

# SUCHT



## Isolation

## Wir danken unseren SpenderInnen

Dr. Michael Arie, Wien  
Bauer Gabriele, Wien  
Dkfm. Günter Baumgartner, Wien  
Beate Cerny, Wien  
Dr.<sup>in</sup> Helga Danhorn, Wien  
René Ferrari, Leonding  
Doris Grossi, Wien  
Gschöpf Reinhard, Wien  
Mag. Humann Peter, Pitten  
Elfriede Jilg, Bad Vöslau  
Mag.<sup>a</sup> Brigitta Kandl, Wien  
Robert Kopera, Reisenberg  
Dr. Mittendorfer Günter, Linz  
Mag.<sup>a</sup> Kathleen Moser, Bad Aussee  
Peter Pointner  
Christiane Popp-Westphal, Neulengbach  
Andrea Reisner, Bruck a. d. Mur  
Dr. Alfons William, Wien  
Dr. Zeilner Friedrich und Mag.<sup>a</sup> Birgit, Grödig  
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](http://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](mailto:spenden@gruenerkreis.at)

einen Zahlschein an.

Weitere Informationen finden Sie auch auf

[www.gruenerkreis.at](http://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 suchtindizierter Probleme im Allgemeinen, die wissenschaftliche Aufarbeitung der Abhängigkeitsthematik sowie Informationen über die Tätigkeit des Vereins *Grüner Kreis*.

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

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

**Herausgeber:** Verein *Grüner Kreis*

**Geschäftsführer:** Dir. Alfred Rohrhofer

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

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

**Alle:** 1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103

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

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

**Layout:** Österreichisches Wirtschaftsforum

**Anzeigen:** Sirius Werbeagentur GmbH

**Druck:** Print Alliance HAV Produktions GmbH

### Diese Ausgabe entstand unter Mitwirkung von:

Alfred Rohrhofer, Daniel Wagner, Max Dehne, Daniel Gassmann, Andrea Andorfer, Susanne Maria Wagner, Jürgen Fuchshuber, Julia Beer, Human-Friedrich Unterrainer, Simone Lazelsberger, Mirjam Ohr, Kurt Neuhold und KlientInnen im Grünen Kreis

### Bildquellennachweis:

Cover: iStock.com / jeangill

AutorInnenportraits: privat

**Gender-Hinweis:** Im Sinne einer besseren Lesbarkeit der Texte wurde von uns entweder die männliche oder weibliche Form von personenbezogenen Hauptwörtern gewählt. Dies impliziert keinesfalls eine Benachteiligung des jeweils anderen Geschlechts.



## 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

# editorial



*Liebe Leserin, lieber Leser!*

*Seit Monaten hält die COVID-19-Pandemie die Welt fest im Griff. Die verordneten Maßnahmen zur Eindämmung des Virus führen zu massiven Beeinträchtigungen psychischer Grundbedürfnisse. Unsicherheit, Isolation, Einsamkeit sowie das Gefühl des Kontrollverlusts sind psychische Stressoren, die, besonders bei suchtkranken Menschen, Angst, Panik und depressive Verstimmungen auslösen können. Doch lebt nicht längst die gesamte Gesellschaft in einem Zustand permanenter Angst? Neben der Corona-Krise bestimmen Unsicherheiten wie die Wirtschaftskrise, Globalisierung, Sorgen um den Verlust des Arbeitsplatzes, Migrationsbewegungen oder Terrorbedrohungen den gesellschaftlichen Diskurs. Wie damit umgehen?*

*Die Ursachen von Angststörungen, deren Bewältigungsstrategien und die Möglichkeit heilender Interventionen bilden die zentralen Fragestellungen dieses Magazins. Darüber hinaus berichten wir über neue Ansätze in der Therapie von Abhängigkeitserkrankungen und stellen die Preisträger des FIT FOR LIVE – Literaturpreises 2020 vor, der literarisches Schreiben als Möglichkeit zur Aufarbeitung der eigenen Suchtgeschichte fördert.*

*Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.*

**Alfred Rohrhofer**



*Der Verein »Grüner Kreis« wünscht im Namen des gesamten Vorstandes und der Geschäftsführung allen LeserInnen, KlientInnen, MitarbeiterInnen und KooperationspartnerInnen ein frohes Fest und ein erfolgreiches Neues Jahr!*

**Dr. Robert Muhr**  
psychotherapeutischer Leiter

**Dir. Alfred Rohrhofer**  
Geschäftsführer

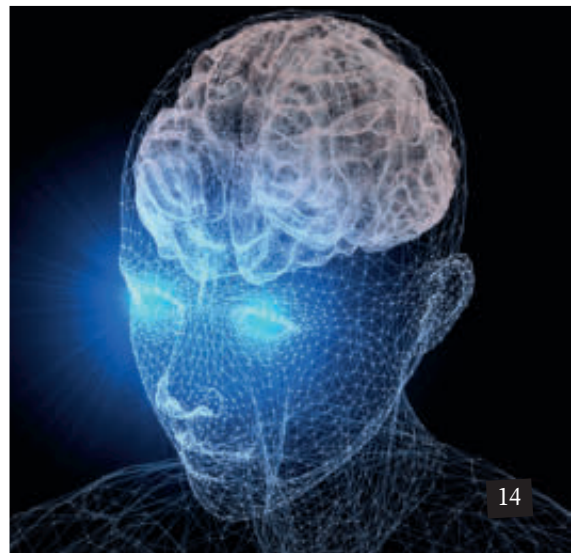
**Dr. Leonidas Lemonis**  
ärztlicher Leiter



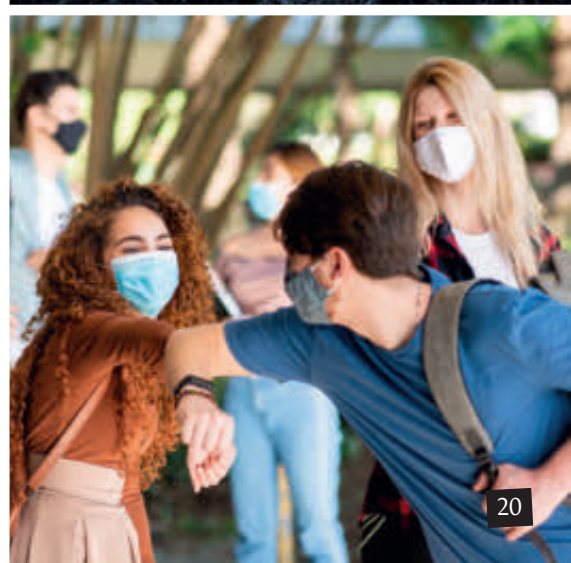
6



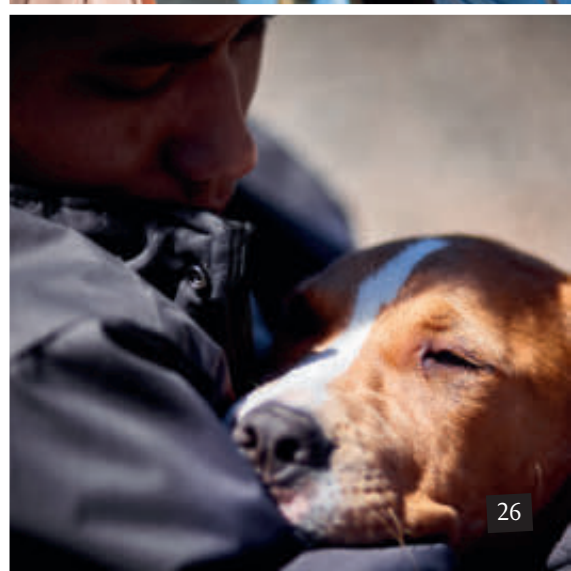
10



14



20



26

# Inhalt

- 3** Editorial  
Alfred Rohrhofer
  
- 6** Sucht und Angststörungen  
Daniel Wagner
  
- 8** Angst und Gesellschaft - soziale Ursachen, Folgen und Bewältigungsformen  
Max Dehne
  
- 10** Umgang mit Angst und Einsamkeit während der COVID-19-Pandemie  
Daniel Gassmann
  
- 12** Full Mind or Mindful: Die Rolle der Achtsamkeit bei Angst und depressiven Erkrankungen  
Andrea Andorfer
  
- 14** Brainspotting als neuer Weg in der Therapie von Abhängigkeitserkrankungen  
Susanne Maria Wagner
  
- 16** Unser Betreuungsangebot
  
- 18** Angst und Panik aus Perspektive der affektiven Neurowissenschaften  
Jürgen Fuchshuber
  
- 20** Isolation und Angst innerhalb der »Therapeutischen Gemeinschaft«  
Julia Beer
  
- 22** Spurensuche  
Betroffene berichten über ihr Leben mit der Sucht
  
- 24** Das isolierte Selbst  
Human-Friedrich Unterrainer
  
- 26** Der Einsatz eines Therapiebegleithundes in der stationären Entzugstherapie  
Simone Lazelsberger
  
- 28** Soziale Arbeit während COVID-19  
Mirjam Ohr
  
- 30** FIT FOR LIFE – LITERATURPREIS 2020  
Kurt Neuhold

Der Grüne Kreis dankt seinen Förderern



# Sucht und Angststörungen



von Daniel Wagner

Die sogenannten Angststörungen stellten im Jahr 2020 die häufigsten psychischen Erkrankungen in der Europäischen Union sowie Schweiz, Island und Norwegen dar.

Neben der gesunden Angst, die mitunter überlebensnotwendig ist, können Ängste auch irrational oder übertrieben sein – sie treten auf, obwohl keine reale Gefahr besteht oder obwohl die Bedrohung längst nicht so groß ist, wie man annimmt. Solche Ängste führen häufig zu einer starken Einschränkung im Beruf und im Privatleben. Zum Beispiel kann die Angst vor U-Bahnen, Tunneln oder Flugzeugen dazu führen, dass jemand diesen Situationen aus dem Weg geht und dadurch immer mehr in seiner Beweglichkeit eingeschränkt wird. Und wenn jemand sich ständig Sorgen macht, dass ihm selbst oder seinen Angehörigen etwas zustoßen könnte, bleibt ihm für andere Dinge kaum noch Zeit. Dazu kommt, dass Angst häufig mit körperlichen Beschwerden wie Herzrasen, Schwindelgefühlen, Übelkeit oder Atemnot verbunden ist, die sehr belastend sein können. Eine Person, die von solchen ausgeprägten Ängsten betroffen ist, erkennt zwar meist selbst, dass die Angst unbegründet oder übertrieben ist – sie kann sich jedoch nicht selbst daraus befreien.

Die sogenannten Angststörungen stellten im Jahr 2020 die häufigsten psychischen Erkrankungen in der Europäischen Union sowie der Schweiz, Island und Norwegen dar. Angsterkrankungen liegen mit einer 12-Monats-Prävalenz von 14 Prozent und circa 61,5 Millionen Betroffenen an der Spitze der psychischen Erkrankungen der 14- bis 65-Jährigen in Europa.

Sowohl in der klinischen Praxis als auch in wissenschaftlichen Publikationen der letzten Jahrzehnte beobachten wir immer wieder, dass Angststörungen und Sucht häufig gemeinsam auftreten. Diese Koinzidenz oder Komorbidität zwischen Angststörungen und schädlichem Substanzkonsum hat aufgrund ihrer hohen Prävalenz, ihrer Entwicklungs- und Erhaltungsmerkmale, ihrer klinischen Auswirkungen und ihrer einzigartigen Behandlungsfaktoren bei Forschern und Klinikern großes Interesse hervorgerufen.

Das Vorliegen einer Angst- oder einer Abhängigkeitserkrankung ist gleichzeitig auch ein Risikofaktor für das Vorliegen der jeweils anderen

Störung. Die höchsten Assoziationen mit schädlichem Substanzkonsum weisen die generalisierte Angststörung und die Panikstörung auf. Forschung und klinische Erfahrung zeigen auch, dass bei gleichzeitigem Auftreten von Angst- und Abhängigkeitserkrankungen diese Störungen sowohl bei der Entwicklung als auch bei der Aufrechterhaltung der Komorbidität funktionell miteinander verflochten sind.

Eine gängige Annahme ist, dass Abhängigkeitserkrankungen bei Menschen mit einer Angsterkrankung häufiger auftreten, da der Konsum als Selbstmedikation eingesetzt wird, um beispielsweise Anspannungszustände zu reduzieren oder unangenehmes emotionales Erleben zu betäuben. Tatsächlich gibt es für diese Annahme relativ wenig empirische Unterstützung. Zweifellos kann der Konsum von Alkohol zu einer Entspannung führen, die die Wahrnehmung von Stress und Ängstlichkeit vermindert. Dennoch gibt es wenige Belege dafür, dass dieser Effekt alleine für die Entwicklung von Alkohol- und Drogenabhängigkeit bei Menschen mit Angsterkrankungen ursächlich ist. Lediglich 20 Prozent der Patienten mit einer Angsterkrankung geben an, jemals Alkohol explizit zur Angstreduktion konsumiert zu haben. Zudem konnte gezeigt werden, dass die erfolgreiche Behandlung einer Angsterkrankung selbst bei einer Gruppe, die angab, Alkohol zur Selbstmedikation zu konsumieren, die pathologischen Trinkgewohnheiten nicht reduzierte. Des Weiteren wurde aufgezeigt, dass bei etwa der Hälfte der Patienten mit komorbider Angst und Abhängigkeit die Entwicklung der Abhängigkeit vor der Angsterkrankung auftrat. Darüber hinaus liegen Hinweise vor, dass Abhängigkeitserkrankungen die Symptome einer Angsterkrankung verstärken und die Prognose hinsichtlich einer erfolgreichen Behandlung verschlechtern. In diesem Zusammenhang scheint es interessant, dass neurowissenschaftliche Untersuchungen aufzeigen konnten, dass sowohl Abhängigkeitserkrankungen als auch Angsterkrankungen mit der Hypothalamus-Hypophysen-Nebenhirnen-Achse und der basolateralen



Die höchsten Assoziationen mit schädlichem Substanzkonsum weisen die generalisierte Angststörung und die Panikstörung auf.

Amygdala assoziiert wurden. Auf der Basis dieser ätiologischen Überlappungen wird vermutet, dass Menschen mit einer Angsterkrankung besonders vulnerabel für die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung sind, unabhängig davon, welche der beiden Erkrankungen vorausgeht.

Es ist daher nicht überraschend, dass sowohl Angststörungen als auch Abhängigkeitserkrankungen den Verlauf und das Behandlungsergebnis der jeweils anderen Erkrankung beeinflussen. Beispielsweise haben Studien gezeigt, dass Angststörungen mit einem erhöhten Schweregrad des lebenslangen Alkoholkonsums, einem erhöhten Schweregrad des Alkoholentzugs und höheren Rückfallraten nach einer Behandlung wegen Substanzmissbrauchs zusammenhängen.

Mehrere Untersuchungen haben neuartige Behandlungen von Angststörungen mit komorbidem schädlichem Substanzkonsum evaluiert. Auf der Grundlage des zuvor beschriebenen Musters der gegenseitigen Aufrechterhaltung wird in modernen Ansätzen versucht, Behandlungen zu finden, die beiden psychiatrischen Problemen gerecht werden. Die Forschung in diesem Bereich entwickelt sich weiter und umfasst sowohl Pharmakotherapie als auch Psychotherapie als primäre Behandlungsansätze für diese beiden Diagnosen.

SSRIs und SNRIs sind die erste Wahl der pharmakologischen Behandlung von komorbider Angst und Sucht, insbesondere aufgrund des nicht vorhandenen Suchtpotenzials, der Effektivität und Verträglichkeit. Psychotherapie, insbesondere die kognitive Verhaltenstherapie, zeigte sich in Studien als eine sehr effektive Methode für die Behandlung von Menschen mit einer Angsterkrankung.

Jene Studien, die Behandlungen von Angststörungen mit komorbiden Substanzgebrauchsstörungen bewerten, bringen wichtige Überlegungen ans Licht. Wenn eine Angststörung und eine Abhängigkeitserkrankung gleichzeitig auftreten, sollten dann beide Störungen gleichzeitig behandelt werden, entweder in einer integrierten Behandlung oder parallel, oder sollte eine Störung zuerst behandelt werden und die andere später? Die Antwort hierauf basiert bislang weitgehend auf Expertenmeinungen und nicht auf experimentellen Daten. Zum Beispiel wird vorgeschlagen, die Veränderungsbereitschaft des einzelnen Patienten in Betracht zu ziehen. Sollte der Betroffene demnach für eine der beiden Störungen eine wesentlich höhere Veränderungsbereitschaft aufweisen, könnte der Beginn einer Behandlung dieser priorisierten Störung ein konkretes Vorgehen darstellen. Gleichzeitig gilt es, motivierende Befragungen durchzuführen, um die Bereitschaft zur

Änderung des parallelen (oder anderen) Problems zu verbessern.

Der Ansatz, beide Störungen zu behandeln, wenn eine Angststörung und eine Abhängigkeitserkrankung gleichzeitig auftreten, ist intuitiv sinnvoll, steht im Einklang mit dem wechselseitigen Erhaltungsmuster dualer Störungen und wird von Expertenmeinungen unterstützt. Leider wurden bisher nur sehr wenige Studien durchgeführt, die eine Notwendigkeit eines integrierten Ansatzes bestätigen. Obwohl es also aus fachlicher Sicht sinnvoll ist, dass beide Störungen in der Behandlung gezielt angegangen werden, müssen weitere Studien durchgeführt werden, bevor klare Behandlungsrichtlinien empfohlen werden können. Bis dahin wird der Behandlungsansatz für Substanzkonsumstörungen mit komorbiden Angststörungen weitgehend von Expertenmeinungen bestimmt sein.

#### **PD Dr. Dr. Daniel Wagner**

ist Psychotherapeut und habilitiertes Mitglied der medizinischen Fakultät der Universität zu Köln. Er war langjähriger Leiter der Spezialambulanz für Menschen mit Angsterkrankungen und Mitglied des psychologischen Leitungsteams der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Uniklinik Köln. Seit 2014 ist er in eigener Privat- und Lehrpraxis in Köln niedergelassen und begleitet u. a. Leistungsträger aus Wirtschaft, Politik, Wissenschaft, Sport und Kultur.

# Angst und Gesellschaft - soziale Ursachen, Folgen und Bewältigungsformen

von Max Dehne\*

Insbesondere in Krisenzeiten wie der COVID-19-Pandemie, plötzlichen Migrationsbewegungen oder Finanzkrisen ist das Thema Angst ein zentraler Bestandteil des gesellschaftlichen Diskurses. Im Folgenden soll zunächst geklärt werden, was Angst eigentlich ist, wie sie entsteht und ob sie gesellschaftlich zugenommen hat sowie welche Bewältigungsformen und sozialen Konsequenzen mit ihr verbunden sein können.

## Was ist Angst?

Bei der Bestimmung von Angst als Phänomen sind insbesondere zwei Aspekte bedeutsam.

Zum einen fällt zunächst auf, dass es Angst zweimal zu geben scheint: So existieren im Deutschen (und in anderen Sprachen) die Begriffe »Angst« und »Furcht«. Beide haben über die Jahrhunderte mehrere Bedeutungswandlungen erlebt und sind – etwa bei Kierkegaard und Heidegger sowie bei Freud – zentraler Gegenstand verschiedener philosophischer und psychologischer Ansätze. Wenngleich wir in der Alltagssprache heute kaum mehr zwischen beiden unterscheiden, lassen sich zwei unterschiedliche Konzepte herauskristallisieren und benennen, die beide Angstformen beschreiben. So lässt sich zum einen von konkreter Angst (Furcht) sprechen, die durch eine konkrete Bedrohung sowie den Fokus hierauf gekennzeichnet ist – etwa die Angst davor, vom entgegenkommenden Hund gebissen zu werden. Die zweite Form stellt die sogenannte Kontingenzangst dar, die durch den Verlust epistemischer Kontrolle charakterisiert ist. Hier steht nicht eine konkrete Bedrohung im Vordergrund, sondern ein mit Ungewissheit verbundenes Gefühl: Wird es eine zweite Corona-Welle geben oder nicht? Wie wird die Zukunft aussehen? Wer bin ich? Kontingenzangst stellt also ein

Leiden an der Unbestimmtheit von Situationen dar und geht oft mit Komplexität, Unvorhersagbarkeit, Unsicherheit und Mehrdeutigkeit einher. Wesen, Perspektiven und Implikationen von Situationen stellen sich dabei als kontingent dar – daher auch die Bezeichnung Kontingenzangst. Insbesondere diese Form der Angst gilt als diejenige, die in den letzten Jahrzehnten zugenommen hat (s. weiter unten).

Der zweite Aspekt der Phänomenbeschreibung besteht in der Einordnung von Angst als eine Emotion. Wie andere Emotionen auch, umfasst sie dementsprechend in der Regel fünf Aspekte bzw. Komponenten:

1. kognitive (Einschätzungen),
2. neurophysiologische (körperliche Symptome),
3. motivationale (Handlungstendenzen),
4. motorische Expression (z.B. mimischer Ausdruck) und
5. subjektives Erleben.

Eine Emotion wie Angst kann nach Scherer demnach verstanden werden als »an episode of interrelated, synchronized changes in the states of all or most of the five organismic subsystems in response to the evaluation of an external or internal stimulus event as relevant to major concerns of the organism«. In dieser Definition wird gleichzeitig deutlich, dass Kognitionen bzw. Einschätzungen die zentrale auslösende Bedingung von Emotionen darstellen, sodass sich hier von ausgehend nach den (sozialen) Ursachen von Angst fragen lässt.

## Wie entsteht Angst?

Für Angst und ihre Entstehung sind insbesondere drei Einschätzungen einer Situation charakteristisch:

1. Etwas Wichtiges (das sogenannte Identifikationsobjekt) wird als bedroht betrachtet,
2. die Situation wird als ungewiss oder

ein konkretes Ereignis als wahrscheinlich wahrgenommen und

3. die Situation erscheint als eventuell nicht kontrollierbar.

Wie eine Situation eingeschätzt wird, hängt dabei neben individuellen und biologischen Aspekten insbesondere von sozialen und kulturellen Rahmenbedingungen ab: In unteren sozialen Schichten stehen beispielsweise weniger Ressourcen zur Bewältigung von Bedrohungen (z.B. Krankheit und Armut) zur Verfügung, sodass sich in diesen Lagen die Zukunft als weniger kontrollierbar sowie ungewiss darstellt und die Entstehung von Angst begünstigt wird. In kultureller Hinsicht werden etwa in Bezug auf das Geschlecht immer noch nicht nur Emotionsnormen vermittelt, denen zufolge Emotionen insgesamt als etwas tendenziell Weibliches darstellen, sondern auch spezifische Einschätzungen geschlechtsspezifisch gefördert: Mädchen dürfen eher auch mal schwach und unsicher sein, während Jungs stark und durchsetzungsstark sein sollen. Entsprechend unterschiedliche Voraussetzungen bestehen für die Entstehung und den Ausdruck von Angst. In ähnlicher Weise unterscheiden sich Kulturen auch in denjenigen Identifikationsobjekten, die in Bezug auf die Emotionen entstehen: In einigen Kulturen gilt Ehre als zentrales – und entsprechend bedrohbares – Konzept, in anderen wird Individualität als zentraler Wert betont, sodass leichter eine Angst vor dem Verlust derselben entstehen kann.

Über solche allgemeinen individuellen und sozialen Einschätzungsbedingungen hinaus können sich natürlich auch die situativen Rahmenbedingungen unterscheiden und die Angstentstehung beeinflussen. Auf ebendiese Ebene zielt die These der Angstgesellschaft, die als Gegenwartsdiagnose in den letzten Jahrzehnten eine prominente Stellung im öffentlichen Diskurs eingenommen hat.

\*Vom Autor wurde kein Portraitfoto zur Verfügung gestellt.



## Leben wir in einer Angstgesellschaft?

Die These, dass westliche Gesellschaften durch ein wachsendes und hohes Angstniveau gekennzeichnet sind, ist eigentlich schon sehr alt: Spätestens mit der Industrialisierung und den damit einhergehenden Umwälzungen wurde dies als gesamtgesellschaftliches Phänomen postuliert, in den 1950er-Jahren wurde aufgrund von sich wandelnden sozialen Normen sowie Bedrohungen wie der durch die Atombombe ebenfalls von einem »Age of Anxiety« gesprochen und in den 1980er-Jahren diagnostizierten Soziologen wie Ulrich Beck die »Risikogesellschaft«.

Als Gründe für einen Angstanstieg werden dort und in aktuellen Arbeiten häufig drei Aspekte angeführt. Erstens wird eine Vielzahl jeweils aktueller Bedrohungen (Klima, Arbeitslosigkeit, Terror usw.) aufgeführt. Zweitens und vor allem wird eine gestiegene Kontingenzwahrnehmung bzw. Ungewissheit – verursacht etwa durch Individualisierungsprozesse, Globalisierung, Pluralisierung von Lebensformen und Normen oder Fragmentierung weltpolitischer Konstellationen – postuliert. Die daraus entstandene Komplexität erzeugt demnach vor allem Gefühle der Unsicherheit, Unvorhersagbarkeit und Undurchschaubarkeit, also eine Art Kontingenzangst. Dies führe drittens, so die Annahme, dann wiederum zu einer »frei flottierenden« Angst, also einer Tendenz, das Leben gewissermaßen durch eine Angstbrille zu betrachten. Obwohl diese Annahmen schon relativ lange bestehen, die These der Angstgesellschaft schon fast zum Allgemeingut im öffentlichen Diskurs geworden ist und auch aktuell etwa in Bezug auf die Digitalisierung der Arbeitswelt, islamistischen Terrorismus, Migration, Klimawandel und Corona formuliert wird, gibt es erstaunlich wenig empirische Befunde zum tatsächlichen Ausmaß an Angst.

Sieht man sich die Trends zu verschiedenen Sorgen an, dann zeigt sich seit den 1980er-Jahren für Deutschland, wo mit dem sozio-ökonomischen Panel (SOEP) umfangreiche Daten vorliegen, folgendes Bild: Die Sorgen im Hinblick auf ganz unterschiedliche Themen wie Arbeitslosigkeit, Klima, Frieden, Ausländer, Gesundheit etc. schwanken im Zeitverlauf sehr stark. Ein allgemeiner Anstieg ist dabei nicht erkennbar, vielmehr scheint das Ausmaß weitgehend von der aktuellen politischen und ökonomischen gesellschaftlichen Situation

Insgesamt kommt eine Vielzahl von kulturellen und sozialstrukturellen Bedingungen infrage, um die Entstehung und Verbreitung von Angst zu erklären und die jeweiligen Zusammenhänge geben bislang noch zahlreiche Rätsel auf.

und Themenkonjunkturen abzuhängen. Betrachtet man die Zustimmung von Menschen zu der Meinung, die Welt sei so komplex geworden, dass man sich weniger zurechtfindet, stellt sich heraus, dass die Wende in den 1990ern in Ostdeutschland zu einer erhöhten Verunsicherung führte, die erst in den 2000ern zurück auf das niedrige West-Niveau sank. Davon abgesehen aber lässt sich seit den 1980er-Jahren keine generelle Veränderung erkennen. Die Kontingenzangst hat diesen Daten zufolge also insgesamt ebenfalls nicht zugenommen.

Auch im europäischen Vergleich liegen die Deutschen, wenn man nach der Häufigkeit des Angsterlebens fragt, an vorletzter Stelle, nur in Norwegen ist der Wert noch niedriger. Das mitunter formulierte Postulat einer besonders ausgeprägten »German Angst« scheint aus dieser Perspektive insofern eher ein Mythos zu sein (für Österreich liegen hier keine Daten vor).

Insgesamt kommt eine Vielzahl von kulturellen und sozialstrukturellen Bedingungen infrage, um die Entstehung und Verbreitung von Angst zu erklären, und die jeweiligen Zusammenhänge geben bislang noch zahlreiche Rätsel auf. So haben sich etwa soziale Normen derart gewandelt, dass es heute als generell legitim gilt, Emotionen zu erleben, sie auszudrücken oder sich an ihnen bzw. etwa dem Bauchgefühl zu orientieren. Aus dieser Perspektive hätte man bei den oben erwähnten Trends ebenfalls einen Angstanstieg erwarten können, zumal offener über Gefühle gesprochen wird. Umso erstaunlicher ist insofern die Konstanz des Angstniveaus in Deutschland. Auch innergesellschaftliche Faktoren können das Angstniveau beeinflussen. Der ökonomische Status, also etwa das Einkommen, hat in Deutschland – möglicherweise dank sozialer Sicherungssysteme oder einer derzeit relativ geringen Arbeitslosigkeit – einen relativ geringen statistischen Effekt auf die Angsthäufigkeit, die Geschlechterunterschiede sind dagegen deutlich: Frauen geben

an, häufiger Angst zu haben. Allerdings gilt dies zwar für Deutschland, nicht aber etwa für die USA, die in Bezug auf Emotionsnormen kulturell eigentlich ähnlich sind. Auch zwischen den europäischen Ländern gibt es teils deutliche Unterschiede in Bezug auf die Bedeutung dieser Faktoren. Es ist insofern noch viel Forschung notwendig, um ein klares Verständnis von den gesellschaftlichen Bedingungen, Dynamiken und Folgen gesellschaftlicher Angstphänomene zu gewinnen.

Emotionale Effekte, Regulation und soziale Konsequenzen von Angst

Auch wenn die Befundlage gegenwärtig nicht für ein hohes und gestiegenes Niveau von Angst spricht, so gehört Angst doch zum regulären Emotionshaushalt von Menschen und Gesellschaften. Daher stellt sich die Frage, welche Folgen Angst hat und wie sie reguliert werden kann. In Bezug auf die emotionalen Effekte von Angst gilt, dass diese – wie Emotionen insgesamt – tendenziell zu einer Selbstverstärkung und einem Teufelskreis führt: Wer Angst hat, nimmt auch unverbundene Situationen eher in einer angstspezifischen Weise wahr, d.h. als bedrohlich, wenig kontrollierbar und ungewiss. Im Extremfall kann eine wodurch auch immer bedingte Angst gewissermaßen ausstrahlen und zu einer generellen Angstneigung führen. Ob dies geschieht, hängt jedoch von einer Vielzahl von Faktoren wie bisherigen Erfahrungen, der subjektiven Plausibilität von Verbindungen zwischen verschiedenen Bedrohungen, gesellschaftlichen Emotionsnormen usw. ab.

Im Regelfall wird Angst als unangenehm empfunden und Menschen sind bestrebt, sie aufzulösen, d. h. zu regulieren. Grundsätzlich lassen sich fünf Aspekte unterscheiden, an denen eine Regulation von Emotionen ansetzen kann:

1. Situationsselektion (z.B. bei Flugangst nicht fliegen),
2. Situationsmodifikation (z.B. Toilettenpapier horten),
3. Aufmerksamkeitslenkung (z.B. Ablenken oder Verdrängen und etwa keine bedrohlichen Nachrichten mehr rezipieren),
4. Umdeutung (z.B. eine Prüfung als Lernchance begreifen) und
5. Reaktion (z.B. Yoga/Achtsamkeitsübungen).

Die gesellschaftliche Verbreitung unterschiedlicher Regulationsstrategien kann

→ Seite 25

# Umgang mit Angst und Einsamkeit während der COVID-19-Pandemie



von Daniel Gassmann

Der Bedarf nach psychotherapeutischer Unterstützung hat seit Ausbruch der COVID-19-Pandemie deutlich zugenommen. (Galea, Merchant & Lurie, 2020)

Der Mensch fühlt sich wohl, wenn seine Grundbedürfnisse befriedigt sind. Neben physiologischen Bedürfnissen wie ausreichenden Quanten an Nahrung, Schlaf, Sexualität und Sicherheit werden in der Psychologie u.a. folgende psychische Grundbedürfnisse beschrieben (Grawe, 2004): Das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle, das Bedürfnis nach Bindung, das Bedürfnis nach Selbsterhöhung und das Bedürfnis nach Lustgewinn/Unlustvermeidung. Die COVID-19-Pandemie hat gerade deswegen einen so starken Einfluss auf die Gesellschaft, weil sie die Realisierung der psychischen Grundbedürfnisse behindert. Die täglich neuen, mehrdeutigen, unklaren und zum Teil widersprüchlichen Informationen über die Verbreitung des Coronavirus, die Ansteckungsrisiken, die gesundheitlichen Folgen bei Ansteckung und das Mortalitätsrisiko erschüttern das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle nachhaltig. Die Distanzregeln tangieren das Bedürfnis nach Bindung – Berührungen und Umarmungen gelten als risikoreich und gefährlich. Die Schließung von Landesgrenzen, Schulen, Restaurants und Clubs schränkt Mobilität und Freizeitverhalten ein und verletzt das Bedürfnis nach Lustgewinn. Und allenfalls berauben uns Lockdown und Homeoffice auch wichtiger, das Selbstwertgefühl stärkende Erfahrungen, wie zum Beispiel der Vortrag, der nicht gehalten werden darf, das Konzert, das nicht gespielt werden kann, das Fußballmatch, das vor leeren Rängen gespielt wird.

Nicht befriedigte Grundbedürfnisse versetzen die Psyche in einen Spannungszustand und erhöhen das Risiko der Exazerbation bestehender und das Ausbrechen neuer psychischer Störungen (Fries & Grawe, 2006). Und tatsächlich hat der Bedarf nach psychotherapeutischer Unterstützung seit

Ausbruch der COVID-19-Pandemie deutlich zugenommen (Galea, Merchant & Lurie, 2020). Therapeuten berichten, dass ihre Patienten vermehrt unter Ängsten und auch Schwierigkeiten im Umgang mit Einsamkeit und Isolation leiden.

Psychotherapeutische Interventionen zur Unterstützung des Umgangs mit Angst und Einsamkeit während der COVID-19-Pandemie fokussieren auf die Triade Verhalten, Kognitionen und die Emotionen.

Verhaltensfokussierte Interventionen dienen

- (1) dem Aufbau genussvoller Aktivitäten,
- (2) der Steigerung der körperlichen Aktivität,
- (3) dem Abbau von Vermeidungsverhalten,
- (4) dem Abbau von Verhaltensexzessen und
- (5) der Förderung der Entspannungsfähigkeit.

Kognitionsfokussierte Interventionen

- (1) klären den Patienten über wissenschaftlich fundierte Kenntnisse über COVID-19 auf (Psychoedukation),
- (2) regen zum Führen eines Sorgentagebuches an,
- (3) vermitteln die Technik des Gedankenstopps und
- (4) unterstützen den Patienten, dysfunktionale Annahmen über COVID-19 durch wissenschaftlich fundierte und funktionale Annahmen zu ersetzen (kognitive Umstrukturierung).

Achtsamkeits- und emotionsfokussierte Interventionen unterstützen den Patienten darin, die durch Angst und Isolation ausgelösten Emotionen bewusst wahrzunehmen und zu lernen, diese wertfrei zu betrachten und anzunehmen, ohne sie verändern zu wollen.

Die oben genannten therapeutischen Interventionsstrategien werden



Kognitionsfokussierte Interventionen regen zum Führen eines Sorgentagebuches an.

umso nachhaltigere Effekte erzielen, je besser es gelingt, konkret und explizit zu klären, wovor genau sich eine Person fürchtet, denn Ängste im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie können sich auf sehr Unterschiedliches beziehen (Gradwohl & Gassmann, 2020): Infektions- und Krankheitsängste: sich oder andere anzustecken; Verlustängste: Angehörige durch Tod an Covid-19 zu verlieren; wirtschaftliche Ängste: Einkommenseinbußen durch Kurzarbeit oder Entlassung; soziale Ängste: Angst vor Einsamkeit und Isolation; Versorgungsängste: Engpässe bei Nahrungsmitteln, Medikamenten, Desinfektionsmitteln und Atemschutzmasken; politische Ängste: z.B., dass Tracing-Informationen durch die Regierung für die Kontrolle der Bevölkerung missbraucht werden könnten.

Sind die Ängste konkret und explizit herausgearbeitet, geht es in der Therapie darum, eine hinreichend gute Balance zwischen Auseinandersetzung und Ablenkung zu installieren. Wer sich von morgens bis abends mit den neuesten Entwicklungen der COVID-19-Pandemie auseinandersetzt, wird

Mühe haben, das Thema mit der nötigen Distanz beurteilen zu können. Wer dagegen seinen Kopf in den Sand steckt und die Auseinandersetzung mit der COVID-19-Pandemie gänzlich vermeidet, verliert den Kontakt zur Realität und setzt sich Risiken aus. So könnte ein exemplarischer Tagesablauf zum Beispiel darin bestehen, den täglichen Medienkonsum über die neuesten Entwicklungen der COVID-19-Pandemie auf eine halbe Stunde zu begrenzen (aktive Auseinandersetzung, Abbau von Verhaltensexzess), eine halbe Stunde Sport zu machen (Ablenkung, Steigerung der körperlichen Aktivität), sich Zeit für eine sorgfältige Körperpflege zu nehmen (Ablenkung, Aufbau genussvoller Aktivität), mit einer nahestehenden Person über die aktuellen Sorgen und Ängste in Bezug auf COVID-19 zu sprechen (aktive Auseinandersetzung, dosierte Konfrontation mit negativen Emotionen).

Die COVID-19-Pandemie behindert insbesondere die Befriedigung psychischer Grundbedürfnisse. Die dadurch ausgelösten Gefühle der Angst und der Isolation sind aktiv zu klären und

konkrete Strategien für den Umgang im Alltag zu planen. Dabei scheint eine Strategie der Balance von aktiver Auseinandersetzung mit dem Thema und Ablenkung erfolgsversprechend.

#### Literatur

**Fries, A. & Grawe, K. (2006).** Inkonsistenz und psychische Gesundheit: Eine Metaanalyse. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54: 133-148.

**Galea, S., Merchant, R. M. & Lurie, N. (2020).** The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing. *JAMA Intern Med.*, 180 (6): 817-818.

**Gradwohl, G. & Gassmann, D. (2020).** Umgang mit den Ängsten der Pandemiezeit. In: Benoy, C. (Hrsg.): COVID-19. Ein Virus nimmt Einfluss auf unsere Psyche. Kohlhammer Verlag.

**Grawe, K. (2004).** Neuropsychotherapie. Hogrefe Verlag.

#### Dr. phil. Daniel Gassmann

Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, eidgenössisch anerkannter Psychotherapeut, arbeitet selbstständig in eigener Praxis und als Dozent und Supervisor in mehreren postgradualen Ausbildungsgängen in Psychotherapie.

# Full Mind or Mindful: Die Rolle der Achtsamkeit bei Angst und depressiven Erkrankungen



von Andrea Andorfer

»Oft vergeuden wir die kostbaren Momente unseres Lebens mit allem möglichen Kram, doch wir haben nun einmal nicht mehr zur Verfügung als ebendiese Augenblicke. Wenn wir in diesen Augenblicken wirklich präsent sind, beginnen interessante Dinge zu geschehen.«  
(Jon Kabat-Zinn; zitiert nach Aßmann, 2012, S. 59)

Heutzutage zählen psychische Erkrankungen zu den häufigsten Gründen für Krankenstände in Österreich (Leoni & Böheim, 2018). Gleichzeitig gewinnt eine ganzheitliche Sichtweise des Menschen in medizinischen Bereichen immer mehr an Bedeutung, wodurch alternative Behandlungsmethoden stärker in den Fokus rücken (Barnett & Shale, 2012; Forfylow, 2011). Hierbei ist unter anderem der Begriff der Achtsamkeit in aller Munde. Oftmals wird er mit der buddhistischen Philosophie in Verbindung gebracht, obwohl sich die Wurzeln der Achtsamkeit auch in kontemplativen Praktiken verschiedener spiritueller Lehren und Traditionen wie bei Meister Eckhart im mystischen Christentum oder beim Sufismus im Islam wiederfinden (Buchheld & Walach, 2006; Manstetten, 2007; Pollheimer, 2017; Reuster, 2007). Im Buddhistischen gilt Achtsamkeit als eine grundlegende Haltung, deren Praxis eine in etwa 2500 Jahre alte Tradition zugrunde liegt und dadurch als Herz der buddhistischen Meditation gesehen werden kann (Buchheld & Walach, 2006; Kabat-Zinn, 2003; Siegel, Germer & Olendzki, 2009). Die wohl gängigste Definition von Achtsamkeit wurde von Jon Kabat-Zinn (2003) geprägt, der Achtsamkeit als einen »Prozess, bei dem die Aufmerksamkeit nicht-wertend auf den gegenwärtigen Augenblick gerichtet ist« (Anderssen-Reuster, 2007, S. 1) beschreibt. Darunter ist das absichtsvolle Wahrnehmen der aktuellen Situation im Hier und Jetzt zu verstehen. Achtsamkeit »ist einerseits nüchtern, real, desillusionierend, andererseits annehmend, integrierend und vielleicht sogar auf mütterliche Weise liebevoll« (Anderssen-Reuster, 2007, S. 1).

## Achtsamkeit in der Psychotherapie

Das Konzept der Achtsamkeit hat sich in der Psychotherapie vor allem in den

letzten Jahrzehnten etabliert (Davis & Hayes, 2011; Shapiro & Carlson, 2017), unter anderem, da die Wahrnehmung des Körpers fundamental für die Erschließung der inneren Wirklichkeit und die differenzierte Wahrnehmung von Emotionen ist (Grepmaier & Nickel, 2007). Ansätze von Achtsamkeit lassen sich aber auch in klassischen Psychotherapierichtungen unter dem Deckmantel anderer Begrifflichkeiten finden. So weist Achtsamkeit beispielsweise Ähnlichkeiten mit der von Freud geprägten gleichschwebenden Aufmerksamkeit in der Psychoanalyse auf. Diese meint, »dass ich meine Reaktionen auf die verbalen und nonverbalen Äußerungen des Patienten aufmerksam registriere, ihnen ohne Vorurteil, ohne Zwang zur Erkenntnis, ohne Erinnerung und ohne Wunsch begegne, eine Geisteshaltung, die idealerweise unmittelbar, offen, direkt und spontan ist« (Schade, 2007, S. 86). Die Ähnlichkeiten liegen somit in der bewussten Lenkung der Konzentration auf einen Vorgang (z.B. die Atmung) sowie der Haltung des nicht wertenden Gewährenlassens (z.B. der Gedanken), der Geduld und der Vorurteilslosigkeit sowie dem zwanglosen Wechsel zwischen der Konzentration auf einen Vorgang und dem gedanklichen Abschweifen (Schade, 2007).

Achtsamkeit kann in der (psychotherapeutischen) Praxis auf verschiedenste Weise eingesetzt werden. Siegel et al. (2009) sprechen in diesem Zusammenhang von einem Kontinuum von impliziter zu expliziter Anwendung. Das Ende aufseiten des impliziten Einsatzes ist die praktizierende Psychotherapeutin bzw. der praktizierende Psychotherapeut selbst. Am anderen Ende des Kontinuums steht die achtsamkeitsbasierte Therapie (Davis & Hayes, 2011), wie beispielsweise das Trainingsprogramm Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion (Mindful-Based

Stress Reduction, MBSR) nach Kabat-Zinn (Lehrhaupt, 2007; Santorelli, Meleo-Meyer & Lynn, 2017).

### Achtsamkeit bei Angststörungen und depressiven Erkrankungen

Nicht nur in der Bevölkerung, sondern auch im wissenschaftlichen Bereich hat Achtsamkeit vor allem in den letzten Jahrzehnten stark an Popularität gewonnen (Brown, Ryan & Creswell, 2007; Creswell, 2017; Didonna, 2009; Kabat-Zinn, 2003; Shapiro & Carlson, 2017). Achtsamkeit wird hierbei meist mit positiven Aspekten assoziiert. In bisherigen Studien zeigte sich, dass achtsamkeitsbasierte Interventionen mit positiven Auswirkungen auf verschiedene Parameter der psychischen Gesundheit einhergehen. Obwohl diese positiven Effekte noch nicht für alle psychischen Erkrankungen gezeigt werden konnten, ist eine Symptomverbesserung bei Angststörungen und Depressionen ersichtlich (Blank et al., 2018; Goyal et al., 2014; Huang et al., 2018; Spijkerman, Pots & Bohlmeijer, 2016). Angststörungen und Depressionen zählen zu den dominierenden psychischen Erkrankungen in Österreich. Mit einer Lebenszeitprävalenz von 20 Prozent bei Depression ist jeder fünfte Mensch von dieser Krankheit betroffen. An einer Angststörung erkranken rund 16 Prozent im Laufe ihres Lebens (BMS-GPK, 2019).

Bei Angststörungen lösen objektiv betrachtet ungefährliche Situationen Angstreaktionen aus, welche mit einem Leidensdruck einhergehen (WHO, 2019). Hierbei kann der gefürchtete Stimulus entweder externalen (z.B. eine Geburtstagsfeier bei einer sozialen Phobie) oder internalen Ursprungs (z.B. Brustschmerz bei einer Panikstörung) sein. Obwohl die betroffenen Personen die Irrationalität ihrer Angst meist erkennen, genügt diese Erkenntnis nicht, um ihr Vermeidungs- oder Fluchtverhalten zu verändern. Laut Germer (2009) stellt Achtsamkeit ein Mittel dar, um sich der Angst aufmerksam und schrittweise zuzuwenden und sie mit freundlicher Akzeptanz zu erforschen. Dadurch ist eine Veränderung der Beziehung zwischen der betroffenen Person und ihrer Ängstlichkeit bzw. Angstreaktion hin zu einer Toleranz und Freundschaft möglich.

Depressive Erkrankungen sind durch das Vorhandensein von zwei oder drei der folgenden Kernsymptome

## In bisherigen Studien zeigte sich, dass achtsamkeitsbasierte Interventionen mit positiven Auswirkungen auf verschiedene Parameter der psychischen Gesundheit einhergehen.

gekennzeichnet: gedrückte Stimmung, verminderter Antrieb, Interesse- und Freudlosigkeit. Des Weiteren können Symptome wie beispielsweise Gedankenkreisen, Grübeln, Appetitverlust und Schlafstörungen hinzukommen (WHO, 2019). Eigens für die Behandlung von wiederkehrenden depressiven Episoden wurde die Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT) entwickelt. Diese soll betroffenen Personen dabei helfen, weitere depressive Episoden zu verhindern. Hierbei wird beispielsweise damit gearbeitet, sich seiner negativen Gedanken und Gefühle bewusst zu werden (Michalak, Meibert & Heidenreich, 2007; Morgan, 2009; Segal, Williams & Teasdale, 2002).

### Achtsamkeit zu Zeiten einer Pandemie

Einsamkeit und soziale Isolation stellen bereits vor der aktuellen Pandemie ein zunehmendes Problem dar, da die beiden als wesentliche Risikofaktoren für Gesundheitsprobleme und erhöhte Sterblichkeit gelten (Lindsay et al., 2019). Insbesondere in individualistischen Kulturen, wie zum Beispiel in Österreich, sind mehr Menschen einsam als in kollektivistischen, wie beispielsweise in Indonesien (Barreto et al., 2020). Unter gewöhnlichen Umständen konnten achtsamkeitsbasierte Trainingsprogramme das Gefühl der empfundenen Einsamkeit reduzieren und unter anderem soziale Kontakte erhöhen (Creswell et al., 2012; Lindsay et al., 2019).

Im Zuge der Verhinderung der unkontrollierten Ausbreitung von COVID-19 werden oftmals Restriktionen verhängt, die soziale Kontakte einschränken (Nussbaumer-Streit et al., 2020). Neueste Studien zeigen nun, dass sich die sogenannte neue Normalität auf die psychische Gesundheit der österreichischen Bevölkerung auswirkt. Depressive Symptome sowie Symptome von Angststörungen sind drastisch angestiegen (Pieh, Budimir &

Probst, 2020; Traunmüller et al., 2020). Etwa 43 Prozent nahmen die psychologische Auswirkung des Pandemieausbruchs als moderat (5,6 %) oder schwer (37,7 %) wahr. Im Detail berichteten rund 27 Prozent von mittelgradigen bis hin zu schweren depressiven Symptomen und 20 Prozent von moderaten bis schweren Angstsymptomen. Zudem hängen das Beschwichtigen der mit der Pandemie verbundenen Gefahren und die Nicht-Akzeptanz der Pandemie mit Depression, Angstzuständen und Stress zusammen. Ein bewusstes, achtsames Wahrnehmen der tatsächlichen Bedrohung geht mit vermindernden depressiven und angstbezogenen Symptomen einher (Traunmüller et al., 2020). Folglich kann eine regelmäßige Praxis von Achtsamkeit dabei helfen, mit den Herausforderungen der aktuellen Pandemie sowie mit Stresssituationen im Allgemeinen besser umzugehen (Behan, 2020; Conversano et al., 2020). Weiters ermöglicht sie einen achtsamen Umgang mit Emotionen sowie deren effektive Regulation, also die Beeinflussung des Erlebens, der Intensität sowie der Dauer der eigenen Gefühle (Davis & Hayes, 2011; Ives-Deliperi, Solms & Meintjes, 2011).

### Abschlussbemerkung

Veränderung und Stress scheinen Schlagwörter zu sein, denen man kaum entfliehen kann, weder während der COVID-19-Pandemie noch im vorherrschenden digitalen Zeitalter. Menschen sind heutzutage mit diversen Stresssituationen konfrontiert. Diese können beruflicher, aber auch privater Natur sein. Ferner sind Wandel und Veränderung Konstanten unseres Alltags. Achtsamkeit kann, unabhängig von Alter, Geschlecht oder anderen soziodemografischen Merkmalen, mit oder ohne psychische Erkrankung, dabei helfen, sich wieder bewusst auf das Hier und Jetzt zu besinnen, die gegenwärtigen Herausforderungen anzunehmen und im aktuellen Moment zu leben.

Literatur kann in der Redaktion angefragt werden.

#### Andrea Andorfer, BSc MSc

Dissertantin (Dr.sci.med.) an der Medizinischen Universität Graz, »Doctoral School in Lifestyle-Related Diseases«; Abschlussarbeit des psychotherapeutischen Propädeutikums im Frühling 2020 zum Thema »Achtsamkeit in der Psychotherapie«; Klinische Psychologin in Fachausbildung





Therapierelevante Empfindungen korrespondieren mit bestimmten Augenpositionen und können über das Gesichtsfeld zielgerichtet aktiviert werden.

Im Suchtbereich wird Brainspotting in Form von »Double spotting« angewendet. Brainspot 1 fokussiert das Verlangen, die guten Gefühle, die damit verbunden sind, den Nutzen. Der zweite Spot repräsentiert die schlechten Gefühle, die Konsequenzen betreffend. In der Folge pendelt der Blick lange hin und her. Es wird zwischen erstem und zweitem Belastungspunkt eine Verbindung hergestellt, erst dann wird ein dritter Spot hinzugefügt: der, der die Zukunft abbildet, eine Zukunft ohne Sucht.

Brainspotting verbindet die Geschichten und erzeugt eine vollständig integrierte Geschichte, in der die guten Gefühle/Vorteile von Sucht mit den schlechten Gefühlen der negativen Konsequenzen verbunden sind. Es muss der KlientIn klar und bewusst sein, »wenn ich diese Substanz zu mir nehme, diese Sucht lebe, dann habe ich diese Konsequenzen, die mit dem Konsum unerbittlich verbunden sind«. In einem letzten Schritt beschreibt die KlientIn konkret und detailliert, was anders sein wird im neuen Leben – Visualisierung der Zukunft mit allen Sinnen. Der KlientIn wird dabei viel Zeit gelassen, sodass Empfindungen und andere Ebenen der Erfahrung im Körper landen. Zum Verankern der neuen

Erfahrungen wird, wie bereits erwähnt, ein dritter Spot – Hoffnungspunkt (= Ressourcenpunkt) – gesucht, bei dem die KlientIn über ihre Hoffnungen spricht, eines Tages »clean« bleiben zu können.

Roby Abeles empfiehlt Erzähl-Therapie, um die Sucht zu externalisieren und somit jeglicher Scham bereits in den Anfängen der Therapie vorzubeugen, im Sinne einer »Rückfall«-Prävention. Mit der Scham wird später gearbeitet. Sie benutzt die Crocodile Story, die der speziellen von ihr entwickelten Anwendung von Brainspotting seinen Namen gab. Die Metapher des Krokodils steht für die Sucht. TherapeutIn und KlientIn verbünden sich, um dem gerissenen, mächtigen Gegner die Stirn zu bieten. Abeles konstatiert, dass das Erzählen von Geschichten das subkortikale Gehirn von Erzähler und Empfänger zum Dialog einlade, anstatt Fakten zu bestreiten.

Das »Crocodile«-Set-up wurde und wird bei unterschiedlichen Abhängigkeitserkrankungen (Alkoholismus, Nikotinabhängigkeit, Drogenkonsum, Sexsucht, Einkaufssucht, Benzodiazepinabhängigkeit usw.) weltweit praktiziert und viele BrainspottingtherapeutInnen berichten von durchschlagenden Erfolgen, sowohl sofort als auch bei katamnestischen Untersuchungen. Die Methode

»Brainspotting« kann auch in Österreich erlernt werden. »Brainspotting Austria« wird von David Grand selbst gefördert und ist die einzige zertifizierte Institution in Österreich. Dort werden Seminare in sämtlichen Ausbildungsphasen angeboten. Auf [brainspottingaustria.com](http://brainspottingaustria.com) finden Interessierte detaillierte Informationen zu Methode, Ausbildung und BehandlerInnen.

Literatur kann bei der Redaktion angefragt werden.

*Sucht ist wie ein Monster.  
Es lebt in dir, wird von dir ernährt,  
kontrolliert dich und zerstört dich.  
Es ist wie ein Biest, das dich auseinanderißt,  
dir deine Seele entreißt und dann über deine  
Schwäche lacht.  
Es isoliert dich in einer Mauer aus Stein.  
Es ist wie ein Schatten, der immer hinter  
dir lauert und darauf wartet, zuzuschlagen.  
Sucht lebt in deinem Gedächtnis:  
sitzend, starrend – beobachtend und  
wartend.*

(Roby Abeles, 2018)

**Mag.<sup>a</sup> Susanne Maria Wagner**  
Psychotherapeutin (Integrative Gestalttherapie)  
Brainspottingtherapeutin  
Erziehungs- und Bildungswissenschaftlerin

# 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 bieten: Vorträge, geleitete Diskussionen, Seminare, Outdoor-Workshops/-Veranstaltungen, sowie spezielle Angebote im Bereich der Persönlichkeitsentwicklung, im Umgang mit Stress, Kommunikation und Konfliktstrategien.

### 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, MitarbeiterInnen 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.

## Stationäre Kurzzeittherapie

Die stationäre Kurzzeittherapie (Dauer bis zu 6 Monaten) 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 KlientInnen 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 KlientInnen mit einer Weisung zu einer gesundheitsbezogenen Maßnahme (»Therapie statt Strafe« nach § 35 und § 39 SMG, § 50 STGB, § 173 STPO). Kostenübernahme durch den Bund maximal 6 Monate.

Im Rahmen der stationären Kurzzeittherapie findet auch die Alkoholentwöhnung/-rehabilitation für Wiener KlientInnen (Dauer 1 bis 2 Monate) statt.

Die Betroffenen nehmen, wie alle anderen KlientInnen der Therapeutischen Gemeinschaft, am gesamten Therapieprogramm teil und werden vom jeweiligen multiprofessionellen Team begleitet. Ziele sind ein abstinentes oder ein substituiertes Leben ohne Beikonsum zu ermöglichen sowie die Stabilisierung und rasche Reintegration in ein soziales Umfeld.

## Beratung

Im Rahmen der ambulanten Abklärung erhalten Betroffene je nach Bedarf individuelle Unterstützung und Begleitung. Sie erfolgt durch die MitarbeiterInnen des Beratungsteams (Vorbetreuung) bzw. die MitarbeiterInnen in den ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren. Das Beratungsteam ist in ganz Österreich für Betroffene unterwegs. Gespräche finden in Krankenhäusern, Justizanstalten, Einrichtungen der Sozialen Arbeit, in den Beratungszentren des Vereins *Grüner Kreis* und überall dort statt, wo sich Hilfesuchende aufhalten.

### Unser Angebot richtet sich an

- Menschen mit substanzgebundenen Suchterkrankungen (legale und illegale Substanzen)
- 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
- KlientInnen aus Wien, die einen körperlichen Teil- oder Vollentzug absolvieren möchten
- KlientInnen aus Wien, die eine Alkoholrehabilitation absolvieren
- Menschen mit einer richterlichen Weisung
- Angehörige

## Stationäre Langzeittherapie

Die stationäre Langzeittherapie (Dauer 6 bis 18 Monate) ist gedacht für jugendliche, erwachsene Suchtkranke, Paare oder Mütter mit Kindern, MultimorbiditätsklientInnen, ältere Suchtkranke 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 missbrauchen (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. Die nachhaltige Rehabilitation und Integration der KlientInnen, ein 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 fünf ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren in Wien, Graz, Linz, Klagenfurt und Wr. Neustadt, bieten wir ein breites Beratungs- und Behandlungsspektrum an.

**Für Wiener KlientInnen** wird die Ambulante Therapie/Rehabilitation in vier Intensitätsmodulen zwischen 3 und 24 Monaten angeboten. Sie ist sowohl für nicht substituierte KlientInnen als auch für substituierte KlientInnen, für KlientInnen mit einer substanzgebundenen sowie mit einer nicht substanzgebundenen Suchterkrankung, 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 KlientInnen 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 Behandlungsmodell, um den Betroffenen beistehen und die gewonnene psychische und physische Stabilität aufrechterhalten zu können. 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 *Grünen Kreis* angemieteten, Wohnung autonom zu leben. Die entsprechende dazugehörige Betreuung erfolgt nach einem gemeinsam und individuell entwickelten Behandlungs/Rehabilitations- und Betreuungsplan.

## Stationärer Vollentzug & Teilentzug

KlientInnen mit Hauptwohnsitz in Wien haben die Möglichkeit eines stationären körperlichen Teil- oder Vollentzugs im Sonderkrankenhaus Marienhof.

Die Dauer der Behandlung hängt von der jeweiligen Substanz ab: Teil- oder Vollentzug Alkohol - Zeitraum ca. 14 Tage; Teil- oder Vollentzug illegale Substanzen - bis zu 8 Wochen.

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

Eine weitere notwendige Behandlung/Rehabilitation kann im Anschluss an den Voll- bzw. Teilentzug vor Ort geplant werden, da an den Entzug immer zumindest ein kurzes stationäres Modul oder ein längeres stationäres bzw. ambulantes Modul anschließt.

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 KlientInnen durchgeführt. Basis dafür ist eine allgemeinmedizinische und psychiatrische Anamnese, aus der sich die Behandlungsnotwendigkeiten ergeben.

## AMS-NÖ Beschäftigungsprojekt

Im Rahmen des Gemeinnützigen Beschäftigungsprojektes wird KlientInnen, die das stationäre Langzeittherapieprogramm erfolgreich abgeschlossen haben, die Möglichkeit geboten, einen vom AMS Niederösterreich geförderten Arbeitsplatz auf Zeit zu erhalten. Die TransitmitarbeiterInnen 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 KlientInnen und ExklientInnen bei Umschulungen, Lehrlingsausbildungen und spezifischen FacharbeiterInnenausbildungen 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 KlientInnen ist nach Beendigung der TransitmitarbeiterInnenphase auch eine Übernahme in ein reguläres Beschäftigungsverhältnis beim Verein *Grüner Kreis* möglich.

# Angst und Panik aus Perspektive der affektiven Neurowissenschaften



von Jürgen Fuchshuber

Die maßgeblich von Jaak Panksepp entwickelte Affektive Neurowissenschaft bezieht sich auf Ergebnisse der Neurobiologie und betont die Rolle von neuronal verankerten Basistemotionsnetzwerken, die bei elektrischer Stimulation bestimmte emotionale Zustände auslösen.

Das Fühlen von Affekten ist nach Ansicht der Autoren dieser Wissenschaftsströmung kein bloßes Epiphänomen, sondern hat sich artübergreifend aus evolutionär adaptiven Zwecken entwickelt und dient der Überlebens- und Reproduktionsmotivation des Organismus. Die AN schlägt zudem eine monistische Beziehung zwischen Geist und Gehirn vor, die mit der Großschreibung der Basistemotion unterstrichen werden soll (Panksepp und Biven 2012). Der metapsychologische Rahmen der AN und des verwandten Felds der Neuropsychoanalyse ist als eine voneinander abhängige und vielschichtige dynamische Struktur konzipiert, die sich grob in primäre, sekundäre und tertiäre Prozesse einteilen lässt (siehe Abbildung 1). Tertiäre Prozesse sind mit abstrakteren kognitiven Operationen und reflektiertem Bewusstsein assoziiert. Diese Prozesse sind überwiegend neokortikal und sprachbasiert und fassen ein breites Spektrum komplexer Gedächtnis-, kognitiver und exekutiver Funktionen zusammen. Die verschiedenen Schichten sind

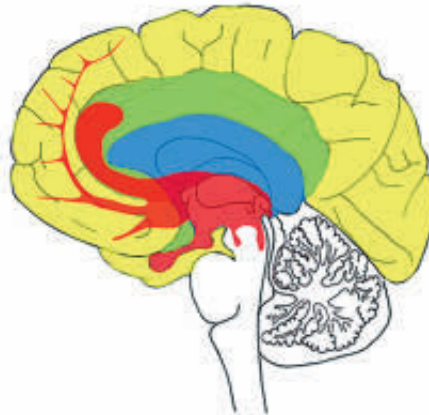


Abbildung 1. Schematische Visualisierung des metapsychologischen Konzepts von Panksepp (2011): Rot = Primärprozesse; Blau = Sekundärprozesse; Gelb = Tertiärprozesse

wechselseitig miteinander verbunden und beeinflussen sich gegenseitig über Bottom-up- und Top-down-Prozesse.

Sekundärprozesse umfassen weitgehend unbewusste und durch Konditionierung erworbene Verhaltensmerkmale wie Persönlichkeitsstruktur, Objektbeziehungen und Bindungsmuster. Diese beruhen größtenteils auf den Funktionen der Basalganglien und den oberen limbischen Strukturen.

Die Primärprozesse setzen sich aus überwiegend subkortikalen Netzwerken zusammen. Unter Primärprozessen versteht die AN: (a) homöostatische Triebe wie Hunger oder Durst; (b) sensorische Affekte wie angenehmer Geschmack oder Ekel; (c) Primärprozess-Emotionen oder Basistemotionen. Derzeit werden die Basistemotionsschaltkreise SUCH, WUT, ANGST, LUST, PANIK, FÜRSORGE und SPIEL unterschieden.

Hinsichtlich Suchterkrankungen konzentrierte sich die Forschung lange Zeit vor allem auf das dopamingesteuerte SUCH-System (Volkow et al. 2009). Zunehmend werden jedoch auch die ANGST- und PANIK-Schaltkreise mit Suchterkrankungen in Zusammenhang gebracht (Solms et al. 2015; Zellner et al. 2011).

## Das ANGST-Netzwerk

Das ANGST-Netzwerk bezeichnet das neuronale Substrat, das die Verhaltensreaktion und die Wahrnehmung von Angst und Furcht vermittelt (Panksepp

und Biven 2012). Die elektrische Aktivierung dieses Netzwerks erzeugt sowohl in Menschen als auch Tieren motorische Verhaltensweisen, die mit Flucht- oder Schockstarre-Reaktionen assoziiert sind (LeDoux 1992; Nashold Jr et al. 1969; Watt 2000). AN-Forscher differenzieren diesen emotionalen Zustand von der Panikangst, die mit dem PANIK-System verbunden wird. Während das ANGST-System durch Konfrontation mit gefährlichen Situationen aktiviert wird, reagiert das PANIK-System auf den Verlust von Bindungspersonen. Wie in Abb. 2 dargestellt, besteht der ANGST-Schaltkreis aus Verbindungen der zentralen und lateralen Amygdala zum medialen Hypothalamus, die im dorsalen periaquäduktalen Grauen (Panksepp 2011).

Die wichtigsten Neuromodulatoren, die dieses System steuern, sind Glutamat, Corticotropin-Releasing-Faktor, adrenocorticotrophe Hormone und Cholecystokin, die ANGST anregen, sowie GABA und Neuropeptid Y, die das ANGST-System hemmen (Panksepp und Biven 2012). Pharmakologisch reduzieren insbesondere Benzodiazepine und Alkohol die Aktivität des ANGST-Systems. Physiologisch gesehen erzeugt das aktivierte ANGST-System eine erhöhte sympathische Erregung, was zu einer erhöhten Herzfrequenz, einer schnellen und flachen Atmung, einer verminderten Durchblutung des Verdauungssystems und einer erhöhten Durchblutung der Muskulatur führt (Solms und Turnbull 2002). Neuroanatomisch besteht zudem eine enge Verbindung zwischen dem ANGST- und dem WUT-Netzwerk. Dies wird insbesondere durch Beobachtungen von Patient\_innen mit Klüver-Bucy-Syndrom deutlich. Bei dieser seltenen Erkrankung aufgrund bilateraler Läsionen der Amygdala können Patient\_innen weder Wut noch Angst wahrnehmen oder ausdrücken (Adolphs et al. 2001; LeDoux 1992). Zudem neigen Betroffene häufig zu Hypersexualität und Hyperoralität (Solms und Turnbull 2002).

## PANIK

Die Aktivierung des PANIK-Systems (oder Verlassenheitspanik-System; engl. PANIC/GRIEF-System) ist nicht nur mit

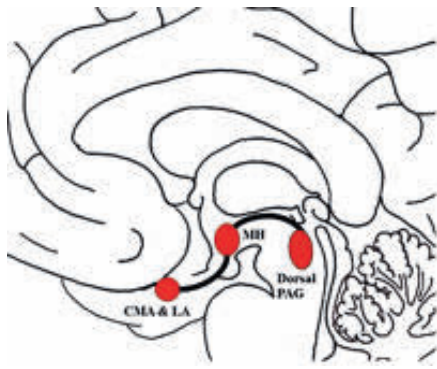


Abbildung 2. Schematische Visualisierung des ANGST-Systems; Abbildung von J. Fuchshuber, basierend auf Panksepp (2011) und Solms und Turnbull (2002).

Anmerkung: CMA = corticomediale Amygdala, LA = laterale Amygdala, MH = medialer Hypothalamus, PAG = periaquäduktales Grau

der Panikangst verknüpft, sondern auch mit Gefühlen von Traurigkeit, Verlust und Einsamkeit (Solms und Turnbull 2002; Panksepp 2011). Die enge Verflechtung der Aktivität des PANIK-Systems mit Trennungserlebnissen erscheint auf den ersten Blick kontraintuitiv, steht jedoch im Einklang mit psychotherapeutischen Beobachtungen über Verbindungen zwischen Panikattacken, depressiven Affekten und Verlusterlebnissen (Mentzos 2017). Bei Säugetieren löst die Aktivierung dieser Struktur – entweder durch Isolierung von der Bezugsperson oder durch direkte Hirnstimulation – anfangs eine Reihe spezifischer Verhaltensmuster aus, die auf die Notwendigkeit von fürsorglicher Pflege aufmerksam machen (Nelson und Panksepp 1998). Dies umfasst sogenannte Trennungsaufrufe und aktives Suchen nach der verlorenen Bezugsperson. Dieses Verhaltensmuster wurde bereits von Bowlby (1969) als »Protestphase« der Trennungsangst beschrieben. Wird die verlorene Person nicht mehr wiedergefunden, führt die anhaltende Überaktivität des PANIK-Systems zu einer Verringerung des panischen Suchverhaltens nach der verlorenen Bindungsperson. Dies markiert den Beginn der sogenannten »Verzweiflungsphase« der Trennungsangst (Bowlby 1969; Panksepp und Biven 2012).

Aus evolutionärer Perspektive zielt die anfängliche Panikphase darauf ab, die Wahrscheinlichkeit eines Wiederfindens der verlorenen Bindungsfigur zu erhöhen, während das nachfolgende Rückzugsverhalten die Wahrscheinlichkeit verringert, von einem Raubtier gefunden zu werden (Freed und Mann 2007). Subjektiv ist die Aktivierung des PANIK-Netzwerks mit Gefühlen von Panik, Trauer und Schmerz verbunden, während seine

Deaktivierung Gefühle von Wärme, Behaglichkeit und sicherer Bindung vermittelt (Watt und Panksepp 2009).

Wie in Abbildung 3 dargestellt, umfasst das PANIK-System bei Säugetieren Verbindungen zwischen dem anterioren cingulären Cortex, dem Nucleus striae terminalis, dem präoptischen Bereich des Hypothalamus und dem dorsomedialem Thalamus, welche zum periaquäduktalen Grau absteigen (Panksepp 2011).

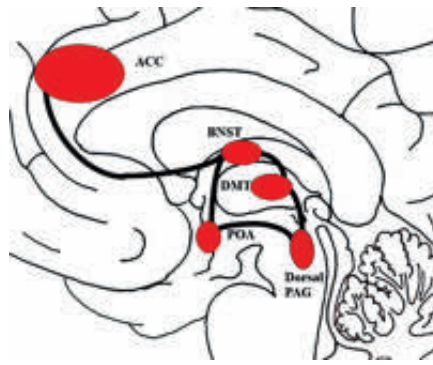


Abbildung 3. Schematische Visualisierung des PANIK-Systems; Abbildung von J. Fuchshuber, basierend auf Panksepp (2011) und Solms und Turnbull (2002). Anmerkung: ACC = anteriorer cingulärer Cortex, BNST = Nucleus Striae terminalis, DMT = dorsomediale Thalamus, POA = präoptisches Areal, PAG = periaquäduktales Grau

Neurochemisch wird dieses System überwiegend von endogenen  $\mu$ -,  $\delta$ - und  $\kappa$ -Opioid-Rezeptoren gesteuert. Endogene  $\mu$ - und  $\delta$ -Opioidrezeptor-Liganden (wie Enkephaline und Endorphine) deaktivieren das PANIK-System, während  $\kappa$ -Opioid-Liganden (wie Dynorphine) die PANIK-Aktivität erhöhen (Watt und Panksepp 2009). Des Weiteren wird dieses System durch die Hormone Oxytocin und Prolaktin deaktiviert und durch Corticotropin-Releasing-Faktor und den Neurotransmitter Glutamat aktiviert (Panksepp 2011). Pharmakologisch lässt sich dieses Netzwerk durch Opioide (z.B. Morphin, Buprenorphin) beeinflussen (Burkett und Young 2012). Zusammengefasst legen die neuronalen und affektiven Mechanismen des PANIK-Systems nahe, dass das Säugetier-Bindungssystem unter anderem auf der Grundlage negativer Verstärkungsprozesse funktioniert, wobei Trennungserfahrungen mit intensiven Unlustgefühlen verbunden werden. Auf diese Weise lernen Jungtiere und Säuglinge sehr effizient, in der Nähe ihrer lebenswichtigen Bezugspersonen zu bleiben.

In den letzten Jahren widmete sich das Zentrum für Integrative Suchtforschung des Vereins *Grüner Kreis* intensiv

der Erforschung der Beziehung zwischen Abhängigkeitserkrankungen und Störungen im Bereich der Basisemotionen. In einer Reihe von Untersuchungen standen Traurigkeit und depressive Verzweiflung im deutlichsten Zusammenhang mit der Entstehung und dem Schweregrad von polytoxischen Suchterkrankungen, was auf eine Beteiligung des PANIK-Systems schließen lässt (Fuchshuber et al. 2018, 2019b; Fuchshuber und Unterrainer 2020; Unterrainer et al. 2017). Auch ein erhöhte Angst weist eine signifikante Beziehung zu Abhängigkeitserkrankungen auf, diese scheint geringer ausgeprägt als die zu Gefühlen der Isolation und Traurigkeit (Fuchshuber und Unterrainer 2020).

Vor dem Hintergrund des engen Zusammenhangs zwischen unsicherer Bindung und Verlassenheitspanik (Fuchshuber et al. 2019a) fügt sich dieses Ergebnis in mehrere vorangegangene Forschungsarbeiten ein, die Störungen der Bindungsfähigkeit als wichtigen Faktor für die Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen identifizierten (siehe Hiebler-Ragger und Unterrainer [2019] für eine Zusammenfassung). Gleichzeitig kann aus der klinischen Beobachtung und der epidemiologischen Forschung ein Zusammenhang zwischen Angststörungen und Substanzmissbrauch bzw. Abhängigkeit als gesichert gelten (Merikangas et al. 1998).

Die Erkenntnisse der AN können ein nützliches Werkzeug für die Erweiterung des Verständnisraums hinsichtlich der zugrunde liegenden Prozesse der Abhängigkeitserkrankung liefern. Neben neuen Wegen in der pharmakologischen Behandlung der Störung (vgl. Solms et al. 2015; Zellner et al. 2011) könnte eine mögliche Konsequenz für den Umgang mit Betroffenen ein therapeutischer Fokus auf Bindungsfähigkeit und die damit zusammenhängende Regulierung von intensiven negativen Emotionen wie Angst und (Verlassenheits-)Panik sein. Das Ziel dieser Vorgangsweise ist die Entwicklung von inneren Strukturen und Handlungsspielräumen, die ein zufriedenstellendes Sozialleben ermöglichen, wodurch ein Gegengewicht zur destruktiven Dynamik der Sucht entsteht.

Literatur kann in der Redaktion angefragt werden.

**Dr. Jürgen Fuchshuber, BSc., MSc.**

Klinischer Psychologe in Ausbildung, sozialpsychiatrischer Betreuer.

Erforscht Abhängigkeitserkrankungen im Hinblick auf psychodynamische und bindungstheoretische Fragestellungen.

# Isolation und Angst innerhalb der »Therapeutischen Gemeinschaft«



von Julia Beer

Das Ziel der »Therapeutischen Gemeinschaft« besteht darin, dass jedes Mitglied sein Bestmögliches zum Wohlergehen der Gruppe beisteuert und alle füreinander da sind.

Was bedeutet Isolation, welche Gefühle werden damit in Verbindung gebracht und kann das Alleinsein sogar für jeden von uns auch eine Chance zur Weiterentwicklung in sich bergen?

Googelt man das Wort Isolation, so bekommt man mehrere Erklärungsvorschläge. Es tauchen sowohl Wörter wie Absonderung, Getrennthaltung oder Vereinzelung eines Individuums innerhalb einer Gruppe als auch Abkapselung einer Gruppe innerhalb eines sozialen Gefüges auf. Vereinfacht ausgedrückt ist man von anderen oder der Außenwelt abgeschnitten. Manch einer begibt sich freiwillig in die Isolation, anderen wiederum wird das Alleinsein, vor allem in Zeiten von Pandemien, aufgezwungen. Die Vorstellung, von seinen Mitmenschen abgesondert und von der Umwelt getrennt zu sein, löst unterschiedliche Emotionen in uns Menschen aus. Gerade jetzt, in der allgegenwärtigen Corona-Krise, spielt Isolation eine gewichtige Rolle. Eingesetzt zum Schutz vor Ansteckung vermag diese Absonderung jedes Einzelnen von der Außenwelt eine Auseinandersetzung mit sich selbst auszulösen, welche nicht selten

mit Emotionen wie Einsamkeit, Angst und Trauer einhergehen kann. So individuell die Gefühle auftreten können, so verschieden ist auch der Umgang mit ebendiesen.

Wie sieht jedoch die Isolation innerhalb einer Gemeinschaft aus? Welche Möglichkeiten bieten sich vielleicht aus dem Isoliertsein? Kann diese Situation auch einen Neubeginn darstellen?

Mit Schrecken erinnert man sich an den Anfang dieses Jahres zurück, als die Pandemie von heute auf morgen viele Einschränkungen in unserem täglichen Leben mit sich brachte. Es hieß ab sofort, Abstand halten, Kontakte vermeiden und sich isolieren, um ein Ausbreiten der Krankheit zu verhindern. Die Welt draußen hielt die Stopptaste gedrückt. Plötzlich stand das alltägliche Leben still, jeder zog sich in seine vier Wände zurück und versuchte, sich mit den Veränderungen, teils ohne die Anwesenheit eines anderen, teils innerfamiliär auseinanderzusetzen.

Egal, ob allein im Haushalt lebend oder in einer Gemeinschaft, Begriffe wie Isolation und Einsamkeit rückten, auch teils durch die Medienberichte, stark in den Fokus und wurden eng mit unangenehmen Gefühlen verbunden. Doch wer glaubt, durch ein Miteinander in einer Gruppe vor Einsamkeit und Kontaktarmut gefeit zu sein, der täuscht sich. Auch innerhalb einer Gemeinschaft kommt es vor, dass sich Mitglieder, unabhängig von Corona oder nicht, separieren und sich in eine selbst gewählte Isolation begeben. Doch wieso ziehen sich viele Zeitgenossen innerhalb der Gemeinschaft zurück? Ist es die Angst vor Ablehnung, die Unsicherheit, wie man nach all der Zeit des Konsums wieder auf Menschen zugeht, oder die Reizüberflutung, mit der mancher hier inmitten vieler neuer Gesichter schlichtweg überfordert scheint? Wer weiß, vielleicht ist es ein bisschen von allem ... Aber was passiert, wenn plötzlich jemand anderer, Außenstehender, uns Isolation vorschreibt und uns somit die Entscheidung abgenommen wird? Sollen wir für unsere Ziele kämpfen, einfach aus der unangenehmen Situation fliehen oder uns bestenfalls totstellen und hoffen, dass jemand anderer für uns

die Verantwortung übernimmt?

Um dieser Frage auf den Grund zu gehen, bedarf es zu allererst einer genaueren Betrachtung der Bedeutung einer *Therapeutischen Gemeinschaft* und der Bereitschaft jedes Einzelnen, sich auf dieses Zusammenleben, mit all seinen Höhen und Tiefen, einzulassen. Ziel der *Therapeutischen Gemeinschaft* besteht darin, dass jedes Mitglied sein Bestmögliches zum Wohlergehen der Gruppe beisteuert und alle füreinander da sind. Dies setzt jedoch voraus, dass jeder Einzelne sich auf den jeweils anderen so gut wie möglich einlässt und man in Beziehung zueinander tritt. Um Vertrauen in wildfremde Personen zu erlangen, benötigt es zuallererst Mut zur Veränderung. Hierbei steht nicht selten die Angst vor Enttäuschung, Ablehnung oder Verletzung im Weg. Gerade in unsicheren Zeiten, wo das gewohnte Umfeld, auch wenn es draußen noch so desaströs war, plötzlich wegfällt, suchen viele Patienten nach Sicherheit und Struktur innerhalb der *Therapeutischen Gemeinschaft*. Manche Menschen nützen diesen vorgegebenen Therapiealltag zur Ablenkung beziehungsweise zur Vermeidung. Anfangs ist dieses Verhalten des Rückzugs und Herantastens an die Gruppe durchaus nachvollziehbar, bedenkt man, unter welchen, teils zerstörerischen Umständen, die Klienten gelebt haben. Das Verständnis für eine Eingewöhnungsphase, das Erkennen und Zulassen von aufkommenden Emotionen und den Raum dafür zu geben, diese auch besprechen zu können, sind wichtige Bestandteile einer gut funktionierenden Gemeinschaft.

»Angst beginnt im Kopf, Mut auch!«

Die Mechanismen der Flucht, des Kampfes und des Totstellens entspringen dem Gefühl der Angst, welches antreibend und förderlich, aber auch lähmend und hemmend wirken kann. Aber wie sichtbar wurden diese Grundlagen in der *Therapeutischen Gemeinschaft* in Zeiten der Corona-Krise?

Während die Menschen weltweit begannen, sich im Alltag voneinander abzusondern, startete innerhalb der *Therapeutischen Gemeinschaft* ein Wandel.

Anfänglich herrschte innerhalb der Gruppen Aufregung über die Absonderung und die damit verbundenen Einschränkungen. Die Tatsache, sich seiner Freiheit beraubt zu fühlen und für unbestimmte Zeit sich von der Außenwelt zurückziehen zu müssen, war für viele auf den ersten Blick unvorstellbar.

Nun gab es jene, die, trotz des Isoliertseins, zu kämpfen begannen und versuchten, die Gemeinschaft bestmöglich für sich zu nutzen. Viele sahen das Beisammensein als Chance, sich über die ungewisse Lage und die damit verbundene Ohnmacht auszutauschen. Die Gemeinschaft gab Geborgenheit, Halt und Struktur in einer von Unsicherheit und Ängsten geprägten Gesellschaft. Plötzlich war ein Zusammenhalt spürbar, der auch gruppenübergreifend sichtbar wurde. Trotz der begrenzten Möglichkeit der Freizeitgestaltung hatte man das Gefühl, dass die Mitglieder der *Therapeutischen Gemeinschaft* aktiver wurden als zu jener Zeit, in der Ausgänge jederzeit möglich waren. Diese Phase barg die Chance, sowohl miteinander in Beziehung zu treten als auch sich der Konfrontation mit sich selbst zu stellen und aus der Krise zu wachsen.

Dann gab es jene, die vor Angst und Hilflosigkeit wie gelähmt schienen und sich zurückzogen. Dies begünstigte eine Abwärtsspirale, aus der es für die

Betroffenen nur schwer möglich schien, allein zu entkommen und wo kaum Lichtblicke zu erkennen waren. Jeder Kontakt bedeutete, große Hürden und Anstrengungen auf sich zu nehmen. Für die Betroffenen war dies außerhalb der Gemeinschaft oft ein Grund zu konsumieren, um der Leere und dem Traurigkeit zu entgehen. Das Vermeiden der Konfrontation mit anderen Menschen und der daraus resultierende Rückzug glich einem Totstellen. Um aus diesem altbekannten Muster auszusteigen, hieß es für jene, sich auf das Beziehungsangebot der Mitglieder der *Therapeutischen Gemeinschaft* einzulassen und sich zu öffnen. Dadurch ergab sich die Möglichkeit der Veränderung und Schritte in Richtung einer selbstbestimmten Zukunft wurden gesetzt.

Und zu guter Letzt gab es noch all jene, die die Krise zum Anlass nahmen, den Beziehungsaufbau zu beenden und die Flucht zu ergreifen. Leider empfanden diese Patienten es als einfachste Lösung, die Gemeinschaft zu verlassen und somit die Therapie abzubrechen.

All diese unterschiedlichen Verhaltensweisen spielen sich freilich nicht nur während weltweiter Krisen und Pandemien ab. Man kommt kaum umhin, sich mit Themen wie Angst und Isolation im stationären Kontext eines Therapieaufenthalts auseinanderzusetzen.

Doch gerade in harten Zeiten zeigt sich, wie schön es ist, von einer Gruppe aufgefangen, getragen und angenommen zu werden. Ob dies gelingt, liegt an jedem Einzelnen. Es hängt davon ab, wie weit man sich auf die Gemeinschaft einlässt, den Mut aufbringt, in die Selbstreflexion zu gehen und die Bereitschaft zeigt, die daraus resultierenden Emotionen mit seinen Mitmenschen zu teilen. Diese Voraussetzungen machen es möglich, Isolation mit etwas anderem als Einsamkeit und Angst in Verbindung zu bringen. Vielmehr kann es jedem die Chance bieten, mit der Hilfe der *Therapeutischen Gemeinschaft* und dem Wissen, mit seinen Problemen nicht allein zu sein, neue Wege zu beschreiten. Ganz nach dem Motto: Mut bedeutet nicht, keine Angst zu haben. Mut bedeutet, sich von der Angst nicht abhalten zu lassen!

#### Julia Beer

Nach dem psychotherapeutischen Propädeutikum an der KF Uni in Graz und dem Fachspezifikum bei der AVM in Salzburg seit 2013 eingetragene Psychotherapeutin, Fachrichtung Verhaltenstherapie. Nach der Tätigkeit in eigener Praxis in Graz seit September 2014 Verhaltenstherapeutin beim Grünen Kreis, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen, in Johnsdorf, seit 2019 Leitung einer der vier Wohngruppen, derzeit in einer Weiterbildung der AVM Salzburg zur Sexualtherapeutin.



Gerade in harten Zeiten zeigt sich, wie schön es ist, von einer Gruppe aufgefangen, getragen und angenommen zu werden.

# Spurensuche

## Isolation und Sucht

Ich habe mit 14 angefangen, Drogen zu nehmen. Am Anfang wollte ich immer unter Leuten sein und wurde kontaktfreudiger. Drogen gaben mir das Selbstbewusstsein, das ich sonst nicht hatte. Doch mit der Zeit zog ich mich immer mehr zurück. Angefangen hat es damit, dass ich Freunde nicht mehr getroffen habe. Später hielt ich mich sogar von der Familie fern. Mit 23 hatte ich eine Überdosis des Medikaments Ritalin, das so ähnlich wie Speed wirkt, wenn man es durch die Nase zieht. Ich kam mit Psychosen ins Krankenhaus, nachdem ich drei Tage lang wach war. Seit dieser Zeit habe ich eine Angststörung. Ich war nicht mehr derselbe Mensch und hatte vor vielen Dingen Angst, vor denen ich davor keine Angst hatte. Sogar das Einfachste, wie zum Beispiel einkaufen gehen, fiel mir schwer, weil ich Angst vor Menschenmengen bekam. Seit der Psychose habe ich mich total von der Außenwelt abgeschnitten. Nur noch meine Familie bekam mich zu Gesicht. Ich war isoliert. Meine Mama und meine Schwester gingen für mich einkaufen, weil ich das nicht mehr konnte. Ich war fast die ganze Zeit über in meinem Zimmer und spielte Computerspiele. Am Anfang ist es noch ganz ungewohnt, die ganze Zeit allein zu sein. Man ist oft traurig und denkt darüber nach, wie es so weit kommen konnte. Doch mit der Zeit wird es zur Gewohnheit und man will es gar nicht mehr anders haben. Das waren sehr schwere Zeiten für mich und meine Familie, die mit ansehen musste, dass ich mich sehr verändert hatte. Die Zeit, in der ich isoliert lebte, über zwei Jahre lang, trank ich jeden Tag sehr viel Alkohol. Ich konnte es nüchtern nicht ertragen, in welcher Situation ich mich befand. Nur im Rausch war es für mich aushaltbar. Der Selbsthass, der daraus entstand, ließ mich sehr wütend werden. Manchmal schlug ich mit der Faust Löcher in die Wand. Auch war ich den Leuten in meiner Gegenwart gegenüber sehr aggressiv. Zum Schluss war ich so tief unten angelangt, dass ich etwas verändern musste. Dann habe ich einen Antrag gestellt, um beim Grünen Kreis Therapie zu machen. Jetzt bin ich seit vier Monaten auf Therapie und es geht mir schon viel besser. Auch wenn ich meiner Familie viel Kummer bereitet habe, steht sie immer noch hinter mir – dafür bin ich sehr dankbar.

anonym

## Isolation

Früher, in prähistorischen Zeiten, waren wir darauf angewiesen, in Gemeinschaften zu leben, um unser Überleben zu sichern. Heute leben so viele Menschen in Ein-Personen-Haushalten wie nie zuvor. So kann man sich vorstellen, wie viele Menschen während der Corona-Pandemie einsam in ihren Wohnungen verharren.

In der Zeit vor meiner Angsterkrankung waren Isolation und Einsamkeit keine Themen, mit denen ich mich identifiziere. Ich hatte ein breites soziales Umfeld, war beruflich wie auch in meiner Freizeit sehr engagiert. Erst durch die Erkrankung habe ich mich immer mehr von gemeinschaftlichen Aktivitäten zurückgezogen. Anfangs waren es große Menschenansammlungen, nach und nach kamen geschlossene Räume, alleine mit dem Auto, im Zug oder im Bus fahren, dazu. Mein Lebensraum wurde zusehends kleiner, ich fühlte mich isoliert.

Es folgten jahrelang viele Therapien, angefangen von Selbst-erfahrungsgruppen über Einzeltherapie bis zu Trauma- und Konfrontationstherapie, wobei letztere meinen Zustand so verschlechterte, dass ich nicht mehr außer Haus ging. Aber auch das Alleinsein machte mir Angst und ich bekämpfte es mit Alkohol. Was am Anfang eine Erleichterung darstellte, wurde schleichend zu einem noch größeren Problem und so entschied ich mich für eine Langzeittherapie im Grünen Kreis.

Hier habe ich, dank einer hervorragend qualifizierten Therapeutin, einer umfangreichen Therapie und der Länge der Therapie (kleine Schritte) sehr viel an Lebensqualität zurückerobert. Auch wenn es mit harter Arbeit, schmerzlichen Erfahrungen und ständigem Üben verbunden war und immer noch ist, so hat es sich auf jeden Fall gelohnt. Bemerkbar macht sich das auch jetzt in der Corona-Krise. Sicher macht es mir Angst, da ich durch den Lockdown massiv eingeschränkt bin, doch der geschützte Rahmen gibt mir Sicherheit, weil ich hier immer über meine Ängste sprechen kann, was einen wichtigen Teil meiner Therapie darstellt.

Ulli, Johnsdorf

# Das isolierte Selbst



von Human-Friedrich Unterrainer

Die Auseinandersetzung mit dem »Selbst«-Begriff darf in der Psychologie (und nicht nur dort) zumindest als »facettenreich« gelten.

Ich schreibe diese Zeilen Anfang Oktober 2020. Mittlerweile hat die COVID-19-Pandemie die Welt seit mehr als sechs Monaten fest im Griff bzw. in letzten Tagen wieder gehörig Fahrt aufgenommen. Jetzt steht der Herbst vor der Tür, die Blätter fallen und mit ihnen die schlechten Neuigkeiten ins Haus: Mit der Seuchenplage wird wohl zumindest noch die kalte Jahreszeit über zu rechnen sein. Möglicherweise steht eine zweite Welle der Infektionen bevor, mitverursacht durch die Leichtigkeit und die damit einhergehende Unvernunft des Sommers. Dass der virologische Gesamtbefund meiner Wahlheimat Wien per Ampelsystem mittlerweile als »Orange« (und damit eine Stufe vor »Rot«) eingestuft wird, verseucht mir zusätzlich die Stimmung. Wie lange also wird es noch dauern, bis alle Läden wieder geschlossen sind bzw. im Zuge eines neuerlichen Lockdowns eine abermalige Zwangsisolierung stattfindet? Ein Zustand der »Einzelhaft«, von dem viele gehofft hatten, ihn zumindest für einige Zeit hinter sich gelassen zu haben (spitzfindige Randnotiz: Dazu passend war »Einzelhaft« auch der Titel jenes epochalen Elaborats, welches fein säuberlich auf Tonträger gepresst seinem Schöpfer Johann Hölzel vulgo »Falco« seinerzeit weltweiten Ruhm und letztendlich einen frühen Tod bescheren sollte).

Der Mensch wird also passend zum Herbstbeginn und zur Apfelernte nach den nährenden Sommermonaten wieder in seine eigenen vier Wände zurückgepresst. Sollte er dennoch auf die wahnwitzige Idee kommen, einen Schritt zu weit zu wagen (zum Beispiel: Kaffeehausbesuch), wird dies mit einer sofortigen Registrierung geahndet. Die bummelwitzige Idee, mich als Reaktion darauf mit »Rudolf Kirchschräger« auf dem sogenannten Schnitzel-Protokoll erkenntlich zu zeigen, habe ich aufgrund (dys)funktionaler Über-Ich-Strukturen dann alsbald wieder verworfen. Und außerdem: Kaffeetrinken gehen kann ich trotzdem! So ist nämlich der Kaffeidealer meines Vertrauens gleich um die Ecke auf die findige Idee gekommen, so etwas wie einen Pop-Up-Kaffee-Würstelstand zu errichten. Hier herrscht (noch) kein Registrierungsgebot und ich kann in aller Ruhe und Frischluft meinen großen

Mokka genießen (und darüber nachdenken, ob die Melange in Zukunft vielleicht »Eitrige« heißen wird; Anmerkung: Die »Eitrige« formiert sich in Restösterreich als »Käsekrainer«). Allerdings, die erkalte Jahreszeit arbeitet gegen mich und die klassische Wiener Kaffeehausatmosphäre stelle ich mir anders vor. Dementsprechend fordere ich, passend zur anstehenden Wien-Wahl, eine flächenbedeckende Aufstellung von Automaten zur bedingungslosen Grundversorgung mit Kardinalschnitte, Sachertorte, Punschkrapferl etc... denn jede »Eitrige« braucht ihr »Krokodil« (Salzgurke).

Der Herbst macht die Tage kürzer und die Sonnenstrahlen machen sich dementsprechend rar, was wiederum als florider Nährboden für psychische Erkrankungen im Allgemeinen und für die Depression im Besonderen gelten darf. Dazu passend verfasste der spanische Karmeliter, Kirchenlehrer und Mystiker, Johannes vom Kreuz schon im Jahre 1576 (oder auch 1578) sein Gedicht von der »dunklen Nacht der Seele«, welches auch heutzutage noch gerne als Metapher für depressiv eingegengtes Erleben herangezogen wird (vgl. Dahlke, 2009; Unterrainer, 2010). Johannes vom Kreuz hat dieses Gedicht quasi in »Einzelhaft« verfasst, als er auf Veranlassung seines Ordens in einem Kerker in Toledo eingesperrt war (aufgrund abtrünniger spiritueller Lehrmeinung). Der Inhalt des Gedichts darf im Allgemeinen als eine Liebeserklärung an Gott beschrieben werden, wobei die »dunkle Nacht« als eine gnadenvolle Einwirkung Gottes auf die Seele verstanden werden will, wodurch diese »von ihrer Unwissenheit, wie von ihren gewohnheitsmäßigen Unvollkommenheiten, von den natürlichen wie den geistlichen, geläutert werden soll« (vom Kreuz, 1978; Kommentare zum Gedicht; S.3). Die abenteuerliche Flucht aus seinem Verlies gelang Herrn vom Kreuz erst ein Jahr später, als er sich nachts aus einem Fenster abseilte und unbemerkt entkam – »selbst« ist der Mann (vgl. dazu vom Kreuz, 1978).

Die Auseinandersetzung mit dem »Selbst«-Begriff darf in der Psychologie (und nicht nur dort) zumindest als »facettenreich« gelten. Eine erste Differenzierung lieferte hier schon William James



(seines Zeichens Psychologe, Theologe, Mystiker und noch vieles mehr), indem er zwischen einem erkennenden Selbst («self as knower») und einem erkannten Selbst («self as known») unterschied (James, 1999). Dementsprechend darf dann auch zwischen Selbstkonzept und Selbstaufmerksamkeit unterschieden werden – gemeinsam erzeugen sie ein Gefühl der Ich-Identität, welches sich im Zuge der Ich-Entwicklung verändert. Des Weiteren wurde schon im Jahre 1902 von Charles Colley der »Spiegelbildeffekt« eingeführt, welcher das Selbstkonzept als sich entwickelnde Folge der wahrgenommenen Eindrücke und Bewertungen im sozialen Miteinander beschreibt. Demnach entwickelt sich das menschliche Individuum unter dem ständigen Einfluss von sozialer Bewertung bzw. aufgrund der Gefühle, welche diese Bewertungen auslösen. Dieser Einschätzung würde auch Martin Buber (1984) voll und ganz beipflichten – ihm zufolge wird ja das »Ich erst am Du zum Ich«.

Einen weiteren wichtigen Beitrag zur Klärung des Selbst-Begriffs liefert auch Carl Gustav Jung (seines Zeichens ebenfalls Psychologe, Theologe, Mystiker und noch vieles mehr), welcher das Selbst im Zentrum der menschlichen Psyche

verortet (vgl. Benker, 1999). Diese wiederum umfasst unbewusste und bewusste Anteile. Das »Ich«, welches die bewussten Anteile des Selbst darstellt, sollte nun danach trachten, die unbewussten Anteile bewusst zu machen, was dann als »Selbstverwirklichung« oder »Individuation« bezeichnet werden darf. Dieser Prozess kann auch als Reifung bzw. Ausdifferenzierung der Persönlichkeit wahrgenommen werden. Das Selbst strebt also danach, sich voll zu entwickeln. Jung (mit Rückbezug auf Aristoteles) spricht hier von »Entelechie«, worunter man die Eigenschaft von etwas versteht, das Ziel bereits in sich zu tragen. Etwas weniger hochtrabend könnte man hier auch das Beispiel der Wandlung der Raupe zum Schmetterling bemühen. In Anwendung auf unsere momentane globale Gesamtsituation heißt es wohl für die liebe Raupe, sich wohl oder übel in den Winterschlaf zu verpuppen, um dann hoffentlich im Frühjahr als geimpfter Schmetterling ihr Comeback zu feiern ... So weit, so schlecht. Der Aufsatz scheint enden wollend – die Isolation im Selbst des Autors droht schön langsam auszufern. Doch ist das rettende Ufer in Sicht: »Zwei Lebensstützen brechen nie – Kaffee und Frischluft heißen sie«, und

zum Glück weiß ich, wo beide zu finden sind.

## Literatur

- Benker, G.** (1999). Die »Dunkle Nacht« der Ganzwerdung: CG Jung und der Mystiker Johannes vom Kreuz. *Analytische Psychologie*, 30(4), 245–272.
- Buber, M.** (1984). Ich und Du. Das dialogische Prinzip, 4. [Original erschienen 1923].
- Cooley, C. H.** (1902). Looking-glass self. The production of reality: Essays and readings on social interaction, 6, 126–128.
- Dahlke, R.** (2009). Depression: Wege aus der dunklen Nacht der Seele. Arkanä.
- James, W.** (1999). The self. In R. F. Baumeister (Hrsg.), *Key readings in social psychology. The Self in Social Psychology* (p. 69–77). Psychology Press. [Original erschienen 1892]
- Unterrainer, H.** (2010). Seelenfinsternis?. Waxmann Verlag.
- vom Kreuz, J.** (1978). Die dunkle Nacht und die Gedichte. Johannes Verlag. [Original entstanden 1576/1578].

### PD Dr. Human-Friedrich Unterrainer

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

→ Seite 9

wiederum erhebliche soziale Konsequenzen mit sich bringen. So kann Suchtverhalten (Alkohol-/Drogenabhängigkeit, Spielsucht etc.) beispielsweise auch als ein Versuch betrachtet werden, auf diese Weise emotionale Lagen zu regulieren – unter anderem die akuten körperlichen Reaktionen einer Emotion wie Angst sowie die Aufmerksamkeit können durch Suchtmittel zumindest jeweils kurzfristig reguliert werden. Auch massive sozialpolitische Wirkungen können mit der Regulation von Emotionen wie Angst verbunden sein. So kann Angst beispielsweise ein sozialer Motor sein, wenn jüngere Generationen den Klimawandel als tatsächliche und beängstigende Bedrohung betrachten und ein aktives und weitreichendes politisches Handeln fordern und fördern. Das sozialwirksame Potenzial von Angst kann jedoch auch ganz andere Wege einschlagen – insbesondere in Bezug auf Kontingenzangst, also dem Leiden an Unbestimmtheit, gelten dabei Umdeutungen als verbreitete Form der Bewältigung. Indem etwa bestimmte soziale Gruppen – Juden, Migranten, Geheim-Eliten etc. – für problematische, unerklärliche oder komplexe Situationen



verantwortlich gemacht werden, kann die angstspezifische Einschätzung weitgehend aufgelöst werden: Wer glaubt, eine mächtige Instanz nutze COVID-19, um eine neue Weltordnung zu etablieren, gewinnt nicht nur verlorene epistemische Kontrolle zurück und löst Ungewissheit auf, sondern es steigt gleichzeitig auch die Kontrolleinschätzung, denn gegen die

benannten Schuldigen lässt sich nunmehr protestieren, wählen oder (im Extremfall: gewaltsam) handeln.

Insgesamt hat Angst der derzeitigen Befundlage nach, entgegen der These einer Angstgesellschaft, weder zugenommen noch befindet sie sich in westlichen Gesellschaften auf einem historisch hohen Niveau. Gleichzeitig ist und bleibt Angst eine sozial bedeutsame Emotion, deren Entstehungsbedingungen und soziale Konsequenzen weiterer intensiver Forschung bedürfen – nicht zuletzt, um Folgen wie Suchtverhalten und gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit besser verstehen und gesellschaftlich gezielt angehen zu können.

Literaturangaben beim Autor

### Dr. phil. Max Dehne

studierte Soziologie an der FU Berlin und promovierte als Stipendiat des Max-Weber-Kollegs in Erfurt zum Thema »Soziologie der Angst«. Nach mehrjährigen Tätigkeiten als Systemischer Berater, Familientherapeut und Dozent arbeitet er derzeit als Softwareentwickler im Bereich Coaching-Apps.

# Der Einsatz eines Therapiebegleithundes in der stationären Entzugstherapie



von Simone Lazelsberger

Ein Hund ist in der Lage, in Welten vorzudringen, in denen der Mensch nicht mehr die Erlaubnis bekommt, auch nur leise anzuklopfen.

Die Publikationen des Kinderpsychotherapeuten Boris Levinson, die in den 1960er-Jahren veröffentlicht wurden, stellen den Beginn der modernen tiergestützten Interventionen dar. So gelang es ihm, durch die Anwesenheit seines Hundes mit einem Jungen zu kommunizieren, der in allen vorangegangenen Sitzungen kein Wort mit ihm gesprochen hatte. Seit diesen Veröffentlichungen nahm der praktische Einsatz von Tieren für das Wohl des Menschen in den USA und später auch im deutschsprachigen Raum stetig zu (Julius et al., 2014). Inzwischen erfreuen sich Therapietiere im psychiatrischen Alltag – und hier vor allem Therapiehunde – großer Beliebtheit.

Es finden sich mittlerweile genügend verschiedene AnbieterInnen, die die positiven Wirkungen der Mensch-Tier-Interaktion nutzen. Die unterschiedlichen Begrifflichkeiten und Definitionen können allerdings für Verwirrung sorgen. Nach der »European Society for Animal Assisted Therapy (ESAAT)« umfasst die tiergestützte Therapie geplante pädagogische, psychische und sozialintegrative Angebote mit Tieren für Kinder, Jugendliche, Erwachsene und Ältere mit kognitiven, sozial-emotionalen und motorischen Einschränkungen, Verhaltensstörungen und Förderschwerpunkten. Zudem beinhaltet sie auch gesundheitsfördernde, präventive und rehabilitative Maßnahmen. Tiergestützte Therapie beinhaltet also Methoden, bei denen PatientInnen mit Tieren interagieren, über Tiere kommunizieren oder für Tiere tätig sind. Dabei werden von der ESAAT folgende Ziele formuliert: die Förderung der Fähigkeiten zur Durchführung von Aktivitäten, die Wiederherstellung bzw. Erhaltung der körperlichen, kognitiven und emotionalen Funktionen, die Förderung des Einbezogenenseins in die jeweilige Lebenssituation und die Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens.

Obwohl sich seit Jahrzehnten ForscherInnen unterschiedlichster Disziplinen mit der Mensch-Tier-Beziehung beschäftigen, ist die Praxis in diesem Bereich der Theorie nach wie vor weit voraus. Dennoch gibt es inzwischen zahlreiche Studien, die auf eine große Bandbreite positiver Effekte von tiergestützter Intervention hinweisen. Das Wirkungsspektrum reicht von der körperlichen über die psychische bis zur sozialen Ebene (Julius et al., 2014). In Metaanalysen zu tiergestützten Therapien zeigen sich zum Beispiel positive Auswirkungen auf somatische Beschwerden, emotionales Wohlbefinden, Verhaltensauffälligkeiten und auf depressive Symptome (Nimer & Lundahl, 2007; Souter & Miller, 2007). Zudem weisen verschiedene Studien darauf hin, dass der Kontakt zu Tieren das subjektive Gefühl von Angst und Furcht beim Menschen reduzieren kann. Gleichzeitig scheint die Anwesenheit eines Tieres das Ruheempfinden zu erhöhen (Julius et al., 2014).

Besonders Hunde bieten sich als geeignete Partner für den tiergestützten Einsatz an, da sie über zahlreiche Eigenschaften verfügen, die im Beziehungsdreieck KlientIn-Tier-TherapeutIn zum Tragen kommen. Indem der Hund ein emotional zugewandter Interaktionspartner ist, authentisch reagiert sowie Unsicherheit und Selbstzweifel im Menschen wahrnimmt und durch seine Körpersprache widerspiegelt, kann er auf verschiedenen Ebenen PatientInnen erreichen und positiv beeinflussen (Vernooij & Schneider, 2018). Auch im suchttherapeutischen Bereich haben bereits einzelne Studien positive Effekte von Therapiebegleithunden aufzeigen können. Im Rahmen einer Rehabilitation Suchtkranker wirkte sich zum Beispiel der Einsatz eines Therapiebegleithundes förderlich auf die PatientIn-TherapeutIn-Beziehung aus (Wesley et al., 2009). Im stationären Drogenentzug zeigte sich bei

den PatientInnen unmittelbar nach der Intervention mit dem Therapiehund eine Verbesserung der emotionalen Befindlichkeit. Zudem ergab sich der Hinweis, dass die tiergestützte Therapie kurzfristig zu einer Reduktion des Suchtdrucks beiträgt (Urban et al., 2015). Bei inhaftierten Drogenabhängigen konnte infolge einer hundegestützten Gruppentherapie eine Verbesserung der sozialen Kompetenz und des Selbstwertgefühls erfasst werden (Gindl, 2009), dies bestätigte sich auch in Erhebungen mit substanzabhängigen PatientInnen im stationären Entzug (Klee, 2010).

Inwieweit die Bindungserfahrung einer Person den Effekt einer tiergestützten Therapie beeinflusst, wurde bislang noch kaum untersucht. Ursprünglich wurde das Konzept der Bindung entwickelt, um die Beziehung zwischen Kindern und ihren primären Elternfiguren zu beschreiben. Mittlerweile weisen Untersuchungen darauf hin, dass Menschen auch der Bindungstheorie entsprechende Beziehungen zu ihren Haustieren entwickeln können (Kurdek, 2009). Ausgehend von dem Grundkonzept eines sicheren vs. unsicheren Bindungssystems, finden sich drei bzw. vier (»sicher«, »anklammernd«,

### Vor allem suchtkranke PatientInnen finden oft leichter einen Zugang zu einem Tier als zu einem Menschen.

»abweisend«, »ängstlich-vermeidend«) verschiedene Bindungsstile. Bei einer sicheren Bindung sind die Bezugspersonen aufgrund entsprechender Erfahrungen als feinfühlig, zuverlässig und unterstützend repräsentiert. In belastenden Situationen suchen deshalb sicher gebundene Kinder aktiv deren Nähe und Trost. Steht diese Sicherheit nur eingeschränkt zur Verfügung, führt dies zu unsicheren Bindungserfahrungen und kann die Entstehung psychischer Erkrankungen begünstigen. So weisen die Ergebnisse bisheriger Forschungsarbeiten darauf hin, dass ein Zusammenhang zwischen unsicheren Bindungsmustern und Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit besteht. Auch mag das Auftreten eines ängstlich-vermeidenden Bindungsstils als spezifisch für die Suchterkrankungen gelten. Hier wird die Bindungsfigur als eine Person erlebt, die in angstausslösenden Situationen keine Sicherheit bietet. Um keine weitere Zurückweisung zu erfahren, verhalten sich diese Kinder

beziehungsvermeidend und suchen in solchen Situationen auch nicht die Unterstützung der Bindungsfigur (Unterwiesing et al., 2018).

Aufgrund dieser negativen Bindungserfahrungen sind die Beziehungen von substanzabhängigen PatientInnen häufig von Misstrauen geprägt. Bei der tiergestützten Therapie wird genau auf dieser Ebene angesetzt und es werden Möglichkeiten eröffnet, eine angst- und barrierefreie Beziehung zu erleben. Vor allem suchtkranke PatientInnen finden oft leichter einen Zugang zu einem Tier als zu einem Menschen. Hierfür sind zwei Erklärungen denkbar. Zum einen wird angenommen, dass PatientInnen ihre generalisierten Bindungsmuster nicht auf Tiere übertragen. Tiere verhalten sich direkt, eindeutig und nicht wertend, weshalb Menschen in einer solchen Beziehung auch keine negativen Reaktionen seitens des Tieres erwarten. Zum anderen scheint der Übertragungszyklus unsicherer Bindungen in Mensch-Tier-Interaktionen unterbrochen zu werden. Die meisten Menschen reagieren komplementär auf die unsicheren, bindungsbezogenen Verhaltensweisen einer Person und verstärken dadurch die alten Muster,

→ Seite 29



Im stationären Drogenentzug zeigt sich bei den PatientInnen unmittelbar nach der Intervention mit dem Therapiehund eine Verbesserung der emotionalen Befindlichkeit.

# Soziale Arbeit während COVID-19



von Mirjam Ohr

Der Verein *Grüner Kreis*, als Teil des Sucht- und Drogenhilfenetzwerks, hat auf die »Corona-Krise« reagiert und kann seit Beginn der Pandemie Menschen mit substanzgebundenen und nicht substanzgebundenen Suchterkrankungen problemlos Hilfestellungen bieten.

Die sogenannte »Corona-Krise« verändert aktuell zahlreiche Lebens- und Arbeitsbereiche. Für die Soziale Arbeit bedeutet COVID-19 in den unterschiedlichen Arbeitsfeldern und Bereichen verschiedene Herausforderungen, aber auch vielfältige Lernerfahrungen und neue Lösungsansätze. Daher soll dieser Artikel zunächst auf die gesellschaftliche Funktion Sozialer Arbeit verweisen und einen Einblick in die sozialarbeiterische Praxis während COVID-19 am Beispiel der ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren des Vereins *Grüner Kreis* geben. Neben den gesundheitlichen und ökonomischen Folgen der COVID-19-Krise werden vermehrt auch gesellschaftliche Problemlagen deutlich. Dabei rücken immer wieder Berufsgruppen aus dem psychosozialen Feld in den Blick der Öffentlichkeit, da diese mit marginalisierten Personengruppen zusammenarbeiten und somit deutlich auf die Missstände im Sozial- bzw. Gesundheitswesen verweisen können. Die Soziale Arbeit nimmt dabei eine zentrale Funktion bei der Bewältigung der »Corona-Krise« ein (vgl. Meyer, Buschle 2020a: o.S.).

So macht etwa die International Federation of Social Workers (IFSW) aufmerksam, dass »zu den Schlüsselfunktionen Sozialer Arbeit [...] gehören:

1. Sicherstellen, dass die am stärksten gefährdeten Personen in die Planung und Reaktion einbezogen werden.
2. Organisation von Gemeinschaften, um sicherzustellen, dass das Nötigste wie Nahrung und sauberes Wasser verfügbar ist.
3. In sozialen Diensten und in politischen Umgebungen dafür eintreten, dass sich die Dienste anpassen, offen und proaktiv bei der Unterstützung von Gemeinschaften und schutzbedürftigen Bevölkerungsgruppen bleiben.
4. Erleichterung der physischen Distanzierung und der sozialen Solidarität.

5. Als Beruf für die Förderung und Stärkung der Gesundheits- und Sozialdienstleistungen wesentlichen Schutz gegen das Virus, die Ungleichheit und die daraus resultierenden sozialen und wirtschaftlichen Herausforderungen eintreten« (IFSW 2020).

Auch das Sucht- und Drogenhilfenetzwerk Wien, in dem SozialarbeiterInnen in unterschiedlichen Bereichen tätig sind, hat seine Angebote auf die COVID-19-Situation angepasst und neue Unterstützungsmöglichkeiten geschaffen. So wurde zum Beispiel eine aufsuchende Notversorgung für Menschen gegründet, die auf eine kontinuierliche Medikamenteneinnahme angewiesen sind, aber ihre Unterkunft aufgrund Quarantäne und/oder COVID-19-Erkrankung nicht verlassen können (vgl. SDW 2020). Der Verein *Grüner Kreis*, als Teil des Sucht- und Drogenhilfenetzwerks, hat ebenfalls auf die sogenannte »Corona-Krise« reagiert und kann seit Beginn der Pandemie Menschen mit substanzgebundenen und nicht substanzgebundenen Suchterkrankungen problemlos Hilfestellungen bieten.

Im Verein *Grüner Kreis* arbeiten SozialarbeiterInnen in sechs ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren und in stationären Einrichtungen. Die Aufgabenbereiche der Sozialen Arbeit in den ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren liegen zum einen in der Abklärung bzw. Vorbereitung der KlientInnen auf einen individuellen Maßnahmen- bzw. Behandlungsplan, zum anderen in der Betreuung von KlientInnen, die eine ambulante Therapie absolvieren. Die Kontaktaufnahme mit dem Beratungs- und Betreuungsteam erfolgt telefonisch oder via E-Mail und es wird zeitnah ein persönlicher Ersttermin mit einer/einem SozialarbeiterIn vereinbart (vgl. Verein *Grüner Kreis* 2020).

Aufgrund des ausgerufenen »Lock-downs« der Bundesregierung im März 2020 mussten in kürzester Zeit alle persönlichen Termine abgesagt werden und diese auf Online- bzw. Telefonberatungen umgestellt werden. Auch wenn es anfangs sehr ungewohnt war, Erstgespräche telefonisch abzuwickeln und so Sozialanamnesen zu erheben, konnten dennoch zahlreiche Behandlungsmodelle für ambulante Therapie, stationäre Kurz- oder Langzeittherapie, Substitutionstherapie, Teil- oder Vollentzüge für KlientInnen erstellt werden. Da der Großteil der Vernetzungspartner wie Krankenhäuser, Bewährungshilfe etc. auch den Betrieb auf Online- bzw. Telefonberatungen umstellte, konnten Arbeiten, wie etwa die Beantragung von Kostenübernahmen für einen ambulanten bzw. stationären Behandlungsplan ohne bürokratische Hürden online erfolgen (vgl. Verein Grüner Kreis 2020).

Auch wenn die Telefonberatungen von den KlientInnen gut angenommen wurden, wurden auch die Grenzen des sozialarbeiterischen Handelns sichtbar. Denn nicht alle KlientInnen verfügen über eine elektronische Ausstattung wie Internet, Smartphone, Computer

etc. So wurden beispielsweise Anträge für diverse Beihilfen mittels Postweg an die KlientInnen geschickt. Aktuell finden wieder persönliche Termine in den ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren unter Einhaltung aller COVID-19-Sicherheitsvorkehrungen statt. Dabei werden auch die Auswirkungen der »Corona-Krise« deutlich, denn die zentralen Themen in der Sozialen Arbeit sind Arbeitsplatzverlust, finanzielle Engpässe und Anfragen für individuelle Behandlungsmodelle, da es während des Lockdowns zu massiven Rückfällen gekommen ist.

## Literatur

**International Federation of Social Workers (2020a):** Aktualisierte Information zu IFSW und COVID-19. Online unter: <https://www.ifsw.org/updated-information-on-ifsw-and-the-covid-19-virus/>, letzter Zugriff am 25.10.2020.

**International Federation of Social Works (2020b):** COVID-19: der Kampf, Erfolg und Ausbau der Sozialarbeit. Online unter: <https://www.ifsw.org/covid-19-the-struggle-success-and-expansion-of-social-work/>, letzter Zugriff am 25.10.2020.

**Meyer, Nikolaus; Buschle, Christina (2020a):** Soziale Arbeit in der Corona-Pandemie: Zwischen Überforderung und Marginalisierung. Empirische Trends und professionstheoretische Analysen zur Arbeitssituation im Lockdown, IUBH Discussion Papers – Sozialwissenschaften, No. 4/2020, Bad Honnef: IUBH Internationale Hochschule. Online unter: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/222297/1/1702837904.pdf>, letzter Zugriff am 25.10.2020.

**Meyer, Nikolaus; Buschle, Christina (2020b):** Soziale Arbeit im Ausnahmezustand?! Professionstheoretische Forschungsnotizen zur Corona-Pandemie. Online unter: [Buschle-Meyer2020\\_Article\\_SozialeArbeitImAusnahmezustand.pdf](https://www.buschle-meyer.de/Article_SozialeArbeitImAusnahmezustand.pdf), letzter Zugriff am 25.10.2020.

**Sucht- und Drogenkoordination Wien (2020):** Übersicht Angebote SDHN. Online unter: [https://sdw.wien/wp-content/uploads/200408\\_Uebersicht\\_Angebote\\_SDHN.pdf](https://sdw.wien/wp-content/uploads/200408_Uebersicht_Angebote_SDHN.pdf), letzter Zugriff am 25.10.2020.

**Verein Grüner Kreis (2020):** Beratung. Online unter: <https://www.gruenerkreis.at/beratung/>, letzter Zugriff am 25.10.2020.

### Mag.<sup>a</sup> Mirjam Ohr, MA

Sozialarbeiterin und Sozialwissenschaftlerin  
Leiterin Beratungs- und Betreuungsteam im Verein Grüner Kreis

→ Seite 27

bei Tieren ist dies weniger der Fall. Vor allem Hunde scheinen offen und geduldig auf menschliche Bedürfnisse nach Nähe und Körperkontakt, Distanz und Kontrolle zu reagieren. Zudem verhalten sie sich authentisch und wertschätzend gegenüber dem Menschen. Die Vermutung liegt damit nahe, dass unsicher gebundene PatientInnen am stärksten von einer tiergestützten Therapie profitieren (Julius et al., 2014).

Insgesamt zeigt sich also, dass die tiergestützte Therapie ein breites Wirkungsspektrum aufweist. Unter anderem kann sie zur Reduktion von Angst und Stress beitragen, zur Verbesserung der Stimmung führen oder neue Beziehungserfahrungen aufzeigen. Somit stellt der Einsatz eines Therapiebegleithundes neben etablierten suchttherapeutischen Interventionen einen ergänzenden Behandlungsbaustein zur positiven Unterstützung der PatientInnen in der stationären Entzugstherapie dar.

## Literatur

**European Society for Animal Assisted Therapy (2012).** Definition tiergestützter Therapie.

[https://www.esaat.org/fileadmin/medien/downloads/Die\\_Definition\\_TgT-20.2.2012.pdf](https://www.esaat.org/fileadmin/medien/downloads/Die_Definition_TgT-20.2.2012.pdf)

**Gindl, B. (2009).** Psychologische Interventionen in Gefängnissen am Beispiel der multiprofessionellen tiergestützten Intervention (MTI) in einer Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher. Diplomarbeit, Universität Wien.

**Julius, H., Beetz, A., Kotrschal, K., Turner D. C. & Uvnäs-Moberg, K. (2014).** Bindung zu Tieren. Psychologische und neurobiologische Grundlagen tiergestützter Interventionen. Göttingen: Hogrefe.

**Klee, R. (2010).** Tiergestütztes Kompetenztraining (MTI) im stationären Drogenentzug. Diplomarbeit, Universität Wien.

**Kurdek, L. (2009).** Pet dogs as attachment figures for adult owners. *Journal of Family Psychology*, 23, 439–446.

**Nimer, J. & Lundahl, B. (2007).** Animal-assisted therapy: A meta-analysis. *Anthrozoös*, 20(3), 225–238.

**Souter, M. A. & Miller, M. D. (2007).** Do animal-assisted activities effectively treat depression? A meta-analysis. *Anthrozoös*, 20(2), 167–180.

**Unterrainer, H. F., Hiebler-Ragger, M., Roggen, L. & Kapfhammer, H. P. (2018).** Sucht als Bindungsstörung. *Nervenarzt*, 89(9), 1043–1048.

**Urban, S., Dehn, L. B., Zillmer, B., Driesen, M. & Beblo, T. (2015).** Effekte eines

Therapiebegleithundes auf Patienten im stationären Drogenentzug. *Sucht*, 61(3), 139–146.

**Vernooij, M. A. & Schneider, S. (2018).** Handbuch der Tiergestützten Intervention: Grundlagen, Konzepte, Praxisfelder. Wiebelsheim: Quelle & Meyer Verlag.

**Wesley, M. C., Minatrea, N. B. & Watson, J. C. (2009).** Animal-assisted therapy in the treatment of substance dependence. *Anthrozoös*, 22(2), 137–148.

Die Studie »Unmittelbare Effekte eines Therapiebegleithundes auf das emotionale Befinden und das Craving bei PatientInnen im stationären Drogenentzug aus bindungstheoretischer Perspektive« wird im Landeskrankenhaus Mauer in Kooperation mit dem Zentrum für Integrative Suchtforschung (Verein Grüner Kreis) durchgeführt.

### Mag.<sup>a</sup> Simone Lazelsberger

Klinische Psychologin im Landeskrankenhaus Mauer an der dritten psychiatrischen Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen;  
Doktorandin zur Thematik »Mensch-Tier-Beziehung im suchttherapeutischen Bereich«; Fachkraft für tiergestützte Therapie und tiergestützte Fördermaßnahmen (in Ausbildung)

# FIT FOR LIVE - LITERATURPREIS 2020



von Kurt Neuhold

In allen Texten spürt man einen schonungslosen, ironischen und selbstkritischen Blick auf die eigene Geschichte.

»Wir sind immer in Geschichten verstrickt.«

Diesen Gedanken des Philosophen Wilhelm Schapp zitiert der vielfach ausgezeichnete Schriftsteller und Psychiater Paulus Hochgatterer in seiner Laudatio des diesjährigen FIT FOR LIFE-Literaturpreises. Alle eingereichten Texte erzählen Geschichten von vielfältigen Verstrickungen – Titel wie »Leb wohl bequemes Elend«\*, »Kann ich mir bitte ein Gefühl ausborgen«, »hier und jetzt mit zukunft in verletzlichkeit« oder »unchained psychosis« sind Einladungen, sich einzulassen auf »Aufwühlendes, Herausforderndes, künstlerisch vielleicht sogar Verstörendes oder Ans-Limit-Gehendes«, wie ein (leider nicht ausgezeichnet) Autor schreibt.

Die FIT FOR LIFE-Literaturpreise wurden heuer zum dritten Mal vergeben. Covid-19-bedingt musste die für Mai geplante Festveranstaltung verschoben werden. Zwar veröffentlichten wir schon im Mai zehn ausgewählte Texte auf unserer Website, die AutorInnen mussten sich jedoch gedulden, denn erst am 7. Oktober wurden die Siegertexte bei der Preisverleihung in der Galerie Hilger/NEXT prämiert. Dankenswerterweise stellte uns Dr. Ernst Hilger die schönen, weitläufigen Räumlichkeiten seiner Galerie kostenlos zur Verfügung. Für das kulinarische Wohl der Gäste sorgte das Catering-Team des Vereins Grüner Kreis. Dank strikter Einhaltung aller Covid-19-Regelungen und der Achtsamkeit des Publikums ging alles gut, niemand wurde infiziert.

Es ist schon Tradition, dass der Schauspieler Erwin Leder Auszüge aus den Siegertexten liest und die ehrenamtlich arbeitende Jury, vertreten durch Margit Niederhuber und Gerhard Ruiss (Manfred Chobot war leider verhindert), ihre Auswahl mit Verweis auf die besondere literarische Qualität der prämierten Texte begründet. Schön war es, die Überraschung und Freude der ausgezeichneten Autorinnen und Autoren

mitzuerleben; all jene, die keinen Preis bekommen haben, aber hoffnungsfroh von Graz oder Linz angereist waren, sind hoffentlich nicht enttäuscht, sondern durch die Preisverleihung motiviert, neue oder überarbeitete Texte für den FIT FOR LIFE-Literaturpreis 2021 einzureichen.

Der von Prim. i.R. MR Dr. Harald David initiierte und in Kooperation mit dem Geschäftsführer des Vereins Grüner Kreis, Dir. Alfred Rohrhofer, gegründete Verein FIT FOR LIVE lobt jährlich einen Literaturpreis aus, der sich an schriftstellerisch tätige Menschen mit einem Suchtproblem richtet. Der Preis möchte die bewusste Auseinandersetzung mit der Alkohol- bzw. Suchterkrankung fördern und die literarischen Ambitionen und Fähigkeiten von Menschen unterstützen, für die das literarische Schreiben einem tiefen Ausdrucksbedürfnis entspringt.

Die Suchterkrankung zu thematisieren ist keine Voraussetzung für die Teilnahme, dennoch kreisen auch heuer wieder fast alle Einreichungen um diese Thematik. In allen Arbeiten spürt man einen schonungslosen, ironischen und selbstkritischen Blick auf die eigene Geschichte. Schon in der Betitelung der Texte erkennt man das oft verzweifelte Ringen um Klarheit: »Angstrausch«, »Hassliebe«, »Trockenrausch«. Der »Gedankenaufstand«, »Ja zum Nein«, »Was wirklich zählt« soll das Verstummen verhindern; mit starken Worten wie »Sehnsucht«, »Wahre Werte«, »Leben« will man eine Zukunft gewinnen.

Literarisches Schreiben ist eine Form der bewussten Auseinandersetzung mit sich und der eigenen Geschichte. Jedes Schreiben braucht Mut, um Eigenes zur Sprache zu bringen. Umso mehr verdient es unsere Anerkennung, dass sich alle TeilnehmerInnen zu ihrem Suchtproblem bekennen, dass sie Hilfe in Anspruch genommen haben, dass sie eine Erkrankung benennen, die gerne

verschwiegen oder verharmlost wird, die jedoch bei Auffälligkeit mit sozialer Ausgrenzung und Isolation »bestraft« wird.

Literarisches Schreiben, wie auch jede andere Form ernsthaften künstlerischen Arbeitens, kann bei der konstruktiven Bewältigung einer Suchterkrankung hilfreich sein. Uns ist bewusst, dass künstlerisches Arbeiten stets die Gefahr des Scheiterns beinhaltet, denn es ist nicht leicht, für einen Gedanken, ein Gefühl die passenden Worte, für ein Erlebnis die richtige Geschichte zu finden. Wie schwierig diese Suche ist, lässt sich erahnen, wenn man an die zahlreichen alkoholkranken KünstlerInnen denkt. Joseph Roth (1894–1939) schrieb: »Ich komme ohne Alkohol mit der Welt und ihren Abscheulichkeiten einfach nicht zu Rande. Ich kenne, glaube ich, die Welt nur, wenn ich schreibe, und wenn ich die Feder weglege, bin ich verloren...« Schreiben als »Überlebensmittel« – in manchen Texten des Literaturpreises fühlt man genau dies, und diese Wirkung möchten wir genauer untersuchen. Den seriösen wissenschaftlichen Rahmen für diese Beforschung der individuellen Wirksamkeit literarischen Schreibens bietet uns das Institut für qualitative



Psychotherapieforschung an der Sigmund Freud PrivatUniversität. Dort hat sich unter der Leitung von Mag.<sup>a</sup> Birgitta Schiller eine Forschungsgruppe gebildet, die mittels qualitativer Interviews mit den TeilnehmerInnen des Literaturpreises literarisches Kunstschaffen wissenschaftlich erforscht. Wir erhoffen uns wertvolle Erkenntnisse für weitere Kunstprojekte und Kooperationen im Bereich Art&Science.

Der FIT FOR LIFE-Literaturpreis wird auch im nächsten Jahr vergeben. Einreichschluss für Texte mit max. 20 000 Zeichen ist der 31. Jänner 2021. Erfreulicherweise wird unsere ehrenamtlich arbeitende Jury – Margit Niederhuber, Manfred Chobot und Gerhard Ruiss – die eingereichten Texte wieder nach ihrer literarischen Qualität beurteilen; die Preisverleihung wird (hoffentlich)

im Mai stattfinden. Termin und Ort werden demnächst auf der Website des Literaturpreises bekannt gegeben.

Wir freuen uns auf viele neue Einreichungen und hoffen auf Beiträge auch von denen, die heuer 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](http://www.fitforlife-literatur.at).

#### \* Kursivtexte:

Titel von *Einreichungen für den diesjährigen Literaturpreis* von Martin Weiss, Ulrike Ajili, Katharina Reich, Brigitte Reiskopf, Eva Kolostori, Verena Mautz, Wolfgang Eigensinn, Werner Hartinger, Joy Steiner, Desiree Mautner



Verleihung des FIT FOR LIVE – LITERATURPREISES am 7. Oktober 2020 in der Galerie Hilger/NEXT.



## Genießen mit Gewissen

Fleisch von Rindern und Schweinen aus den Landwirtschaftsbetrieben des Vereins Grüner Kreis  
Ganzjährige Freilandhaltung [www.nahgenuss.at](http://www.nahgenuss.at) beste Bio-Qualität

### Beratungs- & Betreuungsteam

Leitung: Mag.<sup>a</sup> Mirjam Ohr

#### Wien

Mag.<sup>a</sup> 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  
Alexandra Schönegger, BA  
Tel.: +43 (0)664 8111018  
alexandra.schoenegger@gruenerkreis.at  
Katharina Knöbl, MA  
Tel.: +43 (0)664 1809709  
mail: katharina.knoebl@gruenerkreis.at

#### 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  
Elisabeth Möseneder  
Tel.: +43 (0) 664 811 1007  
mail: elisabeth.moeseneder@gruenerkreis.at

#### Steiermark

Benedikt Huber, MA  
Tel.: +43 (0)664 8111041  
benedikt.huber@gruenerkreis.at

Sarah Maria Koberg, MA  
Tel.: +43 (0)664 8111023  
sarah.koberg@gruenerkreis.at

#### Kärnten, Osttirol

Thomas Liegl, BA  
Tel.: +43 (0)664 384 0280  
thomas.liegl@gruenerkreis.at

#### Salzburg

Elisabeth Möseneder  
Tel.: +43 (0) 664 811 1007  
mail: elisabeth.moeseneder@gruenerkreis.at

#### Tirol, Vorarlberg

Susanne Fessler-Rojkowski, DSA  
Tel.: +43 (0)664 8111675  
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  
ambulanz.wienerneustadt@gruenerkreis.at

#### Graz

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

#### Klagenfurt

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

#### Linz

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

Retouren an Postfach 555, 1008 Wien

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