

SUCHT

Angst und Panik

Grüner Kreis  magazin No 122 | Österreichische Post AG SP 04Z035724 S | Simmeringer Hauptstraße 101, 1110 Wien | DVR: 0743542

Wir danken unseren SpenderInnen

Dr. Michael Arie, Wien
Johann und Edeltraud Andorfer, Peuerbach
Dkfm. Günter Baumgartner, Wien
Beate Cerny, Wien
René Ferrari, Leonding
Maria und Franz Fuhl, Schwarzenbach
Elfriede Jilg, Bad Vöslau
Mag. Peter Humann, Pitten
Dr. Sebastian Huter
Mag.^a Brigitta Kandl, Wien
Karla Kappa, Möllersdorf
Robert Kopera, Reisenberg
Eveline Kriston
Christiane Popp-Westphal, Neulengbach
Dr. Gerold Obergruber, Graz
Christian Rath, Warth
Cäcilia Steiner, Mauthausen
Dr. Alfons William, Wien

und viele anonyme SpenderInnen



Partner des **Grünen Kreises**

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

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

Niederösterreichische Versicherung AG

www.noever.at

Herzlichen Dank im Namen aller KlientInnen des **Grünen Kreises**!

Unterstützen & Spenden

Helfen Sie uns helfen!

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

Bitte verwenden Sie für Ihre Spende die
HYPO NOE
Landesbank für Niederösterreich und Wien AG
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222
BIC HYPNATWW
oder fordern Sie bei
spenden@gruenerkreis.at
einen Zahlschein an.

Weitere Informationen finden Sie auch auf

www.gruenerkreis.at

im Bereich »Spenden & Sponsoring«.

Impressum

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

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

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

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

Herausgeber: Verein **Grüner Kreis**

Geschäftsführer: Dir. Alfred Rohrhofer

Redaktion: Dir. Alfred Rohrhofer, Peter Lamatsch [oewf]

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

Alle: 1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103

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

office@gruenerkreis.at | www.gruenerkreis.at

Layout: Österreichisches Wirtschaftsforum

Anzeigen: Sirius Werbeagentur GmbH

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

Diese Ausgabe entstand unter Mitwirkung von:

Alfred Rohrhofer, Hans Morschitzky, Tim Aurich, Andreas Ströhle, Ulrike Demal, Alexander Ort, Peter Berger, Manuela Herden, Anita Rinner, Helena Schöber, Human-Friedrich Unterrainer, Birgitta Schiller et al. und KlientInnen im **Grünen Kreis**

Bildquellennachweis:

Cover: iStock.com / sdominick

AutorInnenportraits: privat

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

Der **Grüne Kreis** dankt seinen Förderern



editorial



Liebe Leserin, lieber Leser!

wir leben in einer Angstgesellschaft, ist häufig aus diversen Medien zu vernehmen. Ob dieser Befund im Verhältnis zur Situation in anderen zeitgeschichtlichen Epochen zutreffend ist, sei dahingestellt. Tatsache ist, dass die Postmoderne neben dem ohnehin reichen Fundus an Ängsten und Phobien im menschlichen Verhaltensspektrum, noch eine ganze Reihe von Bedrohungen parat hält, die frühere Generationen noch nicht zu fürchten hatten. Die Angst vor einer Klimakatastrophe, vor Energieknappheit, vor dem Versiegen natürlicher Ressourcen, vor globalem Terror oder vor nuklearen Konflikten sind durchaus reale Szenarien, die einem in unseren Tagen das Fürchten lehren können.

*In dieser Ausgabe unseres Magazins spannen unsere kundigen Gastautor*innen einen breiten Gedankenbogen zu den Themen Angst, Furcht und Panik. Daneben gehen wir der Frage nach, inwieweit das aktuelle pandemische Geschehen zum Katalysator für Mediensüchte werden kann und betrachten den Effekt der Suchtsteigerung infolge des parallelen Gebrauchs mehrerer potenziell suchterzeugender Substanzen.*

Schließlich sei noch auf den, vom Verein Grüner Kreis mitbegründeten, Literaturwettbewerb FIT FOR LIFE hingewiesen, der die Beschäftigung mit Kunst im spezifischen Kontext von Abhängigkeitserkrankungen fördern und zu einer differenzierten öffentlichen Auseinandersetzung zu Themen der Sucht und Abhängigkeit beitragen soll.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.

Bleiben Sie gesund!

Alfred Rohrhofer



Helfen Sie uns helfen!

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

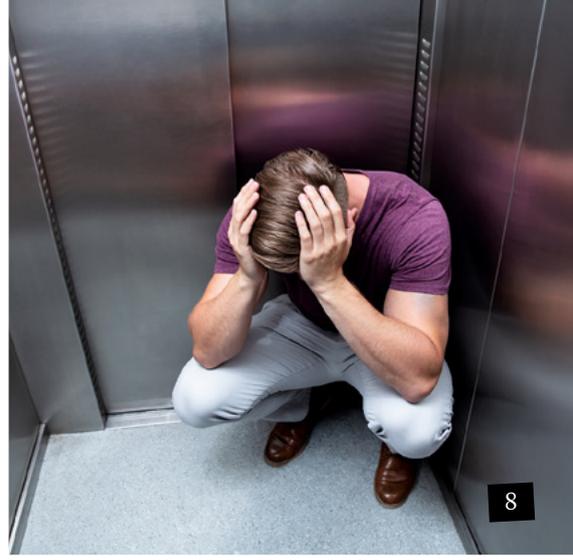
Sucht ist eine Krankheit, unter der alle Familienmitglieder leiden. Die Suchtgefährdung der Kinder, die in ihrer eigenen Familie schon mit diesem Problem konfrontiert sind, ist um ein Vielfaches erhöht. Rechtzeitige Hilfe verhindert langfristige Probleme. Unsere Präventionsarbeit verhindert, dass die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

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

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



6



8



10



14



26

Inhalt

- 3** Editorial
Alfred Rohrhofer

- 6** Angst als Ausdruck der Bedrohung menschlicher Grundbedürfnisse
Hans Morschitzky

- 8** Medikamentöse Therapie von Angsterkrankungen
Tim Aurich, Andreas Ströhle

- 10** Verhaltenstherapie von Angst- und Zwangsstörungen
Ulrike Demal

- 12** Negative Emotionen – Medien – Sucht
Alexander Ort

- 14** Sucht und Angst
Peter Berger

- 16** Unser Betreuungsangebot

- 18** Der Mut zur Angst – sich dem Leben stellen heißt: sich der Angst stellen
Manuela Herden

- 20** Spurensuche
Betroffene berichten über ihr Leben mit der Sucht

- 22** Angstbehandlung in der Therapeutischen Gemeinschaft
Anita Rinner

- 24** Nikotinentwöhnung in der Suchttherapie
Helena Schöber

- 26** Angst und Zwang(skorsett)
Human-Friedrich Unterrainer

- 28** Schreiben als SELBSTstärkender Identitätsausdruck
Birgitta Schiller et al.

- 31** Meine Heimat
Ulli E.

Angst als Ausdruck der Bedrohung menschlicher Grundbedürfnisse



von Hans Morschitzky

Bei Angststörungen sollte die Aufmerksamkeitslenkung auf die Gegenwart, auf das Hier und Jetzt, gelenkt werden und anhaltend im Mittelpunkt stehen.

Angst im Sinne einer Befürchtung ist eine Reaktion auf unbestimmte Situationen oder Ereignisse in der näheren oder fernerer Zukunft. Die krankheitswertige Ausprägung im Sinne von ständigen unkontrollierbaren Sorgen wird generalisierte Angststörung genannt.

Furcht ist eine konkrete Angst angesichts einer gegenwärtigen Bedrohung. Sie ist situationspezifisch: bezogen auf bestimmte Objekte, Orte, Situationen oder Ereignisse. Furcht angesichts bestimmter Situationen führt bald zu entsprechenden Erwartungsängsten. Die krankheitswertige Ausprägung der Furcht wird Phobie genannt. Man unterscheidet drei Grundformen: Agoraphobie, soziale Phobie und spezifische Phobien.

Panik im Sinne einer Panikattacke ist eine massive Furcht in Bezug auf eine vermeintliche akute körperliche oder geistige Bedrohung. Aufgrund der spontanen, unerwarteten und plötzlich

einsetzenden Überflutung durch eine Fülle von körperlichen und psychischen Symptomen besteht eine akute Furcht im Sinne der Bedrohung von Leib, Leben oder Verstand, was jedoch einen Fehlalarm darstellt. Die krankheitswertige Ausprägung mit wiederholten Panikattacken und anhaltenden Erwartungsängsten (»Angst vor der Angst«) wird Panikstörung genannt.

Angst- und Panikstörungen – Ausdruck der Bedrohung von fünf zentralen Grundbedürfnissen

In meinem 2019 erschienenen Buch »Wenn Angst das Leben bestimmt« habe ich auf dem Hintergrund der Konzepte der beiden Psychologen Abraham Maslow und Klaus Grawe fünf zentrale Grundbedürfnisse herausgearbeitet, deren nicht bewältigte Bedrohung zu krankhaften Ängsten (Angststörungen) führen kann:

1. Bedrohung des körperlichen Wohlbefindens. Wenn die ganz normalen Ängste vor Krankheit, Behinderung und Tod sowie vor Schmerzen und körperlichem Unwohlsein nicht angemessen bewältigt werden, können folgende krankheitswertige Ängste auftreten: Panikstörung, Agoraphobie, Herzphobie, Krankheitsängste (Hypochondrie), generalisierte Angststörung (z. B. Angst vor Leistungsunfähigkeit durch Krankheit, Sorgen um schwere Erkrankung von Angehörigen) und zahlreiche spezifische Phobien (z. B. Höhenangst, Flugangst, Tierphobien, Blut-Spritzen-Verletzungsphobie).
2. Bedrohung der sozioökonomischen (existenziellen) Sicherheit. Wenn Existenzsorgen, Ängste vor sozialem Abstieg, Ängste vor dem Alter, Ängste, sich und die Familie nicht mehr erhalten zu können, sowie Ängste durch unsichere Gesellschaftsstrukturen nicht angemessen bewältigt werden, können folgende krankheits-

wertige Ängste auftreten: Panikstörung und generalisierte Angststörung.

3. Bedrohung der Geborgenheit (der Bindungen und Sozialbeziehungen). Wenn Ängste um den Verlust lebenswichtiger Beziehungen nicht angemessen bewältigt werden, können folgende krankheitswertige Ängste auftreten: Panikstörung, generalisierte Angststörung und Trennungsangststörung (zukünftig gibt es auch eine Trennungsangststörung des Erwachsenenalters).
4. Bedrohung des Selbstwertgefühls. Wenn soziale Ängste, Leistungs- und Versagensängste (privat und im Beruf) sowie Ängste vor dem Verlust der Selbstachtung und des Selbstwirksamkeitsglaubens nicht angemessen bewältigt werden, können folgende krankheitswertige Ängste auftreten: soziale Phobie (zukünftig soziale Angststörung genannt) und Panikstörung.
5. Bedrohung des Kontrollbedürfnisses und der Autonomie. Wenn Ängste vor Kontrollverlust (über den Körper, die Gefühle, den Verstand), vor jeder Form von Fremdbestimmung und situativer Einengung nicht angemessen bewältigt werden, können folgende krankheitswertige Ängste auftreten: Panikstörung (Panikattacken als Kontrollverlust über sich selbst), Agoraphobie (als Gefühl, sowohl im Freien als auch in Räumen hilflos ausgeliefert zu sein und in der Falle zu sitzen) und zahlreiche spezifische Phobien (z. B. Flug- oder Liftphobie, wo kein sofortiges Entkommen möglich ist).

Zentrale Behandlungsziele: Werte- und bedürfnisorientiert leben

Behandlungsziel ist nicht bloß der Abbau des Negativen im Sinne der Beseitigung krankheitswertiger Ängste, sondern



Panik im Sinne einer Panikattacke ist eine massive Furcht in Bezug auf eine vermeintliche akute körperliche oder geistige Bedrohung.

vielmehr der Aufbau des Positiven im Sinne eines erfüllten Lebens auf der Basis der bestmöglichen Verwirklichung der angeführten menschlichen Grundbedürfnisse. Wenn es einem nicht mehr schlecht geht, geht es einem noch nicht wirklich gut!

Es geht primär um Anstrengungsziele, wie etwa wieder reisen können, vermehrt fortgehen mit Verwandten oder Freunden, geplante Aktivitäten in Angriff nehmen, konkret vorhandene oder tatsächlich mögliche Probleme bewältigen, Hobbys wieder tun und genießen können.

Typische Vermeidungsziele (z. B. »keine Angst und Furcht mehr haben«, »alles wieder tun können, ohne ständig an Angst und Furcht zu denken«) sind nicht hilfreich, weil gerade diese im Laufe der Zeit aus einer ganz normalen Angst bzw. Furcht eine Angststörung gemacht haben. Sich selbst mit seinen unangenehmen Körperempfindungen, Gefühlen, Gedanken und Vorstellungen durch eine Psychotherapie noch mehr als bisher unter Kontrolle bekommen zu wollen, wäre nur ein »Mehr desselben«.

Das Gegenteil von Angst ist nicht »keine Angst«, sondern Mut, etwas, das einem sehr wichtig ist, trotz Angst zu tun, Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten

und Handlungsmöglichkeiten und Hoffnung auf Unterstützung von außen (bei religiösen Menschen auch »von oben«).

Der Weg aus der Angst geht durch die Angst hindurch! Alle Anstrengungsziele müssen stärker sein als Angst, Furcht, Sorgen und Panik. Die Angst muss dabei nicht ganz weg sein, während man das tut, was einem wichtig ist. Man kann auch mit und trotz Angst und Furcht erfolgreich handeln!

Aufgabenstellung bei Angststörungen: Besser leben in der Gegenwart

Menschen mit psychischen Problemen leben geistig entweder zu viel in der Vergangenheit (wie Depressive: ständiges Grübeln, englisch: ruminations) oder zu viel in der Zukunft (wie Angstkranke: ständiges unproduktives Sich-Sorgen-Machen über alles und jedes, englisch: worries).

Die Chancen in der Gegenwart können durch anhaltendes Grübeln und ständiges Sich-Sorgen-Machen nicht voll genutzt werden. Handeln ist nur im Hier und Jetzt möglich! Die Vergangenheit ist schon vorbei und die Zukunft noch nicht da.

Menschen mit Angststörungen konzentrieren sich einseitig darauf, welche

Probleme, Gefahren und Katastrophen sie unbedingt vermeiden möchten (sie haben eine ausgeprägt Restrisiko-Fixierung), statt darauf, was sie im Moment ganz konkret tun können, damit ihr Leben so wie gewünscht verläuft.

Bei Angststörungen sollte die Aufmerksamkeitslenkung auf die Gegenwart, auf das Hier und Jetzt, gelenkt werden und anhaltend im Mittelpunkt stehen. Hilfreich sind folgende Fragen:

- Was können Sie jetzt tun, damit es Ihnen und anderen jetzt gut bzw. besser geht?
- Was können bzw. sollten Sie jetzt tun, damit es Ihnen und anderen in Zukunft besser geht?

Literaturempfehlung:

Morschitzky, H. (2019). Wenn Angst das Leben bestimmt. Erfolgreiche Selbsthilfe bei Angststörungen. Ostfildern: Patmos Verlag.

Dr. Hans Morschitzky

Klinischer und Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut (Zusatzbezeichnungen »Verhaltenstherapie« und »Systemische Familientherapie«), 1983–2014 tätig in der Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg Linz, nunmehr Neuromed Campus, in den Bereichen Jugendpsychiatrie, Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik, seit 1987 eigene Praxis, Autor von bisher 16 Büchern.

Medikamentöse Therapie von Angsterkrankungen



von Tim Aurich



und Andreas Ströhle

Vielzahl an zugelassenen Medikamenten zur Behandlung von Panikstörung/Agoraphobie, der generalisierten Angststörung und der sozialen Phobie – Tendenz steigend (1).

Wirkmechanismen

Ähnlich wie bei Depressionen konnte man bei den Angststörungen beobachten, dass die Krankheiten mit neuronalen

Veränderungen, wie u. a. mit einer Veränderung der synaptischen Übertragung, einhergehen. Viele zur Behandlung eingesetzte Psychopharmaka haben deswegen auch Einfluss auf unterschiedliche Komponenten der Synapse, z. B. Neurotransmitter, Rezeptoren oder Ionenkanäle. Vor allem die Konzentration der Neurotransmitter Serotonin und Noradrenalin soll mithilfe von verschiedensten Pharmaka erhöht werden (2).

Tab. 1: Überblick über die Pharmakotherapie von Angststörungen (2)

Medikamentengruppe	Wirkmechanismus	Beispiele
Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)	Hemmung der Wiederaufnahme von ST in die PZ	Citalopram (Cipramil®), Escitalopram (Ciprallex®), Sertralin (Zoloft®), Paroxetin (Paroxat®)
Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI)	Hemmung der Wiederaufnahme von ST und NA in die PZ	Venlafaxin (Trevilor retard®), Duloxetin (Cymbalta®)
Trizyklische Antidepressiva (TZA)	Hemmung der Wiederaufnahme von ST und/oder NA in die PZ	Clomipramin (Anafranil®), Opipramol (Insidon®)
Monoaminoxidase-Hemmer (MAOH)	Hemmung des Abbaus von ST und/oder NA durch die Monoaminoxidase	Moclobemid (Aurorix®), Tranylcypromin (Jatrosom®)
Calciumkanalmodulatoren	Inhibition des Einstroms von Calciumionen	Pregabalin (Lyrica®)
Azapirone	Agonismus am ST-1A-Rezeptor	Buspiron (Buspar®)
Benzodiazepine (BZ)	Verstärkung des GABA-induzierten Einstroms von Chloridionen; Verstärkung der GABA-Wirkung	Lorazepam (Tavor®), Diazepam (Valium®), Alprazolam (Xanax®), Clonazepam (Rivotril®)

ST: Serotonin; NA: Noradrenalin; PZ: präsynaptische Zelle

Einleitung

Ein Engegefühl in der Brust, Herzrasen und Todesangst – unvorstellbar unangenehme Gefühle, unter denen Patient:innen mit Angststörungen leiden – und das tagtäglich. Wenn es da nicht eine Pille gäbe, die die Probleme sofort lösen könnte? Den idealen Wirkstoff gibt es leider (bisher) nicht.

Die Pharmakotherapie in der Psychiatrie nahm in den 1950er-Jahren aufgrund unterschiedlicher Zufallsentdeckungen an Fahrt auf: Substanzen wie Imipramin (Antidepressivum), Chlordiazepoxid (Benzodiazepin) und Haloperidol (Antipsychotikum) und deren Nachfolgesubstanzen haben die Medizin für immer verändert. In den darauffolgenden Jahrzehnten wurde eifrig geforscht, wodurch die Pathogenese von psychischen Erkrankungen und darauf aufbauende medikamentöse Ansätze immer klarer wurden (1). Heutzutage gibt es eine

Therapie

Die Pharmakotherapie stellt neben der Psychotherapie eine wichtige Säule bei der Therapie von Angststörungen dar. Zu Beginn einer Therapie wird den Patient:innen entweder eine Psychotherapie oder eine Pharmakotherapie angeboten, bei fehlendem Ansprechen können beide Therapieverfahren auch miteinander kombiniert werden (2). Allen Patient:innen mit Angststörungen sollte zunächst ein SSRI oder ein SSNRI angeboten werden. Diese Medikamente werden i. d. R. gut vertragen, leider weisen sie aber eine Wirklatenz von ca. 2–4 Wochen auf. In dieser Zeit setzen viele Patient:innen die Medikamente ab, vor allem, weil sich die Unruhe und Nervosität anfangs verstärken kann, wenn zu schnell aufdosiert wird. Dennoch haben diese beiden Medikamentengruppen den höchsten Evidenzgrad

und eine hohe Therapieerfolgsquote (2,3).

Bei der Panikstörung/Agoraphobie ist das TZA Clomipramin als Therapiealternative möglich. Allgemein wird diese Medikamentenklasse aufgrund des Nebenwirkungsprofils etwas weniger gut vertragen, weswegen es auch langsam aufdosiert werden sollte. Die Wirklatenz liegt auch hier bei mindestens 2–4 Wochen. Die generalisierte Angststörung kann auch mit Pregabalin, Opipramol und Buspiron behandelt werden. Pregabalin hat den Vorteil, dass der anxiolytische Effekt bereits nach einigen Tagen der Einnahme einsetzt. Das Medikament hat vor allem Benommenheit und Sedierung als Nebenwirkungen, weswegen es langsam aufdosiert werden sollte, allerdings wird es i. d. R. gut vertragen. Opipramol und



Heute gibt es eine Vielzahl an zugelassenen Medikamenten zur Behandlung von Panik- und Angststörungen.

Buspiron weisen ein verhältnismäßig ungünstiges Nebenwirkungsprofil auf, haben darüber hinaus eine Wirklatenz ähnlich den SSRI und die Studienlage ist inkonsistent. Obwohl Pregabalin im Vergleich zu Buspiron und Opipramol einen höheren Evidenzgrad aufweist, sollte diese Substanz erst bei Therapieversagen mit SSRI/SSNRI angeboten werden, insbesondere auch wegen der möglichen Missbrauchs- und Abhängigkeitsentwicklung. Patient:innen mit einer sozialen Phobie könnten laut Expertenkonsens von einer Therapie mit dem reversiblen MAOH Moclobemid profitieren. Die Verträglichkeit gilt als gut, zu den Nebenwirkungen gehören u. a. Schlafstörungen und Kopfschmerzen. Allerdings ist die Studienlage auch hier eher inkonsistent (1, 2, 3).

Ein Abhängigkeits- oder Missbrauchspotenzial zeigt sich bei Antidepressiva nicht. Die Pharmakotherapie von Angststörungen sollte, wenn die Patient:innen davon profitieren, für mindestens 6–18 Monate nach Remission verlängert werden. Danach kann die Medikation langsam ausgeschlichen werden (2). Zusätzlich zu diesen Substanzen gibt es auch die Möglichkeit, sogenannte »Off Label«-Wirkstoffe einzusetzen. Dabei werden nach Aufklärung der Patient:innen Pharmaka verschrieben, welche in Deutschland keine Zulassung für das spezifische Krankheitsbild haben, aber z. B. in anderen Ländern schon

erfolgreich in Therapien verwendet werden. Dies bietet Therapeut:innen und Patient:innen mehr Spielraum und ermöglicht eine Ausschöpfung weiterer medikamentöser Optionen, z. B. bei Therapierefraktärität (2).

Akuttherapie – die Rolle von Benzodiazepinen

Die Behandlung von Angstzuständen sollte in der Akutsituation vornehmlich nichtmedikamentös erfolgen, zum Beispiel durch ein beruhigendes psychotherapeutisches Gespräch (2). Bei sehr hohem Leidensdruck können zusätzlich Benzodiazepine gegeben werden, da sie im Gegensatz zu den meisten anderen Medikamenten sofort und effektiv wirken. Vor allem im letzten Jahrhundert wurden sie oft und unkompliziert verschrieben, unter anderem zur dauerhaften medikamentösen Behandlung von Angststörungen. Benzodiazepine wirken allerdings so gut, dass es in kurzer Zeit zu einem Missbrauch und einer Abhängigkeit bei Patient:innen kommen kann. Präparate wie Tavor®, Xanax® und Valium® wurden verantwortlich für zahlreiche Fälle von Arzneimittelabhängigkeit, mit der viele Betroffene noch heute zu kämpfen haben (1, 3). Deswegen gilt für die Behandlung mit Benzodiazepinen: »So viel wie nötig, so wenig wie möglich!« Folglich sind Benzodiazepine zur Therapie von Angststörungen nicht geeignet, nicht zuletzt auch wegen der Nebenwirkungen wie Sedierung, Benommenheit und

eingeschränkte kognitive Funktionen (2,3).

Zusammenfassung und Perspektiven

Trotz der Forschungsbemühungen sind Angsterkrankungen und die Wirkweise der medikamentösen Ansätze noch nicht vollständig verstanden, weswegen es auch an kausalen Therapien fehlt. Allerdings können Patient:innen definitiv von einer medikamentösen Behandlung ihrer Angststörung profitieren, welche vor allem bei schweren Fällen in ein multimodales Therapiekonzept eingebettet werden sollte.

Literatur

- Ströhle, A.** (2022). Update Psychopharmakotherapie psychischer Erkrankungen im Erwachsenenalter. *Psychotherapeut* 67, 85–96.
- Bandelow, B. et al.** (2021). Deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen, Version 2, https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-028k_S3_Behandlung-von-Angststoerungen_2021-06.pdf.
- Benkert, O. & Hippus, H.** (2021). *Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie* (13. Aufl.). Springer.

Tim Aurich

Doktorand und Studierender an der Charité – Universitätsmedizin Berlin seit 2018

Prof. Dr. med. Andreas Ströhle

Leitender Oberarzt, Leiter AG Affektive Störungen und der AG und Spezialambulanz für Angsterkrankungen an der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Verhaltenstherapie von Angst- und Zwangsstörungen



von Ulrike Demal

Mit einem Gesamtmittelwert der Lebenszeit-Prävalenz von 2,5% ist die Zwangsstörung die vierthäufigste psychiatrische Erkrankung.

Angststörungen

Angst kennt jeder Mensch als natürliche Alarmreaktion bei drohender Gefahr. Angststörungen unterscheiden sich von einer dem Entwicklungsalter angemessenen normalen Angst bzw. Angst wird dann zum Problem, wenn sie zu häufig und zu lange auftritt, wenn sie unangemessen stark ist, wenn sie außer Kontrolle gerät, wenn Situationen vermieden werden und/oder wenn starker Leidensdruck oder starke Beeinträchtigung besteht. Statistisch gesehen leiden 15% der Menschen im Laufe ihres Lebens einmal an einer Angststörung. Im derzeit gängigen Diagnosesystem ICD-10 (WHO, 1993) werden folgende Angststörungen angeführt: Panikstörung, Agoraphobie, spezifische Phobie, generalisierte Angststörung, soziale Phobie.

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapie

Die kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapie von Angststörungen beinhaltet Beziehungs- und Motivationsarbeit, Diagnostik und Differentialdiagnostik, Erstellung einer Bedingungs- und Funktionsanalyse, Vermittlung eines plausiblen Erklärungsmodells, Wissens-

vermittlung (Störungs- und Veränderungswissen), kognitive Strategien, Varianten von Konfrontationsverfahren sowie Erlernen einer Entspannungsmethode und der Bauchatmung. Im Zuge des Vermittelns von Störungswissen (Psychoedukation) geht es um die Unterscheidung zwischen Angst als normaler körperlicher Reaktion im Sinne einer Alarmreaktion des Körpers, die Überleben sichert, und pathologischer Angst. Angst äußert sich auf verschiedenen Ebenen: körperlich (Zittern, Schwitzen, erhöhter Herzschlag etc.), kognitiv («Ich werde sterben«, «Ich werde die Kontrolle verlieren« etc.), emotional (Unsicherheit, Hilflosigkeit etc.) und im Verhalten (Vermeidung, Flucht, Hilfsuche, Sicherheitsstrategien). Da Angststörungen durch Fehlinterpretationen körperlicher Empfindungen als Zeichen drohender Gefahr aufrechterhalten werden, werden solche Fehlinterpretationen mittels eines sokratischen Dialogs systematisch identifiziert und hinterfragt. Gegenargumente werden gesucht und mittels Verhaltensexperimenten überprüft. Eine Neubewertung körperlicher Reaktionen, angstauslösender Situationen und der eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen im Umgang mit Angstsymptomen soll erreicht werden (kognitive Strategien). Konfrontationsverfahren werden erst nach Klärung der Therapiemotivation und einer Zielklärung und Zielbestimmung als Interventionstechniken in Übereinkunft mit der Patientin/dem Patienten angewendet. Exposition bezeichnet dabei die Darbietung eines angstauslösenden Stimulus (in der Vorstellung/in sensu oder in der Realität/in vivo; graduiert oder massiert). Reaktionsverhinderung meint die Verhinderung/Unterlassung von Vermeidungsverhalten, Flucht oder Sicherheitsverhaltensweisen. Entspannungsverfahren, Bauchatmung und gegebenenfalls Biofeedbacktherapie zielen auf die körperliche Ebene der Angst ab.

Zwangsstörung

Eine Zwangsstörung äußert sich in Form von Zwangsgedanken und/oder Zwangshandlungen, bei den meisten

Patient*innen ist beides vorhanden. Zwangshandlungen präsentieren sich als exzessive Wiederholungen alltäglicher Verhaltensweisen, die nach bestimmten Regeln oder stereotyp ausgeführt werden. Sie dienen meist dazu, Unbehagen zu vermindern oder antizipierte katastrophale Konsequenzen, bedrohliche Ereignisse oder Situationen abzuwehren. Die Handlung steht in keiner realistischen Beziehung zu dem, was sie bewirken oder verhindern soll, bzw. ist eindeutig übertrieben. Am häufigsten sind Kontrollzwänge, Wasch- bzw. Putzzwänge, seltener zwanghaftes Nachfragen, Ordnungszwänge, Zählzwänge und Sammel- oder Hortzwänge. Zwangsgedanken sind als störend, ungewollt und sinnlos erlebte Gedanken oder Impulse, die wiederholt und länger andauernd in den Sinn kommen. Der Inhalt eines Zwangsgedankens besitzt häufig einen rationalen Kern (z. B. Gedanke, ob die Tür zugesperrt wurde), das Ausmaß ist allerdings übertrieben und geht mit einer Beeinträchtigung im Alltag einher. Aggressive, religiöse und/oder sexuelle Inhalte können ebenso im Vordergrund stehen wie Verschmutzung, körperliche Gesundheit, Ordnung oder Symmetrie. Mit einem Gesamtmittelwert der Lebenszeit-Prävalenz von 2,5% ist die Zwangsstörung die vierthäufigste psychiatrische Erkrankung.

Kognitive Verhaltenstherapie wird in den S-3-Leitlinien für Zwangsstörungen (Kordon et al., 2013) mit dem höchsten Evidenzgrad A als Therapie der ersten Wahl angeführt. Im Rahmen der Eingangsdiagnostik werden Erwartungen und Befürchtungen, die die Patient*innen mit ihren Gedanken verbinden («Was würde passieren, wenn Rituale unterlassen werden?») erfasst. Die familiäre und partnerschaftliche Interaktion ist zu untersuchen und die Frage nach den Konsequenzen einer Veränderung für das familiäre und partnerschaftliche System zu stellen. Zwänge sollten auf der Verhaltensebene (Vermeidungsverhalten, Rückversicherung suchen, Ritualisieren etc.), auf der kognitiven Ebene (Gedanken, Befürchtungen), auf der körperlichen Ebene (Zittern, Herzklopfen, Schwitzen, Unbehagen etc.) und auf der emotionalen Ebene (Ekel, Scham, Schuld, Angst, Unbehagen etc.)

erfasst werden. Problem-, Bedingungs- und Funktionsanalyse sowie eine während des gesamten Therapieprozesses laufende Analyse der Patient*in-Therapeut*in-Beziehung sind wesentliche Bestandteile. Zwangsverhalten kann hypothetisch als einer der häufigsten individuellen Copingversuche zur negativen Befindlichkeit interpretiert werden. Die »Wegnahme« der individuellen (Pseudo)-Copingstrategie ohne Ersatz durch eine adaptivere Bewältigungsform wäre demnach mittelfristig kaum erfolgreich.

Multimodale Therapie

Im Rahmen einer multimodalen Verhaltenstherapie werden kognitive Strategien zur Reduzierung des überzogenen Perfektionismus und der Suche nach hundertprozentiger Sicherheit, zur Reduzierung der Angst vor Kontrollverlust und übermäßigen magischen Denkens und Handelns eingesetzt. Die Bearbeitung sozialer Defizite und Selbstwertprobleme, die Verbesserung der adäquaten Wahrnehmung von Emotionen, der Aufbau von Copingstrategien für subjektiv nicht bewältigbare Emotionen, eine Verbesserung der Problemlösekompetenz, die Reaktivierung/der Aufbau von positiv

verstärktem Alternativverhalten und die Aufarbeitung interaktioneller oder anderer Traumata sind Therapieinhalte.

Exposition mit Reaktionsverhinderung und Reaktionsmanagement findet zu den Situationen oder Gedanken statt, die im Zuge der Diagnostik als das Zwangsverhalten auslösend identifiziert wurden. Reaktionsverhinderung bezeichnet das Unterlassen von gedanklichen Ritualen oder Zwangshandlungen und Reaktionsmanagement bezieht sich auf den Umgang mit den dabei auftretenden Emotionen, Gedanken und körperlichen Symptomen. Die über die Exploration präzisierete Emotion(s)mischung im Zustand hoher emotionaler Beteiligung dient als »Gefühlsbrücke« zu relevanten biografischen Episoden, die erst während der Exposition der Erinnerung zugänglich sind. Aufgrund dieser »zustandsabhängigen Abrufbarkeit« ist Exposition eine hervorragende Methode der prozessualen Aktivierung. Eine vertiefte Exploration während der Exposition hilft den Betroffenen, die sonst durch Zwänge schnellstmöglich beendeten, oft ganz diffus als aversiv erlebten Befindlichkeiten in ihrer emotionalen Qualität besser zu differenzieren und sie zu biografischen Episoden in Bezug zu setzen.

Weitere Therapieoptionen

Im Rahmen achtsamkeitsbasierter Therapieansätze werden Zwangsgedanken wie »normale« andere Gedanken behandelt werden (»wie Wolken am Himmel weiterziehen lassen, ohne zu bewerten«). Metakognitives Training fokussiert auf das Denken über das Denken.

Grundsätzlich ist bei der Behandlung von Zwangsstörungen die zusätzliche Gabe eines (selektiven) Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmers zu überlegen.

Literatur

Kordon, A., Lotz-Rambaldi, W., Muche-Borowski, C., Hohagen, F. (2013). S-3-Leitlinie Zwangsstörungen (AWMF-Registernummer 038/017). Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN).
Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1993). Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10, Kapitel V [F]). Bern: Hans Huber.

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Ulrike Demal

Klinische Psychologin, Gesundheitspsychologin
Psychotherapeutin (VT)
Wiener Gesundheitsverbund, Universitätsklinikum
AKH Wien
Ärztliche Direktion, Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie



Zwangshandlungen, wie Wasch- bzw. Putzwänge, präsentieren sich als exzessive Wiederholungen alltäglicher Verhaltensweisen.

Negative Emotionen – Medien – Sucht:

Wann und warum die Corona-Pandemie ein potenzieller Katalysator für Mediensüchte sein kann



von Alexander Ort

Isoliert zu Hause und in Ermangelung anderer sozialer Aktivitäten während der Hochphasen der Pandemie ist die Nutzung digitaler Technologien zu einem wichtigen Instrument für soziale Kontakte, Informationen und Unterhaltung geworden

Wie uns allen während der Pandemie immer wieder eindrücklich vor Augen geführt wurde, ist die Erhaltung von individueller und insbesondere auch kollektiver Gesundheit keine Selbstverständlichkeit und schon gar kein Selbstläufer. In der Zeit seit Ausbruch war während der verschiedenen Phasen der COVID-19-Pandemie dabei nicht nur die körperliche Gesundheit in Gefahr. Neben der reinen Tatsache, dass das Ausmaß der Pandemie und der damit einhergehenden Unsicherheit verbunden mit einer Infektion ein potenziell traumatisches Ereignis darstellt, haben auch die Maßnahmen zur Eindämmung der Infektionszahlen — Ausgangsbeschränkungen, Social Distancing, Schließung von Freizeiteinrichtungen, Schulen und anderen öffentlichen Einrichtungen — das Potenzial, negative Folgen nach sich zu ziehen (Wang et al., 2021).

Aktuelle Studien zeigen auf, dass Menschen die pandemische Situation als Periode gesteigerter emotionaler

und mentaler Belastung empfinden (Brailovskaia & Margraf, 2020). Bedingt wird dies zum einen durch die oben erwähnten Einschränkungen in den unterschiedlichen Bereichen des persönlichen und gesellschaftlichen Lebens. Diese führen zu einem Gefühl des Kontrollverlusts, welches über einen längeren Zeitraum hinweg das Zustandekommen von Angstzuständen begünstigt (Taylor et al., 2020). Viele Studien können dann nicht nur eine gesteigerte Prävalenz von Stress und eine Beeinträchtigung der Schlafqualität nachweisen, sondern zeigen auch, dass Befragte auch häufiger über depressive Symptome und Angstzustände — gegenüber dem Virus selbst oder künftigen negativen Entwicklungen — berichten (Krishnamoorthy et al., 2020). Diese Befunde decken sich mit Studien aus der Suchtforschung. Aus diesem Bereich ist darüber hinaus bekannt, dass längere Episoden von Kontrollverlust und negativen mentalen Zuständen maladaptive Coping-Strategien befeuern können, z. B. problematischen Alkoholkonsum (Keeton et al., 2008). Isoliert zu Hause und in Ermangelung anderer sozialer Aktivitäten während der Hochphasen der Pandemie ist die Nutzung digitaler Technologien (z. B. Smartphone-Apps, Videospiele, soziale Technologien wie Zoom, Streaming-Plattformen wie Netflix, Amazon Prime etc.) zu einem wichtigen Instrument für soziale Kontakte, Informationen und Unterhaltung geworden (z. B. Boursier et al., 2020; Saladino et al., 2020). Darum wird neben dem (exzessiven) Konsum von potenziell schädlichen Substanzen wie Alkohol, Rauschmitteln oder Medikamenten zur Bewältigung solcher schwieriger Phasen im Zusammenhang mit der Pandemie auch über exzessives und damit potenziell problematisches Mediennutzungsverhalten bzw. über Mediensüchte diskutiert und geforscht. Die untersuchten Wirkmechanismen sind vielfältig und sollen im Folgenden deshalb schlaglichtartig (ohne Anspruch an Vollständigkeit) beleuchtet werden.

Es erscheint plausibel, dass manche Menschen den oben erwähnten Kontrollverlust über tägliche Aktivitäten und die eigene Lebensweise während

der Pandemie und das dadurch ausgelöste emotionale Unbehagen durch intensives oder auch exzessives Nutzungsverhalten kompensieren. Hierfür bieten sich digitale und interaktive Dienste, insbesondere soziale Medien, an. Durch Ersatzhandlungen, z. B. gezieltes Scrollen und die Möglichkeit zur Zusammenstellung der Inhalte nach individuellen Präferenzen, vermitteln diese Kanäle den Nutzer:innen ein Gefühl von Kontrolle und Sicherheit und den Eindruck, ein Stück Kontrolle zurückzugewinnen (Brailovskaia & Margraf, 2021).

Damit zusammenhängend, jedoch über die reine Kontrolle hinausgehend, erfüllen soziale Medien noch einen weiteren wichtigen Zweck. Durch ihre Funktionalität können die Nutzer:innen den Mangel an sozialer Interaktion, bedingt etwa durch Lockdowns und Ausgangssperren, kompensieren. So wird bereits zu »normalen« Zeiten die Nutzung sozialer Medien durch die sogenannte »fear of missing out« (kurz FOMO), also die Befürchtung, etwas in der eigenen sozialen Blase zu verpassen, wenn man bspw. zu lange nicht die eigene Facebook-Timeline oder die Instagram-Stories prüft, getrieben (Tandon et al., 2021). Die Tatsache, dass die Nutzung von sozialen Medien Einsamkeit und Isolation senkt sowie das Gefühl sozialer Unterstützung fördert (Indian & Grieve, 2014), dürfte diesen Effekt in Zeiten einer globalen Pandemie noch zusätzlich verstärken.

Letztlich können die gerade beschriebenen Verhaltensweisen dann dazu beitragen, negative emotionale Zustände abzufedern. Sie entfalten dann eine Art Pufferfunktion. Unter Umständen ist sogar vorstellbar, dass durch die Nutzung zumindest kurzfristig positive emotionale Zustände gefördert werden, weil die Nutzer:innen dem Alltag entfliehen und in andere Welten eintauchen können. Auf biologischer Ebene hängt dies auch mit der Ausschüttung von Dopamin, dem Glückshormon, zusammen (Burhan & Moradzadeh, 2020; Kim et al., 2011). Während diese Formen der gleichermaßen auf mentaler wie auch auf physiologischer Ebene stattfindenden Gratifikationen auf kurze

Sicht eher unproblematisch sein dürfen, vergrößert der langfristige Charakter der Pandemie die Chance für eine Habitualisierung des Verhaltens sowie die Entwicklung von maladaptiven Nutzungsmustern und Abhängigkeiten. Wenngleich digitale Technologien einerseits eine wichtige Rolle als »Angstlöser« in individuellen oder gesellschaftlichen Ausnahmezuständen einnehmen können, können die potenziellen Risiken nicht außer Acht gelassen werden. Denn eine suchtmäßige Nutzung fördert Depressionen, Schlafstörungen sowie im schlimmsten Fall Suizidgedanken und -verhalten (Brailovskaia & Margraf, 2020). Genau darum ist ein offener Umgang mit diesen Risiken und eine Sensibilisierung der Nutzer:innen für einen (verantwortungs-)bewussten Umgang mit diesen Kanälen insbesondere während solcher Perioden von essenzieller Bedeutung.

Literatur

Boursier, V., Gioia, F., Musetti, A. & Schimmenti, A. (2020). Facing Loneliness and Anxiety During the COVID-19 Isolation: The Role of Excessive Social Media Use in a Sample of Italian Adults. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsy.2020.586222>

Brailovskaia, J. & Margraf, J. (2020). Predicting adaptive and maladaptive responses to the Coronavirus (COVID-19) outbreak: A prospective longitudinal study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20(3), 183–191. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.06.002>

Brailovskaia, J. & Margraf, J. (2021). The relationship between burdens caused by coronavirus (Covid-19), addictive social media use, sense of control and anxiety. *Computers in Human Behavior*, 119, 106720. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2021.106720>

Burhan, R. & Moradzadeh, J. (2020). Neurotransmitter dopamine (DA) and its role in the development of social media addiction. *Journal of Neurology & Neurophysiology*, 11(7), 1–2.

Indian, M. & Grieve, R. (2014). When Facebook is easier than face-to-face: Social support derived from Facebook in socially anxious individuals. *Personality and Individual Differences*, 59, 102–106. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.11.016>

Keeton, C. P., Perry-Jenkins, M. & Sayer, A. G. (2008). Sense of control predicts depressive and anxious symptoms across the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 22(2), 212–221. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.2.212>

Kim, S. H., Baik, S.-H., Park, C. S., Kim, S. J., Choi, S. W. & Kim, S. E. (2011). Reduced striatal dopamine D2 receptors in people with Internet addiction. *NeuroReport*, 22(8). https://journals.lww.com/neuroreport/Fulltext/2011/06110/Reduced_striatal_dopamine_D2_receptors_in_people.9.aspx

Krishnamoorthy, Y., Nagarajan, R., Saya, G. K. & Menon, V. (2020). Prevalence of psychological morbidities among general population, health-care workers and COVID-19 patients amidst the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 293, 113382. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113382>

Saladino, V., Algeri, D. & Auriemma, V. (2020). The Psychological and Social Impact of Covid-19: New Perspectives of Well-Being. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2020.577684>

Tandon, A., Dhir, A., Almugren, I., AlNemer, G. N. & Mäntymäki, M. (2021). Fear of missing out (FoMO) among social media users: A systematic literature review, synthesis and framework for future research. *Internet Research*, 31(3), 782–821. <https://doi.org/10.1108/INTR-11-2019-0455>

Taylor, S., Landry, C. A., Paluszek, M. M., Fergus, T. A., McKay, D. & Asmundson, G. J. G. (2020). COVID stress syndrome: Concept, structure, and correlates. *Depression and Anxiety*, 37(8), 706–714. <https://doi.org/10.1002/da.23071>

Wang, C., Tripp, C., Sears, S. F., Xu, L., Tan, Y., Zhou, D., Ma, W., Xu, Z., Chan, N. A., Ho, C. & Ho, R. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on physical and mental health in the two largest economies in the world: A comparison between the United States and China. *Journal of Behavioral Medicine*, 1–19. <https://doi.org/10.1007/s10865-021-00237-7>

Dr. Alexander Ort, B.Sc. M.Sc.

ist Dozent und Senior Research Fellow am Department für Gesundheitswissenschaften und Medizin an der Universität Luzern (Schweiz). Er studierte Kommunikationswissenschaft (B.Sc. & M.Sc.) an der Universität Hohenheim (Deutschland), bevor er an der Universität Freiburg (Schweiz) promovierte. Seine Forschungsschwerpunkte sind Medienennutzung und Medienwirkung, insbesondere in den Bereichen Gesundheitskommunikation, Persuasion und Medienpsychologie. Methodisch konzentriert er sich vor allem auf quantitative Methoden, einschließlich psychophysiologischer und Echtzeit-Reaktionsmessungen.



FOMO (»fear of missing out«) bezeichnet die Befürchtung, etwas in der eigenen sozialen Blase zu verpassen.

Sucht und Angst



von Peter Berger

Etwa ein Viertel bis ein Drittel der Patient*innen, die an einer Abhängigkeit leiden, leiden auch an einer Angststörung.

Sucht ist ein altes Wort für Krankheit und Siechtum, charakterisiert durch ein Leitsymptom wie z. B. gelbe Färbung im Gesicht (Gelbsucht) oder übermäßiges Trinken von Alkohol (Trunksucht). Manche aber meinen, Sucht komme von »suchen« und die Süchtigen seien beständig auf der Suche nach dem Suchtmittel. Nein, das Gegenteil ist der Fall. Süchtige haben bereits gefunden, und zwar das subjektiv beste und verlässlichste Mittel, um unangenehme Gefühlszustände wie z. B. Angst zu verbessern. Dieses Erfahrungswissen, dass es etwas so verlässlich und gut Wirksames gibt, macht es auch so schwierig, das Mittel aufzugeben, auch wenn es bereits zu einer Reihe von Problemen geführt hat.

Diese positive Wirkung prägt sich immer mehr in die neuronalen Strukturen des Gehirns ein, sodass auch die Verbindungen zwischen Gefühls- und Belohnungszentren und Zentren für Handeln und Bewerten dauerhaft verfestigt werden. Unangenehme Gefühle, Hilflosigkeit und damit verbundene Situationen lösen dann ein drängendes Verlangen nach dem Suchtmittel aus. Genauso kann aber bereits die Erwartung der Wirkung den emotionalen Zustand verbessern. So berichten viele Patient*innen, die an Glücksspielsucht leiden, dass es ihnen sofort viel besser geht und alle Sorgen wie durch ein Wunder weg sind, wenn sie sich auf dem Weg zum Spiel befinden. Und so berichten auch Patient*innen, die unter Panikattacken leiden, dass bereits das Wissen, ein Beruhigungsmittel in der Tasche zu haben, beruhigend wirkt.

Dieses Verhalten wird als »Selbstmedikation« bezeichnet und ist bei den verschiedenen Angststörungen unterschiedlich ausgeprägt. Amerikanischen Studien zufolge nehmen nur ca. 3% der Patient*innen, die an einer Panikstörung (ohne Agoraphobie) leiden, Alkohol als Selbstmedikation. Aber ca. 36% der Patient*innen, die an einer generalisierten Angststörung leiden, nehmen aus diesem Grund Alkohol oder Drogen. Bei Panikattacken werden typischerweise die körperlichen Symptome wie Herzrasen oder Schwindelgefühl

wahrgenommen und als akute körperliche Erkrankung interpretiert. Daher besteht hier eher das Verlangen nach Kreislaufmedikation und akuter medizinischer Hilfe. Bei zunehmender Häufigkeit der Panikattacken und Vermeidung angstauslösender Situationen steht dann die Angst im Vordergrund und damit das Verlangen, diese mit Beruhigungsmitteln zu dämpfen. Bei der generalisierten Angststörung wachen die Betroffenen nach einer durch Schlafstörung gekennzeichneten Nacht bereits mit Angst auf und erleben sich den gesamten Tag über in einem angespannten und ängstlichen Zustand. Daher ist bei dieser Störung das Bedürfnis nach Beruhigung besonders stark ausgeprägt. Wegen vegetativer körperlicher Symptome wie z. B. Magenbeschwerden und Übelkeit werden oft sogenannte »Magenschoner« (Säureblocker) eingenommen, die die Eisenaufnahme vermindern und so den Zustand verschlechtern können. Oder es werden wegen chronischer Muskelverspannung Schmerzmittel eingenommen.

Bei der sozialen Phobie besteht oft das Bedürfnis, zur Bewältigung der sozialen Situationen Beruhigungsmittel zu nehmen oder sich mit Alkohol Mut anzutrinken. Da zwischenmenschliche Interaktionen alltäglich sind, werden oft schon präventiv angstlösende Substanzen eingenommen, was damit zur Mengensteigerung führt.

Bei spezifischen Phobien (z. B. Flugangst) kann die angstauslösende Situation meist ganz vermieden werden und muss daher nur selten durchgestanden werden oder die angstauslösende Situation tritt unvermutet auf (z. B. Zusammentreffen mit Spinne), sodass die regelmäßige Einnahme von beruhigenden Substanzen keinen Sinn macht.

Komplexer ist die Situation bei der Posttraumatischen Belastungsstörung, bei der es neben Angstzuständen mit Wiedererleben der traumatischen Erinnerungen auch zu chronischen und unerklärlichen Schmerzzuständen kommen kann. Da die üblichen Schmerzmittel nur wenig wirksam sind, kommt es immer wieder zur Einstellung auf Opioide mit Dosissteigerung im Verlauf, da sie bei



Bei der Internetsucht scheinen Angststörungen, insbesondere die Sozialphobie, eine große Rolle zu spielen.

psychisch bedingten Schmerzen nur teilweise wirksam sind. Dies kann zur Abhängigkeit führen. In den USA hat die unkritische Verschreibung von Opioiden bereits zu massiven Problemen im Gesundheitssystem geführt.

Das Modell der Selbstmedikation als Einstieg in die Abhängigkeitsentwicklung ist hilfreich, die Interaktion von Angst und Sucht zu verstehen. Es erklärt aber nicht, warum sich nur bei manchen Menschen, die an Angst leiden, eine Abhängigkeit entwickelt. Es scheinen dabei neben der Angst weitere Faktoren beteiligt zu sein. So zeigt sich bei einem Vergleich von Patient*innen, die an einer generalisierten Angststörung leiden und an einer Substanzabhängigkeit, und solchen ohne Substanzabhängigkeit, dass Patient*innen mit Substanzabhängigkeit häufiger an weiteren psychischen Störungen wie Depression, bipolarer Störung und/oder Persönlichkeitsstörungen leiden und häufiger traumatische Erlebnisse in der Kindheit und Substanzabhängigkeiten in der Familie zu finden sind. Auch der Therapieverlauf ist bei diesen Patient*innen ungünstiger mit mehr Rezidiven und der Notwendigkeit von stationären Behandlungen. Ein gemeinsamer Faktor könnte die stärker

beeinträchtigte Gefühlsregulation bei diesen Patient*innen sein. Etwa ein Viertel bis ein Drittel der Patient*innen, die an einer Abhängigkeit leiden, leiden auch an einer Angststörung. Dies ist nicht nur bei Substanzabhängigkeiten der Fall, sondern trifft auch auf Verhaltenssuchte wie z. B. Glücksspielsucht zu. Bei der Internetsucht scheinen Angststörungen, insbesondere die Sozialphobie, eine noch größere Rolle zu spielen.

Bei Patient*innen, die seit langem an einer komplexen psychischen Erkrankung mit Angstsymptomatik leiden, sollte die längerfristige Therapie mit Beruhigungsmitteln sehr genau überlegt werden. Bei suizidalen Krisen ist der Einsatz dieser Medikamente jedoch oft kurzfristig erforderlich. Es kann auch sein, dass sich hinter therapieresistenter Angstsymptomatik und Schlafstörungen eine langjährige Substanzabhängigkeit verbirgt, die aus Scham nicht offenbart wird. Daher ist die umfassende und genaue Diagnostik bei solch komplexen Fällen wichtig. In der Therapie sollte natürlich sowohl auf die Abhängigkeit als auch auf die Angstsymptomatik eingegangen werden. Eventuell ergibt sich auch die Frage, ob vor Beginn einer Therapie der Angst eine Entzugsbehandlung

durchzuführen ist. Der langjährige Gebrauch von beruhigenden Substanzen schwächt das eigene Vertrauen und die Bereitschaft, sich mit der Angst im Rahmen der Therapie zu konfrontieren. Auch gilt es zu beachten, dass sich die Wirkung des Suchtmittels nicht allein auf Angst bezieht, sondern auch auf andere Bereiche des Befindens und des Umganges mit Emotionen, sodass dies auslösend für einen Rückfall sein kann.

Literaturangaben beim Autor

Ass. Prof. Dr. Peter Berger

ist Psychiater und Oberarzt an der Univ. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Universität Wien und Leiter der Psychosomatischen Station der Klinischen Abteilung für Sozialpsychiatrie.

Er leitete über mehr als 20 Jahre die Panikattacken-Ambulanz der Univ. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Darüber hinaus ist er seit mehr als 30 Jahren Psychiater der Spielsuchthilfe und befasst sich mit der Therapie der Glücksspielabhängigkeit.

In den 1980er-Jahren arbeitete er am Sonderkrankenhaus für Suchtkrankheiten de La Tour in Treffen/Kärnten und leitete die Ambulanz für Alkoholranke für den Bezirk Wolfsberg.

Unser Betreu

Prävention

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

In Betrieben

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

In Schulen

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

Beratung

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

Unser Angebot richtet sich an

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

Stationäre Kurzzeittherapie

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

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

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

Stationäre Langzeittherapie

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

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

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



Leistungsangebot

Ambulante Behandlung/Rehabilitation

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

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

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

Stationäre Dauerbetreuung

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

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

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

Stationärer Vollentzug & Teilentzug

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

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

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

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

AMS-NÖ Beschäftigungsprojekt

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

Der Mut zur Angst – sich dem Leben stellen heißt: sich der Angst stellen



von Manuela Herden

»Angst ist unser bester Lehrer ...
Wer sich recht ängstigen lernte,
der hat das Höchste gelernt!«
(Kierkegaard)

Etwa zwei Monate vor Ausbruch der Corona-Pandemie fand ich mich in einem Hörsaal wieder, um das Exposé meiner geplanten Masterarbeit vorzustellen: »Der Mut zur Angst – Existenzielle Angst in Psychotherapie und Seelsorge«. Meine leisen Zweifel, ob das Thema denn aktuelle gesellschaftliche Relevanz besitze, wurden zukunftsstreichend von den Studienleitern zerstreut. Und etwa acht Wochen später war es fast surreal, wie präsent das Thema war, für das ich mich gerade durch Berge von Literatur wühlte und versuchte, stimmige eigene Gedanken zu entwickeln. Inmitten von Toilettenpapier hortenden, nach Konservendosen drängelnden Mitmenschen, rutschenden Mund-Nasen-Schutzmasken sowie realen Einschränkungen und Bedrohungen des Lebens, wie wir es bisher kannten, setzte ich mich mit philosophischen und spirituellen Konzepten von Sein und Werden, von Bindung und Loslösung, von Freiheit, Verantwortung, Grenzen und Tod auseinander. Und konnte die praktische Relevanz gleich selbst testen ...

Exkurs: Was versteht man unter existenzieller Angst?

Der Philosoph und Theologe Paul Tillich beschrieb in seinem Spätwerk »Der Mut zum Sein« die existenzielle Angst als eine Grundangst des Menschen: »Die Angst ist der Zustand, in dem ein Seiendes der Möglichkeit seines Nichtseins gewahr wird. [...] Angst ist die Endlichkeit erfahren als unsere eigene Endlichkeit« (Tillich 2015). Und der Philosoph Martin Heidegger beschrieb existenzielle Angst als das Bewusstsein von der »Unmöglichkeit weiterer Möglichkeiten«. Mit anderen Worten: Wenn ein Mensch sich der Zerbrechlichkeit und Endlichkeit seines Lebens sowie des damit einhergehenden Kontrollverlustes bewusst wird, erlebt er

existenzielle Angst. Nun kann man trefflich darüber streiten, ob diese sehr realistische Einschätzung der Begrenztheit unseres Lebens ganz normaler Bestandteil des menschlichen Lebens ist oder pathologisch gedeutet werden muss. Ein ganzer Zweig der existenziellen Psychotherapie z. B. fußt auf dem Gedanken, dass existenzielle Angst die Ur-Mutter aller Ängste ist, und behandelt die psychischen Störungen, welche sich im Gefolge dysfunktionaler Bewältigungsversuche existenzieller Angst einstellen, konsequenterweise mit psychotherapeutischen Mitteln. Der bekannte existenzielle Psychotherapeut Irvin Yalom konstatiert: »Existenzielle Therapie ist auf ein Modell der Psychopathologie gegründet, welches davon ausgeht, dass Angst und deren fehlangepasste Auswirkungen Antworten auf [die existenziellen Gegebenheiten des Lebens] sind.« Zu den existenziellen Gegebenheiten gehören: Tod, Freiheit, Isolation und Sinn.

Auch Viktor Frankl, Begründer der Existenzanalyse und Logotherapie, wies der verdrängten existenziellen Angst einen Platz bei der Entstehung unterschiedlicher Angststörungen zu: »Die existenzielle Angst verdichtet sich zur hypochondrischen Phobie, indem die ursprüngliche Todesangst sich auf eine bestimmte [...] Krankheit konzentriert. [...] Die ursprünglich totale Angst sucht anscheinend nach einem konkreten Inhalt, einem gegenständlichen Stellvertreter von ‚Tod‘ oder ‚Leben‘, einem Repräsentanten der ‚Grenzsituationen‘ (Jaspers), einer symbolischen Repräsentation (Straus)« (Frankl 2007). Pathologisch ist nicht die existenzielle Angst, sondern erst durch den dysfunktionalen Umgang mit der »Mutter aller Ängste« entstehen Pathologien. So sinnvoll es ist, konkreten Ängsten durch Konfrontationstherapie, kognitive Umstrukturierung, Reframing, sozio-emotionales Training, achtsamkeitsbasierte

Verfahren, Medikamente u.v.m. zu Leibe zu rücken, so relevant erscheint es, auch das zugrunde liegende existenzielle Muster aller Angst in den Blick zu nehmen: Die schlichte Wahrheit nämlich, dass wir als Menschen begrenzt sind und unser Leben zwar gestalten, aber nicht in Gänze kontrollieren können.

Dysfunktionale Formen des Umgangs mit existenzieller Angst

Verdrängung und Leugnung, Grandiositäts- und Allmachtsfantasien, Ablenkung und Substitution, Verantwortungsver-schiebung auf andere und Opferhaltung, Selbstentfremdung und Vermeidung negativer Gefühle. In einer Gesellschaft der Machbarkeit fällt es Menschen zunehmend schwer, sich balanciert und mutig den eigenen Grenzen zu stellen. Leben und Lebensqualität wird gemessen, bewertet, optimiert, beschleunigt und ... manchmal gerade dadurch verpasst. Krankheit und Tod, Einschränkung persönlicher Freiheit, Isolation und nicht erkennbarer Sinn erscheinen dem modernen Menschen undenkbar und unerträglich. Die Angst drängt zur Verdrängung. Sie treibt an zu immer mehr, immer höher, immer besser, immer schneller. Unausweichlich folgt dieser Beschleunigung der Absturz. Der Balanceakt zwischen individueller Lebensgestaltung und Teilhabe an der Gemeinschaft, zwischen Freiheit und Verantwortung, Isolation und Verbundenheit, erwachsenem Urteil und wertfreier Akzeptanz ist eine Lebenskunst, die längst nicht selbstverständlich gelingt. Was meinen die Existenzphilosophen mit der Aussage, dass die Angst unser »bester Lehrer« ist oder der Tod und die Todesbewusstheit »Katalysator des Lebens« sind? Inwiefern steigert Angst die Kreativität und lässt das Leben lebendiger werden? Was müsste aus existenzieller Sicht geschehen, um an den Grenzsituationen und Herausforderungen unseres Lebens nicht zu erkranken, sondern zu reifen?

Gesunder Umgang mit existenzieller Angst

Der Existenzphilosoph Karl Jaspers wurde v. a. durch seine Arbeiten zum Leben in Grenzsituationen bekannt. Er schrieb: »Auf Grenzsituation reagieren wir daher sinnvoll nicht durch Plan und Berechnung, um sie zu überwinden, sondern durch eine ganz andere Aktivität, das Werden der in uns möglichen Existenz; wir werden wir selbst, indem wir in die Grenzsituation offenen Auges eintreten«

(Jaspers 1932). Haben Sie je den Satz gehört (oder selbst ganz wohlmeinend zu anderen gesagt): »Sei einfach du selbst?« Ich möchte mal behaupten, dass es wirklich nur wenige Dinge im Leben gibt, die schwieriger sind als »einfach« man selbst zu sein. Wir Menschen sind soziale Wesen, die mit und im Austausch mit anderen lernen und werden. Wann immer wir ganz auf uns selbst zurückgeworfen sind, scheint uns das gehörig herauszufordern. Es erfordert Mut, sich aus einer Gruppe zu lösen, einen eigenen Standpunkt zu finden und zu vertreten und auf eigenen Beinen zu stehen. Die Gruppe gibt Schutz und Bestätigung, und nicht nur in Zeiten von coronabedingter unfreiwilliger Isolation wird das sehr schmerzlich vermisst. Jedoch hilft bei der Selbstwerdung auch nicht Opportunismus um jeden Preis, das hieße, auf der anderen Seite vom Pferd zu fallen. Nicht die Gegenbewegung zu einer Gruppe oder das »Antiskript« des exklusiven Lebensentwurfs ist mit Selbstwerdung gemeint. Sondern ich »selbst« werde ich dort, wo ich mich mit meiner Existenz und deren Grenzen auseinandersetze, erforsche, wer ich sein kann, wenn ich mein Potenzial voll ausschöpfe und mich traue, mich mir selbst in aller zutiefst menschlichen Begrenztheit zu stellen. Erst wenn ich mich mutig der Angst stelle, nicht zu sein, nicht wichtig zu sein, nicht erfolgreich zu sein, nicht verbunden oder gesehen zu sein, dann verliert die Angst ihre Macht über mich. Das wäre gewissermaßen eine »achtsamkeitsbasierte, emotionsfokussierte Konfrontationstherapie mit der eigenen Existenz«. Und durch diese mutige Konfrontation geschieht, was immer dann geschieht, wenn man sich seiner Angst stellt: Die Spannungskurve fällt ab. Was eben noch undenkbar und unerträglich schien, verliert seinen Schrecken und wird bewältigbar. Handeln wird wieder möglich und sinnvolle nächste Schritte werden gangbar. Es erfordert Mut, vor der Herausforderung nicht zu fliehen, sondern die Person zu werden, die man potenziell sein könnte: »Mut ist die Bejahung der eigenen essentiellen Natur, des eigenen inneren Ziels, der Entelechie« (Tillich 2015).

Pandemie und Individuation

Für den modernen vernetzten Menschen lautet das Credo: »Alles ist möglich, aber nicht alleine sein!« Nun ist die Wichtigkeit sozialer Verbindung in der Sozialforschung nachdrücklich bewiesen. Doch

was, wenn diese Einschätzung – obgleich in vielem zutreffend – den Blickwinkel der sinnvollen und notwendigen Individuation noch nicht genügend integriert? Was, wenn wir uns zu oft nur in Gruppen selbst definieren können, aber alleine mit uns selbst nichts anfangen können? Was, wenn wir das Alleinsein so schlecht ertragen können und uns einsam fühlen, weil wir keine gesunde Individuation, sondern stattdessen dysfunktionale Individualität und Einzelgängertum kennen? Die Sozialforschung zeigt uns: Vor allem Jüngere leiden stärker unter den Folgen des Lockdowns. Eine These dazu könnte sein: Individuation und Selbstwerdung sind ein wichtiger Schutzfaktor vor Einsamkeit. Intrapersonelle Isolation ist ein individueller Risikofaktor für pathologisches Einsamkeitserleben. Würde nicht ein sinnvoller Teil der Einsamkeitsbekämpfung darin bestehen, sich nicht nur in Verbindung mit anderen zu erleben, sondern auch als in Verbindung mit sich selbst?

Krieg und Mut zum Sein

Lange undenkbar ist am 24. Februar 2022 der Krieg in Europa in das tägliche Denken zurückgekehrt, in seinem Gefolge die Angst vor atomarer Vernichtung. »Mensch und Erde sind zu einem Problem für den Menschen geworden, das ihn mit tiefer Sorge erfüllt und mit einer Angst, die so quälend ist, daß er ihr verzweifelt zu entinnen sucht. [...] Hauptursache ist die drohende Gefahr der totalen Vernichtung allen Lebens« (Tillich 1986). Und im Angesicht dieser Angst finden sich Menschen – in der Ukraine und darüber hinaus –, die sich ihrer Angst und der Bedrohung stellen und den Mut auf sich nehmen, zu ihrer eigenen, freien Identität zu stehen. Die nicht dazugehören oder die Zeit zurückdrehen wollen, um der Angst zu entfliehen, sondern die sich ihr stellen und mutig ihre Position, ihre Identität und Werte verteidigen. Was, wenn wir nicht erst angesichts des Todes uns unserer Individualität und Werte bewusst würden, sondern uns diesen mit wacher Zuwendung hier und heute stellen? Denn ... sich der Angst stellen heißt: sich dem Leben stellen.

Literaturangaben bei der Verfasserin

Manuela Herden, M.A.

M.A. in Religion und Psychotherapie, lebt in Köln und ist tätig als Coach, Supervisorin und Spiritual Care Giver

Spurensuche

Sucht und Ängste

Obwohl Angst an sich unreal ist, hat sie mich in die Sucht getrieben. Diesen Fakt finde ich ziemlich paradox, da etwas nicht Existentes quasi fast meine Existenz gekostet hat. Ich habe aus meinen Ängsten heraus Selbstmedikation betrieben/praktiziert, als ich mein persönliches Allheilmittel Heroin für mich entdeckte. Damit ging es mir einfach besser, ich hatte mehr Selbstvertrauen, war wortgewandter und meine Ängste waren wie weggeblasen. Ich war mit dem Zeug ein besserer Mensch, redete ich mir ein. Dieser Effekt wurde schnell immer schwächer, da mein Körper eine Toleranz aufbaute. Also musste ich die Dosis erhöhen und der Teufelskreis nahm seinen Lauf.

Damals ahnte ich noch nicht, dass mein Konsum alles noch schlimmer machen würde. Wie denn auch, wenn dir die Substanz eine heile Welt vorgaukelt? Nach ca. einem Jahr gab es zum ersten Mal keinen Stoff und mir wurde klar, dass ich abhängig war, weil ich ohne einfach gar nicht mehr funktioniert habe. Nun wurden die Ängste wieder präsent und es kamen noch einige hinzu. Angst, dass jemand meine Abhängigkeit bemerkt, dass ich mit meinem Geld nicht auskomme, dass ich meine Arbeit verliere, dass es keinen Stoff gibt und die Angst vorm Aufhören bzw. Entzug. Es hat lange gedauert, einige Selbstentzüge inklusive Rückfälle gebraucht, viel Geld gekostet und auch fast mein Leben, bis ich realisiert habe, dass ich Hilfe brauche, und den Mut dazu gefunden habe, solche in Form einer Langzeittherapie in Anspruch zu nehmen bzw. anzunehmen.

anonym

Die Atmung wird schneller, der Herzschlag steigt und Schweißperlen bilden sich auf meiner Stirn. Angst setzt ein. Jetzt gibt es nur eine Lösung: Schnell einige Tabletten schlucken und ich muss dieses fürchterliche Gefühl endlich zu zittern aufhören, kehrt. Wenn die Hände endlich zu zittern aufhören, kehrt eine wohlige und tief gehende Ruhe ein.

Die letzten Jahre wendete ich diese Strategie vermeintlich sehr erfolgreich an. Mit der Begründung, dass die Angst ohnehin nur eine physiologische Fehlreaktion sei, war es leicht für mich, die Selbstmedikation mit Benzodiazepinen zu rechtfertigen. Das war für mich der einzige Weg, meinem »biochemischen Ungleichgewicht« entgegenzuwirken. Mir als Süchtigem fiel es leichter, den Prozessen auf biologischer Ebene die Schuld für meinen Konsum zu geben. So musste ich mich nicht mit den tatsächlichen Auslösern für meine Angst befassen.

Vor einigen Monaten begann ich die Tabletten abzusetzen. Je niedriger die Dosis wurde, desto mehr wurde mir klar, dass mir die Werkzeuge fehlen, um mit meiner Angst umzugehen. Bis zu diesem Zeitpunkt habe ich mich zur Regulation meiner Stimmung ausschließlich auf Medikamente verlassen. Erst seit Beginn meiner Therapie, begann ich mir Wege zur Bewältigung zurechtzulegen.

Ausschlaggebend hierfür waren immer wiederkehrende Panikattacken. Der erste Gedanke ist ein reflexartiger Griff zur Hosentasche, wo ich früher die Tabletten aufbewahrte. Dem folgt sehr schnell die Realisierung, dass ich einen anderen Weg finden muss. In schlimmen Fällen überkommt mich Verzweiflung, welche ich mittlerweile aber schon einigermaßen in den Griff bekomme. Ich hoffe, Mittel und Wege zu finden, um mit meinen Emotionen besser umzugehen. Das wird Zeit brauchen, aber die hab ich ja zum Glück.

Moritz

Angstbehandlung in der Therapeutischen Gemeinschaft – gemeinsam den Kreislauf von Angst und Sucht durchbrechen



von Anita Rinner

Das Erleben von Unterstützung, Sicherheit und Hilfestellung im Rahmen der Therapeutischen Gemeinschaft stellt einen wesentlichen stabilisierenden Faktor für Menschen mit komorbiden Angsterkrankungen dar.

Angst ist eine der grundlegendsten Emotionen des Menschen. Sie ist eine Alarmreaktion, die unser Überleben seit jeher sichert und somit eine wichtige Schutzreaktion des psychisch gesunden Menschen auf wahrgenommene Gefahren. Ängste und Angsterlebnisse hat jeder Mensch von der frühen Kindheit bis ins hohe Alter. Doch wann entwickelt sich das normale und gesunde Gefühl der Angst zu einer Angststörung? Angst wird zur Krankheit, wenn sie unangemessen stark ist, wenn sie zu häufig und zu lange auftritt, wenn die Person einen Kontrollverlust erlebt und in weiterer Folge bisher alltägliche Situationen nur unter großer Angst aushält oder wenn sie diese sogar gänzlich vermeidet. Die Konsequenzen dieser Reaktionen führen zu einem starken Leidensdruck – einem Angstkreislauf –, der die »Angst vor der Angst« scheinbar unermesslich werden lässt und das Leben massiv einschränkt. Hinzu kommt eine immer größer werdende Scham, über diese Angsterlebnisse zu sprechen, und eine damit einhergehende Tendenz zur Isolation. Ein Mensch, der sich in einem solchem Angstkreislauf befindet, hat oftmals das Gefühl, der Einzige zu sein, der vor scheinbaren »Kleinigkeiten« lähmende Angst empfindet und fühlt sich unverstanden und allein mit seinem Problem. Die Suche nach einer Lösung dieser teilweise als unaushaltbar wahrgenommenen Angst mündet dabei nicht selten in den Gebrauch von Substanzen, welche diese negativen Gefühlszustände zumindest kurzfristig erträglich machen sollen.

Diese Form der Selbstmedikation, d.h., dass psychotrope Substanzen von Personen mit psychischen Störungen konsumiert werden, um Symptome der psychischen Störung zu dämpfen, wird von Khantzian (1997) ausführlich beschrieben. Durch die Reduktion des

belastenden Symptomerlebens wird der Substanzkonsum verstärkt, was eine Progression des Konsums ermöglicht und sich oftmals in einer Suchterkrankung manifestiert. Die Zusammenhänge zwischen Substanzmissbrauch und psychiatrischen Störungsbildern, wie jenem der Angst, sind dabei vielfältig und können sich gegenseitig beeinflussen bzw. verstärken. Epidemiologische Studien mit repräsentativen Stichproben ergaben signifikante Zusammenhänge zwischen Angststörungen und Suchtmittelmissbrauch. Dabei gaben rund 70 % der Männer und 80 % der Frauen an, dass sie vor ihrer Suchterkrankung bereits unter einer Angststörung litten (Lieb & Isensee, 2007). In verschiedensten ätiologischen Modellen der Komorbiditätsforschung wird auf Zusammenhänge zwischen persönlichkeitsrelevanten Merkmalen und Suchterkrankungen verwiesen (Khantzian, 1997). Es zeigt sich dabei, dass die Prävalenz von komorbiden Störungen bei Suchterkrankungen beträchtlich ist und in einigen Studien sogar bei bis zu 93 % liegt (Khantzian, 1997).

Die meisten empirischen Befunde zeigen, dass Angststörungen und Suchterkrankungen ursächlich zur Entwicklung der jeweils anderen Störung beitragen können, wobei Merkmale aus dem Angstspektrum (z.B. Ängstlichkeit als Persönlichkeitsmerkmal) und bereits manifeste Angststörungen häufiger einer Suchterkrankung vorausgehen scheinen. Lernprozesse spielen dabei eine wichtige Rolle. Der Konsum bestimmter Suchtmittel (z.B. Alkohol, Benzodiazepine) verringert kurzfristig Stress- und Angstzustände bzw. Angstsymptome und bringt dadurch im Sinne einer negativen Verstärkung positive Erwartungen an das Suchtmittel hervor, die zum anhaltenden Suchtmittelkonsum beitragen können (Khantzian, 1997). Anhaltender und zunehmender

Suchtmittelkonsum seinerseits kann direkt zum Auftreten neuer Angstzustände oder zur Verstärkung bestehender Angstsymptome beitragen. Langfristig kann es wegen der Toleranzentwicklung nicht nur zur Suchtmittelabhängigkeit kommen, sondern auch indirekt über deren Folgen zur Entstehung einer Angststörung, die ihrerseits wiederum mit Suchtmitteln bekämpft wird (Moggi, 2014). Ein Teufelskreis der Angst entsteht und manifestiert sich mit zunehmender Dauer des Fortbestehens.

Wie kann nun ein Ausstieg aus diesem Kreislauf der Angst und Substanzabhängigkeit gelingen? Da es bei beiden Störungsbildern geraume Zeit dauert, bis sich die Betroffenen einer Behandlung unterziehen, kommt es zur Chronifizierung der Problematiken, welche oftmals wiederum die Notwendigkeit einer stationären Behandlung mit sich zieht. Das Setting der *Therapeutischen Gemeinschaft* erweist sich – gerade bei komorbiden Angsterkrankungen – dabei als durchaus hilfreich. In diesem werden einerseits klassische bewährte Interventionen, wie jene der systematischen Desensibilisierung, im therapeutischen Einzelsetting durchgeführt, aber auch spezifische gruppentherapeutische Angebote des Komorbiditätsprogramms angeboten. In diesen werden Entspannungstrainings vorgestellt und angeleitet, um den Betroffenen Möglichkeiten zum

Abbau der massiven Anspannungszustände näherzubringen. Ebenfalls stellen psychoedukative Therapieeinheiten einen wichtigen Teil der Behandlung dar, da diese ein grundlegendes Wissen über die Entstehung und Aufrechterhaltung der Angstthematik vermitteln sowie die komplexen Zusammenhänge mit der Suchterkrankung aufgreifen. Es ist unumgänglich, dass betroffene Klient*innen die Hintergründe ihrer speziellen Angst-/Sucht- Problematik verstehen lernen, um Veränderungsprozesse einleiten und Vermeidungsverhalten reduzieren zu können – im Sinne von: Wer seinen »Gegner« kennt, kann auch lernen, ihn zu besiegen. Neben den spezifischen Angeboten für Angstklient*innen ist natürlich auch das Erleben und Bewältigen von alltäglichen Aufgaben in der *Therapeutischen Gemeinschaft* wesentlicher Teil der Behandlung. Im gemeinsamen Alltag begegnet man natürlich Ängsten – es ergeben sich dadurch aber auch realitätsnahe Übungssituationen, in denen man sich begleitet angstbesetzten Situationen stellen darf und erlebt, dass man diese auch wieder nüchtern meistern kann.

Das Erleben von Unterstützung, Sicherheit und Hilfestellung im Rahmen der *Therapeutischen Gemeinschaft* stellt einen wesentlichen stabilisierenden Faktor für Menschen mit komorbiden Angsterkrankungen dar. Der gesamttherapeutische Behandlungsidee

von Suchterkrankungen folgend, kann davon ausgegangen werden, dass eine nachhaltige Stabilität und Reduzierung der Rückfallswahrscheinlichkeit nur dann erreicht werden kann, wenn auch weitere komorbide Störungsbilder, wie jenes der Angsterkrankung, komplementär behandelt werden.

Literatur

Flores, P. J. (2004). *Addiction as an Attachment Disorder*. Maryland: Jason Aronson Inc. Publishers.

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.

Lieb, R. & Isensee, B. (2007). Häufigkeit und zeitliche Muster von Komorbidität. In F. Moggi (Hrsg.), *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht*. (2. vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 27–58). Bern: Huber.

Moggi, F. (2014). Theoretische Modelle bei Doppeldiagnosen. In M. Walter, E. Gouzoulis-Mayfrank (Hrsg.), *Psychische Störungen und Suchterkrankungen: Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen* (S. 13–25). Stuttgart: Kohlhammer.

Mag.^a Anita Rinner

Klinische- und Gesundheitspsychologin
Regionalleiterin der Sozialhilfeeinrichtung Schloss
Johnsdorf im Verein *Grüner Kreis*.



Das Setting der *Therapeutischen Gemeinschaft* erweist sich bei komorbiden Angsterkrankungen als hilfreich.

Nikotinentwöhnung in der Suchttherapie



von Helena Schöber

Die parallele Nikotinentwöhnung könnte auch der Verringerung des Konsums anderer Suchtmittel zugutekommen.

Generell ist der Anteil von Personen mit Nikotinabhängigkeit bei stationären SuchtpatientInnen sehr hoch. Schätzungen zeigen, dass bis zu 92 % der Personen mit Substanzgebrauchsstörung auch rauchen (Knudsen et al., 2017).

Rauchen ist grundsätzlich mit einer zunehmenden Schwere des Substanzmissbrauchs, einem schlechteren Behandlungsergebnis und einer erhöhten Sterblichkeit bei Personen mit einer Substanzgebrauchsstörung verbunden. In einer Studie wurde zudem herausgefunden, dass Rauchen bei StudienteilnehmerInnen in einem Jahr eine niedrigere Lebenszufriedenheit, einen niedrigen Level an Optimismus, Hoffnung, positivem Affekt und Lebenssinn vier Jahre später prognostizierte. Diese Ergebnisse legen nahe, dass Rauchen das psychologische Wohlbefinden auf Dauer eher hemmt. Dies zeigt im weiteren Verlauf eine negative Folge des Rauchens auf, die zuvor nicht identifiziert wurde. Eine erfolgreiche Rauchentwöhnung ist laut Studien außerdem mit einer Verringerung von Depressionen, Angstzuständen und Stress sowie einer verbesserten Stimmungslage im Vergleich zur Fortsetzung des Rauchens verbunden (Lappan et al., 2020; Taylor et al., 2014).

Des Weiteren zeigten schon frühere Studien, dass Alkoholkranke seltener mit dem Rauchen aufhören und eine höhere Rückfallquote bezüglich ihrer Sucht aufweisen (Miller et al., 1983). Definitive Erklärungsansätze für die aufgetretenen Zusammenhänge liegen noch nicht vor, jedoch einige Theorien. Laut Studien ist davon auszugehen, dass bei Gebrauch zweier Substanzen (wie etwa Nikotin und Alkohol) die gleichen dopaminergen Systeme im Gehirn angesprochen werden. Das heißt, eine Droge beeinflusst die Schaltkreise des Gehirns in einer Weise, welche die Wirkung einer nachfolgenden

Droge verstärken kann (Kandal et al., 2014). Demnach würde der Gebrauch einer Substanz zu einer subjektiven Steigerung des Verlangens der anderen führen, was im weiteren Verlauf die Suchttherapie erschweren kann. Die parallele Nikotinentwöhnung könnte laut Studien auch der Verringerung des Konsums anderer Suchtmittel zugutekommen. Shoptaw et al. fanden etwa heraus, dass die TeilnehmerInnen ihrer Studie in den Wochen, in denen die Kriterien für die Rauchabstinenz erfüllt waren, auch mehr opiat- und kokainfreien Urin produzierten als in den Wochen, in denen sie rauchten (Shoptaw et al., 2002).

Begründet durch die zum Thema vorliegenden Studien hat der hohe Anteil der RaucherInnen, die wegen einer Substanzgebrauchsstörung behandelt werden, oft zu einer wiederholten Forderung nach der Integration eines Rauchentwöhnungsprogramms in verschiedenen Einrichtungen geführt, da eine erfolgte Nikotinentwöhnung einen positiven Einfluss auf vor allem psychologische Maße in der Suchtentwöhnung haben könnte. Oft scheitert es allerdings an der Umsetzung, da Hindernisse wie unzureichende Ausbildung des Personals und fehlende Ressourcen der Integration eines solchen Programms im Wege stehen. Zudem haben bisher nur wenige Studien die Implementation eines standardisierten Nikotinentwöhnungsprogramms in Suchtbehandlungszentren untersucht (Knudsen et al., 2017; McHugh et al., 2017).

In einer Studie mit KrankenhauspatientInnen wurde jedoch gezeigt, dass sich ein Nikotinentzug bei einer selbst nur kurzen stationären Intervention als wirksam erweist (Stevens et al., 2000). Des Weiteren zeigten Umfragestudien, dass PatientInnen während der Behandlung von Abhängigkeiten grundsätzlich daran interessiert sind,



Alkoholranke hören seltener mit dem Rauchen auf und weisen eine höhere Rückfallquote auf.

sich zusätzlich an einem Programm zur Raucherentwöhnung zu beteiligen (Flammino et al., 2007).

Aufgrund vorhandener Literatur kann in jedem Fall von einem erhöhten Forschungsbedarf hinsichtlich einer suchtherapiebegünstigenden Wirkung einer Nikotinentwöhnung ausgegangen werden.

Aktuelle Studie

Im Rahmen einer geplanten Studie soll die Effektivität der Implementierung eines standardisierten Nikotinentwöhnungsprogramms mittels eines Versuchs- und Kontrollgruppen-Designs (TeilnehmerInnen an dem Rauchentzugsprogramm als Versuchsgruppe, Nicht-TeilnehmerInnen als Kontrollgruppe) im stationären Setting der *Therapeutischen Gemeinschaft im Verein Grüner Kreis* untersucht werden. Dafür wird die Auswirkung der Nikotinentwöhnung auf physiologische und psychologische Parameter (psychiatrische Symptomatik, Herzratenvariabilität,

Craving ...) von SuchtpatientInnen untersucht.

Literatur

Flammino, F., Reid, M., Fallon, B., Sonne, S., Nunes, E., Kourniotis, E., Brady, R., Jiang, H., Arfken, C., Pihlgren, E., Robinson, J., Rotrosen, J. (2007). Smoking cessation treatment at community based substance abuse rehabilitation programs: Impact on cigarette smoking.

Kandel, E. R., Kandel, D. B. (2014). A molecular basis for nicotine as a gateway drug. *The New England Journal of Medicine*, 371(10), 932–943.

Knudsen, H. K. (2017). Implementation of smoking cessation treatment in substance use disorder treatment settings: a review. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 43(2), 215–225.

Lappan, S., Thorne, C. D., Long, D., Hendricks, P. S. (2020). Longitudinal and Reciprocal Relationships Between Psychological Well-Being and Smoking. *Nicotine & Tobacco Research*, 22, 18–23.

McHugh, R. K., Votaw, V. R., Fulciniti, F., Connery, H. S., Griffin, M. L., Monti, P. M., Weiss, R. D. (2017). Perceived barriers to smoking cessation among adults with substance use disorders. *Journal of substance abuse treatment*, 74, 48–53.

Miller, W. R., Hedrick, K. E., Taylor, C. A. (1983). Addictive behaviors and life problems before and after behavioral treatment of problem drinkers. *Addictive Behaviors*, 8(4), 403–412.

Shoptaw, S., Rotheram-Fuller, E., Yang, X., Frosch, D., Nahom, D., Jarvik, M. E., Rawson, R. A., Ling, W. (2002). Smoking cessation in methadone maintenance. *Addiction*, 97(10), 1317–1325.

Stevens, V. J., Glasgow, R. E., Hollis, J. F., Mount, K. (2000). Implementation and effectiveness of a brief smoking-cessation intervention for hospital patients. *Medical care*, 38(5), 451–459.

Taylor, G., McNeill, A., Girling, A., Farley, A., Lindson-Hawley, N., Aveyard, P. et al. (2014). Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 348, 1151.

Helena Schöber, B.Sc.

Masterstudentin der Psychologie an der Karl-Franzens-Universität Graz. Derzeit Durchführung der Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades »Master of Science« (M.Sc.) zum Thema »Nikotinentwöhnung in der Suchttherapie« in der *Therapeutischen Gemeinschaft im Verein Grüner Kreis* in der Steiermark.

Angst und Zwang(skorsett)



von Human-Friedrich Unterrainer

Zu Angst und Panik gesellt sich für viele Menschen in der Ukraine auch noch der Zwang, die Flucht zu ergreifen, um das eigene Leben zu retten.

Eigentlich wollte ich in meinem Beitrag vorrangig auf das Erleben von Angst bei Menschen fokussieren, die in einem Zwangskontext leben müssen, d. h. Menschen, die gegen ihren Willen zu ihrem eigenen Wohl und/oder zum Wohl der Gesellschaft an einem bestimmten Ort untergebracht sind und diesen auch nicht verlassen dürfen. Im klassischen Fall handelt es sich hier um ein Gefängnis. Wer schon einmal im Gefängnis war (ich war das zum Glück nur einmal und das im Rahmen einer beruflichen Fortbildung), wird mir hochwahrscheinlich beipflichten, dass es sich hier um einen Ort handelt, an den wohl die wenigsten gerne hin- bzw. von dort die meisten gerne weg- und, wenn sie einmal dort waren, nie mehr hinmöchten. Ein Ausbrechen aus einem Gefängnis wird so lange verhindert, bis die (Freiheits-)Strafe verbüßt ist – die Rechnung ist oftmals hoch und die Bezahlung erfolgt in Lebenszeit.

Leben im Zwangskontext ist allerdings auch in den letzten zwei Jahren für Menschen, die vermeintlich in Freiheit leben, zur traurigen Realität geworden. Fast alle wurden in ihren so-

sicher geglaubten Freiheiten massiv eingeschränkt bzw. dieser beraubt. Seit mittlerweile zwei Jahren hält ein Virus die Welt in Atem und zwingt uns seine Regeln auf. Viele Bereiche unseres Lebens, die eigentlich als privat gegolten haben, werden jetzt überwacht. Wer sich nicht an die Vorgaben hält, wird (zu seinem eigenen Wohl bzw. zum Wohl der Gesellschaft) bestraft oder zumindest ermahnt. Obwohl es unfair in alle Richtungen wäre, frei nach Michel Foucault (1977) von der Geburt eines gesamtgesellschaftlichen Gefängnisses zu sprechen, so werden die Einschränkungen der persönlichen Freiheit vielerorts doch als einschneidend erlebt. Natürlich, es gibt die Möglichkeit, sich gegen diese vermeintlich gemeinnützigen Disziplinierungsmaßnahmen zur Wehr zu setzen. So kann man zum Beispiel bei einer der mittlerweile traditionell stattfindenden »Corona – alles Lüge«-Demonstrationen der Welt oder wem auch immer seinen Unmut ob der unsanften Bevormundung entgegenbrüllen. Allerdings, die Erleichterung hält meistens nicht allzu lange an, und überhaupt: Am Ende des Tages bzw. wahrscheinlich auch am Abend aller Tage ist dann doch wieder Altmeister Hans Moser Recht zu geben, denn »wenn da Herrgott net will, nutzt des gar nix«.

Nun bestand vor zwei Jahren die hoffnungsfrohe Annahme, dass das Coronavirus möglicherweise ein neues Zeitalter des Wieder-aufeinander-Zugehens einleiten könnte, eine Rückbesinnung auf alte Werte sozusagen (wobei ich mich frage, ob die in Wirklichkeit um so viel besser waren) – Miteinander anstatt Gegeneinander sollte es auf alle Fälle wieder heißen. Auf die rabenschwarze Nacht der Seele würde ein taufrischer Morgen mitsamt betörender Röte folgen. Der Morgen kam dann auch – leider mit ihm auch das Grauen und die Angst vor dem Tag danach (Filmtipp dazu: »The Day after« – der Tag, nachdem die Atombombe gezündet wurde; ein düsterer Klassiker aus dem Jahre 1983). Ursprünglich hatten sich nicht nur die ewigen OptimistInnen unter uns eine Neuorientierung der Gesellschaft erhofft. Eine Gesellschaft, die

sich schon viel zu lange im Geschwindigkeitsrausch auf der Überholspur befand, sollte durch die Erfahrungen mit Corona entschleunigt werden. In der Tat, ausgebremst wurde die Gesellschaft dann ja auch, nicht durch das winzige Coronavirus allerdings, denn auf dem vermeintlichen »Highway to Heaven« marodierte auf einmal ein viel wuchtigerer Geisterfahrer.

Angst im Allgemeinen kann als Grundgefühl verstanden werden, das sich in als bedrohlich empfundenen Situationen als Besorgnis und unlustbetonte Erregung äußert. Auslöser im Speziellen können dabei eine Vielzahl von vermeintlichen Bedrohungen sein, etwa die Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit oder die vermeintliche Verletzung des Selbstbildes oder der Selbstachtung. Angst als eine der grundlegenden Primär- oder Basis-Emotionen findet sich nicht nur beim Menschen, sondern auch bei anderen Säugetieren bzw. es lassen sich schon bei einfachen Tieren (wie Ameisen oder Fliegen) Angst- oder Fluchtreaktionen beobachten. Dementsprechend macht Angst auch aus evolutionärer Perspektive Sinn und sichert dem betreffenden Lebewesen oftmals das Überleben. Angst kann aber auch pathologisch werden und damit das Leben der betroffenen Person (ich fokussiere hier einmal auf den Menschen) massiv beeinträchtigen, wobei in diesem Fall von einer Angststörung gesprochen werden darf. Hier kann dann weiter zwischen einem diffusen Gefühl der Angst, welches verschiedene Lebenssituationen betreffen kann (generalisierte Angststörung), oder auch spezifischen Ängsten differenziert werden (hier seien als Beispiele die Tierphobie oder auch die Angst vor sozialen Situationen – die soziale Phobie – erwähnt). Des Weiteren kann Angst auch in Form von Panikstörungen auftreten. Diese lassen sich als wiederkehrende Angstattacken mit heftigen psychischen und körperlichen Symptomen wie Atemnot oder Herzrasen beschreiben, oftmals ohne erkennbaren Grund.

Insgesamt wurden unzählige Versuche unternommen, die verschiedenen Arten von Angsterleben zu beschreiben,



Zwangshandlungen gibt es wie Sand am Meer. Zähl- oder Ordnungszwänge gehören dazu.

wobei ich exemplarisch einen Klassiker herausgreifen möchte. So unterscheidet Fritz Riemann vier »Grundformen der Angst« (1961) und leitet davon vier Persönlichkeitstypen ab: 1) die Angst vor der Hingabe (schizoide Persönlichkeiten), 2) die Angst vor der Selbstwerdung oder dem Ungewissen (depressive Persönlichkeiten), 3) die Angst vor Veränderung (zwanghafte Persönlichkeiten), 4) die Angst vor der Notwendigkeit (hysterische Persönlichkeiten). An dieser Aufteilung lässt sich auch erkennen, dass Angst und Zwang zwei nahe Verwandte sind, beide sind neurotische Erkrankungen. Symptome von Zwangserkrankungen sind (Zwangs-)Handlungen, die oftmals ausgeführt werden, um ein Gefühl von Sicherheit auszulösen oder aber auch um Angst zu vermeiden. Unter zwanghaften Kognitionen können immer wiederkehrende Gedanken verstanden werden, die sich in den Vordergrund drängen und Zwangshandlungen auslösen. Unterschiedliche Arten von Zwängen gibt es wie Sand am Meer – frei assoziiert sei hier gleich einmal der Waschzwang erwähnt. Des Weiteren finden sich zum Beispiel Kontrollzwänge, Zähl- oder Ordnungszwänge. Was nun die Therapierbarkeit angeht, so lassen sich Angst- und Zwangserkrankungen

funktionalerweise mit unterschiedlichsten Formen der Psychotherapie in Kombination mit Licht-, Bewegungs- und/oder Pharmakotherapie behandeln bzw. in dysfunktionaler Weise mit Alkohol oder Drogen in ihrer Symptomatik dämpfen, was dann letzten Endes auch eine hohe Komorbiditätsrate von Angst, Zwang und verschiedenen Suchterkrankungen zur Folge hat.

Doch abschließend zurück zum Zwangskontext. Viele Menschen haben ihr Dasein in den letzten beiden Jahren mehr oder weniger gezwungenermaßen im Homeoffice gefristet und waren dabei noch begünstigt. Andere haben diese Zeit quasi an der Front, in »systemerhaltenden Berufen« gedient und haben sich teilweise dabei mit dem Coronavirus infiziert – diese Menschen sind für mich echte HeldInnen. Mittlerweile sind die weltweiten Fronten im Kampf gegen Corona an den Grenzen Europas zu Kriegsfronten mutiert. In einem Krieg gibt es wenig Platz für HeldInnen, viel mehr für TäterInnen und Opfer. Es bleibt zu hoffen, dass der weltweite Corona-Bunker nicht auch noch zum Atombunker mutiert. Das Corona-Problem wurde nicht gelöst, sondern einfach nur durch ein noch größeres ergänzt – ein Szenario, mit dem wohl nur wenige

gerechnet haben. Zu Angst und Panik gesellt sich für viele Menschen in der Ukraine auch noch der Zwang, die Flucht zu ergreifen, um das eigene Leben zu retten. »Keep calm and carry on« – »Bleib ruhig und mach weiter« – war ein Propaganda-Poster, das 1939 von der britischen Regierung produziert wurde, um die Moral der Bevölkerung im Falle eines schweren Militärschlags zu stärken. Das Poster wurde nie veröffentlicht und war bis zu seiner Wiederentdeckung im Jahr 2000 relativ unbekannt – der Slogan erlangte danach große Popularität. »Schön pomale« – »Immer mit der Ruhe« – kennt zumindest außerhalb von Wien auch fast kein Mensch mehr – vielleicht erlebt auch dieser Slogan eine Renaissance.

Literatur

- Foucault, M.** (1977). Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
Riemann, F. (1961). Grundformen der Angst. München, Basel: Ernst Reinhardt.

PD DDr. Human-Friedrich Unterrainer

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

Schreiben als SELBSTstärkender Identitätsausdruck – der FIT FOR LIFE-Literaturwettbewerb



von Birgitta Schiller

unter Mitwirkung von:
Kurt Neuhold, Harald David
und Kathrin Mörtl

Alkohol ist der Kampf gegen etwas,
Literatur ist der Kampf für etwas.

Schreiben und Alkohol sind oft zwei Seiten einer Medaille – so scheint es zumindest. Viele bekannte Schriftsteller*innen trinken verborgen oder sogar offenkundig. Das erhöhte Suchtpotenzial ist keinem bestimmten Milieu und keiner Kulturzugehörigkeit zuzuschreiben, doch gibt es eine augenscheinliche Häufung bei der Profession der Schriftstellerei. Dabei kann der Schreibprozess selbst zur Sucht werden. Auch bedarf es für eine Veröffentlichung oftmals einer enormen Überwindung, um zu beginnen, bis sich eine Art Schreibtrance einstellt. Manche Schreiber*innen beschreiben sich als so getrieben, dass sie dabei aufhören zu essen, zu schlafen und an nichts anderes mehr denken, bis sie fertig sind. Auch im Beenden erleben viele eine Krux, denn hat das Schreiben einen erfasst, ist auch der Schritt des Aufhörens eine Überwindung. Goodwin (1995) meint, dass Schriftsteller*innen den Alkohol benötigen, um überhaupt zu schreiben zu beginnen, und dann erneut, um das Werk fertigstellen zu können. In einem Punkt scheint Einstimmigkeit zu herrschen:

Es mag stimmen, dass die meisten Schriftsteller*innen Drogen konsumieren, doch gute Texte entstehen niemals alleinig durch deren Einfluss. Alkohol mag enthemmen, das schriftstellerische Genie kommt jedoch nur im nicht berauschten Zustand zur Klarheit und Produktivität.

Beim FIT FOR LIFE-Literaturwettbewerb geht es jedoch nicht um den Alkoholkonsum der Literat*innen, sondern im umgekehrten Sinn um Menschen, die aufgrund ihrer Suchtproblematik therapeutische Hilfe – ob Beratung, Betreuung oder Therapie – aufsuchen oder in Anspruch genommen haben und schreiben. Jede*r, mit oder ohne schriftstellerische Erfahrung, kann also einen Text einreichen, beginnend bei Gedichten und Kurzgeschichten über verschriftlichte Gedanken bis hin zu Passagen aus dem eigenen Buch ist alles erlaubt. Initiiert wurde der Preis von MR Dr. Harald David in Kooperation mit dem Geschäftsführer des Vereins Grüner Kreis, Dir. Alfred Rohrhofer, und organisiert wird das Event zusätzlich vom Kulturmanager Kurt Neuhold.

Da man Interesse daran hatte, was denn dieses Kunstschaffen für die Literat*innen mit einem Suchthintergrund bedeutet und bewirkt, wurde eine Studie veranlasst. Das Institut für qualitative Psychotherapieforschung der Sigmund Freud PrivatUniversität unter der Leitung von Assoz.-Prof.in Dr.in Kathrin Mörtl und der Projektleitung von Univ.-Ass.in Mag.a Birgitta Schiller führte Interviews mit insgesamt acht Schriftsteller*innen, die den Literaturpreis im Ranking der zehn besten Texte seit 2017 gewonnen haben. Im Folgenden sind die Erkenntnisse aus diesen Interviews zusammengefasst, eine detaillierte wissenschaftliche Publikation zu den Interviews befindet sich gerade im Schreibprozess.

Faszinierend ist, dass alle eingereichten Schriftstücke der Studienteilnehmer*innen autobiografisch sind und sich mit dem eigenen Suchterleben befassen. Es sind tiefgründige, skurrile, lustige, schockierende und phantastische Texte. Auf berührende Art und Weise wird man mit einer Offenheit

konfrontiert, die auf positive Weise ernüchert.

Falls an dieser Stelle Interesse geweckt wurde: Die Texte sind auf der Homepage des Vereins zu finden: <https://www.fitforlife-literatur.at/literaturpreis/>. Die Literat*innen erzählen, dass das Schreiben schon immer ein Teil ihres Lebens war und dass sie es auf unterschiedliche Art nutzen. So kann es manchen ein Katalysator sein oder es dient zur Zeugenschaft, dass das, was geschah, tatsächlich passiert ist. Manche Male dienen die Texte der Verarbeitung, denn durch das Schreiben wird etwas entstellt: Das Erlebte wird überspitzt und noch dramatischer in Szene gesetzt. Diese Entfremdung dient dazu, das Erfahrene zu begreifen und von außen erfassbar zu machen. Durch diesen Prozess ist es möglich, sich selbst zu betrachten, Mitgefühl zu entwickeln und vergangene Traumata zu heilen.

»Ich wollte meine Geschichte beziehungsweise die meiner Familie in einem Roman schreiben, um das Ganze – diesen Wahnsinn, der in jeder Familie vermutlich der gleiche ist, nur niemand lässt halt in seine Familie hineinschauen. Also jede Familie ist verrückt, dazu gibt es eh genug Untersuchungen oder Bücher. Das so aufarbeiten. Und auf der anderen Seite war die Überlegung, ich muss es – die ganze Geschichte – so übertreiben, dass es so schwarz und so lustig ist, dass ich es aushalte. Wenn ich nur die Realität niedergeschrieben hätte, das wäre nicht so gut gewesen für mich.« (Fit for Life_Interview 7)

Den schwierigen und oft steinigen Lebensweg bringen alle mit. Oft beginnt diese Reise schon in jungen Jahren, da die Kinder unzureichende Zuwendung und Fürsorge erfuhren. Aufgrund eines fehlenden Spiegelns und Haltens der wichtigen Bezugspersonen kann kein starkes und selbstbewusstes Selbst entwickelt werden (Kohut, 1979; Rost, 1983). Dies hat weitreichende Folgen für das weitere Leben, und belastende Erlebnisse kumulieren. Beginnend in der Schule über die Ausbildung bis zur Berufstätigkeit werden immer wieder neue traumatische Erfahrungen der Abbrüche und des Abbrechens gemacht, oft bereits unter dem Einfluss von Suchtmitteln.

Durch das schwache Selbst bestehen Selbstzweifel und tief verwurzelte Ängste, die es schwierig machen, mit anderen in Beziehung zu treten. Somit werden all die verletzenden Ereignisse alleine durchlebt. Die Sucht, Drogen und Alkohol sind zumeist die einzigen vorhandenen Ressourcen, um am Leben zu bleiben. Sie ersetzen Beziehungen, welche verletzen und von denen man nicht abhängig sein möchte. Das Paradoxe ist, dass gerade die nun entwickelte Abhängigkeit von einem Suchtmittel an den Rand des Todes führt, da die Wirkung mit der Zeit abnimmt und die Dosis kontinuierlich erhöht werden muss.

In diesem Kampf ums Überleben kommt irgendwann der Punkt, wo sich jede*r unserer Interviewpartner*innen entscheidet, ob man kämpft gegen die Trauer, die Leere, den Schmerz oder ob man beginnt, für etwas zu kämpfen – für sich selbst.

»Ich habe gemerkt, so geht es nicht weiter, und das haben mir auch alle bestätigt [...]. Und nachdem der Selbstmordversuch auch nicht funktioniert hat und ich dann körperlich wirklich bedient war, habe ich gemerkt, das geht jetzt nicht mehr. Es ist Schluss – aus, Schluss, basta. Und daher habe ich das dann auch geschafft.« (Fit for Life_Interview 1)

Dieser Schritt ist kein leichter und es bedarf einer grundlegenden Perspektivenveränderung.

Kohut (1979) meint dazu, dass es notwendig ist, die eigene Kreativität zu finden. Diese kann in allen möglichen Tätigkeiten liegen, wie im Kochen, im Sportbetreiben, im Malen, im Fischen, selbst im Putzen der Wohnung, wenn es befriedigt und einen zutiefst belebt.

Doch als Ersatz des Übergangsobjekts Droge braucht es ein dementsprechendes Gegengewicht, um aus der suizidalen Spirale herauszutreten und einen neuen Weg zu gehen. Man muss zu den Wurzeln zurück und etwas finden, das aus sich selbst heraus entstanden ist. Im Fall der interviewten Personen ist dies das Schreiben. Wie vorhin schon erwähnt erzählten alle, dass das Schreiben immer schon ein Teil von ihnen war. Positive Kindheitserinnerungen sind an das Schreiben und die Literatur geknüpft und somit kann es als Substitut genutzt werden, um die Qual eines Entzugs zu überstehen. Mit dem Schreiben wird nach und nach das Selbst gestärkt, bis eine selbstbewusste Identität gelebt werden kann. Das Schreiben wird selbst zur Sucht und es ist, wie das Konsumieren von Drogen, oft eine einsame Sache.

Schriftsteller*innen sind Einzelgänger*innen, Alkoholiker*innen auch; Schreiben und Trinken sind zwei Arten, »nicht alleine sein zu müssen«; Schreiben ist Phantasie, Alkohol fördert sie. (Goodwin, 1995)

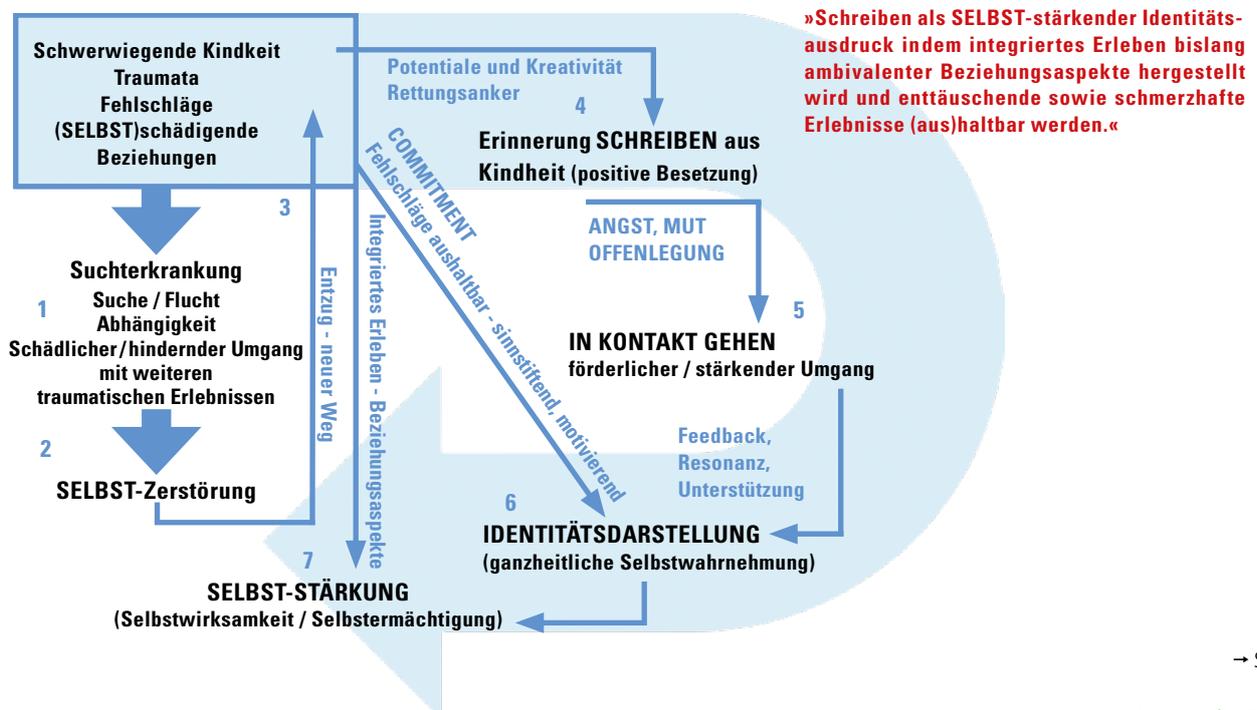
Doch dann ist ein erster Text fertig und wird gelesen. Es kommen Rückmeldungen und es entsteht Resonanz. Das ist der grundlegende Unterschied zur Alkoholabhängigkeit, bei der man alleine bleibt und es keinen Widerhall gibt. Als Schriftsteller*in wird man wahrgenommen. Durch die Leser*innenschaft kommt es zum Spiegeln, durch welches das eigene Selbst spürbar wird. Man erhält eine Stimme, die gehört wird und auf ein Gegenüber trifft. Eine Stimme, mit der etwas geteilt werden kann, mit der man

etwas im Gegenüber bewirken kann. Ein*e Interviewteilnehmer*in erzählt Folgendes:

»Das ist schon, schon etwas, was ich gerne weitergeben möchte. Wo ich gerne jetzt auch als erwachsene Person, die das hinter sich hat. Die sagen möchte, ja das gibt es, bei mir war das so, bei mir war das und das und das. Und dass nicht, quasi dass also nicht sich dafür zu schämen [...] Sondern zu sagen, ich schäme mich jetzt nicht dafür, ich verstehe es zwar nicht mehr und finde es absurd, aber es war so, ja, oder es kann so sein. Jetzt, wo ich literarisch darüber schreibe, ahm, das finde ich auch wichtig. Und da hoffe ich schon, dass das auch vielleicht Leute lesen, die selber in einer ähnlichen Situation sind. Dass es auch etwas, also jemandem helfen kann.« (Fit for Life_Interview 2)

Ein falsches verzerrtes Selbst kann mit der Zeit abgelegt werden und das eigene Sein wird greifbar. Die Identifizierung als Literat*in stärkt die Identität zusätzlich und macht das Selbst nicht nur standfester, sondern gleichzeitig flexibler. Rückschläge sind einfacher zu bewältigen und diese gibt es in dem Beruf genügend. Auch wenn es Ablehnungen und Kritiken gibt, ist der Erfolg, wenn ein Schriftstück fertig ist, man eine Veröffentlichung hat, eine Lesung gibt oder einen Preis gewinnt, sehr viel bereichernd.

Ein Dialog mit der Welt kann passieren, bei dem man so sein darf, wie man ist. Statt Ablehnung kommen positive Rückmeldungen. Die Offenbarungen dienen nicht mehr nur der eigenen Verarbeitung, sondern sind auch ein Hilfsmittel für andere, ob von einer Suchterkrankung betroffen oder nicht.



Das Schreiben hat also eine Wirkung auf das Selbst, indem durch den neu gewonnenen Identitätsausdruck bisher ambivalente Beziehungen hergestellt werden können und dadurch auch enttäuschende und schmerzhaft Erlebnisse (aus)haltbar werden.

Das Schreiben ist jedoch gleichzeitig keine therapeutische Intervention, denn wie hier beschrieben, muss es aus sich »selbst« herauskommen. Suchterkrankten Personen die Aufgabe zu geben, zu schreiben, bewirkt sicher sehr viel und kann für reichhaltige Themen gut genutzt werden, es wird jedoch nicht den Kern der Heilung darstellen. Wesentlich ist, dass jede*r die zugrunde liegende Kreativität in sich aktiviert. In den Fällen der Interviewten war dies das Schreiben. Und das Schreiben eignet sich vielleicht daher so gut als Substitut, da es ebenfalls einer Sucht gleichkommt – einer guten Sucht, wenn man sie hier als Suche nach einem Gleichgewicht und als ausgeglichene symbiotische Abhängigkeit mit einem Autonomieverständnis verstehen darf.

Daher ist es nötig und wichtig, Räume zu schaffen, in denen man schreiben, veröffentlichen, vortragen und lesen kann. Einer dieser Räume ist der

FIT FOR LIFE-Literaturpreis, der auch 2023 wieder ausgeschrieben wird.

Einreichschluss für Texte mit max. 20.000 Zeichen ist der **28.02.2023**.

Wir freuen uns auf viele neue Einreichungen und hoffen auf Beiträge auch von denen, die bisher keinen Preis bekommen haben.

Die Preisgelder – € 2.000 für den Siegertext, € 1.000 für den zweiten Preis und zwei Anerkennungspreise über € 500 – sollen zur Teilnahme motivieren.

Einreichungen an: office@fitforlife-literatur.at
Betreff: FIT FOR LIFE-Literaturpreis

Detaillierte Informationen zum Preis, zu den Einreichkriterien, zum Verein, Fotos und Videos von den Preisverleihungen und die jeweils zehn in die engere Auswahl genommenen Texte der bisherigen Ausschreibungen finden Sie auf:

www.fitforlife-literatur.at

Literatur

Goodwin, D. W. (1995). Alkohol & Autor. Ed. Epoca.

Kohut, H. (1979). Die Heilung des Selbst. Suhrkamp.

Rost, W.-D. (1983). Der psychoanalytische Zugang zum Alkoholismus. Psyche, 37(5), 412–439.

Informationen zu weiterer Literatur unter:
birgitta.schiller@sfu.ac.at

Univ.-Ass.ⁱⁿ Mag.^a Birgitta Schiller

Psychotherapeutin (Individualpsychologie) in eigener Praxis tätig. Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für qualitative Psychotherapieforschung und dem Institut für Psychosomatik an der Sigmund Freud PrivatUniversität.

Kontakt: birgitta.schiller@sfu.ac.at

Kurt Neuhold

Freischaffender Künstler, Kurator, Initiator und langjähriger Leiter von »Kunst im Grünen Kreis«

MR Dr. Harald David

Facharzt für Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatische Medizin; ehemaliger ärztlicher Leiter der Abteilung für Forensische Psychiatrie und Alkoholranke am OWS; Psychotherapeut (Integrative Gestalttherapie); Allgemeinbeideter und gerichtlich zertifizierter Sachverständiger; regelmäßige Kunstpräsentationen im Kunstraum Dr. David

Assoz.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Kathrin Mörtl

Leiterin des Instituts für qualitative Psychotherapieforschung an der Sigmund Freud PrivatUniversität. In ihrer Forschungstätigkeit befasst sie sich mit qualitativen Methoden, Psychotherapieerleben aus Patient*innensicht, biografischen Analysen und Studien zum Themengebiet Psychosomatik. Sie arbeitet als Psychotherapeutin (Psychoanalyse) in freier Praxis.

Kontakt: kathrin.moertl@sfu.ac.at



Preisverleihung »Fit for Life-Literaturwettbewerb«: (von li.) Harald David, Kurt Neuhold, Gabriele Müller (Siegerin des Jahres 2021) und Margit Niederhuber

Rückblenden einer Klientin mit Angsterfahrungen

Meine Kindheit

Mei Öternhaus

Mei Öternhaus des wor oh Graus
in Wirklichkeit a Gfongenhaus
wor oft in ana Zön eingschperrt
und hob laut plärt
s´hot koana ghört
do worn de Stunden wirklich long
mir is oft wurn gonz Ongst und Bong.

Den Tog woas i
ois warat´s heit
i geh in Hof, do stengan Leit
hom kobt Kompressor in die Hend
und hom do eineburt in´d wänd

nohch a por Tog wia i geh raus
wors weg des gonze G´fongenhaus.
I ibn do g´stondn, furt worn´d Leit
und hob mi wirkli richtig g´freit

An vieles erinnere ich mich, als wäre es gestern gewesen, doch manche Erlebnisse brauchten Jahrzehnte, um an die Oberfläche zu kommen.

Ein altes, mächtiges Haus, gleich einer Festung, mit dicken Mauern, hohen Räumen und vielen langen Gängen. Zwei der Gänge führten zu den Zellen im hinteren Trakt, wo sich das Gefängnis befand. Eingesperrt wurde hier nur selten jemand, und wenn, dann nur bis zur Überstellung in eine größere Justizanstalt. Wir Kinder, meine beiden Schwestern und mein Bruder, alle älter als ich, waren es, die des Öfteren Bekanntschaft mit diesen Räumlichkeiten machten. Mein Vater arbeitete beim Bezirksgericht im nahe gelegenen Schloss und das alte Haus war quasi die Dienstwohnung. Mit Gewalt mussten wir uns schon in frühester Kindheit auseinandersetzen. Das fing schon in der Volksschule an. Wir hatten im Religionsunterricht den alten Gemeindepfarrer, der ließ die Kinder, wenn sie aufzeigten und artig fragten, zur Toilette gehen, doch bei der Rückkehr ins Klassenzimmer gab er ihnen eine Ohrfeige. Wieso, wusste keiner, es fragte auch keiner. Mein Vater, der als Soldat im Zweiten Weltkrieg selbst

viel Grauen erlebt hatte, war ein Choleriker. Wenn wir Kinder stritten, was er gar nicht ertrug, kam es schon mal vor, dass er den gedeckten Tisch umwarf oder einen von uns schlug und in die Zelle warf. So lernte ich früh, auf der Hut zu sein und die Launen meines Vaters regelrecht zu riechen. Angst war damals schon ein vertrauter Begleiter und es gab einiges, was mich beängstigte. Als ich noch sehr klein war, behaupteten meine beiden Schwestern stocksteif, sie hätten mich von einer dicken Frau mit langen schwarzen Haaren geschenkt bekommen. Damit brachten sie mich immer zum Weinen und ich glaubte, unsere (ihre) Eltern würden mich deshalb nicht so gerne haben. Zu meinem Glück stellte sich später heraus, dass die dicke Frau die Hebamme war, die meine Mutter nach meiner Geburt noch einige Zeit betreute.

Die meiste Zeit der Ferien verbrachte ich bei meiner Großmutter. Bei ihr fühlte ich mich geborgen. Sie kochte, was ich gerne aß, und ich brauchte auch nicht alles aufzuessen, so wie zu Hause. Da hieß es »z´somm essn«, auch wenn ich mich dabei fast übergab. Meine Oma starb, als ich zwölf war. Wir besuchten sie, als sie im Sterben lag. Das war ein sehr schlimmes Erlebnis. Nach einem Schlaganfall war sie halbseitig gelähmt und konnte nicht mehr sprechen. Ich drückte ihre Hand und sie versuchte, etwas zu sagen, doch ich konnte sie nicht verstehen. Ich sah, wie eine Träne ihre Wange runterlief. Danach wurde sie ins Krankenhaus gebracht. Auf der Heimfahrt hatte ich ein Engegefühl in der Brust. Mir blieb die Luft weg und ich fing an zu schreien. Mein Vater hielt an, schimpfte, ich solle nicht so hysterisch sein, und wir fuhren weiter. Heute weiß ich, dass ich damals meine erste Panikattacke hatte.

Bis zu meinem einundzwanzigsten Lebensjahr hatte ich Ruhe von den Attacken, machte eine Lehre als Friseurin und begann zwei Jahre danach mit den Vorbereitungskursen für die Meisterprüfung. Als ich gerade mit meinem Auto zu einem Trainingsabend fuhr,

bekam ich starkes Herzklopfen. Das Atmen fiel mir schwer und ich musste anhalten. Das wiederholte sich in den nächsten Wochen mehrmals. Nach einiger Zeit kam dieses unangenehme Gefühl auch in engen Räumen oder wenn ich alleine war. Irgendwie war mir bewusst, dass dies keine körperliche, sondern eine psychische Ursache hatte. So ging ich zu einem Psychiater, der mir Beruhigungspillen verschrieb, die mich stark ermüdeten, aber keine Besserung brachten. Darauf folgte eine jahrzehntelange Odyssee mit Psychologen, Psychotherapien, Selbsterfahrungsgruppen, Traumatherapien, Konfrontationstherapien. Mein Zustand veränderte sich kaum. Es waren nur kurze Phasen der Besserung. So begann ich mich mit Alkohol zu beruhigen, was mir half, den Alltag zu bewältigen. Doch auf Dauer brachte es zusehends eine Verschlechterung. Es kam so weit, dass ich das Haus nicht mehr verlassen konnte, doch auch das Alleinsein im Haus konnte ich nicht mehr ertragen. Das Gefühl, nur der Tod könnte mich vor diesem Alptraum retten, wurde immer stärker.

Durch den Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung erfuhr ich von einer Langzeittherapie beim Grünen Kreis, in der ich mich nun schon seit mehreren Jahren befinde. Mein Umgang mit der Angsterkrankung hat sich in den letzten Jahren sehr verändert. Die Gemeinschaft, in der ich lebe, gibt mir Sicherheit, um mich Schritt für Schritt mit meinen Themen auseinanderzusetzen. Trotz straffer Struktur und strenger Regeln, die oft für Außenstehende nicht nachvollziehbar sind, hat sich meine Lebensqualität um einiges verbessert. Es gibt immer noch bessere und schlechtere Phasen. In der Corona-Krise hatte ich weniger Möglichkeiten, mich auszuprobieren (Ausgänge). Dadurch hat sich meine Angst wieder ein wenig verstärkt, denn die Konfrontation ist ein wichtiger Teil in meiner Therapie. Trotzdem bin ich fest entschlossen, weiter daran zu arbeiten.

Ulli E.



Genießen mit Gewissen

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

Beratungs- & Betreuungsteam

Leitung: Mag.^a Mirjam Ohr
Wien

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

Niederösterreich, Burgenland

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

Oberösterreich

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

Steiermark

Anna-Maria Ranftl, BA, MA
Tel.: +43 (0)664 1013002
Mail: anna-maria.ranftl@gruenerkreis.at

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

Kärnten, Osttirol

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

Salzburg

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

Tirol, Vorarlberg

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

Ambulante Beratungs- & Betreuungszentren Wien

1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103
Tel.: +43 (0)1 5269489
Fax: +43 (0)1 5269489-40

mail: ambulanz.wien@gruenerkreis.at
1030 Wien, Radetzkystraße 31/Top 8+11
Tel.: +43 (0)1 710 74 44
Fax: +43 (0)1 710 74 44-22
mail: ambulanz.wien@gruenerkreis.at

Wiener Neustadt

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

Graz

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

Klagenfurt

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

Linz

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

Beratung & Hilfe

Retouren an Postfach 555, 1008 Wien

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