisbergs. Darunter sind komplexe Thematiken wie „Konfliktpathologie, Psychotraumatologie und strukturelle Störungen“ zu behandeln (Bilitza, 2009): Es ist erwiesen, dass Suchterkrankungen im Rahmen eines „komorbiden“ Problems bei bestimmten Traumafolgestörungen, wie etwa der Posttraumatischen Belastungsstörung, auftreten. Sie können aber durchaus auch zu den direkten Traumafolgestörungen gezählt werden (Möller et al., 2003): Untersuchungen zeigen, dass die Lebensgeschichten vieler Suchtkranker durch Gewalterfahrungen, sexualisierte Übergriffe und/oder einen umfassenden, oft chronischen, Vertrauensmissbrauch gekennzeichnet sind.

Sucht ist kein Schichtproblem und betrifft alle gesellschaftlichen Milieus – beispielsweise stellen auch „Wohlstandsverwahrlosung“ oder ein „grenzenloses Zuviel an Aufmerksamkeit“ Risikofaktoren dar. Es ist ein Grundproblem der Diagnostik, die Suchterkrankung einerseits als Störung sui generis

und andererseits als Ausdruck unterschiedlicher psychischer Grundstörungen jeglicher Art (diverse psychische und Verhaltensstörungen; oft Persönlichkeitsstörungen, affektive Störungen, ...), bzw. als Symptom dieser zu verstehen. Lediglich Ersteres wird im Diagnoseklassifikationssystem (ICD-10, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) betont (World Health Organisation [WHO], 1993).

Nachhaltiger Behandlungsansatz

Es wird großer Wert auf eine umfassende und ganzheitliche Behandlung mit Nachhaltigkeit gelegt, sodass oftmals neben psychischen und medizinischen Aspekten auch das soziale Umfeld eingebunden wird. Ein wichtiger Fokus im Verein p.a.s.s. liegt auf einer fundierten klinisch-psychologischen und psychiatrischen Diagnostik. Darauf aufbauend wird eine psychotherapeutische Behandlung (meist mittel- oder längerfristig), bzw. auch eine passende medikamentöse Einstellung (sofern aus fachärztlicher Sicht indiziert) etabliert. Regelmäßige Sozialarbeit findet begleitend statt. In der Suchtbehandlung ist anfänglich viel an Motivationsarbeit nötig, um eine entsprechende Basis bzw. Compliance herzustellen. Stabilisierungsarbeit ist ein zentrales



MAG. DR. BIRGIT KÖCHL ist Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin und Lehrende; in freier Praxis sowie beim Verein p.a.s.s. tätig.

Element im ersten Stadium der multiprofessionellen Arbeit unserer Einrichtung. Auch das Herstellen einer guten Vertrauensbasis zwischen TherapeutIn und KlientIn ist ein essentieller Bestandteil eines erfolgreichen, tragfähigen Arbeitsbündnisses. Um Nachhaltigkeit in der Behandlung garantieren zu können, liegt der Fokus, unabhängig von den psychotherapeutischen Methoden der klinisch sehr erfahrenen PsychotherapeutInnen, auf der störungsspezifischen Suchtbehandlung. Das Ziel ist stets eine Langzeitstabilisierung und eine essentielle Verbesserung der Beziehungs- und Bindungsfähigkeit, weshalb evidenzbasierte Interventionen, wie im folgenden Abschnitt beschrieben, zur Anwendung kommen.

Besonderheiten in der Suchttherapie

Im Folgenden werden nun Besonderheiten in der Suchttherapie an sich angeführt, die im Verein p.a.s.s. immer wieder Thema und durch die unterschiedlichen psychotherapeutischen Richtungen repräsentiert sind. Da das Verwenden aller Konnotationen der 23 in Österreich anerkannten Methoden diesen Rahmen sprengen würde, werden die Besonderheiten der Psychotherapie exemplarisch durch die Verwendung tiefenpsychologischer Literatur angeführt:

- Kontinuierliche Arbeit am Setting und Arbeitsbündnis,
- Notwendigkeit, sich als Selbstobjekt zur Verfügung zu stellen (Kohut, 2002),
- ein wohlwollendes Zur-Verfügung-Stellen von Hilfs-Ich-Funktionen,
- Fähigkeit zum „Containing“ (Bion, 1992) und zum „Holding“ (Winnicott, 2006),
- primär haltend und nährend zugleich, vorsichtig aufdeckend,
- unterstützende Klarheit als neue emotionale Interaktionserfahrung, die neue innere Strukturen wachsen lässt,
- Fähigkeit zur Förderung der Strukturfähigkeit der Klientinnen und Klienten; Arbeit an der Triangulierungsfähigkeit,
- Auseinandersetzung mit der Inszenierung grundlegender, sehr früher Triebwünsche,
- Bereitschaft für das Aufsuchen der verborgenen, frühen Scham- und Schuldkonflikte,
- Affektmarkierungen und Affektetikettierungen,
- unreife Symbolisierungsfähigkeit bei strukturellen Störungen (Klein, 1972),
- aktivere Interventionen, wenn indiziert (Krisenintervention bei großer Haltlosigkeit, Orientierungslosigkeit, Indikation einer stationären Aufnahme, ...),
- große Kraft der Dynamik des Unbewussten und des Agierens (regelmäßige Supervision!),
- Beziehungsdynamik der Herkunftsfamilie/ innerfamiliäre Beziehungsstörungen (Horst-Eberhart Richter, 1975)



DSA MICHAEL SCHMALHOFER
ist Diplomierter Sozialarbeiter, Personenzentrierter Psychotherapeut, Supervisor und Therapeutischer Leiter im Verein p.a.s.s.

Psychotherapeutisches Angebot im Verein p.a.s.s

Im Verein p.a.s.s. werden sehr häufig psychisch schwer kranke Personen in einem ambulanten Rahmen hauptsächlich im Einzelsetting betreut. Neben speziellen fachlichen und persönlichen Kompetenzen des gesamten Teams ist das bereits aufgegriffene umfassende klinisch-psychologische, psychotherapeutische bzw. psychiatrische Know-how erforderlich, um zudem die häufig bestehenden Komorbiditäten entsprechend erkennen und behandeln zu können. Die störungsspezifischen Herausforderungen implizieren in vielen Fällen einen sehr nachgehenden Ansatz (z.B. Unterstützung durch Erinnerungsnachrichten vor dem Termin bei strukturellen Störungen, aktive Kontaktaufnahme mit KlientInnen, bspw. nach einem auf Grund eines Rückfalls nicht stornierten Termin, ...).

Ein Spezifikum der Einrichtung ist, dass die behandelnden PsychotherapeutInnen fallführend sind. Je nach Kostenträger findet erst ein sozialarbeiterisches Erstgespräch statt (nicht bei Behandlungen, die über die ÖGK finanziert werden) und immer eine Abklärung notwendiger medizinischer bzw. psychologisch-diagnostischer Maßnahmen. Anschließend übernehmen die PsychotherapeutInnen die fallführende Betreuung und sind für alle weiteren Behandlungsschritte verantwortlich. Die KlientInnen werden nach der Abklärung (Clearing) im Rahmen der wöchentlichen Fallbesprechungen vorgestellt und dem/der fachlich für die/den KlientIn bestpassendste(en) TherapeutIn zugeordnet. Diese Betreuung findet zu einem großen Teil in Gemeinschaftspraxen der PsychotherapeutInnen statt, die in verschiedenen Bezirken Wiens lokalisiert sind. Es gibt eine enge Kooperation im Rahmen der Fallbesprechungen mit den anderen Fachbereichen innerhalb der Einrichtung. Die Fallbesprechungsgruppen stellen einen wesentlichen Qualitätsfaktor dar. Die nun seit Jahren wertvolle Arbeit auf hohem Niveau soll dadurch erhalten und weitergeführt werden.

Die drei Grundeinstellungen der verbalen und nonverbalen Präsenz, des Respekts und der Akzeptanz der individuellen Lebensgeschichte sowie die affektive Annahme bzw. das Mitgefühl gegenüber dem/der PatientIn in der Behandlung sind uns in der Suchttherapie besonders wichtig. Bedingt durch den psychotherapeutischen Schwerpunkt der Einrichtung stehen vor allem die Aufrechterhaltung eines geregelten Lebens, sowie die Entwicklung von Selbstmotivation, Selbstbestimmung und Selbstkontrolle im Vordergrund. Psychosoziale Hindernisse dafür, auch über die Suchtproblematik hinausgehend, sollen im Rahmen der Behandlung überwunden werden.

Durch ein aktiv von den TherapeutInnen ausgehendes Beziehungsangebot wird eine vertrauensvolle, tragfähige und wertschätzende Beziehung hergestellt. Durch diese Form der Betreuung können regelmäßige Kontakte mit dieser

herausfordernden KlientInnengruppe bestmöglich umgesetzt werden und es wird eine unterstützende Struktur geschaffen, die Kontinuität bietet und die Eigenverantwortung fördert. Das konkrete Ziel in der jeweiligen Psychotherapie wird in der gemeinsamen Arbeit zwischen der KlientIn und TherapeutIn bestimmt und in einem dynamischen Prozess regelmäßig überprüft.

Neben den Einzelpsychotherapien spielen auch andere Schwerpunkte eine wichtige und ergänzende Rolle. Zentral ist, im Rahmen der Kinder- und Jugendlichentherapie die Kommunikation bzw. Settingwahl je nach Alter der KlientInnen (Familiengespräche vs. separate Elterngespräche, Kontakte mit dem Amt für Jugend und Familie durch therapeutische Leitung, ...) ausreichend zu reflektieren und zu gestalten. Hierbei ist auch besonders wichtig, dass die Psychotherapie in den jeweiligen privaten Kinderpsychotherapiepraxen stattfindet, um die Minderjährigen nicht zu stark in eine Suchtbehandlungseinrichtung zu involvieren. Während die Kinder und Jugendlichen in einer möglichst gesunden Entwicklung gefördert werden sollen und die Integration in Kindergarten, Schule bzw. Ausbildung gestützt wird, zielt die Elternarbeit auf eine Erhöhung der Erziehungskompetenz, eine Verbesserung des Einfühlungsvermögens gegenüber dem Kind und einer Stärkung der Eltern-Kind-Bindung (sichere Bindung) ab. Weiteres ist die häufige Schwierigkeit beim adäquaten Grenzen-Setzen ein sehr wichtiger Arbeitsinhalt mit den Familien. Kindern soll kindgerecht die Wahrheit kommuniziert werden. Das Fernhalten negativer Inhalte hinterlässt bei Kindern und Jugendlichen einen Mangel an Vertrauen, was sich in Folge negativ auf die Beziehungs- und Bindungsqualität auswirkt und wiederum die Vulnerabilität für die Entwicklung von Sucht und anderen psychiatrischen Erkrankungen begünstigt. Neben der Vermeidung der Ausbildung bzw. der Verringerung von Symptomen bei den Kindern liegt der Fokus auch auf der Behandlung der Kindeseltern, da es den Kindern meist nur so gut gehen kann, wie den Kindeseltern selbst. Mentalisierungsfähigkeit und Empathie sollen im gesamten Familiensystem durch die therapeutische Arbeit gefördert werden.

Gruppenpsychotherapie wie auch paar- oder familientherapeutische Settings spielen ergänzend zu den Einzeltherapien bei einigen KlientInnen eine wichtige Rolle. Die „Kraft der Gruppe“ wird genutzt, damit vor allem Stigmatisierung und Scham der chronischen Erkrankung besprochen werden können („auch andere sind von Sucht betroffen und wollen etwas ändern, ...“).

Austausch, Information, Diskussion und Prävention finden im Rahmen von Workshops statt, die zu einem besseren Selbstverständnis der Betroffenen führen sollen. Alkohol- und Drogenkrankheiten werden psychoedukativ näher erläutert, auch verschiedenste Komorbiditäten sind zentrale

Thematiken (Trauma, affektive Symptomaten, Persönlichkeitsstörungen, ...): Es werden Strategien und Verhaltensmaßnahmen vermittelt, um den Umgang mit konsumierenden bzw. nicht mehr konsumierenden Personen besser gestalten zu können. Co-Abhängigkeit ist ein wichtiger Fokus bei den Vortragstätigkeiten.

Selbstverständlich wurden und werden auf Grund der anhaltenden Corona-Pandemie auch ver-

Kindern soll *kindgerecht* die Wahrheit kommuniziert werden.

mehrt Online-Behandlungsangebote etabliert (z.B. Videotelefonie), die ebenfalls – wie alle angeführten Interventionen – durch die Kostenübernahme verschiedener Kostenträger ermöglicht werden. Auch dieses Angebot wurde von vielen KlientInnen gut und gerne angenommen und zeigt sich hinsichtlich bestimmter Störungsbilder als die Behandlung besonders unterstützend und ermöglichend.

Die Behandlung im Verein p.a.s.s. ist für die KlientInnen in der Regel kostenlos. ■

Der Verein p.a.s.s. in Zahlen

985 Patientinnen und Patienten (582 ♂, 403 ♀)

Justiz (gerichtliche Auflage): 91 (74 ♂, 17 ♀)

Sozialversicherungsträger: 195 (138 ♂, 57 ♀)

Sucht- und Drogenkoordination Wien – illegale Substanzen (SDW): 141 (86 ♂, 55 ♀)

Alkohol. Leben können.: 558 (284 ♂, 274 ♀)

Das Team

1 Fachärztin für Psychiatrie, 1 Allgemeinmedizinerin, 3 Sozialarbeiterinnen, 4 Psychologinnen und Psychologen 92 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (32 ♂, 60 ♀) mit einer umfassenden Palette methodischer Ansätze

Zusätzliche Angebote

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Elternarbeit, Angehörigenberatung, Paartherapie, Gruppentherapien; Psychoedukative Workshops zu laufenden Themen wie Angehörigenberatung, Co-Abhängigkeit, Rückfallsprophylaxe, Komorbiditäten etc.

Qualitätssicherung

Regelmäßige Durchführung von Teamsitzungen, Fallbesprechungen und (internen bzw. externen) Vernetzungen, Helferinnen- und Helferkonferenzen, Weiterbildungsangebote, Supervision, Intervision

Therapeutische *Gemeinschaft* und Suchterkrankung

Als größter Anbieter stationärer Langzeitdrogentherapie sieht sich der Verein Grüner Kreis seit seiner Gründung der Therapeutischen Gemeinschaft (TG) verpflichtet. Diese versteht sich als therapeutisches Lernfeld, in welchem sich jedes Mitglied der Gruppe mit allen seinen Talenten und auch mit seinen Defiziten einbringen kann.

HUMAN-FRIEDRICH UNTERRAINER



PRIV.DOZ. DR. DR. HUMAN-FRIEDRICH UNTERRAINER

ist Klinischer und Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut, Lehrtherapeut; Wissenschaftlicher Leiter des Zentrums für Integrative Suchtforschung im Verein Grüner Kreis; Privatdozent an den Unis Graz (KFU, MUG) und der Uni Wien. Forschungsschwerpunkte: Neurowissenschaftliche Methoden in der Psychotherapie, Suchterkrankungen, Bindung und Persönlichkeit, Spiritualität und psychische Gesundheit.

Der Verein Grüner Kreis wurde 1983 nach einem Konzept von Primar Dr. Günter Pernhaupt gegründet. Die erste stationäre Sozialhilfeeinrichtung „Treinthof“ konnte dann 1985 in der Buckligen Welt in Niederösterreich eröffnet werden. Die Basis der Behandlung bildet seit damals das Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft (TG): Basierend auf dem Grundkonzept der TG und dem bio-psycho-sozialen Modell findet die Behandlung im Verein Grüner Kreis mittels eines 4-Säulen-Behandlungsmodells statt: Dabei bildet die erste Säule den Bereich „Medizinische Betreuung, Behandlung und Rehabilitation“ ab, die zweite Säule den Bereich „Klinische/Gesundheitspsychologische Behandlung und Psychotherapie“, die dritte Säule den Bereich „Arbeits- und Soziotherapie bzw. Aus- und Weiterbildung“ und die vierte Säule den Bereich „Aktive Freizeit, Sport, Kunst und Kreativität“. Die TG kann als Alternative zur klassischen psychiatrischen Klinik gesehen werden, wobei es auch zu einer Relativierung des Verhältnisses zwischen KlientIn und TherapeutIn kommt. Das Leben in der Gemeinschaft kann korrigierend auf kränkende bzw. traumatisierende Beziehungserfahrungen wirken. Es soll den KlientInnen die Möglichkeit gegeben werden, durch die Entwicklung ihrer Persönlichkeit ihre Abhängigkeitserkrankung hin zu einem autonomen Leben zu überwinden. Die Effektivität der TG konnte in einigen Überblicksarbeiten gezeigt bzw.

auch durch eine eigene Studie bestätigt werden. Mit Hilfe einer neurowissenschaftlich informierten Bindungsforschung können Veränderungsprozesse im Erleben der KlientInnen abgebildet und die TG als evidenzbasierter Behandlungsansatz weiter gestärkt werden.

Im vorliegenden Beitrag sollen historische Aspekte, allgemeine konzeptuelle Grundlagen, empirische Befunde zur Behandlung in der TG und die TG im Kontext neuerer bindungstheoretischer Konzepte dargestellt werden.

1. Historisches

Ogleich Süchte die Menschheit seit Anbeginn begleiten, ist der Begriff der „Therapeutischen Gemeinschaft“ (TG) ein recht junger. Erstmals traten TG im eigentlichen Sinne in Großbritannien während der 1940er Jahre auf. Dabei entstanden TG in psychiatrischen Kliniken etwa 15 Jahre vor der Entwicklung der TG für Suchterkrankungen – dies kann als revolutionärer Schritt in der psychiatrischen Behandlung gewertet werden (De Leon, 2000; De Leon & Unterrainer, 2020; bzw. auch Jones, 1956): Die Entwicklung der TG speziell für Suchterkrankungen begann in den USA. In Nordamerika gründete Charles Dederich als ehemaliger Alkoholabhängiger und Mitglied der „Anonymen Alkoholiker“ im Jahr 1958 erste Selbsthilfegruppen für Drogensüchtige und erschuf eine Gemeinschaft namens „Synanon“ (Janzen, 2001): Angeregt wurde



er hierbei unter anderem von den Werken des Schriftstellers und Philosophen R. W. Emerson und einer religiösen Organisation namens „The Oxford-Group“ [Die Oxford-Gruppe], gegründet von Frank Buchman, die sich als moralischer Gegenpol zur internationalen Kriegsausrüstung verstand. Auch beeinflussten ihn die „Anonymen Alkoholiker“ (AA) und ihre „Zwölf-Schritte“-Methode zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit. Es entwickelten sich sogenannte „Synanon“-Häuser und „Synanon“-Dörfer, in welchen sich abstinent lebende Suchtkranke durch gemeinsames Leben und Arbeiten an Werten wie Ehrlichkeit und Aufrichtigkeit (Authentizität) orientierten. Im Unterschied zum „Zwölf-Schritte“-Programm der AA bestand die therapeutische Grundidee von „Synanon“ allerdings nicht in der Hinwendung zu einer spirituellen Dimension (höhere Macht), sondern in der Entwicklung eines stabilen Selbstwerts (Petzold, 1974): Die Idee der heilenden

Süchte *begleiten* die Menschheit seit Anbeginn.

Kraft der Gemeinschaft findet sich aber sowohl in Grundkonzepten der TG als auch der AA verankert (Vanderplasschen et al., 2014; Yablonsky, 1990): Nach dem Niedergang von „Synanon“ Anfang der 1990er Jahre finden sich bis heute Ableger in den USA als auch in Europa.

2. Allgemeine Grundlagen

Das Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft (TG) begründet sich unter anderem auf der Idee einer individuellen Nachreifung der Persönlichkeit im geschützten Rahmen. Damit soll vermittelt durch alternative Beziehungserfahrungen ein Überwinden der Drogenabhängigkeit ermöglicht werden. Der Abbau von Beziehungsängsten steht dabei im Vordergrund – ein In-Kontakt-treten mit dem Gegenüber im „Hier und Jetzt“ kann dadurch passieren. Die Förderung des Wachstumsprozesses des Individuums in der Gemeinschaft gilt dabei als ein zentrales Anliegen und stellt gleichzeitig auch die größte Herausforderung dar. Somit ist die TG ein auf den Menschen in seiner Gesamtheit (holistisches Menschenbild) fokussierendes Behandlungsverfahren, wobei Personen mit einer vergleichbaren Erkrankung über einen längeren Zeitraum zusammenleben (De Leon, 2000): Etwas differenzierter lässt sich zwischen zwei Behandlungsmodellen der TG unterscheiden: Einerseits gibt es TG für Suchterkrankungen, welche auch als hierarchisch aufgebaute, konzept-basierte Gemeinschaft beschrieben werden können. Andererseits findet sich die TG für allgemein-psychiatrische Erkrankungen, welche durch ein verstärktes Mit-

spracherecht und größere persönliche Freiheit der Bewohnerinnen und Bewohner charakterisiert ist. Beide Modelle haben prinzipiell dieselben Ziele und überschneiden sich in der klinischen Praxis (Kennard & Haigh, 2012).

3. Empirische Studien zur Wirksamkeit der Therapeutischen Gemeinschaft

Es finden sich in der Literatur einige randomisiert-kontrollierte Studien, welche die Effizienz der Behandlung in den TG dokumentieren. Eine Überblicksarbeit dazu wurde von Vanderplasschen et al. (2013) publiziert. Hier konnten insgesamt 16 Evaluationsstudien betrachtet werden. Es zeigten sich in zwei von drei Studien deutlich verbesserte Ergebnisse hinsichtlich eines verminderten Substanzkonsums bzw. auch delinquenten Verhaltens für die Behandlung in der TG. Fünf weitere Studien berichteten ein höheres Ausmaß an Werkätigkeit bzw. ein verbessertes psychologisches Wohlbefinden nach dem Aufenthalt in der TG. Die Länge des Aufenthalts und die Teilnahme an Nachbetreuungsprogrammen ergaben sich als hoch positive Korrelate des Behandlungserfolgs. Die AutorInnen weisen abschließend auf ein deutlich verbessertes Behandlungsergebnis für den TG-Ansatz hinsichtlich zahlreicher Parameter. In einer weiteren Überblicksarbeit von Malivert et al. (2012) zeigte sich, dass vor allem die reguläre Beendigung der Behandlung als stärkster Prädiktor für eine anhaltende Abstinenz gelten durfte. Das Auftreten einer oder mehrerer zusätzlicher psychiatrischer Erkrankungen (Komorbidität) spielte in dieser Studie keine signifikante Rolle – hier finden sich in der Literatur aber durchaus widersprüchliche Ergebnisse. Ähnliche Ergebnisse berichten Magor-Blatch et al. (2014): So wird der TG-Ansatz als therapeutische Intervention im Allgemeinen als effektiv ausgewiesen. Auch detaillierter betrachtet, findet man die Resultate der anderen Übersichtsarbeiten als bestätigt: So zeigte sich nach erfolgreicher Behandlung ein reduzierter Substanzgebrauch bzw. eine verminderte Delinquenz, auch berichteten die befragten Personen über eine verbesserte psychische Gesundheit und zeigten ein höheres soziales Engagement.

Des Weiteren konnten in einer eigens im Rahmen einer Diplomarbeit (Kirschner, 2018) durchgeführten Studie im Sinne eines systematischen Überblicks 14 randomisiert-kontrollierte Studien gefunden werden, welche auf eine Evaluation des Behandlungserfolgs in den TG fokussierten. Die von Vanderplasschen berichteten Ergebnisse konnten bestätigt werden (2013; vgl. auch Vanderplasschen et al., 2014). Auch hier wurden die Behandlungsergebnisse der TG mit den Ergebnissen anderer Ansätze verglichen. Nach Entfernen der Duplikate, Analyse von Titel und Zusammenfassung sowie einem Volltextscreening konnten schlussendlich 14 Arbeiten in die systematische Übersichtsarbeit eingeschlossen werden. Bezüglich der Kategorie

Drogenkonsum konnten 54% (7 von 13 Studien) der diese Outcome-Kategorie untersuchenden Arbeiten ein signifikant besseres Ergebnis für die stationäre TG im Vergleich zur jeweiligen Kontrollgruppe, welche einer anderen Behandlungsmethode oder einer ambulanten Form der TG entsprochen hatte, nachweisen. Auch hinsichtlich der Kriminalitätsrate (56%; 5 von 9 Studien), Arbeit und Bildung (56%; 5 von 9 Studien) und der psychischen beziehungsweise physischen Gesundheit (67%; 6 von 9 Studien) der Betroffenen konnte ein Vorteil für die TG in den Verlaufskontrollen bestätigt werden.

4. Bindungstheoretische Konzepte in der Therapeutischen Gemeinschaft

Die Bindungstheorie geht auf die Arbeiten von John Bowlby und Mary Ainsworth (Bowlby, 1988; vgl. auch Unterrainer et al., 2017 oder auch Lahousen et al., 2019) zurück, wobei unter dem Bindungssystem ein biologisch und evolutionär verankertes Motivations- und Verhaltenssystem verstanden werden kann, welches „...über die Interaktion mit den Bindungsfiguren (meist den Eltern) vermittelt wird und sich seinerseits auf Affektregulation, Beziehungsgestaltung und deren neurobiologische Korrelate auswirkt.“ (Schindler et al., 2012, S. 45): Demnach wird das Bindungssystem durch das frühe familiäre Umfeld geprägt und im Laufe unseres Lebens immer wieder in unterschiedlichsten Situationen aktiviert (Bowlby, 1988; Milch & Sahhar, 2010): Eine sichere Bindung schafft eine „sichere Basis“ für die Erkundung der Außenwelt sowie einen „sicheren Hafen“, in den bei Angst oder Stress zurückgekehrt werden kann. Steht diese Sicherheit nur eingeschränkt zur Verfügung, kann dies die Entstehung psychischer Erkrankungen begünstigen (Sheinbaum et al., 2015): So kann Bindung als Einflussgröße im Rahmen eines multidimensionalen Modells der Suchtentwicklung beschrieben werden, in welchem neurobiologische, soziale sowie psychologische Faktoren berücksichtigt werden (Schindler et al., 2012).

Der Zusammenhang zwischen unsicherer Bindung und Substanzabhängigkeit ist theoretisch gut beschrieben (Flores, 2004): Demnach darf davon ausgegangen werden, dass Beziehungserfahrungen in der Kindheit, die keine ausreichende Sicherheit bieten, dazu führen, dass das Kind Angst und andere Affekte nicht oder nur unzureichend mit Hilfe seiner Bindungsfiguren zu regulieren lernt (vgl. auch Fonagy, Gergely & Target, 2007): Im Laufe des Lebens werden diese negativen Beziehungserfahrungen internalisiert und es kommt zur Bildung negativer „innerer Arbeitsmodelle“ in Bezug auf das Selbst und andere Menschen, was wiederum eine Verringerung der positiven Qualität von Bindungserfahrungen bewirkt (Schindler, 2013): Der Substanzkonsum dient in diesem Zusammenhang als „Selbstmedikation“ bzw. „chemische Affektregulation“ (Khantzian, 1997): Der Substanzmissbrauch selbst

wirkt sich in weiterer Folge im Sinne eines „circulus vitiosus“ wiederum negativ auf die Bindungsfähigkeit aus (Schindler, 2013): Eine sichere Bindung hingegen senkt laut metaanalytischen Befunden von Jordan und Sack (2009) das Risiko für Substanzmiss-

Das Bindungssystem wird durch das frühe *familiäre Umfeld* geprägt.

brauch um etwa ein Drittel. Darüber hinaus steht der Bindungsstil auch in Verbindung mit individuellen Unterschieden in der Kooperationsbereitschaft, der Suche nach neuen Erfahrungen und der Abhängigkeit von Belohnung (Chotai, Jonasson, Hägglöf & Adolffson, 2005): Suchtkranke weisen im Allgemeinen ein vermindertes Ausmaß an sicherer Bindung („insecure attachment“) auf (De Rick et al., 2007; Kassel et al., 2007) bzw. zeigen sie eine verstärkte Bindung an süchtig machende Substanzen (Burkett et al., 2012; Insel, 2003; Orford, 2001): Heroin wurde dabei als Beispiel einer möglichen Form der (dysfunktionalen) Kompensation untersucht (Schindler et al., 2009). ■

Abschließende Betrachtungen

Die TG stellt auch 80 Jahre nach Ihrem Entstehen eine wichtige Konstante vor allem für die Drogenlangzeittherapie dar. Auf der Basis eines bio-psycho-sozialen Modells von Gesundheit und Krankheit spielen Bindung und Beziehung im therapeutischen Miteinander eine zentrale Rolle (vgl. Griffiths, 2005): Dies betrifft im Besonderen die stationäre Langzeittherapie, wirkt sich aber auch auf die therapeutische Haltung im ambulanten Bereich aus. Ein neurowissenschaftlich informierter bindungsbasierter Forschungsansatz kann in Zukunft dazu beitragen, die Effektivität der TG mittels empirischer Daten zu untermauern (vgl. dazu Lewis, Unterrainer, Galbally & Schindler, 2021 oder auch Panksepp et al., 2002): Auf die Notwendigkeit der vermehrten Durchführung von randomisiert-kontrollierten Versuchsreihen und auch des kombinierten Einsatzes von qualitativen und quantitativen Forschungsdesigns (Mixed Methods) darf abschließend mit Nachdruck verwiesen werden.



„Kleiner Leuchtturm“ für Kinder aus suchtbelasteten Familien

Das psychoedukativ-stützende Gruppenangebot, vom Verein Dialog in Kooperation mit dem Institut für Erziehungshilfe konzipiert, möchte den Kindern eine altersgemäße Aufklärung über die Suchterkrankung ihrer leiblichen Eltern geben und darüber hinaus einen Rahmen für die Bewältigung des Alltags bieten. Auch die Bezugspersonen der Kinder werden adressiert.

NADJA SPRINGER

Die psychische Gesundheit bzw. Resilienz der Kinder aus suchtbelasteten Familien erhält in Wissenschaft, Forschung und Praxis in den letzten Jahren verstärkt Aufmerksamkeit. Aufgezeigt werden mögliche Zusammenhänge zwischen Bindungsmustern und Sucht, die sich in den Ergebnissen der Bindungsforschung im Kindes- und Jugendalter zeigen. Forschungsergebnisse bezüglich transgenerationaler Vermittlung von Bindungsmustern sowie eingeschränkte „Elternkompetenz“ bei alkohol- und/oder drogenabhängigen Eltern lassen eine Häufung unsicher gebundener Kinder in diesem Zusammenhang vermuten (Fonagy, 2006). Laut Zweyer (2008) haben Kinder drogen- und alkoholabhängiger Eltern ein höheres Risiko, eine unsichere Bindung zu entwickeln, die dann selbst wiederum einen Risikofaktor bei der Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten und süchtigem Verhalten darstellt. Therapeutische Interventionen können das Risiko senken.

Bisher bekannte, Erfolg versprechende Ansätze stellen Interventionen dar, die eine feinfühlig Interaktion zwischen Müttern und Kleinkindern in Hochrisikogruppen fördern (Liebermann & Zeanah, 1999). Studien berichten, dass sich drogenabhängige Mütter mehr als Mütter ohne problematischen

Drogenkonsum von der Außenwelt isolieren und Fremdeinflüsse von ihren Kindern abschirmen (Wellisch & Steinberg, 1980). Nair et al. untersuchten 1997 die Beziehungsgeschichten der Kleinkinder von 152 drogenabhängigen Müttern. In dieser Untersuchung erlebten 43,3% der Kinder bis zu ihrem 18. Lebensmonat einen Wechsel der Hauptbezugspersonen. Laut Klein (2005) hat sich die Arbeit mit den Kindern von Suchtkranken als wichtig und wirksam erwiesen. Begleitende Angebote für Eltern bzw. obsorgeberechtigte Personen verstärken die Wirksamkeit der Angebote.

Aus den Ergebnissen der großen ENCARE Studie zum Thema „Häusliche Gewalt und Misshandlungen bei Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien“ (Velleman & Reuber, 2007) geht hervor, dass viele Jugendliche gerne in der Vergangenheit mit jemandem außerhalb der Familie gesprochen hätten: „Mit jemandem, der das wirklich versteht und nicht so tut, als ob es normal wäre.“ Viele Jugendliche berichteten auch, dass sie gerne mit jemandem gesprochen hätten, „um besser verstehen zu können, warum Mama trinkt und so traurig ist.“ Schulze (2014) betont, dass „nicht nur die Eltern, sondern auch ihre Kinder belastet sind, wenn ein Elternteil psychisch krank ist. Die Kinder



MAG. NADJA SPRINGER, Klinische- und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin in freier Praxis; Mitarbeiterin im Verein Dialog am Standort Suchtprävention und Früherkennung mit den Schwerpunkten: Kinder aus suchtbelasteten Familien, wissenschaftliches Arbeiten, schulische Suchtprävention; Teammitglied der Lehrgangsführung des Weiterbildungslehrgangs „Suchtberatung und Prävention“ an der FH St. Pölten

leiden unter Loyalitätskonflikten und können sich meist nicht unbekümmert äußern. Sie haben häufig gelernt, dass sie die Erkrankung der Eltern nicht thematisieren dürfen“.

Laut Black (1981) lernen Kinder, die in einer problembelasteten Familie aufwachsen, nicht offen zu sprechen. Stattdessen lernen sie zu minimieren, zu verdrängen und zu rationalisieren. Die Kinder nehmen ihre familiäre Umgebung nicht als sicheren

Kinder drogen- und alkoholabhängiger Eltern haben ein höheres Risiko, eine *unsichere Bindung* zu entwickeln.

Ort wahr, an dem sie emotional ehrlich sein können. Vielmehr herrscht die Prämisse: Fühle nicht! Rede nicht! Traue niemandem!

Ein Großteil der Kinder, die mit substanzmissbrauchenden Eltern aufwachsen, übernehmen die Elternrolle für sich selbst, ihre Geschwister und ihre Eltern. Diese Kinder, die oft gut erzogen und scheinbar sehr kompetent sind, müssen unterstützt werden. Es besteht sonst die Gefahr, dass sie erhebliche psychologische und emotionale Schwierigkeiten entwickeln, die sich bis ins Erwachsenenalter erstrecken können (Tedgard et al., 2019).

Die Konzeptionierung des Angebots im Verein Dialog

Im Verein Dialog wurde im Rahmen der Jahrzehntelangen Behandlung substituierter Schwangerer und Eltern und der damit verbundenen Kooperation mit dem Jugendamt sowie anderen involvierten Institutionen der Bedarf an Unterstützung für diese Mütter und Kinder deutlich. Das Bedürfnis, entsprechende Aktivitäten zu setzen, wuchs sowohl durch Erfahrungen in der Interaktion mit konsumierenden Eltern, wie auch durch konkrete Hilferufe von Seiten verzweifelter SozialpädagogInnen aus Wohngemeinschaften, die dringend spezielle Unterstützungsmöglichkeiten für Kinder aus suchtbelasteten Familien suchten, die über das Angebot der bereits gut etablierten Mutter-Kind-Gruppe hinausgehen und sich älteren Kindern widmen. Auch der Kontakt zu Pflegeeltern über Fortbildungsveranstaltungen von Seiten des Standorts Suchtprävention und Früherkennung hat dazu beigetragen, dass ein entsprechendes Angebot 2017 schlussendlich konzipiert wurde.

Um den hohen Ansprüchen und der notwendigen Sensibilität in der therapeutischen Arbeit mit Kindern gerecht zu werden, wurde eine Kooperation mit dem Institut für Erziehungshilfe (Child Guidance Clinic) eingegangen und das Gruppenangebot

gemeinsam konzipiert. So entstand ein semi-strukturiertes Programm mit dem Titel „Kleiner Leuchtturm“. Durch die Kooperation zweier im Bereich der Suchthilfe und im Bereich der Erziehungshilfe anerkannter Institutionen kommt es seither bei diesem Angebot zu einer optimalen Nutzung der vorhandenen Kompetenzen.

Konkret handelt es sich dabei um ein psychoedukativ-stützendes Angebot sowohl für die Kinder (7-12 Jahre) als auch für deren Bezugspersonen. Ziel dieser Gruppenintervention ist es, den Kindern eine altersgemäße Aufklärung über die Suchterkrankung ihrer leiblichen Eltern zu geben und einen Rahmen zu schaffen, der es den Kindern und den Bezugspersonen ermöglicht, Alltagssituationen und daraus resultierende Affekte wahrzunehmen und unter professioneller Begleitung zu bearbeiten.

Zehn themenzentrierte Kinder-Einheiten mit psychodynamischem Schwerpunkt fokussieren zu Beginn auf die emotionale Erlebenswelt der Kinder. Der Fokus wandert ab der 4. Einheit zu kognitiven Inhalten, die emotionale Erlebenswelt der Kinder zieht sich jedoch wie ein roter Faden durch das ganze Angebot. Das Programm wurde von uns aus dem Mentalization-Based Treatment for Children (MBT-C) von Midgley et al. (2017) entwickelt und an die besonderen Bedürfnisse von Kindern aus suchtbelasteten Familien angepasst.

Mentalisierungsbasierte Behandlungen (MBT) zur Verbesserung der psychischen Struktur wurden bereits vielerorts für verschiedene Indikationen wie emotional instabile Persönlichkeitsstörungen, Drogenabhängigkeit und für Kinder mit psychisch erkrankten Eltern entwickelt und erfolgreich umgesetzt (z.B. Bateman & Fonagy, 2008; Bruska, 2008; Suchman, 2010). Sie zielen darauf ab, die Fähigkeit des Einzelnen zu verbessern und über die eigenen und die Gefühle, Gedanken und Wünsche anderer zu reflektieren. Bei der Anwendung dieses Konzepts für Kinder und deren Bezugspersonen konzentriert sich die MBT auf die Unterbrechung destruktiver gewohnheitsmäßiger Gefühls- und Handlungsweisen, um die Mentalisierungsfähigkeit, zusammen mit dem emotionalen Wohlbefinden des Individuums und dessen sozialen Kompetenzen, zu verbessern (Mayes, 2012).

Bislang fehlten dennoch Interventionen, die sich mit den Erfahrungen und Gefühlen der Kinder im Zusammenhang mit einer Fremdunterbringung befassen (Byrne, 2020). Auch wurden mentalisierungsbasierte Interventionen noch nicht an die Bedürfnisse von Kindern aus suchtbelasteten Familien und ihren Pflege- und/oder biologischen Bezugspersonen angepasst, obwohl im Kontext von Pflege und Adoption einige Fortschritte gemacht wurden, um das psychische Wohlbefinden und die gesunde Entwicklung von Jugendlichen zu fördern (Jacobson, Ha & Sharp, 2015).

Neben dem Konzept der Mentalisierung wurden von uns folgende Theorien in der

Entwicklung des Angebots berücksichtigt: Risiko- und Schutzfaktorenmodell; Bindungstheorien und Objektbeziehungstheorien in Bezug auf eine Suchtentwicklung im Jugend-/Erwachsenenalter sowie Theorien zur Resilienz.

Von 2017 bis 2019 wurde das Angebot als Praxisprojekt durch die Gemeinsamen Gesundheitsziele aus dem Rahmen-Pharmavertrag finanziert und als Angebot für fremduntergebrachte Kinder geführt. Dank der Kostenübernahme durch die Sucht- und Drogenkoordination Wien ist die Gruppenintervention seit 2020 ein fixer Bestandteil der Angebote des Vereins Dialog in Kooperation mit dem Institut für Erziehungshilfe; sie konnte zusätzlich um eine Gruppe für nicht-fremduntergebrachte Kinder aus suchtbelasteten Familien erweitert werden. Den KlientInnen der Wiener Suchtberatungsstellen steht somit ein Angebot zur Verfügung, das sich direkt an ihre Kinder richtet und sie unterstützen soll, ihrer Erkrankung auch in der Erziehung und in der Begegnung mit den Kindern den notwendigen Raum zu geben.

Beschreibung der Intervention

Jeder Behandlungszeitraum dauert 5 Monate, in denen zehn Gruppensitzungen für die Kinder und drei „Elternabende“ für die aktuellen Bezugspersonen (Eltern, Pflegeeltern, BezugsbetreuerInnen) von zwei PsychotherapeutInnen und Klinischen PsychologInnen durchgeführt werden. Jede Sitzung dauert etwa 90 Minuten.

Die Gruppensitzungen für die Kinder folgen einem ritualisierten Ablauf: Es gibt vordefinierte Inhalte, wie z.B. Drogenabhängigkeit im Allgemeinen, die Situation der Kinder in der Fremdunterbringung oder zu Hause, ihre Gefühle gegenüber den leiblichen Eltern und ihren BezugsbetreuerInnen. Da die Gruppendynamik in den Sitzungen nie vorhersehbar ist, gibt es immer Zeit für „offene Themen“, die von den Kindern eingebracht werden.

Die Gruppensitzungen werden immer im selben Raum durchgeführt, der nicht zu viele ablenkende Elemente enthält, aber groß genug ist, um Spiele wie das Werfen und Fangen eines Balls oder das Spiel „Emotions-Scharade“ zu ermöglichen, bei dem die Kinder versuchen, sich gegenseitig nonverbal eine vorher ausgewählte Emotion pantomimisch darzustellen. Das den Kindern zur Verfügung gestellte Material umfasst Mal-, Zeichen- und Bastelwerkzeug. Die Kinder werden aufgefordert zu sprechen oder ihre Gedanken und Gefühle mit den zur Verfügung stehenden Materialien auszudrücken. Zeichnen kann besonders nützlich sein, da es als weniger bedrohlich empfunden wird, als über eigene Erfahrungen vor der Gruppe zu sprechen (Gardner & Harper, 1999).

Der erste Elternabend findet nach der ersten Gruppensitzung der Kinder statt, um sich gegenseitig kennenzulernen, einen ersten Eindruck von der Gruppe durch die GruppenleiterInnen zu erhalten

und um den Bezugspersonen das Konzept der Mentalisierung implizit vorzustellen, um diese in der Unterstützung der Kinder zu integrieren. Der zweite Elternabend, der nach der Hälfte der Sitzungen für die Kinder angesetzt wird, dient der Reflexion der laufenden Intervention und ihrer Auswirkungen auf das tägliche Leben der Kinder. Der abschließende Elternabend dient als Rückblick auf die Erfahrung und als Vorschau auf zukünftige Interventionsmöglichkeiten, falls diese indiziert sind.

Die Umsetzung des „Kleinen Leuchtturms“ entspricht dem von Fonagy und Allison (2014) beschriebenen Prozess wie folgt:

1) Therapeutischer Kontext: Entwicklung eines therapeutischen Kontextes, in dem sich die Kinder und Pflegepersonen verstanden fühlen, so dass ein Gefühl des epistemischen Vertrauens aufgebaut werden kann.

2) Mentalisierungsfähigkeit: Wiedererlangung der Mentalisierungsfähigkeit. Mittels Auseinandersetzung mit den Vorstellungen, Gefühlen und Verbalisierungen des Gegenübers wie auch mit den eigenen Vorstellungen über dessen Gefühle, aktuelle Befindlichkeiten, Einstellungen und

Ziel ist es, den Kindern eine altersgemäße Aufklärung über die Suchterkrankung ihrer Eltern zu geben.

Wünsche, die dessen Verhalten zugrunde liegen, soll man die Fähigkeit erwerben, am Verhalten des Anderen „ablesen zu können, was in dessen Kopf vorgeht“, wie auch die eigenen affektiven und mentalen Zustände zu verstehen und vom Verhalten zu unterscheiden und sie dabei gleichzeitig als deren Verursacher anzuerkennen.

3) Gruppe als Ort des Erfahrungsaustausches: Sich als GruppenteilnehmerIn des Inhalts der psychoedukativen Arbeit der GruppenleiterInnen bewusst zu sein und sich dafür zu interessieren und von der Gruppe als Ort des Erfahrungsaustausches zu profitieren. ■

„Die Leute fangen *nicht mehr bei Null an*“

Seit Anfang 2021 ist Prim. Dr. Wolfgang Preinsperger ärztlicher Leiter des Anton Proksch Instituts. „Momentum“ sprach mit ihm über die DNA des Anton Proksch Instituts, seine Pläne und Schwerpunkte sowie über die Erfahrung, dass Veränderung möglich ist – auch wenn es dafür manchmal mehrere Anläufe braucht.

INTERVIEW: ANDREA HEIGL

Sie haben Ihr ganzes Berufsleben der Behandlung Suchtkranker gewidmet und sind seit mehr als 30 Jahren im Anton Proksch Institut tätig. Was fasziniert Sie an dieser Tätigkeit?

Den Zugang zu dem Thema habe ich als junger Mensch gefunden durch persönliche Erfahrungen mit Alkoholsucht im weiteren Familienkreis. Außerdem habe ich mich der Psychiatrie immer auch von einer psychotherapeutischen Seite her genähert. Als ich studiert habe, ist die Psychosomatik aufgekommen. Es gab Mitte der 1980er-Jahre eine Gruppe von interessierten Studierenden rund um die beiden Uni-Professoren Erwin Ringel und Hans Strotzka, zu der ich auch gehört habe. Im Suchtbereich geht es um wesentlich mehr als um medikamentöse Behandlung oder um akute Intervention. Das Psychotherapeutische und Sozialpsychiatrische ist in der Suchtbearbeitung so elementar, dass es mich in diesen Bereich gezogen hat. Ich bin auch ausgebildeter

Psychoanalytiker und Mitglied der Wiener psychoanalytischen Vereinigung. Dieses Wissen erachte ich für meine Tätigkeit im Anton Proksch Institut als ganz wesentlich.

Wenn Sie auf diese Zeitspanne zurückschauen: Inwieweit hat sich das Bild von Suchtkranken im öffentlichen Diskurs verändert?

Ich glaube leider, dass Suchtkranke nicht viel weniger stigmatisiert sind, als sie es früher waren – ob das nun Alkohol- oder Drogenabhängige sind. Vielleicht ist die Stigmatisierung gesellschaftlich ein bisschen heruntergegangen, auch durch die Medienarbeit, die unser Haus und viele andere leisten. Aber elementar ist die Veränderung nicht. Besonders bitter finde ich, dass auch im psychiatrischen System Suchtkranke in manchen Bereichen noch nicht als genau so wertgeschätzte Patientinnen und Patienten angekommen sind wie jene mit psychiatrischen Problemen.





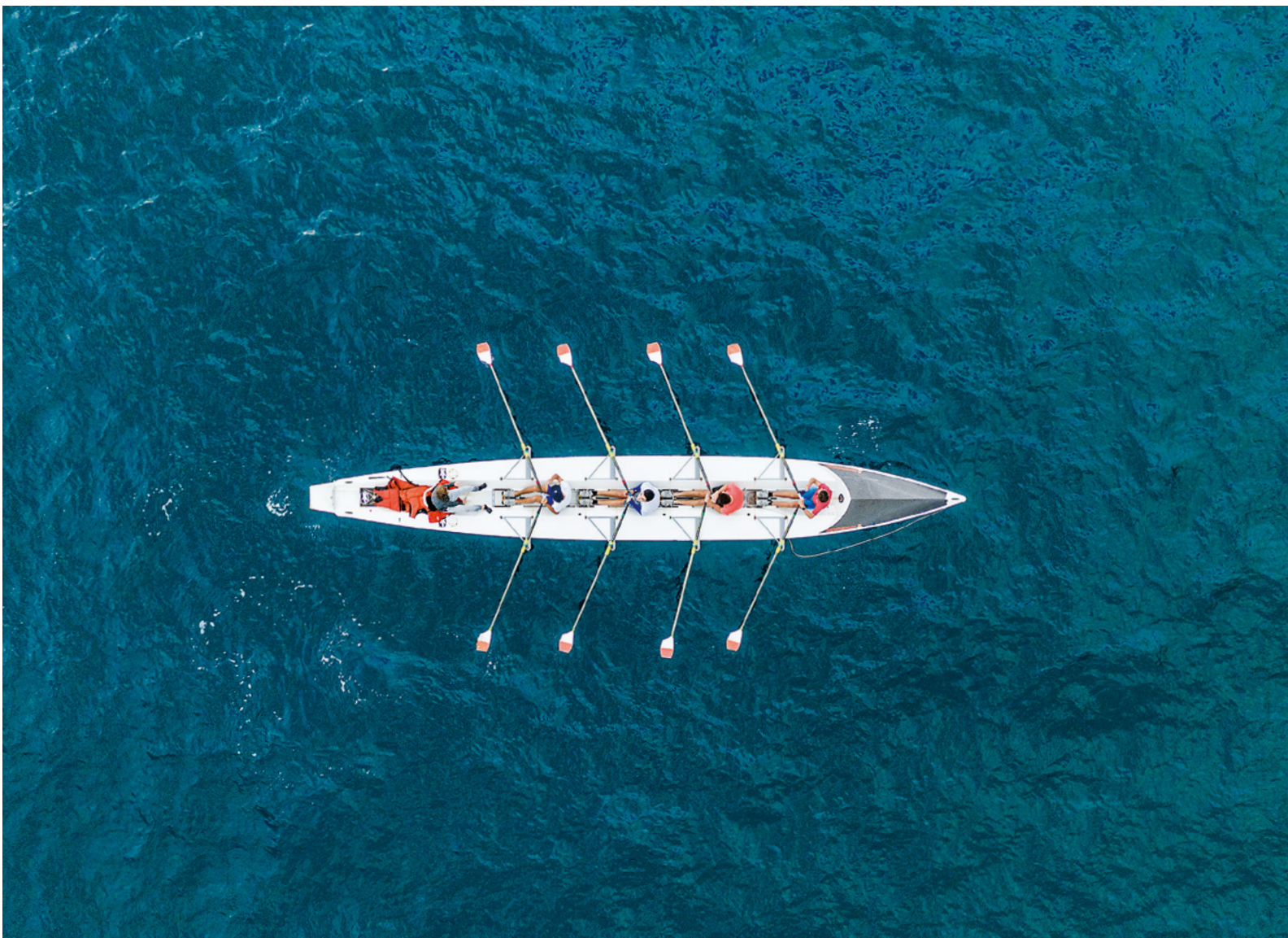
PRIM. DR. WOLFGANG PREIN-SPERGER, MBA, ist seit 1986 mit kurzen Unterbrechungen am Anton Proksch Institut tätig. 2009 übernahm er das Primariat der Drogenabteilung. Er ist außerdem als niedergelassener Psychiater und Psychoanalytiker in Mödling tätig. Seit 1. Jänner 2021 leitet er das Anton Proksch Institut.

Woran liegt das Ihrer Wahrnehmung nach?

Das liegt zumindest zum Teil an negativen Erfahrungen mit dieser Klientel. Jemand, der schwer alkoholisiert und aggressiv ist und dann auf der Akutpsychiatrie landet – das ist natürlich unangenehm für die Behandlerinnen und Behandler. Es ist nachvollziehbar, dass sich die Kolleginnen und Kollegen auf solche Situationen nicht freuen und sich dann eher distanzieren. Wir im Anton Proksch Institut arbeiten ja mit Suchtkranken in einem freiwilligen, sub-akuten Kontext. Wir haben auch immer wieder schwierige Situationen, weil es zum Beispiel Krankheits-Rezidive gibt. Aber wir arbeiten mit den Patientinnen und Patienten in Phasen ihrer Erkrankung, in denen sie etwas verändern wollen. Diese Erfahrung ist sehr wertvoll: Dass Veränderung und Entwicklung möglich ist, dass sich Menschen mit Unterstützung von therapeutischen Einrichtungen wie der unseren auch am eigenen Schopf aus ihrer Lage herausziehen können.

Die Haltung, dass Veränderung möglich ist, prägt ja insgesamt die Arbeit des Anton Proksch Instituts ...

Ja, das ist ein wesentlicher Aspekt. Erfolg ist ja nicht nur, wenn jemand nach seiner stationären Behandlung ein Leben lang abstinent bleibt. Erfolg ist, wenn sich an den Lebensumständen etwas verändert und verbessert. Und wenn es dann wieder bergab geht, kann sich ein Patient oder eine Patientin bei uns wieder die Hilfe holen, die er oder sie braucht. Die intensive Behandlung, die wir anbieten, hat ja auch einen kumulativen Effekt. Die Leute, die zum zweiten oder dritten Mal kommen, fangen nicht mehr bei Null an. Suchterkrankungen sind chronische Erkrankungen. Manchen Patientinnen und Patienten gelingt es, das mit einem Mal zu lösen, ganz vielen gelingt es aber nicht. Viele brauchen eben mehrere Anläufe und profitieren von der Summe an therapeutischen Bemühungen. Es ist sehr schön, das zu erleben.



Zur DNA des Anton Proksch Instituts gehört auch, dass wir zwar eine ärztlich geleitete Krankenanstalt sind, aber die Multidisziplinarität leben. Auch Berufsgruppen wie Psychologinnen und Psychologen, Psycho-, Ergo- und Aktivtherapeutinnen und -therapeuten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Physio- und Sporttherapeutinnen und -therapeuten, Pflegerinnen und Pfleger spielen eine enorm wichtige Rolle. Die arbeiten den Ärztinnen und Ärzten nicht bloß zu, sondern sind elementare Bausteine in der Behandlung. Und letztlich sind wir eine therapeutische Gemeinschaft, weil die Patientinnen und Patienten sehr lange bei uns sind. Wir teilen den Alltag mit ihnen, wir leben im weitesten Sinne mit ihnen zusammen.

Hat Sie dieses Zusammenwirken auch durch die Pandemie getragen?

Definitiv. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter identifizieren sich sehr mit dem Haus. Wir waren immer schon eine Modell-Institution, andere haben sich bei uns etwas abgeschaut. In der Corona-Krise war es im Grunde ähnlich: Es gab natürlich gesetzliche Vorgaben, aber vieles haben wir für uns gestalten müssen, weil es in Österreich keine gleichartige Institution gibt.

Viele Schwesterorganisationen haben überhaupt zugesperrt. Wir haben uns sehr rasch dazu entschlossen, offen zu halten, auch in Rücksprache mit der Stadt Wien, um die Akutspitäler nicht zusätzlich zu belasten. Also haben wir niemanden entlassen, auch nicht in der ersten Schockphase. Binnen drei Wochen haben wir das ganze Haus umstrukturiert, eine Aufnahmestation etabliert, alle Abläufe komplett geändert, Testungen eingeführt. Nach diesen drei Wochen konnten wir dann auch wieder neue Patientinnen und Patienten aufnehmen. In dieser Anstrengung haben verschiedenste Berufsgruppen eine Rolle gespielt und ihre Expertise eingebracht. Wir haben das auf eine breite Basis gestellt, auch mit dem Betriebsrat - das ist uns gut gelungen.

Wie ist die Situation jetzt?

Wir haben noch immer Einschränkungen für die Patientinnen und Patienten. Ausgänge sind weiterhin nur begleitend möglich, das versuchen wir zu forcieren. Gleichzeitig bereiten wir nun auch wieder unbegleitete Ausgänge für Patientinnen und Patienten vor, die sehr lange bei uns sind. Der Ablauf des therapeutischen Programms entspricht weitgehend wieder jenem vor Pandemiebeginn.



Aufeinander
abgestimmte
Teamarbeit ist der
Schlüssel zu einer
erfolgreichen
Behandlung im
Rahmen der
therapeutischen
Gemeinschaft.

Mit 1. Jänner 2021 haben Sie die Rolle des ärztlichen Leiters des Anton Proksch Instituts übernommen. Wo sehen Sie Ihre Schwerpunkte?

Wir sind in der Therapie in den letzten Jahren zunehmend differenzierter und individualisierter vorgegangen. Gleichzeitig dürfen wir den Patienten bzw. die Patientin nicht nur in bestimmten Problembereichen betrachten – also etwa seiner oder ihrer Depression, seiner oder ihrer Angststörung etc. –, sondern müssen immer auch den Menschen in seiner Gesamtheit sehen. Das gelingt meiner Erfahrung nach am besten mit einem intensiven Kontakt zum Bezugstherapeuten bzw. zur Bezugstherapeutin. Die therapeutische Beziehung ist ein basaler, ein mächtiger Wirkfaktor, auf dem sich alles andere aufbaut. Die möchte ich wieder mehr in den Fokus stellen und Behandlungsschwerpunkte auf den einzelnen Stationen schaffen. Hier planen wir Schwerpunkte für junge Erwachsene und ältere Jugendliche, für ältere Suchtkranke, für stoffungebundene Suchtformen, einen Schwerpunkt für die Behandlung traumatisierter Frauen bzw. Schwangerer sowie für männerspezifische Therapie oder Medikamentenabhängigkeit und Schmerz. Im Bereich illegale Substanzen bereiten wir einen

Behandlungsschwerpunkt für „Mischabhängige“ bzw. für Menschen mit einer vorwiegenden Kokain- oder Cannabisproblematik vor.

Ein Schwerpunkt Ihrer Arbeit war zuletzt die Ganztägig Ambulante Therapie, kurz GTAT. Wird diese weiter ausgebaut?

Dieses Angebot wird von den Patientinnen und Patienten unglaublich gut angenommen. Es ist eine sehr intensive Behandlung ohne einen stationären Aufenthalt. Die meisten Patientinnen und Patienten machen das als Anschlusstherapie nach einem stationären Aufenthalt, insbesondere, wenn sie keine Tagesstruktur haben. Es ist geplant, dafür heuer von 36 auf 48 Behandlungsplätze aufzustocken. Da gibt uns der Neubau gute zusätzliche Möglichkeiten. ■

Gender und Suchterkrankungen: Sind Frauen *anders süchtig*?

Das Buch „Drogen. Vorurteile, Mythen, Fakten“ gibt verständliche Antworten auf grundsätzliche Fragen, die sich viele Betroffene und deren Angehörige stellen. Autorin **Barbara Gegenhuber** beleuchtet in dem hier abgedruckten Buchauszug den Themenbereich Frauen und Sucht.



BARBARA GEGENHUBER, ist Klinische- und Gesundheitspsychologin. Derzeit ist sie als Geschäftsführerin des Schweizer Haus Hadersdorf, einer Therapieeinrichtung für Abhängigkeits-erkrankungen in Wien, sowie als Lehrbeauftragte an der Sigmund Freud Privatuniversität Wien tätig.

Spricht man von drogen- oder alkoholabhängigen Personen, sind häufig Männer gemeint. Auf den ersten Blick ist dies nicht verwunderlich – zwei von drei Betroffenen sind schließlich männlich. Betrachtet man das Geschlechterverhältnis in Behandlungseinrichtungen, findet man dort häufig nur noch eine Frau auf vier oder gar fünf Männer. Dass das Behandlungsangebot häufig auf die Bedürfnisse von Männern ausgerichtet ist, ist vermutlich Ursache und Auswirkung zugleich. Frauen sind deutlich in therapeutischen Settings unterrepräsentiert und – wie so häufig – einfach mitgemeint. Betrachtet man jedoch die Entstehungs- und Aufrechterhaltungsbedingungen von weiblichen Suchterkrankungen genauer, erkennt man rasch, dass sich diese „mitgemeinten“ Frauen von den Angeboten eines an die Bedürfnisse der Männer angepassten Behandlungsangebotes nicht angesprochen fühlen. Die Suchterkrankung hat zwar kein Geschlecht – die Süchtigen aber schon. Dieses gilt es beim Umgang mit Suchtkranken immer mitzubeachten und entsprechende diversifizierte Angebote für Männer und Frauen bereitzustellen. (...)

Frauen sind anders süchtig als Männer, sie konsumieren stiller, heimlicher, die weibliche Sucht ist noch tabuisierter als die männliche. Das ist auch ein Grund, wieso Frauen andere Substanzen konsumieren als Männer und viel häufiger auf eine

Art und Weise, die länger unentdeckt bleibt. Der Konsum von Alkohol ist auffälliger als der stille Medikamentenkonsum, das fängt schon damit an, dass eine Schachtel Tabletten leichter zu verstecken ist als eine Flasche Wein, dass Medikamente keine „Fahne“ erzeugen, wie dies der Alkohol tut. Nicht zuletzt wegen dieser Möglichkeit zum unauffälligeren Konsum ist die Medikamentenabhängigkeit unter Frauen so viel weiter verbreitet als bei Männern, bei denen der Konsum berauschender Substanzen gesellschaftlich wesentlich mehr toleriert wird. Männer konsumieren in der Regel früher, riskanter, öffentlich sichtbarer und unangepasster als Frauen.

Beispiel Alkohol

Die unterschiedliche Sozialisation und die damit verbundenen spezifischen Lebensbedingungen von Frauen spielen eine entscheidende Rolle bei Entstehung und Verlauf der Abhängigkeit. Deutlich sichtbar wird dies bereits beim Konsum von Alkohol, wo es seit jeher Unterschiede im Trinkverhalten zwischen Frauen und Männern gibt. Trinkfestigkeit gehört viel mehr zur männlichen Identität als zur weiblichen. Nicht selten prahlen jugendliche Männer mit Rauscherlebnissen, spielen Trinkspiele, um sich miteinander zu messen, konsumieren öffentlich sichtbar, um ihre Männlichkeit zu demonstrieren. Übermäßiges Trinkverhalten ist für junge Männer





Der Text stammt aus dem Buch „Drogen: Vorurteile, Mythen, Fakten“ von Barbara Gegenhuber, erschienen 2019 im Falter Verlag.

häufig von Mädchen und Burschen als geschlechtskonform angesehen, trinkende Frauen werden abgelehnt und in ihrer Weiblichkeit abgewertet oder als „Schlampen“ und potenzielle Opfer von sexuellen Übergriffen gesehen. Umso mehr gelten das Rauchen und Alkoholtrinken als eine Art Symbol der Gleichstellung zwischen jungen Männern und Frauen, junge Frauen emanzipieren sich, indem sie am den Männern vorbehaltenen Konsumverhalten teilhaben. (...)

Eine Frage der Wertschätzung

Weibliche Abhängigkeit hängt häufig auch mit dem Fehlen einer sicher ausgerichteten positiven Geschlechterrolle zusammen. Für ausreichende Widerstandskraft und Resilienz gegenüber psychischen Erkrankungen ist die Wertschätzung des eigenen Geschlechtes ein wesentlicher Bestandteil. Von Frauen wird häufig erwartet, dass sie Eigenschaften mitbringen, die mit „Mütterlichkeit“ verbunden sind: Fürsorglichkeit, Verständnis, Anspruchslosigkeit gegenüber sich und den eigenen Bedürfnissen. Auch in „süchtigen“ Partnerschaften fühlen sich Frauen häufig dazu „verpflichtet“, für den suchtkranken Partner da zu sein, seine Probleme zu den ihren zu machen, die eigenen Bedürfnisse hintanzustellen.

Zum einen sind diese Erwartungen an Frauen in vielen Lebensbereichen noch deutlich spürbar, zum anderen verändern sich die sozialen Rollen zunehmend, was wiederum zu Rollenunsicherheit und Mehrfachbelastungen führt, die die Entstehung

gewissermaßen ein Initiationsritus, der dazu dient, Stärke und Macht zu demonstrieren.

Für junge Frauen ist dies viel schwieriger, schon allein deshalb, weil übermäßiges Trinken bei Frauen eher negativ besetzt ist. Einerseits wollen auch junge Mädchen im Sinne der Gleichberechtigung an männlichen Konsumritualen teilhaben, andererseits stoßen sie an Grenzen durch gesellschaftliche Erwartungen und Normen. Alkoholkonsum von Männern, sei er auch übermäßig, wird

einer Suchterkrankung begünstigen können. Dazu kommt, dass Frauen häufig in Berufen beschäftigt sind, bei denen eine gesteigerte emotionale Belastung am Arbeitsplatz gegeben ist, man denke hier etwa an die Pflegekräfte in Altenheimen und Spitälern oder andere „frauentypische“ Dienstleistungsberufe. Diese sind häufig durch hohe psychische Arbeitsbelastung, verbunden mit schlechten Arbeitsbedingungen und geringen Aufstiegschancen, gekennzeichnet. Neben der Belastung durch Arbeit, Kindererziehung und Haushalt führt dies zu emotionaler und physischer Mehrfachbelastung, die zu Alkoholabhängigkeit, starkem Zigaretten- oder auch Medikamentenkonsum führen kann. Dass auch Belastungen am Arbeitsplatz psychische Störungen fördern, ist nicht zuletzt seit des in Mode gekommenen Begriffes „Burn-out“ allgemein bekannt. Diese vielschichtigen Rollenzuschreibungen und Mehrfachbelastungen sind ein Spezifikum weiblicher Suchtentwicklung, die es dementsprechend in der Behandlung zu berücksichtigen gilt.

Neben diesen sozialisationsspezifischen Aspekten spielen noch weitere Faktoren eine besondere Rolle bei der Entstehung von weiblichen Suchterkrankungen. Hier seien vor allem Gewalterfahrungen und sexueller Missbrauch in Familie oder Partnerschaft erwähnt. Alle Formen von Gewalt begünstigen eine spätere Suchtentwicklung, man kann davon ausgehen, dass ein erheblicher Teil der Süchtigen derartige Erfahrungen in der Kindheit und Jugend gemacht hat.

Gewalt

Obwohl (sexuelle) Gewalterfahrungen beide Geschlechter betreffen, werden Frauen häufiger Opfer von sexueller Gewalt als Männer. Problematisch ist, dass Gewaltopfer typischerweise auch dazu neigen, diese Erfahrungen zu internalisieren und die Opferrolle einzunehmen, die Schuld bei sich selbst zu suchen statt bei dem oder der TäterIn. Dazu kommt, dass Gewaltopfer ein überdurchschnittlich hohes Risiko der Reviktimisierung haben, also neuerlich zum Opfer werden. Mit jeder zusätzlichen Gewalterfahrung steigt wiederum die Gefahr, eine posttraumatische Belastungsstörung oder eine andere psychische Erkrankung zu entwickeln. Der Konsum von Alkohol oder Drogen wird in diesem Zusammenhang häufig zur Selbstmedikation und zur Verarbeitung der traumatischen Ereignisse eingesetzt. Weibliche Drogensucht wird aus dieser Perspektive als Selbstheilungsversuch für erlittene Gewalt und Traumatisierungen betrachtet.

Drogenkonsumentinnen haben demnach mit ganz besonderen Lebensbedingungen zu kämpfen: Sie sind häufiger Opfer von Gewalt und leiden oftmals unter einer unsicheren Geschlechtsidentität. Süchtige Frauen kommen sehr viel seltener und später als Männer ins Gefängnis, was auch damit zu tun hat, dass Frauen ihre Aggressionen eher gegen sich selbst als gegen andere richten und sich lange

Weibliche Abhängigkeit hängt häufig mit dem Fehlen einer positiven Geschlechterrolle zusammen.

Zeit den Drogenkonsum durch Prostitution oder ähnliche ausbeuterische Verhältnisse finanzieren. Frauen leben viel häufiger in Suchtpartnerschaften als Männer und machen in diesen neuerliche Gewalterfahrungen.

Dazu kommt noch eine besondere Situation, die drogenabhängige Frauen zu bewältigen haben: die Mutterschaft. In jenen Fällen, in denen süchtige Mütter kaum materielle und emotionale Ressourcen zur Verfügung haben und somit unter den Bedingungen der Abhängigkeit schlecht in der Lage sind, für ihre Kinder zu sorgen, sind Adoptionen, Fremdunterbringungen und der Sorgerechtsentzug häufige Folgen. Dadurch entstehen Scham- und Schuldgefühle, sich nicht um das eigene Kind kümmern zu können, was die Dynamik des Suchtkreislaufs oft anheizt. Diese Zuschreibung als schlechte Mütter und die gesellschaftliche Verurteilung trifft häufiger drogenabhängige Frauen, selbst wenn der Vater ebenfalls drogensüchtig ist und sich auch um das Kind kümmern könnte. Die gesellschaftliche Normenzuschreibung hat zur Folge, dass weibliche Drogenabhängige stärker in die Schuldfrage gedrängt werden als die allenfalls ebenfalls abhängigen Väter.

Angebote fehlen

Zusätzlich problematisch ist, dass süchtige Frauen kaum frauenspezifische Angebote und Einrichtungen vorfinden, die bei einem Ausstieg aus der Sucht helfen könnten. Damit fühlen sie sich weniger angesprochen und gehen in der Regel seltener oder erst zu einem viel späteren Zeitpunkt in Therapie als Männer. Dies führt dazu, dass süchtige Frauen wesentlich länger als Männer schädigenden und risikobehafteten Lebensumständen ausgesetzt sind, bevor sie entweder freiwillig oder durch ein richterliches Urteil in Therapieeinrichtungen kommen. Dort werden sie dann als dementsprechend „kränker“, „gestörter“ und „schwieriger“ als männliche Patienten wahrgenommen und diagnostiziert.

Drogenabhängige Frauen sind als eigene soziale „Problemgruppe“ viel zu wenig sichtbar. Dabei geht es bei der Therapie süchtiger Frauen immer auch um gesellschaftliche Faktoren, die Unterdrückung und (sexuelle) Ausbeutung von Frauen erleichtern und in die Sucht führen können. Diese müssen in der therapeutischen Behandlung, im Kreieren von Ausstiegsmöglichkeiten und in der weiteren Lebensplanung Beachtung finden.

Petra

Petra ist 29 Jahre alt und wäre an der Sucht beinahe gestorben. Ihr Leben ist typisch für viele suchtkranke Frauen. Vernachlässigung, Gewalt und die Suche nach Identität und Zugehörigkeit begleiteten sie durch ihr bisheriges Leben. Nach vielen Auf- und Abs wäre sie an der Sucht fast zerbrochen, das Aufwachsen in schwierigen Verhältnissen und die Beziehungen zu Männern haben ihr Leben in falsche Bahnen gelenkt.

Doch zurück in die 1980er-Jahre, als Petras Vater während des Jugoslawien-Kriegs als Arbeiter nach Wien kam und dort bald seine erste Frau kennenlernte. Sie bekamen drei Kinder, das älteste von ihnen ist Petra. Er arbeitete als Elektriker, war oft den ganzen Tag unterwegs, während seine Frau zu Hause Drogen konsumierte. Er bekam viele Jahre gar nicht mit – oder wollte es nicht wahrhaben –, dass sie regelmäßig Opiumtee trank und andere pflanzliche Drogen wie beispielsweise Engels-trompeten konsumierte, auch in den Schwangerschaften. Petra kam mit einem Entzug auf die Welt, ihre Schwester ist geistig behindert, ihr Bruder hat eine Gaumenspalte. Petra wurden die Drogen in die Wiege gelegt.

Drogenkonsumentinnen haben mit ganz *besonderen Lebensbedingungen* zu kämpfen.

Schwierige Kindheit

An ihre frühe Kindheit hat sie nur wenige Erinnerungen, diese sind aber allesamt eher negativ. Ihre Mutter hat sie hauptsächlich schlafend in Erinnerung, während sich Petra schon sehr früh auch um ihre Geschwister kümmern musste. Sie kann sich noch erinnern, dass sie sich immer gefreut hat, wenn sie in der Küche auch nur an ein Gurkenglas gelangten, um wenigstens irgendetwas zum Essen zu haben, während die Mutter in den Tag hinein schlief. Vielleicht, sagt Petra, hat sie auch selbst als kleines Kind vom O-Tee getrunken, leicht möglich.

Nach und nach merkte auch ihr Vater etwas von der Sucht seiner Frau, auch weil er einmal selbst unabsichtlich vom O-Tee trank und danach so beeinträchtigt war, dass er bei der Arbeit fast vom Dach fiel. Die Trennung von der Mutter, die der Vater daraufhin initiierte, war für Petra eine Erlösung, aber sie war auch traurig. Das Jugendamt gab sie und ihre Geschwister zu unterschiedlichen Pflegefamilien, als sie etwa vier Jahre alt war. Dies sollte sich jedoch bald ändern, als ihr Vater eine neue Frau kennenlernte. Die war zwar damals noch sehr jung, aber dennoch bereit, sich um die drei Kinder zu kümmern. Also kamen sie wieder zurück zu ihrem Vater.

Petras Stiefmutter war anfangs sehr nett zu ihr und ihren Geschwistern, sie kümmerte sich um sie, sie machten Ausflüge und fuhren gemeinsam auf Urlaub. Als jedoch noch ein weiteres, gemeinsames Kind zur Welt kam, kippte die Situation. Petra und ihre zwei Geschwister mussten häufig in ihrem Zimmer bleiben und sich um sich selbst kümmern, sie waren sich selbst überlassen. Immer wenn irgendetwas nicht stimmte, schimpfte sie die Stiefmutter,

sie sei wie ihre leibliche Mutter. Die Stiefmutter war überfordert, selbst aus schwierigen Verhältnissen und noch sehr jung. Sie kam nicht zurecht mit den vier Kindern, wovon eines auch noch behindert war. Petra selbst war kein einfaches Kind, sie kann sich noch erinnern, dass sie immer immens viel Energie hatte und viel Aufmerksamkeit brauchte. Ob dies ADHS oder einfach die Suche nach Aufmerksamkeit nach den vielen Jahren der Vernachlässigung war, ist ungewiss. Was sie aber weiß, ist, dass ihr viele Bilder bis heute nicht aus dem Kopf gehen. Erst Jahre später entschuldigte sich die Stiefmutter für ihr Verhalten. Zur Mutter gibt es keinen Kontakt mehr, sie lebt angeblich in Polen und soll einen Schlaganfall gehabt haben, viel mehr weiß Petra nicht von ihr.

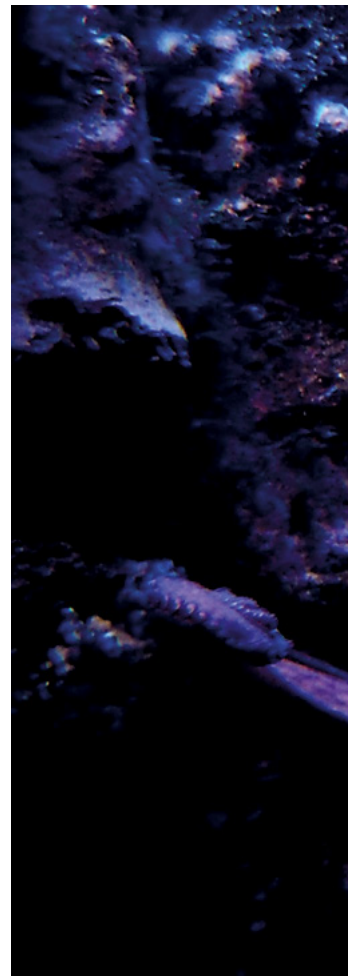
Weg von zu Hause

Im Alter von zwölf Jahren suchte Petra schließlich woanders jene Aufmerksamkeit und Geborgenheit, die sie zu Hause nicht bekommen hatte. In der Punkszene im Wiener Burggarten, wo sie viel Zeit verbrachte, Alkohol trank und THC rauchte, dennoch aber weiterhin in die Schule ging und ein einigermaßen normales Teenagerleben lebte. Im Alter von 15 Jahren zog sie schließlich nach vielen Konflikten in der Pubertät von zu Hause aus und wohnte bei einer Freundin in Straßhof nahe Wien. Dort gab es zwar keine Drogenszene, an den Wochenenden ging sie jedoch regelmäßig auf Partys und konsumierte Ecstasy, LSD und andere Freizeitdrogen, unter der Woche rauchte sie nur THC. Sie war nicht abhängig, obgleich Drogen in ihrem Leben damals schon eine Rolle spielten. Jedoch nahm sie nie etwas „Härteres“, wie sie es bezeichnet.

Bald nachdem sie von zu Hause weg war, entwickelte sie noch ein anderes Problem, sie bekam Panikattacken und Angstzustände. Sie ging damals zu ihrer Hausärztin, die ihr Praxiten und Somnubene verschrieb, beides Benzodiazepine, die abhängig machen, was ihr damals nicht bewusst war. Jetzt lacht sie, wenn sie erzählt, dass sie die blauen Pillen weggeworfen hat, weil sie sie nicht nehmen wollte. Am Schwarzmarkt hätte sie die nämlich gut verkaufen können, Somnubene und Praxiten waren in der Drogenszene sehr beliebte Substanzen. Petra hatte fünf Packungen davon für zu Hause mitbekommen und nahm sie regelmäßig ein, was ihr gegen die Angstzustände half. Dass sie süchtig danach war, merkte sie erst, als sie sie einmal abrupt absetzte und einen schweren entzugsinduzierten epileptischen Anfall bekam.

In dieser Zeit lernte sie auch einen Mann kennen, von dem sie relativ bald schwanger wurde und mit 19 Jahren ihre Tochter bekam. Jetzt bezeichnet sie diesen Mann als „Psycho“, er übte psychisch und physisch Gewalt ihr gegenüber aus. Einmal verprügelte er sie so stark, dass Jochbein und Kiefer gebrochen waren. Während der Schwangerschaft sperrte er sie in der Wohnung ein, während er selbst in der Arbeit war, damit sie „keinen Blödsinn“ macht.

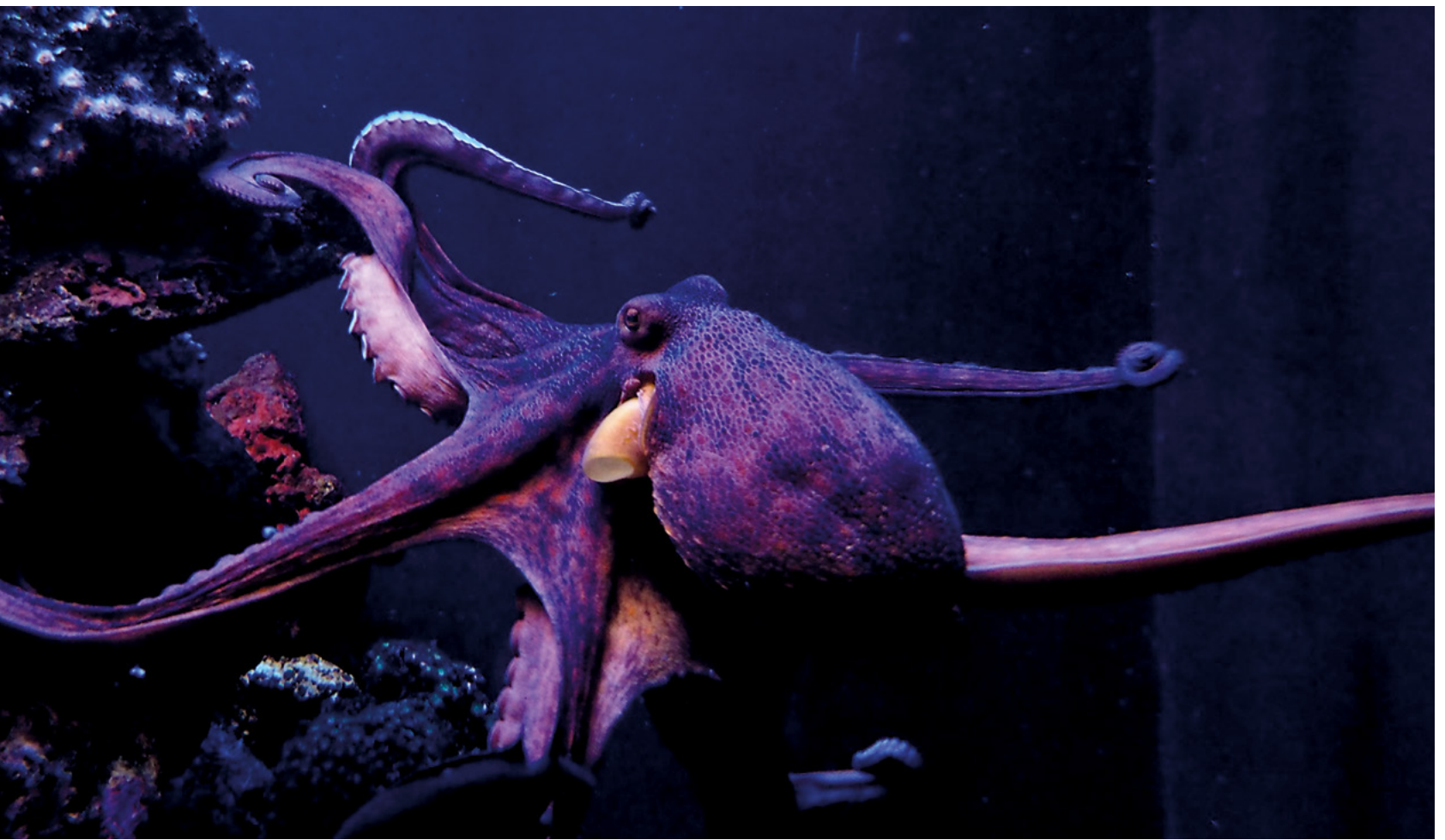
Weibliche Sucht verläuft oft still und wenig auffällig. Das hat zur Folge, dass sie weniger sichtbar wird und vergleichsweise länger unentdeckt bleibt.



In dieser Zeit konsumierte sie weder Alkohol noch Drogen, nicht einmal eine Zigarette rauchte sie. Zu groß war die Angst vor ihrem Mann, der ihr jeglichen Konsum psychoaktiver Substanzen verbot. Als ihre Tochter ein paar Monate alt war, floh sie schließlich vor ihm, er hatte dem Baby mit einer glühenden Zigarette Brandwunden auf den Armen zugefügt, das war ihr zu viel. Viel später erfuhr sie, dass ihr Mann sich immer wieder in der Psychiatrie befand, auch er hatte offenbar große psychische Probleme.

Nach einer kurzen Zeit bei ihren Eltern zog sie ins Mutter-Kind-Heim. Sie wurde von ihm gestalkt, mit dem Messer bedroht. Als ihr alles zu viel wurde, verständigte sie das Jugendamt. Man vereinbarte, dass ihre Tochter zu ihrer Stiefmutter kam, wo sie anfänglich auch gut aufgehoben war. Später jedoch trennte sich die Stiefmutter von ihrem Mann und bekam mit einem neuen, wesentlich jüngeren Mann noch ein weiteres Kind, das von nun an im Mittelpunkt stand.

Petras Tochter vertrug die vielen Trennungen, die Gewalt in der Kindheit und die Vernachlässigung nicht gut. Sie ist nun acht Jahre alt, hyperaktiv, fügt sich selbst Verletzungen zu und ist in psychiatrischer Behandlung. Mittlerweile lebt sie in einem Krisenzentrum, weil Petras Stiefmutter das Jugendamt verständigt hat, dass sie mit ihr nicht zurechtkommt. Die Geschichte wiederholt sich.



Zusammenbruch

Nachdem sie ihre Tochter zu ihrer Stiefmutter gegeben hatte, brach alles zusammen. Sie lernte einen Mann kennen, der schwer abhängig und im Substitutionsprogramm war. Er war es auch, der sie letztlich über die „Attraktivität“ von Somnubene und Praxiten in der Drogenszene aufklärte. Er missbrauchte die Substitution und spritzte sie sich täglich intravenös, zu Hause im Badezimmer, was sie neugierig machte. Er schwärmte immer so von der Wirkung, dass sie es auch ausprobieren wollte. Ihr erster Kontakt mit Opiaten war der intravenöse Konsum von Substitutionsmitteln. Heroin oder anderes hatte sie nie zuvor probiert, für den Einstieg in die Opiatabhängigkeit etwas sehr Untypisches. Damals war sie etwa 23 Jahre alt und hatte trotz aller Schwierigkeiten bis dahin ein einigermaßen stabiles Leben, zumindest was Drogen betraf, die bislang abseits der Partyszene keine große Rolle spielten.

Von da an ging alles ganz schnell, der Absturz war tief. Sie und ihr Freund wurden obdachlos, konsumierten etwa drei Jahre lang intensiv Alkohol und Opiate. Zuerst tranken sie einige Fläschchen Kräuterbitter am Tag, als ihnen das zu teuer wurde, stiegen sie auf Wodka in großen Flaschen um. Bald benötigte sie in der Früh eine halbe Flasche Wodka, damit das Zittern aufhörte, und trank weitere eineinhalb Flaschen während des Tages, bis sie berauscht war. Jeden Tag.

Einmal wurde sie von der Polizei aufgefordert, einen Alkoholtest zu machen, das Testgerät zeigte 3,5 Promille, sie konnte noch gerade stehen und gehen. Eine Dosis, die für andere Menschen tödlich sein kann. Beide lebten auf der Straße und bettelten, einmal war sie für sechs Monate wegen Hehlerei in Haft, ansonsten schafften sie es, straffrei zu bleiben.

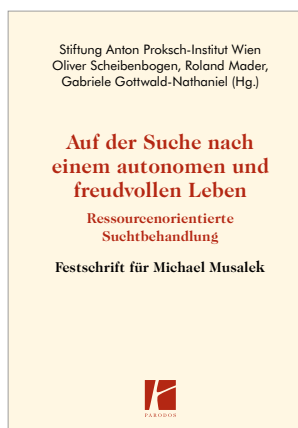
Der Weg zurück

Im Alter von 27 Jahren brach sie schließlich zusammen, sie fiel ins Leberkoma, konnte nicht mehr gehen, war gelähmt, die Leber stark zirrhotisch. Sie musste insgesamt fünf Monate im Spital bleiben, wieder mühsam gehen lernen, sich körperlich stabilisieren und erholen. Im Spital erfuhr sie auch von Möglichkeiten zur Therapie. Sie hatte nie zuvor eine Therapie gemacht und konnte sich das auch nicht vorstellen, aber sie wusste, dass sie etwas tun musste. So konnte es schließlich nicht weitergehen. Mittlerweile, nach einem halben Jahr stationärer und einem Jahr ganztägig ambulanter Therapie, geht es ihr gut. Sie hat viel aufgearbeitet, viel über sich und die Krankheit gelernt. Sie raucht noch gelegentlich THC oder CBD, vom Alkohol und dem intravenösen Opiatkonsum ist sie weg. Im Frauenwohnheim, in dem sie lebt, fühlt sie sich wohl, wie auch in dem Café, in dem sie arbeitet. Petra will nie wieder dorthin, wo sie einmal war: auf die Straße. ■

Ende einer Ära: *Ein Fest* für Michael Musalek

Nach 16 Jahren hat Prof. Musalek Ende vergangenen Jahres die ärztliche Leitung des Anton Proksch Instituts abgegeben. In feierlichem Rahmen wurde nun das Ende der Ära Musalek begangen. Dabei wurde ihm das Goldene Ehrenzeichen der Republik Österreich verliehen.

TEXT: MICHAEL ROBAUSCH



Die Festschrift für Michael Musalek ist im Parodos Verlag erschienen.

Seit mehr als 60 Jahren unterstützt das Anton Proksch Institut Patientinnen und Patienten dabei, ihren Weg in ein selbstbestimmtes Leben zu finden. Seine Erfolgsgeschichte, die eigentlich aus zehntausenden individuellen Erfolgsgeschichten besteht, ist seit vielen Jahren untrennbar mit Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek verknüpft.

Bei seiner festlichen Verabschiedung, veranstaltet von der Stiftung Anton Proksch-Institut Wien im Palais Ferstel, standen – neben der Verleihung des Goldenen Ehrenzeichens – die Präsentation der Festschrift „Auf der Suche nach einem autonomen und freudvollen Leben – Ressourcenorientierte Suchtbehandlung“ sowie eine Podiumsdiskussion zum Thema „Das Schöne als heilsame Kraft“ auf dem Programm, eingeleitet von der Philosophin Ariadne von Schirach mit der Video-Keynote „Lebenskunst – Vom Geist des Schönen und von der Schönheit des Geistes“.

Mückstein: „Vorreiter in der Suchtbehandlung“

Bereits im Vorfeld der Veranstaltung hatte Gesundheitsminister Dr. Wolfgang Mückstein die Zusammenarbeit mit Michael Musalek gewürdigt: „Gemeinsam ist es uns gelungen, wichtige Anliegen und Projekte in Fragen der Suchtbehandlung im Interesse der Patientinnen und Patienten aufzugreifen und erfolgreich umzusetzen. Prof. Musaleks innovative Ansätze und Expertise sind weit über die österreichischen Grenzen hinweg bekannt, unter seiner Leitung hat sich das Anton Proksch Institut international zu einem Vorreiter in der Suchtbehandlung entwickelt.“ Besonders schätzen gelernt habe er Michael Musalek auch bei dessen Arbeit im psychosozialen Beraterstab des Ministeriums: „Er hat die Corona-Pandemie bereits früh auch als psychosoziale Krise begriffen und lösungsorientierte Maßnahmen aufgezeigt.“

Der Wiener Gesundheitsstadtrat Peter Hacker strich Musaleks Pionierleistung bei der Suchtbehandlung hervor: „Er hat das Anton Proksch Institut in eine neue Zeit geführt.“ Musalek habe einen



Dr. Franz Pietsch (geschäftsführender Leiter Humanmedizinrecht im Gesundheitsministerium und Kuratoriumsvorsitzender der Stiftung) überreichte Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek das Goldene Ehrenzeichen, die Festschrift übergab Stiftungspräsident Mag. Richard Gauss. Wiens Gesundheitsstadtrat Peter Hacker würdigte Musalek als jemanden, der seine guten Ideen auch umsetzen konnte und das Anton Proksch Institut in eine neue Zeit geführt hat.



Paradigmenwechsel vorangetrieben, sagte Stiftungspräsident Mag. Richard Gauss. Abstinenz galt ihm nicht als alleiniges Behandlungsziel, sondern vielmehr als Basis für einen Veränderungsprozess. Die Überführung dieses Gedankens in spezifische Behandlungsangebote im Rahmen des „Orpheus-Programms“ des Anton Proksch Instituts sei wohl Michael Musaleks größter Verdienst.

Das Schöne als heilsame Kraft

In der Podiumsdiskussion reflektierten Dr. Oliver Scheibenbogen (Leiter der Klinischen Psychologischen Diagnostik und Behandlung am Anton Proksch Institut), Dr. Georg Psota (Chefarzt der Psychosozialen Dienste in Wien), DDr. Ida Maria Kisler (Vorsitzende und Ausbildungsleiterin des Ausbildungsinstituts AB-ILE-Viktor Frankl Education Austria) und Dr. Eva Höttl (Leiterin des Gesundheitszentrums der Erste Bank AG) die Themen Sucht und psychische Gesundheit unter dem Aspekt des Schönen als heilsame Kraft.

„Mit der Übernahme der ärztlichen Leitung des Anton Proksch Instituts hat Michael Musalek

gleichzeitig den Kampf gegen Stigmatisierung, Resignation und das Leid psychisch erkrankter Personen aufgenommen“, betonte Scheibenbogen. Seine Verbündeten seien dabei das Schöne, die Autonomie und ein stetig wachsender Appetit auf ein freudvolles Leben gewesen. Musalek habe, so Psota, die Ästhetik und das Schöne als wirksame, die Genesung unterstützende Kräfte erkannt und genutzt. „Wird diese Ressource angezapft, dann geht es uns hoffentlich in Zukunft mehr um das (gute und schöne) Leben unserer Patientinnen und Patienten und nicht nur mehr darum, das Sterben aufhalten zu wollen“, ergänzte Kisler. Höttl dankte Michael Musalek für dessen Anregung, „einen genauen und kritischen Blick auf alle Aspekte des Aufeinandertreffens von Menschen zu werfen und diese Begegnungen zu gelungenen Begegnungen zu machen.“

Ein sichtlich gerührter Michael Musalek bedankte sich am Ende der Veranstaltung bei seinen Weggefährtinnen und Weggefährten: „Ich bin mit gemischten Gefühlen hergekommen. Ich wusste ja nicht, was mich erwartet. Nun bin ich überwältigt.“ ■

Literatur

Psychotherapie mit Suchtkranken:

Ein störungsspezifischer Ansatz

- Bilitza, K. W.** (2009): Psychodynamik der Sucht – Einführung. In: Bilitza, K. W. (Hg.): Psychodynamik der Sucht. Psychoanalytische Beiträge zur Theorie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 11–25
- Bion, W. R.** (1992): Lernen durch Erfahrung. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Brisch, K. H.** (2019): Bindung und Sucht. 3. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta
- Klein, M.** (1972): Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Kohut, H.** (2002): Narzissmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen. 12. Auflage. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Möller, H. J., Laux, G., Kapfhammer, H. P.** (2003): Psychiatrie und Psychotherapie. 2. Aufl. Berlin: Springer
- Richter, H.-E.** (1975): Eltern, Kind und Neurose: Psychoanalyse der kindlichen Rolle. 34. Auflage. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch
- Winnicott, D. W.** (2006): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. München: Psychosozial-Verlag
- World Health Organization (WHO)** (1993): The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. 10th Revision, Geneva: Hogrefe

Therapeutische Gemeinschaft und Suchterkrankung

- Bale, R. N., Van Stone, W. W., Kuldau, J. M., Engelsing, T. M., Elashoff, R. M. & Zarcone, V. P.** (1980): Therapeutic communities vs methadone maintenance: a prospective controlled study of narcotic addiction treatment: design and one-year follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 37(2), 179–193
- Bale, R. N., Zarcone, V. P., Van Stone, W. W., Kuldau, J. M., Engelsing, T. M. & Elashoff, R. M.** (1984): Three therapeutic communities. *Archives of General Psychiatry*, 41, 185–191
- Bowlby, J.** (1988): A secure base: Clinical applications of attachment theory (collected papers): London: Tavistock
- Burkett, J. P. & Young, L. J.** (2012): The behavioral, anatomical and pharmacological parallels between social attachment, love and addiction. *Psychopharmacology*, 224(1), 1–26
- Chotai, J., Jonasson, M., Hägglöf, B. & Adolfsson, R.** (2005): Adolescent attachment styles and their relation to the temperament and character traits of personality in a general population. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 20(3), 251–259
- Coombs, R. H.** (1981): Back on the streets: Therapeutic communities' impact upon drug users. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 8(2), 185–201
- De Leon, G.** (2000): The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method. New York: Springer Publishing Company
- De Leon, G. & Unterrainer, H.F.** (2020): The Therapeutic Community: A Unique Social Psychological Approach to the Treatment of Addictions and Related Disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 11. doi: 10.3389/fpsy.2020.00786
- De Rick, A. & Vanheule, S.** (2007): Attachment styles in alcoholic inpatients. *European Addiction Research*, 13(2), 101–108
- Flores, P.J.** (2004): Addiction as an Attachment Disorder. Maryland: Jason Aronson, Lanham
- Fonagy, P., Gergely, G. & Target, M.** (2007): The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 48(3–4), 288–328
- French, M.T., Sacks, S., De Leon, G., Staines, G. & McKendrick, K.** (1999): Modified therapeutic community for mentally ill chemical abusers: outcomes and costs. *Evaluation & the Health Professions*, 22(1), 60–85
- Greenwood, G. L., Woods, W. J., Guydish, J. & Bein, E.** (2001): Relapse outcomes in a randomized trial of residential and day drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20(1), 15–23
- Griffiths, M.** (2005): A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance use*, 10(4), 191–197
- Guydish, J., Sorensen, J. L., Chan, M., Werdegar, D., Bostrom, A. & Acampora, A.** (1999): A randomized trial comparing day and residential drug abuse treatment: 18-month outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 428–434
- Guydish, J., Werdegar, D., Sorensen, J. L., Clark, W. & Acampora, A.** (1998): Drug abuse day treatment: a randomized clinical trial comparing day and residential treatment programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 280–289
- Hazan, C. & Shaver, P. R.** (1987): Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511–524
- Insel, T. R. & Young, L. J.** (2001): The neurobiology of attachment. *Nature Reviews Neuroscience*, 2(2), 129–136
- Janzen, R.** (2001): The Rise and Fall of Synanon. Baltimore: Johns Hopkins University Press
- Jones, M.** (1956): The concept of a therapeutic community. *American Journal of Psychiatry*, 112(8), 647–650
- Jordan, S. & Sack, P.-M.** (2009): Schutz- und Risikofaktoren. In: R. Thomasius, M. Schulte-Markwort, U. J. Küstner & P. Riedesser (Hg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter (127–138). Stuttgart: Schattauer.
- Levin, F. R., Evans, S. M., Vosburg, S. K., Horton, T., Brooks, D., Ng, J.** (2004): Impact of attention-deficit hyperactivity disorder and other psychopathology on treatment retention among cocaine abusers in a therapeutic community. *Addictive Behaviors*, 29, 1875–1882
- Kassel, J. D., Wardle, M. & Roberts, J. E.** (2007): Adult attachment security and college student substance use. *Addictive Behaviors*, 32(6), 1164–1176
- Kennard, D. & Haigh, R.** (2012): Therapeutic communities. In: M. Gelder, N. Andreasen, J. Lopez-Ibor, J. Geddes (Hg.): *New Oxford Textbook of Psychiatry* (1391–398): 2nd ed. Oxford: Oxford University Press
- Khantzian, E. J.** (1997): The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231–244
- Kirschner, A.** (2018): Wirkfaktoren der Therapeutischen Gemeinschaft bei der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen: Ein systematischer Überblick. Medizinische Universität Graz, Diplomarbeit.
- Lahousen, T., Unterrainer, H.F. & Kapfhammer, H.P.** (2019): Psychobiology of Attachment and Trauma – Some General Remarks From a Clinical Perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 914. doi: 10.3389/fpsy.2019.00914
- Lewis, A. J., Unterrainer, H. F., Galbally, M., Schindler, A.** (Hg.) (2021): *Addiction and Attachment*. Lausanne: Frontiers Media S. doi: 10.3389/978-2-88966-386-6
- Magor-Blatch, L., Bhullar, N., Thomson, B. & Thorsteinsson, E.** (2014):

A systematic review of studies examining effectiveness of therapeutic communities. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, 35(4), 168–184

Malivert, M., Fatséas, M., Denis, C., Langlois, E. & Auriacombe, M. (2012): Effectiveness of therapeutic communities: a systematic review. *European Addiction Research*, 18(1), 1–11

McCusker, J., Bigelow, C., Frost, R., Garfield, F., Hindin, R., Vickers-Lahti, M. & Lewis, B. (1997): The effects of planned duration of residential drug abuse treatment on recovery and HIV risk behavior. *American Journal of Public Health*, 87(10), 1637–1644

McCusker, J., Vickers-Lahti, M., Stoddard, A., Hindin, R., Bigelow, C., Zorn, M. & Lewis, B. (1995): The effectiveness of alternative planned durations of residential drug abuse treatment. *American Journal of Public Health*, 85(10), 1426–1429

McCusker, J., Stoddard, A., Frost, R. & Zorn, M. (1996): Planned versus actual duration of drug abuse treatment. Reconciling observational and experimental evidence. *The Journal of nervous and mental disease*, 184(8), 482–489

Milch, W. & Sahhar, N. (2010): Zur Bedeutung der Bindungstheorie für die Psychotherapie Erwachsener. *Psychotherapie*, 15(1), 44–55

Nemes, S., Wish, E. D. & Messina, N. (1999): Comparing the impact of standard and abbreviated treatment in a therapeutic community: Findings from the District of Columbia treatment initiative experiment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17(4), 339–347

Nuttbrock, L. A., Rahav, M., Rivera, J. J., Ng-Mak, D. S. & Link, B. G. (1998): Outcomes of homeless mentally ill chemical abusers in community residences and a therapeutic community. *Psychiatric Services*, 49(1), 68–76

Orford, J. (2001): Addiction as excessive appetite. *Addiction*, 96(1), 15–31

Panksepp, J., Knutson, B. & Burgdorf, J. (2002): The role of brain emotional systems in addictions: a neuro-evolutionary perspective and new 'self-report' animal model. *Addiction*, 97(4), 459–469

Petzold, H. (Hg.) (1974): *Drogentherapie: Modelle, Methoden, Erfahrungen*. Paderborn: Junfermann

Rahav, M., Rivera, J. J., Nuttbrock, L., Ng-Mak, D., Sturz, E. L., Link, B. G. & Gross, B. (1995): Characteristics and treatment of homeless, mentally ill, chemical-abusing men. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27(1), 93–103

Schindler, A., Thomasius, R., Petersen, K. & Sack, P. M. (2009): Heroin as an attachment substitute? Differences in attachment representations between opioid, ecstasy and cannabis abusers. *Attachment & Human Development*, 11(3), 307–330

Schindler, A. (2013): Bindung und Sucht – theoretische Modelle, empirische Zusammenhänge und therapeutische Implikationen. In K. Brisch (Hg.), *Bindung und Sucht* (13–31): Stuttgart: Klett-Cotta

Schindler, A., Sack, P. M. & Thomasius, R. (2012): Bindungsmuster von Cannabis- und Ecstasykonsumenten. *Sucht*, 58(1), 45–53

Unterrainer, H. F., Hiebler-Ragger, M., Rogen, L. & Kapfhammer, H. P. (2017): Sucht als Bindungsstörung. *Der Nervenarzt*, 1–6

Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Autrique, M., Rapp, R. C., Pearce, S., Broekaert, E. & Vandeveld, S. (2013): Therapeutic communities for addictions: a review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective. *The Scientific World Journal* (E-Publication)

Vanderplasschen, W., Vandeveld, S., Broekaert, E. (2014): Therapeutic communities for treating addictions in Europe: evidence, current practices and

future challenges. Luxembourg: Publications Office of the European Union

Yablonsky, L. (1990): *Die Therapeutische Gemeinschaft. Ein erfolgreicher Weg aus der Drogenabhängigkeit*. Weinheim: Beltz

„Kleiner Leuchtturm“ für Kinder aus suchtselasteten Familien

Allen, J., Fonagy, P. & Bateman, A. (2008): *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press

Black, C. (1981): *It will never happen to me*. New York: Ballantine Books

Bruskas, D. (2008): Children in foster care: a vulnerable population at risk. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 21(2), 70–77. doi: 10.1111/j.1744-6171.2008.00134.x.

Byrne, G., Murphy, S., Connon, G. (2020): Mentalization-based treatments with children and families: A systematic review of the literature. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(4), 1022–1048

Fonagy, P. & Target, M. (2006): The mentalization-focused approach to self pathology. *Journal of personality disorders*, 20, 544–576

Jacobson, M. N., Ha, C., Sharp, C. (2015): A mentalization-based treatment approach to caring for youth in foster care. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, 14, 440–454

Klein, M. (2005): *Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien*. Regensburg: Roderer

Liebermann A. F. & Zeanah, C. H. (1999): Contributions of attachment theory to infant-parent psychotherapy and other interventions with infants and young children. In: Cassidy J, Shaver PR (Hg.): *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications*. New York: The Guilford Press; 555–74

Mayes, L. C. (2012): Foreword. In: Midgley, N. & Vrouva, I. (Hg.): *Minding the Child. Mentalization-based interventions with children, young people and their families*. London: Routledge

Midgley, N., Ensink, K., Lindquist, K., Malberg, N. & Muller, N. (2017): *Mentalization-based treatment for children. A time-limited approach*. Washington, DC: American Psychological Association

Nair P. et al. (1997): Risk factors for disruption in primary caregiving among infants of substance abusing women. *Child Abuse Negl*; 21: 1039–51

Schulze, U., Kliegl, K., Mauser, Ch., Rapp, M., Allroggen, M. (2014): *Echt stark! Ein Manual für die Arbeit mit Kindern psychisch kranker und suchtkranker Eltern*. Berlin Heidelberg: Springer

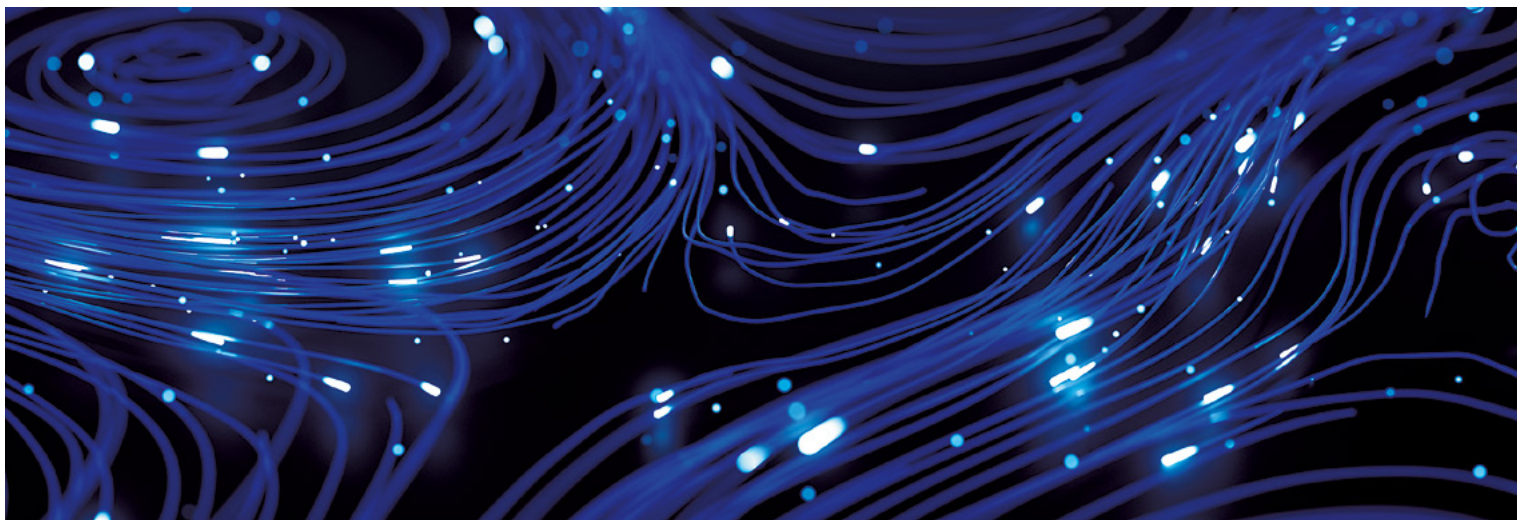
Suchman, N. E., DeCoste, C., Leigh, D. & Borelli, J. (2010): Reflective functioning in mothers with drug use disorders: Implications for dyadic interactions with infants and toddlers. *Attachment & Human Development*, 12, 567–585

Tedgard, E., Rastam, M., Wirtberg, I. (2019): An upbringing with substance-abusing parents: Experiences of parentification and dysfunctional communication. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 2019, Vol. 36(3) 223–247

Velleman, R. & Reuber, D. (2007): Domestic Violence and Abuse experienced by Children and Young People living in Families with Alcohol Problems: Results from a Cross-European Study. *Encare. Daphne*

Wellisch, D. K. & Steinberg, M. R. (1980): Parenting attitudes of addict mothers. *Int J Addictions*; 15:809–19

Zweyer, K. (2008): Eltern-Kind-Bindung – Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. In: Klein, M. (Hrsg.) (2008): *Kinder und Suchtgefahren*. Schattauer



Fotos: Getty Images

Save The Date: Wiener Sucht- symposium 2021

Merken Sie sich schon jetzt den Termin für das „Wiener Suchtsymposium“ des Anton Proksch Instituts vor: eine Tagung in neuem Format und garantiert Corona-tauglich! Beim Symposium unter dem Titel „Sucht(-behandlung) in Zeiten der Disruption zwischen Digitalisierung und Pandemie“ geht es um die Herausforderungen und Chancen der Suchtbehandlung im Zeitalter der Digitalisierung und unter den Bedingungen der Corona-Pandemie. Ein spannender Pre-Congress-Workshop zum Thema „Epidemiologie, Diagnostik und Behandlung der Tabakabhängigkeit – Aus der Praxis für die Praxis“ geht einer gehaltvollen Online-Tagung voraus. Das Symposium findet am 18. und 19. November 2021 statt.

Aktuelle Buchtipps

Das Konzept der Mentalisierung steht im Mittelpunkt der Momentum-Buchtipps.

Bindung und Sucht

Brisch Karl Heinz
3. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta (2019)

Oft beginnt die Sucht mit dem Versuch, großen Stress durch Suchtmittel erträglicher zu machen, anstatt ihn mit Hilfe von Bindungspersonen abzubauen. Auslöser können traumatische Erfahrungen, schwierige psychische Entwicklungsbedingungen oder unlösbare Konfliktsituationen sein. Meistens tritt eine kurzfristige Entspannung ein. Besteht der Stress jedoch weiter, wird er chronisch. Dann führt der regelmäßige Griff zum Suchtmittel schnell in eine psychische und körperliche Abhängigkeit. Ist erst einmal das Suchtmittel zur „sicheren Bindungsperson“ geworden, wird die Therapie schwierig. Die Beiträge zeigen eindeutig: Es gibt einerseits einen Zusammenhang zwischen Bindung und Sucht, andererseits zwischen Suchtmittel und Bindungsfähigkeit, wobei unterschiedliche Bindungstypen nach unterschiedlichen Substanzen, also z.B. Opiaten, Ecstasy, Alkohol, süchtig sein können.

Buchtipp von: Michael Schmalhofer, p.a.s.s.

von Suchterkrankungen gibt, stellt die Bindungstheorie bereits seit Jahrzehnten eine bedeutsame Basis für den klinisch-therapeutischen Umgang mit Suchterkrankungen dar. Das E-Book „Addiction and Attachment“ beleuchtet das Thema aus unterschiedlichen Perspektiven; es ist gratis zum Download verfügbar unter:

<https://www.frontiersin.org/research-topics/8890/addiction-and-attachment>
Buchtipp von: Human-Friedrich Unterrainer, Grüner Kreis

Minding the child. Mentalization-Based Interventions with Children, Young People and their Families.

Mickley, N. & Vrouva, I. (Hrsg.)
London: Routledge (2012)

Das Herausgeberwerk „Minding the child“ beschreibt die Implikationen des Konzepts der Mentalisierung für eine Reihe von therapeutischen Interventionen für Kinder und Familien. Es wird sowohl das Konzept der Mentalisierung aus theoretischer und forschungsbezogener Sicht vorgestellt, als auch der große Wert von auf Mentalisierung basierenden Interventionen innerhalb der psychi-atrischen/psychotherapeutischen Versorgung von Kindern betont und mittels konkreter Anwendungsbeispiele vorgestellt. Das Buch ist somit von besonderem Interesse für KlinikerInnen und diejenigen, die therapeutisch mit Kindern und Familien arbeiten.

Buchtipp von: Nadja Springer, Dialog

Addiction and Attachment

Galbally Megan, Lewis Andrew J., Schindler Andreas, Unterrainer Human-Friedrich

Wenngleich es bis heute kein allgemein akzeptiertes Modell zur Beschreibung der Entstehung und Behandlung



Weitere Infos erhalten Sie unter www.api.or.at oder kongress@api.or.at.

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 dieser Ausgabe

Barbara Gegenhuber
Birgit Köchl
Michael Schmalhofer
Nadja Springer
Human-Friedrich Unterrainer

Redaktion & Projektmanagement

Andrea Heigl
Raphaella Pammer
Michael Robausch
(bettertogether Kommunikationsagentur)

Gestaltung

Johanna Kleedorfer
Doris Lang
Markus Zahradnik-Tömpe
(Schrägstrich Kommunikationsdesign)

Coverfoto

Getty Images

Druck

Gedruckt nach der Richtlinie
„Druckerzeugnisse“ des Öster-
reichischen Umweltzeichens.
gugler*print, Melk,
UWZ-Nr.609
www.gugler.at



S T I F T U N G 
ANTON PROKSCH-INSTITUT WIEN

KLINIKUM
AKADEMIE
FORSCHUNG 
ANTON PROKSCH INSTITUT
API BETRIEBS GEMEINNÜTZIGE GMBH